



Control del Niño Sano

Disminución de la mortalidad infantil en Argentina: "Cada niño y cada madre cuentan"

Ministro de Salud
Dr. G. González García (Pág. 3)

Avances en el Programa de Desparasitación Masiva (Pág. 12)

Concurso Nacional de Proyectos Locales Participativos (Pág. 29)



BoletínRemediar

Atención Primaria de la Salud

• **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 editorial
- Pedro Casserly -

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

Comité Revisor:
- Dra. Perla Mordujovich de Buschiazio -
Directora del Centro Universitario de Farmacología -
Centro Colaborador de OPS/OMS
- Dr. Jorge Aguirre -
Profesor Adjunto de Farmacología Aplicada de la
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba
- Dr. Guillermo Williams - Director del Programa
Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de
la Nación.
- Dra. María Luisa Ageitos - UNICEF - Argentina.
- Dr. Mario Meuli - Profesor Titular de Farmacología.
Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Tucumán

Dirección postal
Proaps - Remediard - 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: boletinremediard@proaps.gov.ar
ISSN 1668-2831
Propietario: Programa PROAPS - REMEDIAR
Suscripción gratuita:
suscripcionesremediard@proaps.gov.ar

En este número:

Disminución de la mortalidad infantil en Argentina: "Cada niño y cada madre cuentan"	● 3
Dr. Ginés González García - Ministro de Salud y Ambiente de la Nación	
Reglamento de Publicaciones	● 4
El niño sano	● 4
Dra. María Luisa Ageitos	
El control de niño sano desde la óptica de la oferta	● 5
Área de Programación. PROAPS - REMEDIAR	
Bibliografía recomendada	● 8
Carta de lectores	● 10
Avances del Programa Nacional de Desparasitación Masiva	● 12
Área de Fortalecimiento de Atención Primaria. Programa Remediard	
Control en salud del niño durante el primer año de vida	● 14
Área de Salud Integral del Niño. - Dres. Lucrecia Manfredi, Ana María Speranza, Alicia Giannini, Nora Corso. Dirección Nacional de Salud Materno-infantil - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.	
Lactancia Materna	● 18
Dra. María Luisa Ageitos. Dra. Vera May.	
Acciones desarrolladas para promover la lactancia materna y sus resultados	● 21
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil	
"La Atención Primaria y el Programa Remediard". Trabajos premiados	● 22
Continuemos participando...	● 29
Bases del Concurso Nacional de Proyectos Locales Participativos	● 30
"CAPS"	● 32
Dr. Carlos Pacheco, Programa REMEDIAR.	

Disminución de la mortalidad infantil en Argentina: "Cada niño y cada madre cuentan"

Dr. Ginés González García - Ministro de Salud y Ambiente de la Nación



El día 7 de Abril se celebró en todo el mundo el día Mundial de la Salud, cuyo lema fue "Cada madre y cada niño cuentan". Ese día tuvo en nuestro caso un significado particular, ya que en el año 2004 se pudieron evitar en Argentina más de 1.000 muertes de niños menores de un año con respecto al año anterior.

Ello representa muchas cosas, tanto para las madres y las familias, como para los equipos de salud que diariamente y con compromiso desempeñan sus tareas, trabajando para mejorar las condiciones de salud de cada niño y de sus familias. Refleja el impacto de las acciones que se vienen desarrollando en Atención Primaria y que se han visto revitalizadas a partir de los diferentes encuentros regionales realizados. Constituye además un compromiso renovado diariamente con el trabajo que los equipos llevan a cabo, tanto en centros de salud como en terreno, impulsando controles en embarazadas y niños, brindando acciones de promoción, mejorando las coberturas de vacunación, realizando tratamientos oportunos y de calidad, o atendiendo con eficacia y calidez los problemas de salud prevalentes.

Es por todo esto que cada uno de ustedes, cada equipo de salud, tiene también una gran responsabilidad, pero también un motivo de orgullo por estas 1.000 muertes que se han logrado evitar. Sin embargo, no debemos tomar este hecho como un punto de llegada. Tampoco significa un punto de partida, ya que es mucho lo que se ha hecho y diariamente continúa haciéndose mediante las políticas que desde el primer día estamos llevando a cabo con el apoyo y la firme voluntad política del Presidente Kirchner. Sí, es una señal que nos indica que estamos trabajando en el camino correcto y que por tanto debemos seguir en el mismo, teniendo en cuenta cuatro desafíos a lograr.

El primero consiste en continuar e incrementar el descenso logrado en la mortalidad infantil en 2004. En los últimos dos años, Argentina ha experimentado una disminución del 12% en su mortalidad infantil. Las metas definidas para el año 2007 indican que la tasa de mortalidad infantil debería alcanzar un valor de 12,6 por 1.000 nacidos vivos, de modo que aún resta lograr un descenso similar al alcanzado en estos últimos dos años.

El segundo desafío es el de disminuir la inequidad interprovincial. La mortalidad en nuestro país muestra dife-

rencias muy amplias entre regiones. En 2003, las tasas provinciales variaron entre 8,4 y 27,7 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. Similares diferencias se replican a su vez hacia el interior de cada provincia. El lugar donde un niño nace no puede significar que tenga mayor o menor riesgo de morir. Es necesario lograr una reducción de la brecha entre provincias y hacia el interior de las mismas, trabajando intensamente en todas las localidades.

El tercer desafío consiste en concentrar los esfuerzos. No será posible lograr el cumplimiento de los objetivos anteriores si no se enfatizan las acciones en las áreas más críticas. En cada provincia, en cada localidad y en cada barrio existen áreas, manzanas o familias que presentan las condiciones más vulnerables. Es hacia ellos a quienes debemos dirigir los esfuerzos en forma más intensa y prioritaria. El mejoramiento de las redes de derivación, la captación oportuna, la identificación de riesgos de diferente tipo y, fundamentalmente, una activa búsqueda en terreno son, entre otras, herramientas que debemos mejorar con el fin de alcanzar este objetivo.

El último desafío es el de disminuir el peso de las causas reducibles. El 55% de las causas de muerte registradas en el período neonatal en 2003 eran reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, el parto y en el recién nacido. En este caso, la captación temprana de la embarazada, la calidad de atención prenatal, la detección y oportuna derivación de embarazadas en riesgo, la disponibilidad de servicios de calidad para la atención del parto y de neonatología, y el acceso a medicamentos esenciales, constituyen algunas de las acciones más relevantes para lograr disminuir las causas reducibles.

Del mismo modo, el 48,5% de las causas de muerte en el período postneonatal eran reducibles. Entre las acciones relacionadas con el descenso de éstas se encuentra la realización de controles pediátricos suficientes y adecuados, las de educación y de promoción en las familias y su ambiente, la provisión de medicamentos esenciales y el logro de adecuadas coberturas de inmunización.

Es por esto que deseo invitar a todos los miembros de los equipos de salud, que día a día trabajan comprometidamente por mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias en cada uno de los centros de salud del país, a redoblar los esfuerzos y a sumarse a estos desafíos, para que cada día sea más cierto que "Cada madre y cada niño cuentan".

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/sus 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.

El niño sano

Dra. María Luisa Ageitos - Médica Pediatra-Licenciada en Salud Pública

Quisiera acercarme al equipo de salud planteando que todos: niños y niñas, son sujetos plenos de derecho, derechos indivisibles y que cada uno es en la vida cotidiana sólo eso y nada menos que eso: un niño, una niña. Así en su integridad e individualidad se acercan a los CAPS para recibir atención.

La tajante división que hemos introducido por razones organizativas y/o pedagógicas: "Consulta por morbilidad", "Consulta de control", nos han llevado a multiplicar al infinito las oportunidades perdidas de supervisión y guía del crecimiento, del desarrollo, de las inmunizaciones, del vínculo familiar. Nadie está totalmente sano ni totalmente enfermo siempre, aún en los estadios más graves de enfermedad hay alguna parte sana, y muchos considerados sanos, viven con partes enfermas adaptadas o ignoradas.

En nuestro país y desde hace años, los niños son pobres.

Y los que se atienden en los CAPS más aún, carecen de la cobertura proveniente de un trabajo decente del jefe o jefa de familia.

Muchos de esos niños concurrirán sólo si están enfermos a una consulta de morbilidad, a veces la distancia, las esperas, las difíciles condiciones de vida harán difícil el cumplimiento de las citas programadas. La atención en salud es deseable, hace años algunos países y algunas clases sociales con mejor nivel educativo la han logrado implementar y sostener. No es el caso de nuestro país. Mientras educamos, no perdamos oportunidades.

No podemos perder un solo contacto para evaluar el crecimiento en forma integral, cumpliendo con las pautas acordadas en nuestra provincia, o posibles en nuestro CAPS.

Por razones de los servicios hemos angostado la puerta de entrada de los "niños que concurren al control sano" y en otros casos lo hemos convertido en un peso y una medida apresurada ligada a la entrega de leche. No es eso lo que podemos y sabemos hacer. La vida y el desarrollo integral de ese niño, de esa niña, dependerá también de nuestra mirada interesada, de cómo esa familia perciba el interés que tenemos en ese niño, de cómo sepamos acercarnos y escuchar, comprender.

¿Hace más de 1 mes que un menor de un año no es pesado? ¿O que no es medido? ¿No tiene aplicadas las vacunas? ¿Se está amantando? Si tiene más de 6 meses, los alimentos que incorporó a la lactancia materna ¿complementan por su valor nutricional los requerimientos de ese niño o lo ponen a dieta hipocalórica? ¿O lo cargan de proteínas innecesarias?

Si es mayor de 1 año, ¿cuánto hace que no se evalúa en forma integral su crecimiento y su desarrollo? ¿Más de 3 meses? No dejemos pasar esta oportunidad.

Debemos ampliar nuestra mirada desde la antropometría a la evaluación de pautas madurativas, a la escucha de esa madre, al aliento de todo lo que hace bien aún en condiciones adversas y, a la corrección respetuosa de lo que hace mal. Los cuidados brindados son un alimento esencial para la buena nutri-

ción. No es sólo la comida la que combate la desnutrición, la higiene, el amor, las caricias, los arrullos, el abrigo, pueden contribuir a combatirla. Somos seres sociales, el niño crece con el amor familiar.

Los equipos de salud no podemos actuar solos sobre las causas básicas de la pobreza, la ignorancia, la violencia, la exclusión, pero tenemos en nuestras manos potentes herramientas. Se conoce "la droga doctor" (Balint) de nuestra propia acción, extensiva a todo el equipo, conlleva reacciones positivas o negativas. "Dosifiquemos" nuestro accionar hacia actividades de promoción y protección, nos darán réditos impensados en la salud de la población a cargo y nos dará satisfacción profesional.

Esa mamá que hoy trae a su hijo y está embarazada ¿Se está controlando? ¿Se hizo los exámenes? ¿Toma el hierro? ¿Le habla a su bebé? ¿Sabe que él necesita escuchar su voz, sentir sus caricias, sabe de la importancia vital de que se alimente a pecho...?

Sabemos que los recursos no son siempre los necesarios, pero podemos organizar ayudas, ¿Voluntariado? ¿Club de madres? ¿Radios locales? ¿Agentes sanitarios? Entre todos, no sólo tenemos que bajar la mortalidad infantil excesiva que tiene nuestro país, si no también contribuir al desarrollo infantil integral, a una vida de mayor calidad para cada niño, que aún en medio de condiciones adversas logre el máximo desarrollo de su potencial genético.

- Los niños son portadores de derechos¹:
- A protección contra el peligro físico.
- Nutrición y atención adecuada de la salud.
- Apoyo social para ser amamantado.
- Inmunizaciones completas y oportunas.
- Un adulto con quien vincularse afectivamente.
- Un adulto que decodifique sus señales y responda a ellas.
- Objetos para mirar, tocar, oler, escuchar, probar.
- Ocasiones para explorar el mundo que lo rodea.
- Estimulación del lenguaje.
- Apoyo para adquirir nuevas aptitudes motoras, lingüísticas y mentales.
- Posibilidad de adquirir cierto grado de independencia segura.
- Ayuda para aprender a controlarse.
- Ocasiones para aprender a cuidarse.
- Ocasiones para jugar con objetos diversos.

Son sobre todo esos 3 primeros años de la vida donde el delicado equilibrio entre genes y entorno permitirán, en el ejercicio pleno de sus derechos, el mejor desarrollo posible. El momento único de desarrollo del cerebro, de sus múltiples conexiones neuronales, pasa delante nuestro en consultas por causas múltiples, banales o de alto riesgo, en cada circunstancia, el considerar al niño y a la niña con su familia una unidad vital, nos ayudarán a esa delicada e importante tarea de curar y consolar, sin omitir fomentar la buena salud, la nutrición y la capacidad cognoscitiva, social y emocional.

¹Modificado de "Notebook: an international resource for early childhood development (ECD)", The Consultative Group on EC Care and Development, No. 21, 1997

Control del lactante sano: un análisis desde ópticas diferentes

Área de Programación. PROAPS - REMEDIAR

1. Introducción

El presente informe aborda la temática de control del lactante sano teniendo en cuenta la perspectiva de la **oferta** y la **demanda** en el primer nivel de atención de la salud. En relación a la oferta, se consideran diversos aspectos vinculados con el soporte a la atención de los menores, disponibilidad de médicos especialistas, dedicación horaria de los profesionales. Así como también, por el lado de la demanda, se estudian los motivos de

consulta declarados por los consultantes a los CAPS y tasa de prescripción de medicamentos vinculados al control del lactante sano.

2. Fuente de datos

Para la realización de este informe se utilizaron **tres fuentes de datos**, que abordan ambas perspectivas: por el lado de la oferta, se utilizó el **Catastro de CAPS**, y por el lado de la demanda, la información proveniente de la

encuesta a consultantes realizada por el SIEMPRO en 2004 y los **Formularios R**. La fuente que aborda la oferta – el catastro - tiene como fin obtener información detallada de la capacidad de atención de los centros en donde está presente el Programa Remediar. En este sentido, brinda información básica sobre aspectos tales como: organización de la atención, sistema de referencia y contrarreferencia, disponibilidad de internación, guardias y atención domiciliaria, recursos humanos e infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, impacto del Programa Remediar.

Por el lado de la demanda, la encuesta de SIEMPRO fue realizada en el marco de la evaluación de medio término, abordando distintos aspectos vinculados con características sociodemográficas de los consultantes, motivos de consulta, tiempos de espera, cobertura de salud, recepción de medicamentos, etcétera. Los Formularios R corresponden a las recetas que los médicos completan cuando entregan un medicamento del programa Remediar y allí se consigna edad, sexo, diagnóstico, tipo y cantidad de medicamentos suministrados.

De cada una de las fuentes se utilizó aquella información que estuviera vinculada con el tema del presente informe. Debe tenerse en cuenta, que la naturaleza de cada una de las fuentes utilizadas es completamente diferente y que solamente capturan información para los fines que fueron diseñadas. Tomando un caso por ejemplo, los Formularios R obtienen información de aquellos casos en donde se entregó algún medicamento, no aportando ningún dato de los que no recibieron ninguno. En el catastro se captura la opinión de los responsables de los CAPS en relación a determinados temas, más allá de la existencia “real” de determinadas acciones.

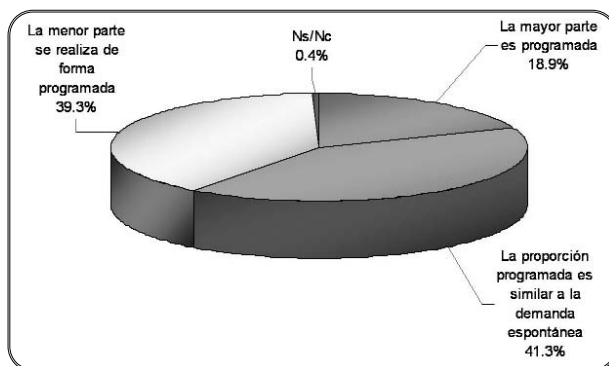
3. Resultados de la comparación

Desde la **perspectiva de la oferta**, se observa que entre los responsables de los CAPS existe un gran consenso con respecto a la importancia y la centralidad que tiene dentro de los centros, el control del lactante sano. En este sentido, la mayoría de los entrevistados mencionaron la presencia de un sistema de atención programada para dicho control, la existencia y utilización de una serie de protocolos y cuerpos normativos que apoyan la efectiva realización de los controles, como por ejemplo, los distintos procedimientos médicos para el control del crecimiento y desarrollo de los niños, las inmunizaciones y la entrega de leche a embarazadas y niños bajo control.

También se hizo referencia a amplia difusión de los distintos registros que dan soporte a la atención de consultas, como las historias clínicas pediátricas, que tienen incluidas las curvas antropométricas. Estos registros se archivan dentro de los centros y según lo informado por los responsables se utilizan como insumo para la generación de informes estadísticos.

Todos estos aspectos son relativizados, desde el punto de vista de la oferta, si se considera la organización de las consultas y el otorgamiento de turnos. Resulta llamativa la baja proporción de CAPS (18,9%) en donde la mayor parte de las consultas se realizan de forma programada siendo más habitual la existencia de centros en donde las consultan se generan de forma espontánea (39,3%), como se observa en el **Gráfico N° 1**.

Gráfico N° 1
Proporción de las consultas totales del establecimiento que se realizan de forma programada

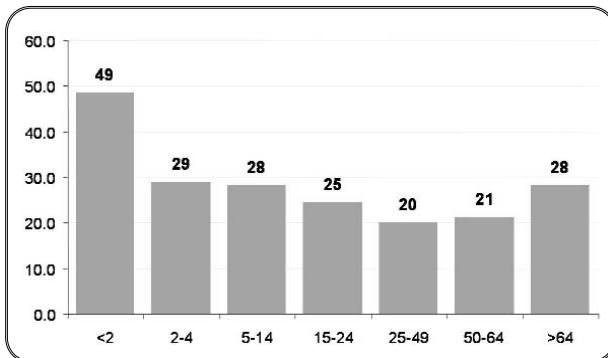


Base: 4760 CAPS que cuentan con un sistema de atención programada para control de niño sano.
Fuente: Catastro de CAPS. Proaps - Remediar.

Desde la **perspectiva de la demanda**, se observa que el control del niño sano es un motivo de consulta frecuente entre los concurrentes a los centros. En el **Gráfico N° 2** se presenta la distribución de los motivos de consultas por control (sin estar enfermo), según grupos de edad. Los datos corresponden a la encuesta de consultantes a CAPS realizada por el SIEMPRO con motivo de la evaluación del Programa Remediar en el año 2004. Puede observarse como las consultas por control disminuyen conforme se incrementa la edad, para volver a aumentar en las edades mayores.

Gráfico N° 2

Consultas por control desagregadas según grupos de edad.



Base: 6682 consultantes.
Fuente: SIEMPRO. Encuesta a consultantes. Evaluación de Remediar 2004.

En el caso particular de los menores de 2 años (que constituyen el 14% del total de consultantes), la encuesta del SIEMPRO indica que 1 de cada 2 concurre al centro por motivos de control, según indica el encuestado. Al 47% de este grupo que indicó haber concurrido por control se le prescribió un medicamento. Luego, dado que la tasa de prescripción por consultas es de 0.6¹ para el total de consultantes y 0.4 para aquellos que recibieron un receta Remediar, debería registrarse entre el 7% y el 8% del total de recetas Remediar con algún diagnóstico asociado al control.

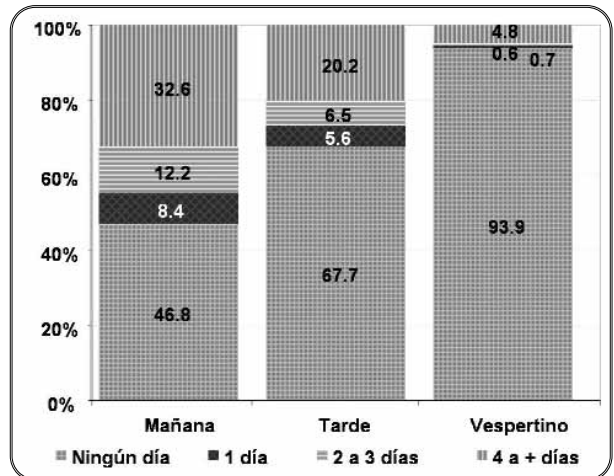
Sin embargo, esta proporción de consultas (y de prescripciones) por control no se ve reflejada en los diagnósticos indicados por los médicos en los **Formularios R**. El 0,5% del total (y el 1,99% en menores de 2 años de edad) de los motivos de consultas indicados en recetas fueron codificados con el código 801 y 802 (control del lactante y control del niño sano, respectivamente). Por ende, se observa una gran discordancia en relación al motivo de consulta según la fuente de información sea el Formulario R o la encuesta a consultantes del SIEMPRO.

Para tratar de entender un poco más acerca de esta discordancia se consideró la **oferta** de profesionales dedicados al control de niños sanos. En relación a la disponibilidad de días y horarios de atención del servicio de pediatría, el turno mañana es donde se encuentra la mayor oferta pediátrica, disminuyendo progresivamente en los turnos tarde y vespertino (**Gráfico N° 3**). En cuanto a la presencia de médicos, un 56,6% de los centros cuenta con un pediatra y un 69,3% con un médico gene-

ralista / de familia. Existen alrededor de 6,500 médicos generalistas / de familia y unos 5,000 pediatras en los CAPS bajo programa.

Gráfico N° 3

Disponibilidad de días y horarios del servicio de pediatría.



Base: 4760 CAPS que cuentan con un sistema de atención programada para control del lactante sano. Fuente: Catastro de CAPS. Proaps - Remediar

Por último, se espera que para hacer frente a un programa de control del lactante sano, los centros deberían disponer de un número suficiente de horas en los servicios de pediatría o de médicos generalistas / de familia. En este sentido, entre los centros que cuentan con los profesionales mencionados, la disponibilidad horaria semanal es relativamente baja como se observa en la **Cuadro 1**. Los médicos generalistas dedican un promedio de 29 horas semanales, en tanto que los pediatras dedican un número menor de horas (20,6).

Cuadro N° 1

Dedicación horaria semanal por especialista

	Médico Generalista / de Familia	Médico Pediatra
Promedio de horas	29.0	20.6

Base: 4760 CAPS que cuentan con un sistema de atención programada para control de niño sano. Fuente: Catastro de CAPS. Proaps - Remediar

4. Conclusiones

En el presente informe se abordó la problemática del control del lactante sano desde la perspectiva de la ofer-

¹Este valor indica que de cada 100 consultas que se realizan en los CAPS, en 60 se prescribe un medicamento.

ta y de la demanda de servicios. Se observó que los responsables manifestaron una alta adhesión a su implementación, a través de la existencia de programas, cuerpos normativos y registros para hacer frente al control del niño sano. Desde la perspectiva de la demanda, también se detectó que el motivo de consulta para control era frecuente y se incrementaba aún más en los tramos de edad de los más pequeños. Sin embargo, se detectó que esta preponderancia no tenía un correlato en la cantidad de recetas confeccionadas con diagnósticos asociados al control. Asimismo, desde la óptica de la oferta se observa una baja proporción de consultas que se realizan de forma programada. La disponibilidad de especialistas es baja y la dedicación horaria en

aquellos casos en donde se cuenta con uno, no es muy elevada.

Por el tipo de consultas atendido y la disponibilidad de profesionales existentes en los centros, la atención de los centros se encuentra enfocada principalmente a una **demanda espontánea** más que a una programada. La información necesaria para el objetivo de nivelar a todos los centros en cuanto a la oferta para el control del lactante sano surge del catastro, que permite identificar a los centros que se encuentran en mejores condiciones para llevar adelante un programa de control y, en cuáles hacen falta mejoras y mayores recursos para alcanzar esa meta.

Bibliografía recomendada

1. Cuántas muertes infantiles se pueden prevenir este año.

Gareth J et al, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65-71.

Cada año mueren 10 millones de niños menores de 5 años en todo el mundo. El 90% de las mismas ocurre en 42 países de bajos ingresos. La mayoría de las defunciones registradas obedecen a causas identificadas.

El artículo recomendado consiste en la segunda revisión de una serie de cinco que abordan rigurosamente el tema de la mortalidad infantil. Trata sobre intervenciones, concernientes al sector salud, factibles de ser aplicadas en los países en vías de desarrollo y que evitarían numerosas muertes. El objetivo de esta serie es que los gobernantes no puedan esgrimir el desconocimiento como causa para no realizar las acciones necesarias.

Las intervenciones han sido clasificadas en nivel 1 (evidencia suficiente para ser implementada), nivel 2 (con evidencia limitada) y nivel 3 (Con evidencia inadecuada).

Los resultados muestran que al menos una intervención de nivel 1 se encuentra disponible para cada una de las principales causas de muerte en menores de 5 años

(excepto para la asfixia perinatal, entidad que dispone de una de nivel 2). La lactancia materna y la rehidratación oral prevenirían más del 10% de las muertes cada una y otras seis intervenciones lo harían en un 5% cada una.

Hay evidencia suficiente que demuestra que el 63% de las muertes en menores de 5 años podrían ser evitadas si la cobertura de dichas intervenciones fuera universalmente definida como la cobertura del 99% de la población para todas las intervenciones excepto para la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses, donde se acepta una cobertura del 90% de intervenciones de nivel 1 y 2, el 63% de las muertes podrían ser prevenidas. Sin embargo, en la actualidad, la cobertura para la mayoría de las intervenciones es menor al 50%.

Las herramientas para descender la mortalidad infantil en un 66% según las metas del milenio para el 2015 están disponibles, sólo resta lograr que lleguen a sus destinatarios.

En la siguiente tabla se pueden observar las intervenciones para cada una de las principales causas de muerte y el nivel de evidencia que las sustentan.

Intervenciones con suficiente y limitada evidencia para reducir la mortalidad por principales causas en menores de 5 años de edad.

Intervención preventiva	Diarrea	Neumonía	Sarampión	Malaria	SIDA	Asfixia perinatal	Prematurez	Tétanos neonatal	Sepsis neonatal
Alimentación a pecho exclusivo 6 meses y continuación hasta el año	1	1							1
Insecticidas				1			1		
Alimentación complementaria	1	1	1	1					
Agua, excretas, higiene	1								
Vacuna HiB		1							
Zinc	1	1		2					
Vitamina A	1		2	2					
Esteroides prenatales							1		
Manejo de temperatura recién nacido							2		
Toxoide tetánico								1	
Antiretrovirales					1				
Antibióticos para ruptura de membranas							2		2
Higiene de parto								1	1
Vacuna antisarampionosa			1						
Tratamiento intermitente antimalárico en el embarazo							1		
Intervención terapéutica									
Tratamiento de rehidratación oral	1								
Antibióticos para la neumonía		1							
Antimaláricos				1					
Antibióticos para la sepsis									1
Resucitación neonatal						2			
Antibióticos para la disentería	1								
Zinc	1								
Vitamina A			1						

1: suficiente evidencia

2: limitada evidencia

2. Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, Bahl R, Fogstad H, Costello A. **Supervivencia neonatal (Neonatal survival: a call for action)**. 2005 (Issue 9465);365:1189-97.

Mitos y concepciones erróneas referidos a la mortalidad neonatal

- Los países y programas deben reducir en primer lugar la mortalidad post-natal para luego dedicar sus esfuerzos en prevenir la mortalidad neonatal.

La realidad: La mortalidad neonatal constituye el 38% de las muertes en niños menores de 5 años. Intervenciones neonatales como la lactancia materna exclusiva y una optimización en el cuidado de los niños con bajo peso al nacer reducen no sólo la mortalidad neonatal sino que descienden el número de defunciones post-natales.

- Sólo los países desarrollados con alto PBI han tenido éxito en la reducción de la mortalidad neonatal.

La realidad: Países como Honduras, Indonesia, Moldavia, Nicaragua, Sri Lanka y Vietnam han reduci-

do la tasa de mortalidad neonatal a pesar de contar con bajos valores de PBI.

- Es necesario contar con tecnología de avanzada en cuidados intensivos neonatales para reducir la mortalidad neonatal.

La realidad: Existe considerable evidencia acerca de la reducción de la mortalidad neonatal como consecuencia de intervenciones basadas en la comunidad a pesar de no contar con obstetras.

- No se requieren intervenciones dirigidas específicamente a los neonatos. El control del embarazo, parto y lactancia y las estrategias de reducción de la mortalidad infantil son suficientes para descender los niveles de mortalidad neonatal.

La realidad: Aunque los cuidados de la madre son fundamentales para evitar la mortalidad neonatal, existen diversas intervenciones específicas que pueden reducir la sustancialmente y deben ser incluidas sistemáticamente en todos los programas relevantes. Hasta el momento no se ha prestado la atención que merecen en los programas de salud materna y neonatal.

Carta de lectores

1. Sr. Director del Boletín PROAPS-REMEDIAR

Soy médica residente de medicina general en un Centro de Salud en José León Suárez, en la provincia de Buenos Aires, al que como en tantos otros centros del resto del país llegan los boletines de REMEDIAR. Haciendo una lectura del boletín N° 6 Año 1, que trata el tema **DIARRREA AGUDA**, me llevó la sorpresa de encontrar que la conducta a seguir ante un niño con diarrea con sangre era dar tratamiento antibiótico durante 5 días.

Sabemos desde ya, la alta prevalencia en nuestro país de la E.Coli Entero Hemorrágica O159 con el consiguiente riesgo de S.U.H. y, que por esto la conducta a seguir es **NO DAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO** de inicio precisamente por el riesgo que esto implica en aumentar la mortalidad en el caso de que esta diarrea sea causada por dicho germen. Ante la vital importancia de este tema, solicito su aclaración para que pueda

llegar a todo el país una información correcta.

Aprovecho para aclarar que estas informaciones, que fueron tomadas evidentemente del AIEPI, deben ser rigurosamente analizadas, chequeadas y adaptadas en el marco de NUESTRA epidemiología local, y no simplemente extractadas por el riesgo que esto implica.

Desde ya agradezco su atención.

Atte.

*Dra. Stella Maris Sappa
Medica residente de Medicina General
Centro de Salud N° 10, José León Suárez-Pdo. San Martín, Prov. Bs. As.*

Estimada Dra. Stella Maris Sappa

Agradezco su inquietud y el habernos escrito. Coincido

con Ud. en que, frente a una diarrea aguda sanguinolenta, es trascendente descartar el síndrome urémico hemolítico (S.U.H.), así como otros cuadros –frente a un niño súbitamente irritable y con vómitos- tales como una invaginación intestinal.

La lectura de la tabla (Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-Remediar 2003;6[1]:12) alerta acerca de la búsqueda de palidez y oliguria frente a un niño con diarrea con sangre debido a la posibilidad de estar en presencia de un cuadro de S.U.H.. La misma tabla indica tratamiento antibiótico durante 5 días cuando se sospecha infección por *Shigella* (fiebre, diarrea muco sanguinolenta, coprocultivo +).

En la página 5 del mismo Boletín dice: *“Frente a una diarrea sanguinolenta, debe pensarse en la posibilidad de un SUH¹, endémico de la Argentina, más frecuente entre los 5 y los 36 meses, especialmente si el niño presenta palidez, oliguria o alteraciones neurológicas, de manera precoz o tardía respecto a la diarrea”*. Y la página 6: *“Hay estudios que indican que el tratamiento antibiótico en niños con infección por E. Coli O157:H7 incrementa el riesgo de SUH, aunque metaanálisis posteriores señalan que son necesarios estudios prospectivos de poder adecuado para determinar con certeza la afirmación previa². Cuando se sospecha diarrea por Shigella, se recomienda realizar coprocultivo y prescribir antibiótico oral recomendado en su zona o furazolidona: 10 mg/kg/día, repartidos en 4 tomas durante 7 días”*.

En muchos casos el médico del CAPS no dispone de coprocultivo, o la evolución de la enfermedad le impide esperar su resultado. En esos casos, deberá muchas veces tomar decisiones tomando en cuenta la patología prevalente regional (criterio epidemiológico).

Es muy importante su carta, fundamentalmente para resaltar la necesidad de debatir y analizar las recomendaciones efectuadas y adecuarlas a nuestra realidad.

Dr. Ricardo Bernztein

2. Sr. Director del Boletín:

Me dirijo a Ud. a fin de hacerle llegar mis más sinceras felicitaciones por la publicación a su cargo. Trabajo en la Provincia del Chubut en el Programa de atención de IRA en pediatría, y el último número dedicado al tema es de mucha utilidad para profundizar en el mismo. Es

de destacar que el nivel de análisis de los artículos en general permite discutir con argumentos muchas cuestiones en las que se dirime esta repetida controversia entre la mirada médica clínica individual y la de índole epidemiológica. Un ejemplo es la legitimación del uso de espaciadores “artesanales”, a veces tan vituperados frente a los comerciales. Sería deseable que la revista pudiera tener más difusión, ya que a muchos lugares llega pero no todos se enteran, o no conocen la calidad de sus artículos.

Atte.

Flavio Romano DNI 14502079

Estimado Sr.Flavio Romano: Gracias por su reconocimiento. Compartimos el deseo de que el Boletín pueda llegar a todos los profesionales de los CAPS, y continuaremos buscando los mecanismos para ello.

Dr. Ricardo Bernztein

3 Sr. Director del Boletín

De mi mayor consideración: Les escribo para felicitarlos por los Boletines Remediar. En el N° 18 se trata la prevención de neumopatía. Recomienda evitar fumar en el ambiente y procurar la lactancia materna. Otro factor negativo -que debería evitarse- es la **contaminación por agroquímicos** que en la Provincia de Santa Fe no tiene control.

No fuimos notificados del Concurso Nacional de Experiencia de APS. ¿Lo federal sigue siendo Bs. As.? Tampoco sabíamos sobre las jornadas de APS. El año pasado nos inscribimos en un Curso de Post Grado de Médicos Comunitarios y nada se nos notificó.

¿Qué siga Remediar es una forma de existir?

Dra María Rosa Calvo

Caps Bauer y Sigel, Provincia de Santa Fe.

Estimada Dra. María Rosa Calvo:

El concurso de experiencias de APS fue informado a través de este Boletín, y los trabajos seleccionados proceden de todas las regiones del país; lamentamos que no accediera a la información. Transmitiremos al Programa de Médicos Comunitarios su inquietud respecto al Postgrado.

Dr. Ricardo Bernztein

Avances del Programa Nacional de Desparasitación Masiva

Área de Fortalecimiento de Atención Primaria. Programa Remediar

La **parasitosis intestinal** es uno de los grandes problemas de la Salud Pública que afecta a las poblaciones que viven en situaciones de alta vulnerabilidad social, en condiciones epidemiológicas, socio-económicas, culturales y ambientales desfavorables.

Con el objetivo de brindar respuesta al problema, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación está desarrollando el Programa Nacional de Desparasitación Masiva (PNDM), tal como ha sido anunciado en nuestros Boletines Números 14 y 16.

Los parásitos intestinales a los que hace frente el programa son los **geohelmintos**, que son aquellos que tienen como parte de sus ciclos vitales un pasaje obligado por la tierra. Ocasionan trastornos en el desarrollo humano, en particular en la infancia, afectando negativamente el crecimiento, la nutrición y la capacidad cognitiva de los niños.

Este programa, en el que intervienen además las jurisdicciones provinciales, el PROAPS – Remediar, la Dirección Nacional de Epidemiología y ANLIS, se encuentra enmarcado dentro de la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud**, basada en la atención programada de las familias, población a cargo del CAPS con padrón de beneficiarios, referencia de la población al CAPS y estímulo de la participación comunitaria, entre otras actividades.

Desde hace años la OMS propone como estrategia de salud pública el uso de tratamientos antihelmínticos masivos y reiterados, sin diagnóstico parasitológico previo individual, en aquellas comunidades que tengan una elevada prevalencia de geohelmintiasis.

Es por ello que el PNDM propone dos estrategias de intervención:

1. La primera contempla el **tratamiento medicamentoso masivo** a poblaciones con tasas de prevalencia elevadas y exposición al riesgo.

2. La segunda propone, apoyar la medicación con **medidas educativas y sanitarias que mejoren la higiene ambiental¹, y personal**, instruyendo a la población sobre la necesidad de disponer de mejores instalaciones sanitarias y modificar hábitos que favorezcan la diseminación del parásito.

Prueba Piloto en Santa Fe:

Las autoridades sanitarias eligieron como **prueba piloto** del PNDM la zona de la **ciudad de Santa Fe** denominada cordón oeste, la cual ha sido la zona más afectada por las inundaciones del 2003. Esta zona reúne características de alta endemicidad para esta parasitosis, es decir, contaminación fecal del ambiente por deficiente disposición de excretas y basura, provisión inadecuada de agua potable, hábitos inadecuados de higiene personal y de lavado de frutas y verduras que se consumen crudas, entre otros.

Esta área cuenta con una población aproximada de 56.500 niños de entre 2 a 14 años de edad en condiciones de NBI, los cuales se referencian a 45 Centros de Salud de la ciudad de Santa Fe y de la municipalidad de Santo Tomé. Las autoridades provinciales realizaron las estimaciones de la población, basándose en información proveniente del Censo 2001 del INDEC, datos de relevamientos provinciales y de los padrones escolares.

Descripción de las actividades realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación en la prueba piloto, previa a la ejecución de la misma:

- 1) Reunión inicial conjunta entre autoridades provinciales, supervisores de APS de la provincia y representantes del REMEDIAR y VIGIA del Ministerio de Salud de la Nación donde se plantearon las actividades a desarrollar (21 de diciembre del 2004).
- 2) Taller de información y sensibilización destinado a autoridades provinciales, Jefes de Zona, Jefes de las 5 Áreas Programáticas de la Ciudad de Santa Fe y de la municipalidad de Santo Tomé, elegidas para comenzar con la prueba piloto (28 de diciembre del 2004).
- 3) Taller de sensibilización y capacitación del personal

¹Programa Nacional de Garantía de Calidad. Norma 898/2001. Guía de Prevención, Procedimientos, Diagnóstico y Tratamiento de Parasitosis. Anexos 1 y 3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en Internet en el sitio web: http://www.msal.gov.ar/html/site/pngcam/normas/2001_898.htm. Accedido 03/01/05

que tiene asignadas actividades en la toma de muestra para determinar la línea de base, previo a la tarea de desparasitación de los niños (6 de enero del 2005).

4) Encuentro de Jefes de Áreas Programáticas, para la determinación de los procedimientos operativos del Programa (20 de enero del 2005).

5) Jornadas de capacitación destinada a los Agentes Sanitarios y Operativos en prevención y tratamiento de las parasitosis debidas a geohelminthos (21, 27 y 28 de enero de 2005).

6) Puesta en marcha de la campaña de difusión y administración de la PRIMERA DOSIS del tratamiento masivo (4 de febrero del 2005).

El día viernes 4 de febrero del 2005, en la ciudad de Santa Fe, las autoridades provinciales conjuntamente con el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García, dieron inicio al Programa de Desparasitación Masiva.

Para el desarrollo de las actividades, las autoridades provinciales diseñaron un cronograma, organizado por áreas programáticas, en el cual se preveía que la fase correspondiente al tratamiento masivo con Mebendazol, abarcaría un período de 30 días. El 9 de marzo, sólo 5 días más allá de lo previsto, la Provincia informó que el suministro de la medicación había llegado a las áreas previstas, y por ende, a la población objetivo.

A partir de los registros provinciales correspondientes podemos afirmar que:

La cantidad de **niños/as medicados fue de 52.992**. En función de lo expresado por las autoridades provinciales, la diferencia de 3.497 niños/as respecto de la estimación inicial, no radica en el incumplimiento de los procedimientos pertinentes, sino en un error en la estimación inicial.

Cabe destacar que las autoridades provinciales acotaron el suministro de Mebendazol a la población entre **2 y 13 años de edad**.

La cantidad de dosis de Mebendazol utilizada fue de 54.514, lo cual implica una **pérdida del 2.79%** (1.522 dosis).

La cantidad de **hogares visitados fueron 24.122**; esto presupone un promedio de 2.2 niños/as por hogar.

Entre Agentes Sanitarios y Agentes Operativos, participaron de la implementación del Programa, en la Ciudad de Santa Fe, **1.248 personas**.

La evaluación de esta prueba piloto está permitiendo hacer los ajustes y correcciones que se consideren necesarios para mejorar el desarrollo de este Programa Nacional en las próximas jurisdicciones interesadas en implementarlo.

En la actualidad el PNDM se ha iniciado en otros departamentos de la provincia de Santa Fe, incluida la ciudad de Rosario. Cabe destacar que se ha comenzado la segunda ronda de tratamiento correspondiente a las áreas de intervención como prueba piloto en la ciudad de Santa Fe, realizada en Febrero del corriente año.

El 1º de Agosto se lanzó el programa en la ciudad de Catamarca y está prevista la intervención posterior en otros departamentos.

La Rioja inicia el programa en la primera semana de Setiembre. Próximamente lo hará la provincia de Entre Ríos.

Actualmente las provincias de Salta, Chaco, Corrientes, Formosa y La Pampa están realizando la toma de muestras, previa a la intervención de Desparasitación Masiva.

Las provincias de San Juan y Tucumán ya han recibido los insumos y realizado la capacitación necesaria para la toma de muestras.

El resto de las provincias han sido contactadas y ejecutan los estudios previos para la implementación del programa.

Más de 1.200.000 niños de todo el país, que viven en condiciones de alta vulnerabilidad social son los beneficiarios del Programa, que tiene una cobertura que supera el 80% de la población de 2 a 14 años con necesidades básicas insatisfechas. El total de hogares involucrados son aproximadamente 726.211.

A través de este programa se busca mejorar el estado de salud, la nutrición y la capacidad de aprendizaje de los niños, reduciendo la contaminación del medio ambiente con materia fecal portadora de huevos de geohelminthos, especialmente en áreas marginales donde asientan urbanizaciones con riesgo ambiental y que carecen de servicios sanitarios básicos.

Control en salud del niño durante el primer año de vida

Área de Salud Integral del Niño. - Dres. Lucrecia Manfredi, Ana María Speranza, Alicia Giannini, Nora Corso.
 Dirección Nacional de Salud Materno-infantil - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

1. Definición

También llamado control de crecimiento y desarrollo, o supervisión de la salud de niños.

La Sociedad Argentina de Pediatría, en las "Guías para la supervisión de la salud de niños"(2002), lo define como "un proceso longitudinal que se funda en una atención médica que considera a la familia y a su entorno" y dice que el médico está formado para diagnosticar la patología y debe hacer un cambio trascendente en el enfoque con el fin de cuidar la salud, buscar estrategias que intenten incrementarla y prevenir su pérdida. Por otro lado "el estado de salud requiere de múltiples factores que no sólo incluyen aspectos médicos sino también familiares, educativos, comunitarios y sociales".

2. Quiénes intervienen

La atención del niño sano si bien tiene su encuadre en la consulta de la familia, el niño y el médico pediatra o generalista, interviene todo el equipo de salud: enfermera, agente sanitario, asistente social, psicólogo, nutricionista, administrativo, personal de maestranza, etc, con sus respectivas funciones, dando a la familia asesoramiento, contención y educación para la salud.

3. Objetivos Fundamentales

Establecer un vínculo adecuado entre el equipo de salud y la familia.

Realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo.

Promover acciones saludables y prevenir enfermedades.

4. Frecuencia de los controles durante el 1º año

Se consideraran como mínimo 10 controles hasta el año, luego del control del recién nacido en la maternidad, para los que se deben tener en cuenta los momentos claves del crecimiento y el desarrollo del niño.

1º semestre: 7 a 10 días-1mes-2 meses-3 meses-4 meses-5 meses-6 meses

2º semestre: 8meses-10 meses-12 meses

Existen varias opiniones respecto a la frecuencia de los controles, pero todas coinciden en que se realicen durante los primeros 6 meses en forma mensual. Es importante valorar el riesgo familiar y/o el riesgo biológico del niño, para promover la citación a controles más frecuentes que los propuestos aquí. Tener en cuenta la accesibilidad de la familia para la concurrencia al centro, la disponibilidad de turnos programados en relación a las horas de atención profesional y diseñar una estrategia de organización del centro de acuerdo a los recursos disponibles.

Otros miembros del equipos de salud capacitados enfermeras y agentes sanitarios pueden colaborar y participar en la consulta, midiendo, pesando y percentilando a los niños, así como también realizar el control del esquema de vacunación para la edad, promover conductas saludables, indagar factores ambientales en el hogar y colaborar con las pautas en la crianza de los niños.

5- Aspectos que debe incluir la consulta:

Es importante que cada una de las actividades del CAPS sea programada, con el fin de mejorar la organización institucional y evitar largas horas de espera a la familia. La consulta debe incluir los aspectos ambientales del hogar, los factores de riesgo individual de cada niño y los aspectos particulares de la familia, según su historia, crisis y fortalezas de cada grupo familiar en particular. En todas las consultas de control siempre debe desnudarse al niño, pues esta es la única forma de hacer un examen completo. Es necesario tener en cuenta la temperatura del lugar, creando con los medios posibles un espacio físico agradable con el ambiente climatizado según las distintas regiones y épocas del año.

En otro sentido es importante respetar el pudor del niño y realizar las distintas etapas del examen teniendo en cuenta **su** privacidad y **sus** necesidades.

Es necesario llamar al niño por su nombre, atender sus temores y contarle lo que se va a hacer, el niño necesita que le anticipen lo que le va a suceder durante su estadía por el centro. Lo ayuda a organizarse, a calmar

su ansiedad y a construir un vínculo de confiabilidad con el equipo de salud.

Es muy importante tener conocimiento de las condiciones socio afectivas en la que se encuentra la familia, si está atravesando una crisis el grupo conviviente o alguno de los miembros necesita apoyo social, que puede ser brindado por algún integrante del equipo de salud o alguien que integre un grupo de esa comunidad.

Debe ser un espacio para que los padres puedan despejar sus dudas o temores, para esto es necesario que el médico haya establecido un buen vínculo con la familia, y tener presente en todo momento que el niño es el protagonista de la consulta, que comprende perfectamente que hablan de él y sería deseable que el profesional y la familia puedan evaluar cuándo es oportuno o no hablar delante del niño.

El encuadre de la consulta requiere un vínculo adecuado entre la familia y el equipo de salud, que permita establecer una relación de servicio comprometida, continente y empática.

Con el fin de garantizar una comunicación efectiva durante la consulta se recomiendan las siguientes acciones:

El equipo de salud debe presentarse con su nombre y apellido a la familia aclarando quién atenderá al niño y controlará su crecimiento y desarrollo. Debe explicitar claramente los horarios de atención del CAP y ofrecer alternativas y horarios para la atención de las urgencias.

Los padres siempre deben estar sentados, ya que el médico debe tener una amplia visión de la dinámica gestual de la familia y de las expresiones conductuales del niño, de sus sentimientos, las formas de vinculación con los padres, etc. Es indispensable escuchar las necesidades de los progenitores, saber preguntar con un lenguaje sencillo y claro, así como también comprobar que las recomendaciones han sido comprendidas y lograr acuerdos para el cuidado de los niños.

Es muy importante favorecer la autoestima y la seguridad materna sobre todo en madres muy jóvenes, en primizas, si han tenido pérdidas fetales o infantiles, hijos con malformaciones congénitas o están atravesando una crisis familiar. Destacar los aspectos positivos de la madre en la crianza del niño le otorga seguridad y confianza en ella.

6- La Organización de la consulta: Escuchar – Evaluar-Indicar y Recomendar.

Escuchar a los padres: debe escucharse el relato de la madre referido a la evolución del niño, los problemas detectados y los interrogantes que la familia tiene respecto de la salud del niño.-Este es el momento indicado

para hacer las preguntas con el fin de obtener un diagnóstico tanto de los problemas de salud que refiere la madre, como los aspectos de la dinámica familiar, dificultades y problemas de la madre en la crianza. Si el niño está despierto se puede aprovechar ese período para observar su conducta, su desarrollo y el vínculo del niño con la madre o la familia.

La evaluación comprende: el examen físico completo, las mediciones antropométricas, el estado nutricional y el desarrollo. Durante la evaluación se puede comentar a la madre los hallazgos normales y las alteraciones, señalando la importancia de cada una de éstas, el pronóstico y las medidas terapéuticas a implementar si correspondiera.

Indicaciones y Recomendaciones: es necesario volver a sentarse frente a la familia al final de la consulta, para conversar con ella y realizar una síntesis de la salud del niño y promover las acciones preventivas necesarias para cada etapa que va atravesando el niño (aspectos del desarrollo, inmunizaciones, prevención de accidentes, lactancia materna u otras). Y además, darle un espacio a los padres para que puedan despejar todas sus dudas.

Bibliografía

Módulo de Capacitación, Promoción y Mantenimiento de la Lactancia Materna. Ministerio de Salud y Acción Social- 1998.

Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Ministerio de Salud- 2003.

Guía para la Atención del Parto en Maternidades Centradas en la Familia. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. 2004.

Cuidando al Bebé, Guía para el Equipo de Salud y la Familia" Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. 2005.

Guía para la Atención Integral del niño de 0-5 años. Módulo 1 Primer año de vida. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil- 2004.

Guía para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes. Sociedad Argentina de Pediatría. 2002.

Guía de Alimentación para Niños Sanos de 0 a 2 años. Comité de Nutrición. Sociedad Argentina de Pediatría- 2001.

Guía para la Evaluación del Desarrollo en el niño menor de seis años. Lejarraga-Krupitzky y col.1996.

Guías Alimentarias para la población infantil- Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. En prensa.

	Control en sa					
	RN	7-10 días	1º mes	2º mes	3º mes	
Antropometría						Peso / edad y percentilar
						Talla / edad y percentilar
						Perímetro cefálico-p
Inmunizaciones	BCG-HepB			Sabin-Cuádruple-Hepatitis B		Sa
Otras evaluaciones	Pesquisa endocrino-metabólica- Pesquisa auditiva- Tomar el reflejo rojo ocular.		Buscar resultados de la pesquisa- Evaluar factores de riesgo	Evaluar factores de riesgo: prematurez o bajo peso al nacer, r dades básicas insatisfechas, malas condiciones ambientales ex		
Ex. Físico completo: incluye evaluación del crecimiento y nutrición	COMPLETO: Descartar malformaciones, hernias, hidrocele, masas abdominales, soplos, displasia de cadera (Ortolani). Examinar:piel- fontanelas- paladar-genitales-pulsos periféricos-cordón umbilical- motilidad activa y pasiva- chorro miccional-color de las deposiciones. Presencia de reflejos arcaicos, ictericia. Recordar que el RN desciende el 10% de su peso en los primeros 10 días.			Ex. físico completo- Sostén cefálico- Evaluación de la audición y de la vista- Fontanela posterior cerrada.	Ex. físico completo. Disminución de reflejos arcaicos	Ex. De ref
Desarrollo	Evaluar si: el niño ve-oye- huele y siente; el sostén materno; gira la cabeza a los lados; lleva su mano a la boca; fija la mirada; reflejo de succión; emite sonidos guturales.			Evaluar: sostén cefálico-atento a la palabra- emite sonidos- sigue un objeto con la mirada dentro de su campo visual- sonríe cuando se le habla- posición en línea media: se mira las manos.	Evaluar: gira de la posición arriba a de costado, alarga tiempo de vigilia, vocaliza sonidos, junta las manos en la línea media, mira sus manos, fija la mirada y responde con una sonrisa.	A v ab var hal ced ma ser
Salud Ambiental	Aire puro (no fumar en la casa, ventilar la casa en especial si usa braseros). Agua potable (hervirla, o agregarle 2 gotas de cloro por litro) y la exposición					
Alimentación	Lactancia exclusiva hasta el 6º mes					
Hierro						
Vitamina D+	No necesitan suplemento de Vitamina D: Los niños expuestos a la luz solar (2 horas semanales vestidos y					
Vitamina A+	No necesitan suplementos de Vitamina A los niños sanos. Debe estudiarse la necesidad de suplementación					
Crianza y recomendaciones	Acostar al bebé en posición boca arriba. Lactancia materna exclusiva. Higiene del cordón y de la zona del pañal. Explicar técnica para bañarlo. Ambiente libre de humo. Lavarse las manos regularmente. Consejería de planificación familiar. Próximo control.			Acostar al bebé en posición boca arriba. Lactancia materna exclusiva. El niño necesita nombre, que lo acaricien y lo mimen. Ambiente libre de humo. Lavarse las manos regularmente. Rol del padre y hermanos. Elección de objetos para el juego. Prevención de accidentes (uso de sillas de bebé, uso de tapetes físicos para la libertad de movimiento), ahogamiento: cuerpo extraño y agua, quemaduras		
Signos de Alarma	Fiebre- llanto inconsolable- irritabilidad- decaimiento- rechazo del alimento- dificultades en la lactancia- palidez - cianosis - ictericia- vómitos- diarrea- hematomas- temblores o movimientos involuntarios			Fiebre- llanto inconsolable- irritabilidad- decaimiento- falta de apetito- cambios e		

Salud del Niño durante el 1º año					
4º mes	5º mes	6º mes	8º mes	10º mes	12º mes
(utilizar los gráficos de Lejarraga-Orfila) .					
(utilizar los gráficos de Lejarraga-Orfila)					
Percentilar (utilizar la tabla de Nelhaus)					
Difteria- Cuádruple		Sabin- Cuádruple- Hepatitis B		Triple viral- Hepatitis A	
Madre adolescente, baja instrucción materna, malformaciones, desnutrición, tabaquismo, alcoholismo, hacinamiento, violencia familiar, necesidades extradomiciliarias, etc.					
Físico completo. desaparición de los reflejos arcaicos	Ex. físico completo.	Ex. físico completo- Inicio de la dentición: indicar higiene local.	Ex. físico completo.	Ex. Físico completo.	Ex. Físico completo.
Algunas veces gira a boca abajo- reacciona activamente cuando se le habla- gorjeo y balbuceo- se mira las manos, las mantiene semiabiertas.	Gira a boca abajo- comienza desplazamientos- emite sonidos- puede tomar un objeto pequeño que está a su alcance y pasarlo de mano en mano- juega a las escondidas. Trípodete.	Se desplaza rolando, ríe, grita, vocaliza: silabea, imita sonidos, reacciona cuando se le habla. Toma objetos con facilidad, puede mantenerse sentado con apoyo o sin él.	Se sienta- reptar- comprende cuando se le habla- respuesta al NO- silabeo no específico- toma objetos con facilidad, los agita, tira. Repite las acciones que le agradan. Angustia del 8º mes.	Gatea, se pone de pie con apoyo, silabea, utiliza pinza, investiga y señala con el dedo. Búsqueda activa de objetos escondidos en su presencia.	Utiliza palabras, frase, comprende consignas; inicia la marcha; juega con objetos, construye, garabatea, imita gestos, toma agua de un vaso, intenta comer solo, señala objetos en un libro, prensión pinza superior.
Pautas para eliminar RESIDUOS e indagar sobre la existencia de basurales en la zona y eliminación de excretas. Evitar exposición solar entre las 11hs y 15 hs.					
		Lactancia materna. Incorporar 1 comida diaria: papillas de harinas, carnes bien cocidas (pollo-vaca-hígado-sesos), pulpas o jugos de frutas y hortalizas cocidas (adicionar aceite vegetal, evitar la SAL y la MIEL, controlar los azúcares simples).	3 comidas al día y continuar con la lactancia. Incorporar papillas con harina de trigo, legumbres bien cocidas y sin envoltura, yema de huevo.	Lactancia materna. Más 4 comidas diarias. Incorporar: huevo entero- frutas frescas- vegetales crudos- pescado.	Lactancia materna. Más 4 ó 5 comidas diarias- dieta variada. Durante los 2 primeros años no se debe restringir la ingesta grasa.
Fe: 1 mg/Kg/d, separado de la lactancia		Dar el hierro con vitamina C (jugo de naranja para su mejor absorción).			Continúa hasta los 18 meses
(y sin gorro o 30' por semana sólo con pañales) y los niños que reciben en cantidad suficiente leche fortificada con Vitamina D.					
Atención en niños con riesgo de déficit por distintas causas: mala absorción, desnutrición e infecciones a repetición a partir del 6º mes..					
Necesita cariño, besos, que lo llamen por su nombre regularmente. Consejería de planificación familiar. Evitar accidentes: caídas (adecuar el espacio de juego), intoxicaciones. Próximo control.		Lactancia materna. Ambiente libre de humo. Lavarse las manos regularmente. Manipulación higiénica de los alimentos. Cocinar bien las carnes. Planificación del espacio físico para prevenir accidentes. Cantos- cuentos- relatos. El niño necesita que jueguen con él, salir a pasear, ir a la plaza, visitar a su familia. Hablar sobre ritmo del sueño. Consejería de planificación familiar. Próximo control.			
Atención en la coloración de la piel - Fatiga - dificultad para respirar - somnolencia-vómitos- diarrea- palidez- temblores focalizados o generalizados.					

Lactancia Materna

Dra. María Luisa Ageitos. Médica Peditra-Licenciada en Salud Pública.
 Dra. Vera May. Médica Peditra, Consultora Internacional en Lactancia Materna.

La lactancia es específica para la especie, y otorga beneficios para el niño, su madre, la familia y la sociedad. Estos son de orden nutricional, inmunológico, del neurodesarrollo, psicológicos, ambientales, económicos, y sociales. Recientes investigaciones realizadas con complejas técnicas epidemiológicas y bioquímicas demuestran la superioridad de la lactancia materna y del empleo de la leche humana sobre toda otra forma de alimentación infantil.

Los profesionales de la salud que atienden madres y niños, pueden ser el principal factor promotor y protector de la lactancia materna (LM) y es posible identificar el tipo de acciones que presentan mayor efectividad¹.

La LM es una estrategia de salud pública que demostró ser, junto a la inmunización en zonas endémicas de sarampión, la medida más efectiva en **reducción de muertes infantiles**².

Una investigación realizada en Brasil demuestra que acciones específicas, realizadas en Unidades de Atención Primaria, pueden lograr la extensión de la duración de la LM. Éstas consisten en acciones durante los periodos prenatal, hospitalario y postnatal y demostraron que las acciones convergentes tienen mayor impacto que las acciones individuales. No resultó tan importante quién las llevaba a cabo (médico, obstétrica, enfermera, agente de salud) sino la coherencia y convergencia de las acciones y su sostén prolongado en el tiempo. Estas actividades consistieron fundamentalmente en: talleres en el período prenatal, consulta individual con contenidos de educación para la salud, visita domiciliaria, llamada telefónica de seguimiento, material impreso. Las acciones desempeñadas personalmente (cara a cara) tuvieron más efecto que las efectuadas a distancia o la sola distribución de material impreso³.

Superioridad de la lactancia materna:

La LM es el primer y mejor modo de nutrir y vincularse con el bebé, además de otorgarle protección inmunoló-

gica y capacidad inmunogénica (inmunomodulación). El bebé nace con la protección inmunológica transferida por vía placentaria; a través del calostro y de la leche materna se completa esta transmisión, hasta su propia madurez inmunológica cuya curva demuestra a los seis meses un pico, que continúa durante toda la primera infancia. A través de leche materna recibe inmunoglobulinas y células vivas (linfocitos, macrófagos y mastocitos), que son de vital importancia para la conformación de una flora gastrointestinal que no permite la colonización de gérmenes patógenos (virus, bacterias, hongos y otros). Por diferentes mecanismos la flora local y los componentes de la leche logran disminuir la invasión de gérmenes (vía oral) cuyo efecto podría ser fatal (poliovirus, E. Coli, shiguela, etc.)⁴. En lactantes amamantados es menor la incidencia de infecciones gastrointestinales⁵, respiratorias altas y bajas⁶, otitis media aguda⁷, enfermedades alérgicas⁸, infecciones urinarias. También se ha publicado que existe mejor respuesta inmunitaria a las vacunas.

Es importante destacar la menor incidencia de enterocolitis necrotizante⁹ y sepsis, en recién nacidos alimentados con LM, versus los que reciben fórmula.

La LM exclusiva suele satisfacer por completo la necesidad de succión de los lactantes. La conservación del patrón fisiológico de succión, no interferido con otros objetos de succión: tetinas, chupetes, evita las deformaciones de la conformación dentaria, favoreciendo el pleno desarrollo de sus funciones y facilitando el crecimiento adecuado de las estructuras orofaríngeas. Se previenen de esta manera disfunciones de la succión, respiración, deglución y fonación.

El nivel de desarrollo madurativo e intelectual alcanzado por niños alimentados con lactancia materna exclusiva, fue especialmente comprobado en niños prematuros alimentados con leche humana, en estudios prospectivos que evaluaron niños a los 14 y 18 años^{10,11}

Investigaciones recientes han demostrado la correlación

¹Breastfeeding and the use of Human Milk, Policy Statements, Academy of Pediatrics. Pediatrics, 2005,115: 496-506

²Child Survival II: How many child deaths can we prevent this year?, Jones G; & cols. & Bellagio Child Survival Study Group. The Lancet 362, July 5, 2003. Child Survival IV: Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough, Victora, C & cols, The Lancet, vol. 362, July 19, 2003. I,

³Couto de Oliveira, M.I.; Bastos Camacho y Tedstone. Journal of Human Lactation, nov 2001, vol 17, N° 4.

⁴American Academy of Pediatrics: Red Book 2003 : Report of the Committee on Infectious Diseases.

⁵Dewey, K; & cols. J. Pediatrics: 1995, 126, 696-702

⁶Heinig, J; Ped. Clin N. Am: 2001: 197-198

⁷Marild, S; & cols. Ped. Journ, Infect, Dis, 1994, 13,183: 188

⁸Chalada, P.C, & cols; Journal Allergy Clinic Immunology 2003; 111: 328-336.

⁹Lucas, A; Cole FJ; Lancet, 1990, 339: 1519-1523

¹⁰Horwood, L.J; & cols. Arch. Dis, Child; 2001: 84: F23-F27

¹¹Lucas, A; Morley & cols; B. M. J.; 1998; 317: 1481-1487.

entre duración de la lactancia y niveles de inteligencia en adultos, tomado en dos muestras significativas a través de dos escalas diferentes de medición. Resultaron mayores los niveles de inteligencia y desarrollo cognitivo en aquellos que recibieron leche materna. Los contenidos de la leche materna, los factores conductuales y las elecciones familiares del método de alimentación podrían ser los responsables de esta asociación demostrada¹². Un metaanálisis de Anderson y col. 1999¹³, compara niños amamantados y alimentados con fórmula y evidencia los beneficios del amamantar en el desarrollo cognitivo.

En cuanto a la madre y las condiciones de su salud actual y futura, están demostrados los beneficios: la acción de la ocitocina endógena acelera la retracción uterina, disminuyendo la anemia puerperal, sufre menor depresión puerperal, probable menos osteoporosis en la edad adulta, menor incidencia de cáncer de ovario y de mamas. La madre que amamanta refuerza su autoestima y el carácter único del vínculo con su hijo, logrando un gran impacto en el desarrollo del mismo. La mejor salud del bebé es un valor social compartido por las familias. El efecto anticonceptivo natural de la LM si se sigue el **MELA** (método de lactancia amenorrea): mamadas frecuentes (8 a 12 al día) incluso nocturnas, LM exclusiva (sin agua, ni jugos, ni te) y madre que no menstrúe, evita un nuevo embarazo en los primeros 6 meses postparto. La madre desnutrida debe recibir el apoyo y complemento alimentario que requiere, pero no tiene indicación de suspender la lactancia, salvo ante un caquexia neoplásica, o una madre con VIH-SIDA.

Disminución de riesgo de enfermar y morir en los niños amamantados¹⁴

- 3,2 veces más riesgo de enfermedad diarreica con sólo agregar un líquido, 13 veces si agregan sólidos y 18 veces si no son amamantados.
- En los lugares en los que no hay agua potable el riesgo de muerte por enfermedades diarreicas es 18 veces superior que en los amamantados.
- En niños nacidos pretérmino el riesgo de enterocolitis necrotizante es 20 veces superior que en los amamantados.
- Los niños que no reciben lactancia materna tienen 3 veces más riesgo de padecer otitis.
- 4 a 16 veces más riesgo de meningitis por

H. Influenzae.

- Más riesgo de padecer otras enfermedades por pasaje de proteínas heterólogas a través de la barrera intestinal (eczema, asma, enfermedades autoinmunes). 8% de los niños son alérgicos a la proteína de la leche de vaca y de ellos 50% también lo son a la proteína de soja.
- En prematuros no amamantados se observó menor desarrollo de la inteligencia por falta de ácidos grasos esenciales.
- Riesgo relativo de morir en amamantados por Síndrome de Muerte Súbita de 0,85 (protección).

Cómo promover y sostener la lactancia en los Centros de Salud.

Muchas mujeres tienen experiencia previa con hijos anteriores. Sin embargo en numerosos casos, estas lactancias fueron muy breves o complicadas, recibieron poca asistencia para continuar con la misma, y la ayuda recibida por familiares o conocidos se basó en mitos y costumbres de la época, que fueron modificadas a la luz de las investigaciones más recientes.

Actualmente es función del equipo de salud brindarle a cada mujer embarazada y sus familiares, la información adecuada y la confianza en sí misma para que ella pueda decidir cómo desea alimentar a su hijo. Es importante incluir el examen de mamas en la consulta obstétrica. Ha demostrado su efecto positivo el involucrar a la familia en el compromiso de la decisión de amamantar, y en el cuidado de la mujer que amamanta

La LM es posible con consenso y apoyo familiar y los arreglos necesarios para que la mujer que trabaja o estudia pueda regresar a sus actividades y mantener la lactancia durante muchos meses. Se deberá prestar especial atención a las mujeres con riesgo de abandono precoz de la lactancia¹⁵ (lactancias anteriores fallidas, intervenciones quirúrgicas mamarias, madre sola; madre que trabaja muchas horas alejada de su hijo, etc.), y la implementación de medidas para contenerlas y aliviar las causas determinantes del riesgo¹⁶.

Se ha elaborado una estrategia, para la implementación de la promoción y protección de la lactancia materna en los CAPS de nuestro país. La "Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño", con decreto ministerial N° 660/02, tiene como objetivo extender la promoción de la lactancia durante todo el período de control del

¹²Mortensen E, y cols; Jama, mayo 8, 2002, n° 17, vol 2008.

¹³Anderson, J.W. & cols, Metaanálisis, American Journ. Clinics Nurs, 1999; 70: 525-535.

¹⁴Brown K, Dewey K, Allen L. Complementary Feeding of young children in developing countries. A review of current scientific knowledge. WHO/UNICEF/University of California at Davis.

¹⁵Gutiérrez Leyton M, Ageitos ML.: Arch. Arg. Ped, Vol.80, No 5/6, 1982.

¹⁶Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño, 2005, Min. Sal. Y Med. Amb. de la Nación.

embarazo y luego durante la atención del niño y el monitoreo de su crecimiento y desarrollo.

Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño.

Diez Pasos para el Apoyo a la Lactancia Materna

1. Disponer de una política escrita sobre la Lactancia Materna, que sea conocida por el equipo de salud y la comunidad.
2. Capacitar sobre la política de Lactancia Materna a todo el equipo de salud y a miembros de la comunidad.
3. Informar a embarazadas, madres de lactantes y sus grupos familiares, sobre los beneficios de la Lactancia Materna y las habilidades para su práctica.
4. Incluir sistemáticamente información sobre la Lactancia Materna y el examen de mamas en la consulta obstétrica.
5. Utilizar toda oportunidad de contacto con embara-

das, madres y bebés para apoyar la Lactancia Materna.
6. Brindar especial apoyo a embarazadas y madres con riesgo de abandono precoz y con dificultades en la Lactancia Materna.

7. Fomentar la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses, **incorporar alimentación complementaria oportuna (ACO)** a partir de esa edad y estimular la Lactancia Materna hasta los dos años o más.

8. Asesorar sobre técnicas de extracción y conservación de leche a todas las madres, especialmente a las que trabajan y/o deban separarse de su bebé. Informar sobre los derechos que las protegen.

9. Respetar el "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" en todos sus aspectos.

10. Estimular la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y vincular a las madres con estos grupos.

Indicadores para evaluación

Es conveniente unificar los indicadores en uso para el registro y el monitoreo de la alimentación del lactante para poder comparar y evaluar programas actuales o futuros. Para ello se utilizan las definiciones de OMS:

Definiciones según OMS	
Lactancia Materna Exclusiva (LME)	El niño es alimentado sólo con leche materna (también leche materna extraída). Puede recibir vitaminas, medicación y Sales de Rehidratación Oral.
Lactancia Materna Predominante (LMP)	El niño es alimentado con leche materna. Pueden recibir aguas, té y jugos, (líquidos no nutritivos) además de vitaminas, medicación y Sales de Rehidratación Oral.
Lactancia Materna Completa (LMC)	Se trata de la suma de las dos categorías anteriores, es una categoría epidemiológica.
Lactancia Materna Parcial (LMP)	El niño recibe leche materna y otras leches u otros alimentos.
Destete	Utilizado para niños sin lactancia materna.

Las consultas de lactancia: requieren atención inmediata.

Es importante ofrecer a la madre y a su bebé la posibilidad de acudir sin turno previo ni programado, cuando consulte por lactancia. Estas consultas tienen carácter de urgencia, y deben ser resueltas o derivadas adecuadamente, pues su insuficiente resolución acarrea la innecesaria complementación con biberón o la complicación del síntoma original y ponen en riesgo la salud del niño o niña.

En caso de complementación o suspensión completa de la lactancia materna, aún por períodos considerables la relactación es una opción muy posible, requiere seguimiento frecuente y conducción profesional con experiencia¹⁷.

La medicación materna es generalmente compatible con la continuación de la lactancia. Muy pocas drogas están contraindicadas en la lactancia¹⁸, y no es aconsejable suspender la misma ante la duda, sino reflexionar sobre el posible cambio o postergación de la medicación materna. Es conveniente consultar bibliografía específica para realizar la elección más favorable e inocua para madre y niño.

Es posible consultar en:

1- *American Academy of Pediatrics. Comité de medicamentos. Paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche materna. Pediatrics, 2001; 108: 776-789. www.a.a.p.org.committee on drugs*

2- *Hale T. Medications and mothers' Milk. A Manual of Lactational Pharmacology. 11ª edición. Pharmasoft Medical*

¹⁷Relactación, una recuperación posible, Hormann, E; Savage, F; Adaptación y traducción: May, V; Ageitos, M.L. UNICEF, Cuadernillo 1, sept. 2002.

¹⁸Ageitos ML. Medicamentos y lactancia materna. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR 2004 (2):10:24.

Publishing: Amarillo, Texas: 2002.

3 - <http://www.e-lactancia.org/inicio.htm> (Hospital de Marina Alta , España)

El profesional que descubra efectos adversos de medicación materna en lactantes deberá informarlo a la ANMAT¹⁹.

Una vez más es en la consulta que hace la familia al CAPS donde se juega el destino de un niño o una niña. El tiempo, el conocimiento y la dedicación requeridos para promover y apoyar la lactancia materna, darán a las poblaciones a cargo de cada centro, menor número de consultas por morbilidad, menor número de hospitalizaciones, niños y madres más saludables y familias más satisfechas con la crianza de sus hijos. Esto al mismo tiempo dará más satisfacciones a los exigidos equipos que se desempeñan en las zonas y regiones

¹⁹www.anmat.gov.ar

más difíciles de nuestro país. Varias cohortes de profesionales han tenido escasas oportunidades de profundizar en los conocimientos, actitudes y prácticas requeridas para el tema, cuyo enfoque debe ser multidisciplinario, y en un riguroso marco ético. Las prácticas de los equipos de salud están reguladas por el **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna**, OMS-UNICEF (1981), Argentina (1994). La provisión indiscriminada de fórmulas que pretenden reemplazar, en casos innecesarios, un tejido vivo como es la leche humana y un vínculo precioso como el del amamantamiento, ponen en riesgo la calidad de vida de los niños y las niñas, y como vimos más arriba aún la propia vida.

Acciones desarrolladas para promover la lactancia materna y sus resultados

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

En toda población, independientemente de su situación de salud, la promoción de la lactancia materna constituye una estrategia ineludible. Particularmente en el caso de nuestro país, a la luz de las condiciones de salud así como de los patrones de lactancia materna valorados a partir de diferentes encuestas, es imperativo continuar promoviendo y fortaleciendo acciones que favorezcan la lactancia materna.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, desde la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, en conjunto con los equipos provinciales, desarrolla diferentes acciones tendientes a promover la lactancia materna y monitorear sus avances y logros.

Argentina ha definido, en forma consensuada con las jurisdicciones, una serie de metas a ser alcanzadas en el año 2007, expresadas en el Plan Federal de Salud 2004-2007. En relación directa con la lactancia materna, una de las metas que considera es "Lograr en cuatro años el mantenimiento de la lactancia materna hasta el 6to mes en un 35% de los niños y en forma exclusiva hasta el 4to mes en un 45%".

Sin embargo, las acciones desarrolladas, tendientes a promover, sostener y prolongar la lactancia materna constituyen un medio para el cumplimiento de otras metas definidas como es el caso de reducción de la mor-

talidad infantil, reducir la prevalencia de anemia o el número de egresos por enfermedades prevalentes.

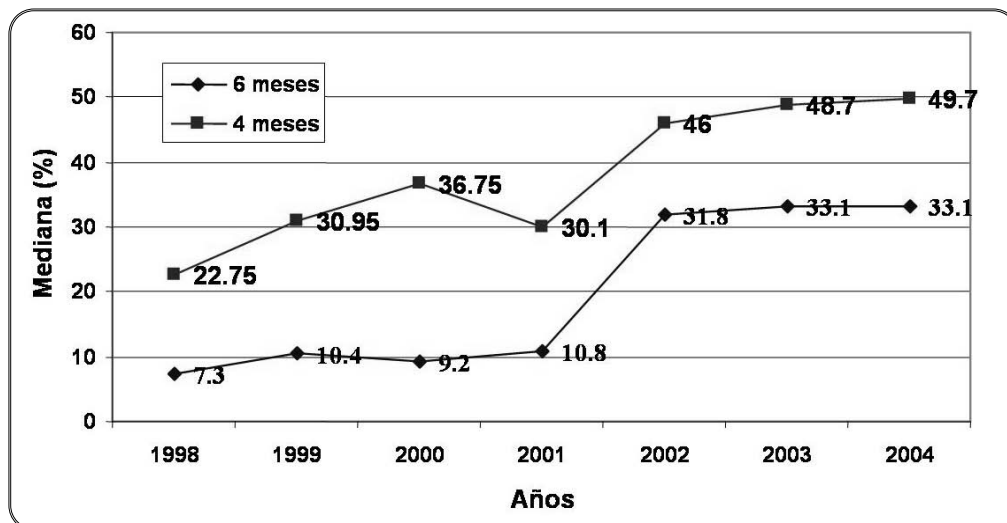
Entre las acciones que se están desarrollando cabe mencionar actividades de Capacitación en Lactancia Materna en las diferentes jurisdicciones, la formación de Docentes y Consejeros en Lactancia Materna, la creación de la Comisión Asesora en Lactancia Materna, el trabajo desarrollado en el marco de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, la implementación de la Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño, la adhesión al Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la promoción de la implementación de varias encuestas de Prevalencia en Lactancia Materna en las jurisdicciones y la consolidación a nivel nacional de los datos jurisdiccionales, y el desarrollo de un nuevo software para el procesamiento de los datos de estas encuestas.

Estas estrategias se desarrollan mediante un trabajo conjunto, sostenido y articulado con los equipos de los programas Materno Infantiles de las jurisdicciones, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales, y profesionales de reconocida trayectoria en el tema. Algunas de estas estrategias cuentan con el antecedente de varios años de desarrollo e implementación, y cada una de ellas contribuye al logro de las metas y objetivos fijados.

A continuación se presenta el consolidado del trabajo

realizado por distintas provincias, que han remitido sus datos permitiendo visualizar de manera gráfica el recorrido de la evolución de las medianas de lactancia que sintetiza los efectos de las estrategias en conjunto entre el año 1998 y 2004. La información fue obtenida mediante la metodología propuesta por OPS/OMS, a partir del recordatorio de las últimas 24 horas utilizando el programa LACMAT.

Figura 1. Mediana de la proporción de niños con lactancia materna exclusiva a los 4 y 6 meses de edad.



Según puede observarse, desde 1998 a 2004 se ha registrado un incremento importante en el valor de la mediana tanto de lactancia materna exclusiva al 4º como al 6º mes de vida. En la mitad de las provincias de las que se dispone de información del año 2004, al menos el 50% de los niños de 4 meses de edad son alimentados exclusivamente a pecho, en tanto que la proporción de niños amamantados en forma exclusiva al 6º mes, en la mitad de las provincias es al menos de 33%.

"La Atención Primaria y el Programa RemediAR". Trabajos premiados

En este número se publican los trabajos premiados en el Concurso Nacional para Becas de Estimulo "La Atención Primaria de la Salud y el Programa RemediAR". Los trabajos seleccionados proceden de todos los puntos del país, y el objetivo de su publicación es difundir las diferentes acciones, generando ideas y favoreciendo la comunicación.

Los trabajos tiene características diversas entre sí: algunas se caracterizan por su rigor metodológico, otros por superar obstáculos difíciles a través de una creativa aplicación de tecnología apropiada, y otros por su valioso aporte al diagnóstico de la problemática local o su fuerte valor testimonial.

Dado que se trata de becas de estímulo, la publicación

del trabajo irá acompañado por un comentario editorial sobre sus beneficios y aspectos a perfeccionar, a fin de tender al fortalecimiento de la calidad en la Atención Primaria, entendida como "atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables"¹.

"Lactancia Materna: factores que inciden en su exclusividad" fue elaborado por agentes de salud de la localidad de Laguna Blanca, en la Provincia de Formosa. Es un estudio transversal que permite identificar notables diferencias en la frecuencia de lactancia materna entre dos comunidades: una de aborígenes Toba (Qom) y la otra de población criolla. Las diferencias observadas

¹OMS - UNICEF: "Declaración de Alma - Ata". 1978. Párrafo VI.

posiblemente no sean efecto de la actividad del sistema sanitario, sino de diversas tradiciones de cada comunidad. El trabajo está presentado ordenadamente, y permitirá profundizar en los factores culturales que determinaron la diferencia.

“Por un barrio saludable y una comunidad sana” es un proyecto de trabajo desarrollado por agentes de la Provincia del Chaco, y dirigida hacia dos comunidades que presentan muchos de los estigmas de la marginali-

dad. Las metas son ambiciosas, y han abarcado una diversidad de actividades para dar respuesta en forma integral al problema. En este caso la historia está por contarse: los resultados que se alcancen podrán dar la medida de la posibilidad de mejorar esta realidad que a menudo se resiste a nuestros deseos, probando en los límites del sistema. No debiera provocar desánimo si no se obtuvieron todos los deseados, ya que igualmente permitirá un aprendizaje y un perfeccionamiento para seguir avanzando.

Lactancia Materna: Un estudio acerca de los factores que inciden en su exclusividad

Carmen Liliana Arce y Lidia Wagner - CAPS Laguna Blanca. Formosa

Introducción:

El presente trabajo se llevó a cabo en las localidades de Laguna Blanca y La Primavera. Ambas situadas al norte de la provincia de Formosa, dentro del departamento de Pilcomayo, sobre la ruta nacional n° 86.

La leche materna contiene todos los elementos para cumplir con exactitud todas las necesidades del recién nacido y el lactante menor, otorgando ventajas inmunológicas, antiinfecciosas, psicológicas y económicas.

Siendo la principal fuente de alimentación en la primera etapa de la vida, nos propusimos observar su duración actual, como así también los factores que pueden incidir en la misma dentro de la población de Laguna Blanca (criollos) y la de la Colonia La Primavera (etnia toba). Todo ello en el marco de prevención de determinadas enfermedades dentro de la atención primaria de la Salud.

Objetivos:

Determinar la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en dos comunidades de diferente nivel socioeconómico, cultural y étnico.

Enumerar los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna.

Material y métodos:

En la investigación se desarrolló un estudio observacional, donde no se manipularon las causas o factores, únicamente se observó el fenómeno estudiado. Además de ser transversal debido a que se basó en la identificación y observación de dos grupos bien definidos, expuestos a un factor que en el futuro podría producir daños en la

salud, con la finalidad de conocer la incidencia y estimar la asociación estadística o no al factor con el daño. Se utilizó el método comparativo. Los instrumentos fueron la entrevista y la estadística, corroborándose con las técnicas antropométricas que determinaron el crecimiento y desarrollo de la población en estudio.

Población:

Niños de hasta seis meses de edad que se encuentran incluidos en el programa materno infantil sin patologías asociadas.

Muestra:

La muestra fue seleccionada al azar, se tuvo en cuenta que los niños:

Tengan hasta seis meses de edad.

Pertenezcan a una de las colonias mencionadas.

Se tomó un total de 240 niños, perteneciendo 120 a cada una de las comunidades, a los que se los identificó como grupo A (comunidad criolla) y grupo B (comunidad aborigen).

Resultados:

Acorde a los datos recogidos durante el trabajo de campo, se ha podido observar que del total de 240 niños, 173 han sido alimentados con leche materna en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida. Esto constituye el 58, 48 % de la población.

Sin embargo al analizar en forma separada a ambos grupos los resultados fueron los siguientes:

Grupo A:

De 120 niños que constituyeron la muestra, 36 recibieron leche materna en forma exclusiva hasta el sexto mes

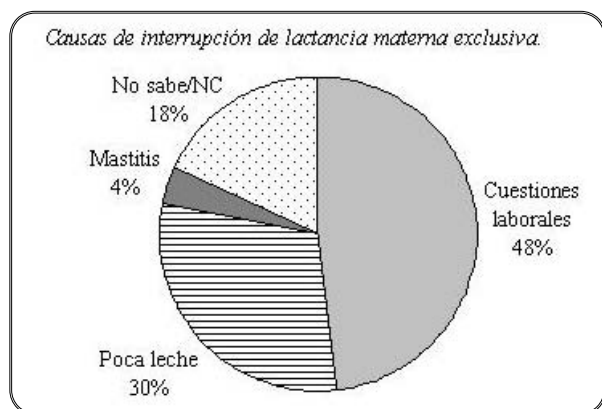
de vida. Esto aún es más impactante si vemos que 84 (70%) bebés de los casos restantes, han incorporado al primer mes de vida agua o té; sólo uno lo incorporó al cuarto mes de vida.

Las causas aludidas fueron: 40 (47%) por cuestiones laborales de la madre, 25 (30%) por tener poca leche, 15 (18%) no sabían o no contestaban, 3 por mastitis (4%) y un niño (1%) que incorporó al cuarto mes, porque la madre consideró que la leche no lo satisfacía (gráfico N° 3). El total de madres que alimentan a sus hijos hasta el sexto mes de vida constituye el 30% (ver gráfico N° 1).

Grupo B:

En este grupo se encontró que sólo once niños no recibieron amamantamiento exclusivo hasta los seis meses, esto constituye el 0,9% del total de la población estudiada.

Gráfico N° 1. Causas de interrupción de la lactancia materna exclusiva en mujeres criollas. Departamento Pilcomayo, Formosa, 2004



Discusión y comentarios

Esta investigación se llevó a cabo a partir del mes de enero, cuando el hospital Rural de Laguna Blanca pasó a ser Hospital Distrital, produciéndose el cambio de administración y las incorporaciones de especialistas, como los pediatras. Al efectuarse el control del niño sano se notó en el grupo A la recurrencia de niños con bajo peso, mientras que en el grupo B se producía lo contrario, los niños con sobrepeso eran mayoría.

Creyendo que esto último se producía debido a la incorporación de farináceos, almidones e infusiones en la dieta alimentaria de los niños menores de seis meses, se

decidió hacer un estudio de cohorte, abarcando esta franja poblacional y compararla entre ambas.

Más allá de que los resultados no fueron los esperados, se efectuaron nuevas entrevistas con el grupo B donde se descubrieron datos muy interesantes. Si bien la dieta de los adultos está basada en los alimentos que mencionábamos anteriormente, los niños recién nacidos y hasta el año de vida deben ser alimentados con la leche materna, incorporando alimentos a partir de los seis meses de vida, como el agua o algún té. La leche materna es sumamente importante en las primeras etapas debido a que si es alimentado de otra manera, el bebé aborigen crecerá con problemas para desarrollarse en su medio.

Este *“no podrá cazar, pescar, no podrá tener capacidad para desarrollar su cuerpo (ana lóc) porque rompió la cadena o relación que debe tener con la madre (añi late e) y además la enfermedad (lalolaxa) lo perseguirá a tal punto que puede llegar a matarlo (lasouaxac)”*. *“El ser humano es un animal (Shiguiac) más creado por Dios (ñi immatalec) por lo tanto en su naturaleza está el hecho de alimentar a su cría hasta que ésta pueda valerse mínimamente por sí mismo, la mujer que no da de mamar (ana ltete) así ,no es una madre (añi late e) completa”* .

Este pensamiento se encuentra muy arraigado entre las madres tobas y constituye socialmente la razón más importante para que no se interrumpa la lactancia antes de los seis meses. La incorporación progresiva de alimentos quedará más adelante con carnes y algunos animales que no estén prohibidos según la edad del niño pequeño, comenzarán con las aves (*qoyo*), luego la de otros animales; en cuanto a las frutas incorporará solamente cítricos.

En cambio en el Grupo A, a pesar de las razones que dieron las madres para justificar la interrupción de lactancia materna exclusiva, notamos que el imaginario social es diferente, aparece el consumismo provocado por las propagandas en la televisión y las diferentes posibilidades de reemplazar la lactancia por productos más “completos”, como por ejemplo aquellos yogures, cuyo marketing promete ser el mejor reemplazo de la leche materna. Tienen acceso a la tecnología y esto influye en el comportamiento de las madres en cuanto a la duración de la lactancia, y en muchos casos siguen “consejos” que aparecen más que nada como propaganda de alguna técnica o modelo para que el niño crezca sano y fuerte.

Propuestas

Ante esta perspectiva se conformó un equipo integrado por pediatras y una trabajadora social con el fin de desarrollar el siguiente plan de acción:

Fomento de la lactancia materna durante el embarazo, conociendo las expectativas de la madre, motivándolas dando información acerca de los beneficios de la lactancia para que se puedan prevenir problemas.

Fomento de la lactancia materna en el parto y puerperio inmediato. A través del alojamiento conjunto, de las enseñanzas de posiciones para amamantar, las técnicas para retirar el pecho del bebé y apoyo a las mamás de bebés prematuros sobre aspectos prácticos fundamentales.

Fomento y apoyo de la lactancia materna después del alta hospitalaria. Por medio del apoyo y seguimiento de la lactancia después del alta de la madre. A fin de continuar con la lactancia exclusiva se reafirman permanentemente algunos conceptos a la madre durante el seguimiento de los niños y se orienta a aquellas que trabajan y no pueden llevar a sus niños al trabajo. En los casos de madres que alteran la lactancia exclusiva se averiguan las causas a fin de orientarlas. Por ejemplo en los casos de pezones dolorosos, candidiasis, grietas, taponamiento de conductos o mastitis, se realizan las acciones correspondientes a fin de solucionar el problema y restablecer la lactancia en forma inmediata.

Fomento de la lactancia materna a los padres. Se les informa sobre diez acciones fundamentales que éstos deben tener en cuenta durante la lactancia: estimular a su mujer a amamantar, compartir el cariño de la esposa con el bebé, participar del momento de la lactancia, cooperar con la atención al bebé, ser paciente y com-

prensivo, mantenerse sereno, saber cuándo reanudar las relaciones sexuales con la esposa, atender a los otros hijos - si los hubiera -, no darle chupete o mamera al bebé y respetar los tiempos sexuales de la mujer.

Recomendaciones:

Dentro de los profesionales existen diferentes criterios respecto de la duración de la lactancia exclusiva. Acorde con las recomendaciones de la O.M.S. ésta debe llevarse a cabo hasta el sexto mes de vida (Resolución WWHA 47.5 de la 47 Asamblea Mundial de la Salud, del 9 de Mayo de 1944).

Y en cuanto al destete se tiene en cuenta que es un proceso, que implica tiempo y dedicación por parte de los padres debido a que éste se inicia con el primer alimento distinto de la leche materna que el niño incorpora y culmina con la suspensión definitiva del pecho. Se tienen en cuenta - desde el punto de vista madurativo - la capacidad de tolerancia digestiva para las proteínas heterólogas, además de la adecuación psicomotriz para su aceptación y la dentición temporaria que se inicia más o menos en esa etapa.

Esta experiencia se llevó a cabo a través de charlas en los consultorios donde la consultante es asesorada por el médico tratante; asimismo se refuerza la información con la entrega de folletos que permiten el intercambio de ideas y una mayor comprensión, la colocación de afiches en lugares visibles y estratégicos y la difusión en los medios masivos de comunicación locales reafirmando el mensaje.

Por un barrio saludable y una comunidad sana

Narváez M Soledad, Buittoni Alfredo, Gómez Marta, Merlo Rosa, Candía Rosa, Melgarejo Darío, López Antonia, Chamorro Yanina, Medina Julia, Rolon Francisco, Montiel Susana, Atienza Pabla. Provincia del Chaco.

Introducción:

A partir de que en el año 2002, se pusiera en vigencia el Programa Remediar, de distribución gratuita de medicamentos esenciales, desaparece una demanda que persistiera por años en la comunidad: "la necesidad del medicamento".

Así, desde entonces, los servicios de salud dan cobertura a la atención de la enfermedad como tal, desde la asistencia hasta la provisión del medicamento, para su tratamiento y eventual curación.

Con el paso del tiempo, el equipo de salud comenzó a percibir, que era necesario realizar otras intervenciones desde el Centro de salud, ya no puramente asistenciales

sino preventivas y promocionales hacia la comunidad. Se incorpora el "concepto integral de salud" y la relevancia del medio ambiente como condicionante directo del estado de salud de la población.

Surge así el análisis de la Atención Primaria de la Salud como tal y la necesidad de implementar un nuevo modelo de gestión desde el equipo de salud como responsable de su comunidad.

Este nuevo modelo de gestión incluye un proceso de cambio que comprende una reorganización del servicio, aprender a trabajar en equipo, optimizar nuestro funcionamiento interno, y prepararnos para el desarrollo de actividades extramuros.

Dentro de esas actividades extramuros: el equipo de salud comienza a trabajar en un Proyecto Comunitario, que decidimos llamar:

"Por un barrio saludable y una comunidad sana"

Fundamentación y diagnóstico de situación:

A partir de la realización de un censo poblacional iniciado en el mes de junio del corriente año y de la observación de los diferentes barrios del área de cobertura del centro de salud, se arriba a un diagnóstico situacional y a un mapeo ecológico.

El área de cobertura del centro de salud, comprende varios barrios carenciados y asentamientos, con una población estimada en 6.700 habitantes. El proyecto se implementará inicialmente sólo en dos espacios: en un barrio y en un asentamiento, que incluyen a 2.000 habitantes aproximadamente, en su mayoría pertenecientes a hogares NBI, donde el hacinamiento y las deficientes condiciones de saneamiento ambiental, constituyen la regla. Basurales a cielo abierto, minibasurales, chancherías, lagunas contaminadas y **una comunidad poco solidaria y poco respetuosa de las normas de convivencia social**, (características, producto de su historia comunitaria), son algunos de los condicionantes para la elección realizada.

¿Por qué el Barrio Lote 202? Asentamiento donde viven 254 familias con un promedio de 5 hijos cada una, en condiciones de hacinamiento, sin trazado de calles, ni zanjeo; en viviendas precarias muchas sin red intradomiciliaria de agua y sin adecuada disposición de excretas, con basurales a cielo abierto y minibasurales cada tres o cuatro viviendas, focos de contaminación ambiental y de proliferación de vectores.

¿Por qué el barrio Luz y Esperanza? En él habitan 134 familias, con un promedio de 5 hijos cada una, en viviendas de material con varios ambientes y unidades sanitarias adecuadas, con red intradomiciliaria de agua y luz eléctrica. El barrio está **sin urbanizar**: carece de apertura de calles, zanjeo y electrificación pública. No

se realiza la recolección regular de residuos desde la municipalidad y posee dos grandes basurales a cielo abierto, minibasurales y una laguna de aguas contaminadas, transformada también en gran basural. Este barrio es inundable en días de intensas lluvias.

Según los registros estadísticos del centro de salud: la piodermitis, diarreas, infecciones de la piel y parasitosis; prevalecen durante los meses de verano y tienen una mayor incidencia en estas dos poblaciones seleccionadas para implementar el proyecto.

Ambas comunidades reúnen factores negativos comunes, perjudiciales para la salud de la población, que principalmente afectan a niños pequeños, causando enfermedades infecciosas y parasitarias que alteran su crecimiento y desarrollo, instalándose la desnutrición como regla, que condicionará y limitará el futuro de la población, deteriorando su nivel de salud y su desarrollo socioeconómico.

¿Cómo comenzamos a pensar en un barrio saludable y una comunidad sana?

Luego de varias reuniones del equipo de salud y del análisis del diagnóstico de situación comunitario, consideramos:

Que tenemos que aprender a ver la salud desde un punto de vista integral.

Que no sólo debemos atender a los pacientes enfermos, si no que debemos tratar de que no se enfermen.

Que una adecuada eliminación de excretas, agua segura y un medio ambiente limpio, nos ayuda a mantenernos sanos.

Que los minibasurales y los grandes basurales a cielo abierto son verdaderos focos de contaminación, de infección y de propagación de enfermedades.

Que no es sólo un problema de recolección de los residuos, de animales sueltos que se alimentan de la basura, y de la presencia de vectores.

Que el hacinamiento incluye a personas y también a los animales domésticos.

Que es necesaria y urgente la promoción de hábitos saludables.

Que la población debe cambiar su actitud ante el medio ambiente.

Que todos merecemos vivir en un barrio saludable.

Que todos podemos colaborar en ello, haciendo uso de los recursos que poseemos.

Que la salud es un derecho individual, pero todos tenemos la responsabilidad de preservarla.

Que podemos ser ejemplo para imitar.

Por lo tanto, como equipo de salud y miembros de una

comunidad , pensamos en la factibilidad de implementar un proyecto de mejora del medio ambiente, basado en un modelo de gestión que se sustente sobre tres pilares fundamentales:

1. Una **permanente participación comunitaria**.
2. Una **red de interacción continua entre distintos sectores e instituciones de la comunidad**, a fin de coordinar acciones en relación a la conservación de un medio ambiente saludable, economizando recursos y optimizando las intervenciones participativas en el Proyecto.
3. Una **prioritaria y constante intervención educativa**.

Con el objetivo principal de:

Mantener un medio ambiente saludable para mejorar la calidad de vida de la población.

Y a partir del cumplimiento de objetivos más específicos:

Asegurar la disponibilidad suficiente de agua potable y la adecuada eliminación de excretas en cada vivienda. Ordenar y clasificar los residuos a nivel familiar, revalorizarlos económicamente y así, abrir un posible campo laboral para jóvenes del barrio que no estudian ni trabajan.

Fomentar la limpieza del barrio.

Lograr una adecuada recolección municipal facilitando el trabajo de los recolectores y evitándoles accidentes.

Lograr que los dueños atiendan y cuiden a sus animales domésticos: perros , gatos y caballos, para que no deterioren el medio ambiente.

Eradicar los grandes basurales y los minibasurales como focos de contaminación ambiental.

Combatir vectores que afectan la salud de la población. Parcelar, abrir calles, zanjeo: urbanizar las áreas que no lo están.

Educar con el ejemplo y a través de charlas y talleres de capacitación: para adultos en espacios comunitarios y para alumnos desde el ámbito escolar.

El logro de estos objetivos mejorará la higiene del barrio y lo hará más saludable.

Nuestra misión, desde este Proyecto es:

"Mejorar la calidad de vida de la población y el nivel de salud de nuestra comunidad, a partir de la promoción de hábitos saludables, la solidaridad entre vecinos, la co-gestión social, la capacitación continua y el compromiso de la participación de todos, para preservar un medio ambiente que genere bienestar".

¿Cómo comenzamos a trabajar en este proyecto?

*.Convocando:

A representantes de diferentes sectores e instituciones de la comunidad, para priorizar la **"intersectorialidad" como modelo de gestión** en este proyecto. (Escuelas, iglesia, municipio, saneamiento ambiental, centro anti-rábico, departamento de erradicación de vectores, Cáritas)

A los vecinos y sus representantes, para comprobar si ellos tenían interés en participar del proyecto, para que participen en su elaboración, establezcan cuales son los problemas prioritarios a resolver, cuales sus demandas y si las necesidades definidas por el equipo de salud son percibidas y sentidas por la comunidad.

A todos los integrantes del equipo de salud como responsables de la salud de la comunidad que vive o trabaja en el área de cobertura del centro de salud..

¿Por qué?

Porque la participación asegurará el éxito del proyecto, ya que entendemos que si bien la salud es un derecho individual, preservarla es una responsabilidad de todos.

¿Qué actividades previas ya realizamos? :

1-Reunión informativa, para convocar , motivar y adherir al proyecto.

2-Reunión participativa para definir los problemas y establecer las estrategias de acción.

3-Reunión participativa para fijar objetivos, y delinear un cronograma de actividades en forma coordinada y secuencial para no superponer acciones y no desperdiciar recursos.

4-Reunión participativa entre las instituciones y sectores interesados , para la firma conjunta de un "acuerdo de cooperación", a fin de fortalecer el compromiso y promover un sistema de trabajo en red, asegurando la participación continua de la sociedad, lo que determinará la sustentabilidad de este proyecto.

¿Qué estamos haciendo ya?

Actividades educativas

" Hábitos saludables para un barrio saludable".

Todas las partes intervinientes en este proyecto coinciden en que los hábitos de la población, en esta comunidad, son responsables directos de las condiciones del medio ambiente.

Las intervenciones educativas se realizan desde las diferentes instituciones hacia los diferentes sectores de la comunidad , esto continuará en forma regular y constante durante toda la duración del proyecto, para adultos desde espacios comunitarios y para niños desde el ámbito escolar.

Desde la Escuela Primaria y EGB, hacia la comunidad:

Proyecto: **"Mirándonos"**: Los adolescentes de la escuela, en una primera etapa reflejan la realidad, con dibujos y pinturas, minibasurales y basurales a cielo abierto, en uno de los barrios. En una segunda etapa recrearán la mejora de esos espacios, con propuestas compartidas con los mismos vecinos.

Proyecto: **"Clasificar para reciclar y ganar"**: Promoción de la clasificación de los residuos en el hogar, previo a la recolección municipal. Los alumnos reparten en la comunidad bolsas residuales de diferentes colores y promueven la clasificación de los residuos "casa por casa".

Proyecto: **"Lavándonos las manos, nos comprometemos con nuestra salud"**: Promoviendo un hábito saludable: los niños se lavan las manos a la entrada y a la salida de la escuela. (Este proyecto se implementará en el período lectivo 2005.)

Desde el Centro Antirrábico de la ciudad :

Para concientizar a la población sobre la necesidad de modificar hábitos, como el maltrato hacia los animales, su abandono o falta de cuidado.

-Una intervención educativa: Charlas, desde la escuela, para los niños.

-Una intervención preventiva y asistencialista: Días de campaña de vacunación antirrábica a los perros del barrio que poseen dueño y tratamiento para la enteroparasitosis y ectoparasitosis a los perros que la presentan.

Desde el Departamento de Control de Vectores del

Ministerio de Salud:

-Intervención educativa: Charlas de capacitación para combatir vectores: se dictan desde el centro de salud y desde espacios comunitarios.

-Intervención asistencial: Luego de constatar orden y limpieza en las viviendas se realizan las fumigaciones necesarias. Desinfecciones de zanjas, luego de su limpieza.

Fumigación de viviendas.

Desde el Centro de Salud:

-Charlas por el equipo de salud en las escuelas: Promoviendo el proyecto y la importancia de la participación de la familia.

-Charlas de capacitación: En saneamiento ambiental y hábitos saludables a referentes comunitarios; con un enfoque preventivo y para realizar promoción en la comunidad.

(Curso de Promotores de salud y medio ambiente : para jóvenes).

Desde la Municipalidad:

-Charlas informativas para vecinos, sobre ordenanzas municipales y normas de convivencia social, brindadas en espacios comunitarios.-(Período 2005)

"...y comprenderemos los beneficios de vivir en un ambiente saludable".

Este proyecto se extenderá hasta Noviembre del 2005, confiamos en poder extenderlo por un año más y en un futuro cercano implementarlo en otros barrios.

Todos los medicamentos distribuidos por el Programa Remediar tiene la aprobación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Continuemos participando...

Tal como les habíamos anticipado, desde Remediar intentaríamos mantenernos en permanente contacto, sobre todo desde la reconfortante experiencia que nos unió en el cierre del 1º Concurso de Relatos, que lleváramos a excelente término en abril del corriente año.

Por eso nos resulta muy grato comunicarles que el Programa PROAPS- Remediar convoca a todos sus efectores y a su comunidad a participar en el **CONCURSO NACIONAL DE "PROYECTOS LOCALES PARTICIPATIVOS"**

En la primera oportunidad quisimos escuchar sus relatos sobre experiencias conmovedoras y movilizadoras; ahora queremos ayudarlos a llevar a cabo los sueños que ustedes y su comunidad anhelan para mejorar la salud de todos. Los invitamos a que planifiquen y para planificar **participativamente** necesitamos la visión de los que trabajan en el Equipo Formal de los CAPS, pero también la de los demás actores, la de aquellos que conviven con los hechos que cotidianamente vemos que suceden.

¿Qué entendemos como **planificación participativa**?


Mirar hacia delante con esperanza (**proyectar**), de forma organizada (**planificar**), y con la democratización de la gestión local (**visión estratégica de la realidad**)

Dichos proyectos deben presentarse con un formato predeterminado antes del **14 de octubre** y los ejes temáticos son de libre elección. Se premiará con **\$1.000** cada proyecto seleccionado y se financiará con un aporte de **\$4.000** la ejecución de los mismos, como así también se premiará con 24 Menciones de Honor a los mejores de ellos.

Es nuestra intención que a través de este concurso nacional, cuyas bases adjuntamos (también pueden ser consultadas en nuestra página web,) continuemos con este diálogo que nos facilita un contacto fluido que tiende a fortalecer la **Atención Primaria de la Salud**.

Nuestra línea gratuita **0800-666-3300** está a vuestra disposición para aclarar cualquier duda sobre los mecanismos de este Concurso.

Como siempre descontamos vuestra participación y aguardamos ansiosos sus geniales ideas. Los saludamos muy atentamente.



Dra. Graciela Ventura
Coordinadora General
PROAPS - REMEDIAR



Bases del Concurso Nacional de Proyectos Locales Participativos

Podrán participar de este Certamen todos los equipos de salud y/o integrantes de los mismos que trabajen en centros de atención primaria de la salud que sean CAPS efectores del Programa Remediar.

Por cada CAPS efector se podrá presentar como máximo un (1) proyecto

Los integrantes de un equipo de salud que trabajan en más de un centro de atención primaria podrán participar en dos (2) proyectos distintos como máximo.

Se recibirán proyectos hasta el día 14 de octubre de 2005 a las 15 hs. En caso de ser enviados por correo se tomará como válida la fecha del sello postal.

Los trabajos deben ser dirigidos a:

Concurso Nacional de Proyectos Locales Participativos

“Programa REMEDIAR”.

At. Prof. Silvia Pachano.

PROAPS – REMEDIAR. Ministerio de Salud de la Nación.

Av. 9 de Julio 1925 – Piso 8° - Casillero 54 (C1073ABA) Buenos Aires. República Argentina

Los trabajos deberán ser presentados de la siguiente manera:

- a) Papel A4 color blanco.
- b) No superior a 4 (cuatro) carillas, ni inferior a 2 (dos) carillas
- c) Fuente Arial, tamaño 12
- d) Párrafo espaciado sencillo.
- e) **El 1° sobre cerrado** deberá contener:

- Un original y una copia identificado a través de un seudónimo;
- Planilla de Resumen Consolidado de Problemas Ordenados (B);
- Planilla de datos y firmas de los participantes de la comunidad (C);
- Grilla para el registro e identificación de causas del Problema ubicado en 1° lugar (D);
- Grilla para el registro de Actividades y Estrategias (E).

f) **El 2° sobre cerrado** deberá tener como remitente el seudónimo en hoja interna deberá figurar:

- El seudónimo;
- El número de efector;
- El nombre del Caps;
- La dirección, especificando localidad, CP y Provincia;
- El título del trabajo;
- El nombre y DNI de sus autores;
- Formulario completo con designación de un representante con nombre y apellido y DNI autorizándolo a recibir la capacitación y el premio en representación del grupo.

Una comisión de expertos en Planificación Local Participativa preseleccionará un máximo de 1.000 trabajos de los CAPS de todo el país, el que deberá expedirse antes del 1° de noviembre de 2005. Se asignará un cupo de becas por Provincia. Dichos proyectos recibirán una Capacitación que se distribuirá en 5 talleres regionales.

Esos pre-proyectos reformulados con los contenidos de la Capacitación serán evaluados por un Jurado de excelencia conformado por la Comisión Asesora Intersectorial (C.A.I.), cuyos miembros permanentes son Cáritas, Cruz Roja, UNICEF, C.O.M.R.A., Red de Profesionales de la Salud de la Conferencia Episcopal Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS), O.P.S., y el Coordinador del Programa REMEDIAR, el que seleccionará 200 proyectos y deberá expedirse antes del 1° de marzo de 2006.

Los 200 Proyectos seleccionados por la C.A.I. recibirán un premio de \$1000 cada uno, cuyo destino queda a criterio de los autores.

Los 200 Proyectos seleccionados recibirán un aporte de \$4000 para su ejecución, con metas prefijadas y monitoreadas.

Las fechas de desembolso del financiamiento del proyecto no superarán los 6 (seis) meses.

Ninguno de los premios podrá ser declarado desierto a

nivel nacional pero sí a nivel provincial y en este caso se reasignará el cupo entre el resto de las provincias.

Se seleccionarán los mejores trabajos por cada jurisdicción, los que recibirán una mención de honor.

Los ganadores serán informados por medio de la página web y del Boletín del Programa REMEDIAR.

Los representantes de los trabajos distinguidos con "Mención de Honor" se comprometen a asistir al acto público de reconocimiento con autoridades nacionales, provinciales y del BID, a realizarse en fecha a confirmar con la anticipación debida. Los pasajes y viáticos que devenguen de estos traslados estarán a cargo de REMEDIAR.

Los representantes de los trabajos premiados se comprometen a presentarlos en los actos que oportunamente se convoquen para su divulgación.

El Ministerio de Salud/ Remediación se reserva la facultad de publicar los trabajos premiados, en la página web y en el Boletín del programa REMEDIAR.

Los Proyectos no premiados serán conservados por un plazo de tres (3) meses.

La participación en este Certamen supone la aceptación de las Bases establecidas siendo inapelable el fallo del Jurado.

Se encuentran inhibidos de participar: miembros del jurado y sus familiares directos, como así también miembros del PROAPS- Remediación /PROAPS-Córdoba.

El Ministerio de Salud y Ambiente y el PROAPS- REMEDIAR se reservan la facultad de desestimar un proyecto presentado por un integrante de un equipo de salud que, a su vez sea funcionario público de carácter político, cuando dicha circunstancia pueda presumiblemente afectar la libertad de elección del jurado.

Buenos Aires, agosto de 2005
 Consultas: 0800-666-3300-
www.remediar.gov.ar/novedades.



Participar
ES **tomar parte**

formar parte

ser parte

Proyectos Locales Participativos


"CAPS"

Dr. Carlos Pacheco, Programa REMEDIAR

Salita de barrio, del paraje, del monte o de las pampas.

Antigua Siberia, del vetusto hospital, aguantadero de los confinados,

Ahora te llamamos pomposamente CAPS.

Allá a lo lejos del tiempo, en aquel Villa Soldati, perdido entre basura humeante y desesperanza, fueron a parar mis huesos.

Lacarra 3700.....

La Siberia era el castigo para los cimarrones y mal arriados del sistema.

Minga de concurso.....

Confinados del saber aséptico y académico, desterrados del hospital y sus fundamentales saberes.

Una invisible pared nos separaba asépticamente de donde estaban los buenos, los de los claustros hospitalarios fríos y despersonalizados.

Allí, donde los doctores, transcurríamos nuestro saber entre matemáticos números de cama.

La cama 10, la cama 6, la cama 8, era la única identidad permitida a la María, al Juan, o al Pedro.

En la salita, el Tamba era el Tamba, la Susi, la Susana de transitar nocturno y callejero, la Beba la almacenera del barrio, y los niños, changos, gurises, pibes, pendejos, guachines, piojos.....

En la salita, la mejor enfermera no era la que mejor hacía el café, era una compañera.

La trabajadora social, el sereno la mucama, todos éramos compañeros.

Compañeros que como la palabra lo transmite, compartíamos el pan.

Hacíamos de la interdisciplinariedad un

hecho. La vivíamos.

Allí aprendí lo que la facultad me había ocultado:

Que las enfermedades no enferman a todos por igual;

Que el calor y el frío también matan; que los dolores duelen más con los bolsillos vacíos; Cómo los pobres envejecen a tranco largo;

Aprendí cómo pierden los dientes los que luchan por comer;

Aprendí que si bien la muerte nos iguala, no todos morimos de igual forma;

Que la tuberculosis no estaba en retirada;

Que la pobreza suele ser gris, y que el horizonte para los pobres no es una meta posible; Que los que roban zapatillas son ángeles inocentes al lado de los que roban países y esperanzas.

En Lacarra cursé realidad en pocas clases.

Me recibí de doctor de la salita.

Mi diploma.... Cicatrices.....

Por eso, nuestra propuesta.....

Dar vuelta la historia.

Construir desde las diferencias.

Jerarquizar a ese olvidado y desvalorizado Primer Nivel de la Atención Formal de la Salud.

Recordar la historia para poder ser protagonistas de su construcción para el futuro.

Para que desde alguna estrella nos sonrían; la Gorda Beba, La Negra Carrica, Marcial Camposano, y tantos otros que fueron muertos o desaparecidos trabajando en Atención Primaria de la Salud, antes de la Declaración de Alma Ata.

