

Servicios de salud y género en la atención de enfermedades respiratorias infantiles.

Weingast y diana.

Cita:

Weingast y diana (2014). *Servicios de salud y género en la atención de enfermedades respiratorias infantiles. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-099/539>

Servicios de salud y género en la atención de enfermedades respiratorias infantiles¹

Diana Weingast

Centro Interdisciplinario de Metodología de la Investigación Social (CIMECS), unidad de investigación del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS, UNLP/CONICET), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN). Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

dianaweingast@gmail.com

Introducción

Desde el sector salud hay un reconocimiento de las IRAB como entidades patológicas importantes por ser causal de morbimortalidad infantil. Este reconocimiento condujo a la redacción de consensos y recomendaciones para su diagnóstico, tratamiento y prevención implicando: 1.- la **definición de las entidades clínicas** tipificando signos y estableciendo clasificaciones según grados de gravedad, 2.- instaurando **formas de proceder para su tratamiento** explicitando las maneras en que médicos, enfermeros y auxiliares de salud deben actuar no sólo prescribiendo tratamientos sino identificando “factores de riesgo” que trasciende el actuar técnico-médico y estableciendo pautas (recomendaciones) de cuidado y prevención para su difusión entre los conjuntos sociales.

Se trata de la construcción por parte de los expertos de una racionalidad técnica, que responde y reproduce ciertas características del modelo médico hegemónico², en el reconocimiento y tratamiento de las enfermedades que conforman las IRA y que tienden a la construcción de una mirada homogénea por parte del personal de salud. Pero también instituyen un conjunto de criterios socioculturales tanto para la identificación y etiquetación de sujetos/grupos como para la prescripción normatizada de comportamientos respecto a cómo las familias, más exactamente las mujeres en su condición de madres, deben cuidar e intervenir.

La OPS en el Boletín Epidemiológico del año 1995 señala que desde 1960 se reconoce a las IRA junto con las enfermedades diarreicas y la desnutrición como uno de los tres problemas de salud infantil, indicando que el desafío, ante el control de las enfermedades diarreicas en

1 El presente trabajo se enmarca en un estudio sobre las intervenciones del sector público de salud en los problemas respiratorios infantiles, se trata de una línea de investigación inscripta en un proyecto general sobre pobreza y políticas sociales radicado en el CIMECS, incorporado el Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación y apoyado por la UNLP y el CONICET.

2 Referimos, siguiendo los planteos de Menéndez (1996), al conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica la que ha logrado identificarse como la forma legítima entender y atender los problemas de enfermedad y legitimada tanto por criterios científicos como políticos.

los países en vías de desarrollo, se centra en el control de las IRA en tanto causa de la morbimortalidad de los menores de 5 años.

El organismo internacional presenta un estado de situación en las Américas, con foco en las neumonías, comparando países designados como desarrollados y en vías de desarrollo. Más allá de los datos, que permiten visibilizar y legitimar que se trata de un problema acuciante en la salud infantil de las Américas, se identifican diferentes aspectos (mortalidad, morbilidad, calidad de la atención y factores de riesgo) que instauran ejes para el análisis y el control de las IRA por parte de los diferentes actores/organismos/instituciones del sector (comités de expertos, organismos gubernamentales). Dichos aspectos son relacionados e identificados en situaciones tales como: 1.- muertes domiciliarias en niños que no recibieron atención por dificultad de acceso a los servicios; 2.- falta de acceso a servicios e insumos (medicamentos) para el tratamiento precoz; 3.- inadecuada calidad de atención de los servicios y falta de criterios estandarizados para detectar precozmente signos de alarma tanto por el personal de salud como por la población; 4.- la prevalencia de factores de riesgo en los niños/as: desnutrición, hacinamiento, bajo peso al nacer, bajo nivel de atención en el hogar, falta o corta duración de la lactancia materna, vacunación incompleta, contaminación del aire en domicilio, enfriamiento; 5.- uso inadecuado de medicamentos como antibióticos, jarabes para la tos y resfrío.

En función de estos reconocimientos *el Programa Regional de control de las IRA (OPS/OMS)* propone: 1.- evitar las muertes asociadas a: fallas en la atención médica del niño; consulta tardía a los servicios de salud; la no consulta; 2.- reducir el uso de antibióticos u otros medicamentos en el tratamiento de IRA tanto en la consulta como en la autoadministración (OPS, 1995:4-5). Para alcanzar estos objetivos las estrategias de control propuesta fueron el manejo estandarizado de las IRA³ y la vacunación contra el sarampión y la tos ferina.

En 1996/97 la OMS y UNICEF plantean la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para abordar los principales problemas de salud infantil de los países en desarrollo a partir del establecimiento de criterios de evaluación, clasificación y tratamiento de las patologías más frecuentes y graves en cada país e incluyendo las acciones estandarizadas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, que se definan como prioritarias para cada lugar y tiempo determinado. (Benguigui, et al., 2008: 16). En la propuesta genérica de la AIEPI se encuentran las IRA, las

³ Se trata del conjunto de criterios de clasificación, diagnóstico, tratamiento y evaluación que incluye tanto la identificación precoz de casos como los signos y síntomas que las madres y otros responsables del cuidado de los menores de 5 años deben observar para una pronta consulta.

cuales, según expresa el documento, podrían ser controladas “...*mediante acciones sencillas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, que pueden aplicarse en la comunidad y en los servicios de salud a un costo aceptable*”. (Benguigui, et al., 2008: 17).

La estrategia AIEPI impulsada por los organismos internacionales pone el foco en el primer nivel de atención y en la comunidad buscando garantizar el acceso a medidas básicas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento como también difundiendo conocimiento y prácticas sobre el cuidado infantil en el hogar.

Retomamos estos planteos de los organismos internacionales porque en los documentos revisado ya sean nacionales, provinciales y municipales visibilizamos que los lineamientos centrales encuentran sus fundamentaciones en los desarrollos y planteos de estos organismos. En el presente trabajo, presentamos algunos documentos, publicaciones, material de difusión respecto a las afecciones respiratorias que fueron elaborados por los comités de expertos, las direcciones de los distintos organismos públicos de salud. Consideramos que estos materiales expresan las formas legitimadas de identificar, abordar, organizar y actuar ante un problema de salud que es reconocido públicamente y sensibiliza a los diferentes conjuntos sociales. Asimismo, no soslayamos el marco en que estos materiales se inscriben, esto es, el sector público de salud; y los destinatarios, los servicios públicos de salud (CAPS, hospitales) y por su intermedio los grupos/ sujetos.

La presentación que realizamos de índole exploratoria y descriptiva, intenta ser reflexiva de los documentos pero sin eludir la experiencia de trabajo de campo en una localidad rururbana del municipio de La Plata.

Acerca de los documentos

En este apartado exponemos primero los consensos elaborados por los comités de expertos que se expresaron a través de la Sociedad Argentina de Pediatría, para luego introducirnos en los organismos públicos de salud que remiten al accionar del Estado. En relación con esto último, consideramos importante mencionar algunas características del sector público de salud en tanto sirven de marco contextual de los materiales presentados.

El Comité Nacional de Neumonología sugiere a la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) elaborar un documento sobre las IRA conjuntamente con los Comités de Infectología, Salud Pública y Pediatría Ambulatoria y la Subcomisión de Educación para la Salud, plasmándose los acuerdos y recomendaciones en el “*Consenso sobre infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Recomendaciones para su manejo*” publicado en 1996.

Se trató de una iniciativa que surgió del reconocimiento de que las IRA constituyen un problema de salud infantil⁴ que requieren, junto a las medidas inmunológicas de vacunación⁵, un manejo normatizado de las entidades clínicas (definición, cuadro clínico, tratamientos) por parte del personal de salud ya que *“La normatización permitirá optimizar el acceso de los pacientes al sistema y el aprovechamiento de los recursos. Además evitará el empleo de medicación innecesaria y potencialmente nociva (antitusivos, descongestivos) y el uso inadecuado de antibióticos que encarecen los costos de salud y fomentan la resistencia bacteriana.”* (Ferrero, F. et al.: 1996:275).

Asimismo, con base en estudios epidemiológicos, se indican una serie de factores de riesgo organizados en dos categorías: los factores de riesgo para padecer infección respiratoria (identificando huésped y medio) y los factores de riesgo de IRAb grave que son utilizados, conjuntamente con signos y síntomas, como criterios de gravedad. Estos señalamientos se relacionan con la recomendación de que *“Una estrategia global para el manejo de las IRA debe tener en cuenta, además, la identificación y eventual control de los factores de riesgo y la educación de la población en el reconocimiento de signos de alarma y necesidad de consulta precoz.”* (Ferrero, F. et al.: 1996:275).

El documento sugiere, por un lado, la organización de la atención de las IRAB según nivel de complejidad de los servicios indicando la necesidad de requerimientos de infraestructura (espacios físicos para la atención y tratamiento), de equipamiento (insumos médicos) y la formación del personal en temas de prevención y atención. Además de la conformación de una red de atención entre los diferentes niveles: *“...Dicha red debería conectarse a través de un sistema que permita una comunicación fluida entre los distintos integrantes, además de contar con un ente o centro que coordine las derivaciones.”* (Ferrero, F. et al.: 1996:285). Por otro, y en relación con lo anterior, se propone implementar mensajes dirigidos a la población centrados en el reconocimiento de signos de alarma, la promoción de conductas tendientes a

4 En la introducción al documento se retoman algunos planteos de la OPS que se encuentran en el Boletín citado.

5 *“(..). En nuestro país la vacunación contra coqueluche y sarampión forman parte del calendario oficial y su implementación se lleva a cabo en forma eficiente.”* (Ferrero, F. et al.: 1996:275).

la prevención y/o consulta precoz. Cabe destacar que se enuncian los contenidos que deberían tener los mensajes para la comunidad⁶ como los destinados al personal de salud⁷.

El documento citado constituye el antecedente de la publicación del 2006 “*Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en menores de 2 años*” elaborado por el Comité Nacional de Neumonología, la Subcomisión de Epidemiología, el Comité Nacional de Infectología y el Comité Nacional de Medicina Interna. Aquí se reitera que las IRA continúan siendo una causa importante de morbimortalidad infantil en el país por lo que obliga a mantener actualizadas las guías de diagnóstico, tratamiento aunque las diversas regiones tengan sus propias evaluaciones en función de la influencia de factores locales (geográficos, climáticos, socioeconómicos, culturales). No obstante, se indican ciertos factores que deben contemplarse al implementar medidas de control y prevención.

Cabe destacar que ambos documentos mantienen la misma categorización de los factores de riesgo, identificando aquellos que remiten al sujeto que padece o sujeto potencial denominado del huésped y los factores del medio. Entre los primeros (del huésped) se indican: *falta de lactancia materna, vacunación incompleta, prematurez/bajo peso al nacer, desnutrición*; mientras que los factores de riesgo del medio involucran una heterogeneidad de aspectos sin jerarquización y ponderación: *hacinamiento, época invernal, asistencia a guardería, madre analfabeta funcional, madre adolescente, contaminación ambiental, contaminación domiciliaria (tabaco, consumo de biomasa para calefacción o cocina)*.

Tampoco expresan diferencias significativas en la definición de las entidades y cuadros clínicos y los tratamientos sugeridos mantienen las mismas indicaciones generales, aunque en el 2006 se señala una “nueva” forma de administrar la medicación (uso de salbutamol en aerosol inhalado con aerocámara) que convierte a la nebulización en un procedimiento alternativo. Marcamos esto porque hemos registrado que entre las familias atendidas en los CAPS se ha generalizando el uso de los PAF respecto de las nebulizaciones.

⁶ *Signos de alarma*: taquipnea, tos, tiraje, fiebre, dificultad para alimentarse, somnolencia excesiva. *Conductas*: bajar fiebre, ofrecer líquidos (no suspender lactancia), no dar medicamentos por propia cuenta, consultar inmediatamente. *Acciones preventivas*: consulta precoz, lactancia materna, inmunizaciones, control periódico de salud, control de embarazo.

⁷ *Acciones preventivas*: recomendar control de embarazo desde el primer trimestre, estimular lactancia materna, recibir todas las vacunas, instruir a las madres sobre signos de alarma, insistir en el valor de la consulta precoz, identificar pacientes con riesgo de IRAB grave. *Conducta frente al paciente*: efectuar un correcto diagnóstico, evaluar la severidad del cuadro, controlar respuesta al tratamiento, asegurar que la madre comprenda las indicaciones, no demorar la derivación en caso de necesidad, priorizar a los pacientes con riesgo de IRAB grave.

Respecto del tratamiento empírico de las neumonías el consenso del 2006 incrementan las dosis de antibióticos a suministrar según kg/día⁸. Se podría pensar, como lo sugieren algunos documentos de expertos, que este aumento responde a la resistencia bacteriana generado por el uso y abuso de antibióticos.

Los organismos del sector público de salud

Las intervenciones provenientes del Estado requieren ser miradas teniendo en cuenta que el sistema público de salud presenta una organización y administración financiera descentralizada. Esto significa que los gobiernos provinciales cuentan con autonomía para la aplicación e implementación de políticas de salud pública y tienen la responsabilidad de la provisión de servicios, por lo que los lineamientos que provienen de Nación sólo tienen valor indicativo y adquieren fuerza los acuerdos realizados en el marco del Consejo Federal de Salud⁹.

El Informe PNUD 2011 brinda una mirada del Sistema de Salud Argentino en clave histórica identificando diferentes subperíodos que reflejan las tensiones entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y cobertura poblacional. Siguiendo esta periodización los documentos oficiales que retomamos se enmarcan en lo que se designa como *Post 2001: “Intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social”*¹⁰.

En el marco del PROAPS y su componente Remediar¹¹ se edita un Boletín, de distribución gratuita a los CAPS del programa, dedicado a temas de salud prevalente en los centros de atención primaria. El primer número del Boletín (julio 2003) se ocupó de las IRAB en la

⁸ Por ejemplo, en mayores de tres meses ambulatorios se indica amoxicilina 50 mg/kg/d o ampicilina (100 mg/kg/d) en 1996 mientras que en el 2006 se indica entre 80-100 mg/kg/d o ampicilina (200 mg/kg/d).

⁹ COFESA se crea en 1981 por Ley 22373. Lo integran los ministros de salud de las provincias y el ministro de salud de nación cuyo fin es coordinar el desarrollo sectorial en todo el país.

¹⁰ Cabe recordar que durante el gobierno provisional de Duhalde (2001-2003) se declara la Emergencia Sanitaria e implementa una serie de medidas destinadas al acceso de los medicamentos: la prescripción por su nombre genérico, la selectividad en su financiación por los seguros de salud y la provisión pública para la población sin recursos económicos y sin cobertura. Se creó el Programa Remediar, un plan centralizado de acción conjunta entre Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS). En el gobierno de Kirchner (2003-2007) se implementaron una serie de intervenciones en el campo de las políticas sociales que mantuvieron continuidad durante el gobierno de C. Fernández (2007-2011; 2011-). No obstante, como señala Golbert (2012: 136), “...la intervención del gobierno nacional en el campo de la salud –pese a las inequidades existentes– se limitó a implementar políticas públicas de asistencia a los sectores más vulnerables sin tocar el sistema”.

¹¹ El coordinador general del PROAPS–Remediar, expresa: “...El primer paso consiste en garantizar la provisión de medicamentos. Como consecuencia se está comenzando a reactivar los Centros de Atención Primaria (CAPS) (...) la política nacional de medicamentos, que incluye la provisión gratuita de los mismos, es un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria de la salud en todo el país.” (Boletín PROAPS–Remediar, 2003:1)

infancia, invitando a expertos e informando sobre el uso de los medicamentos remediar frente a estos padecimientos.

El director del Boletín señala que el término IRB-SBO agrupa una serie de enfermedades que causan dificultad respiratoria en los niños y se manifiestan como un Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO). Los cuadros clínicos más importantes por su riesgo, difíciles de diferenciar en niños pequeños, son la bronquiolitis y neumonía. Se reconoce su estacionalidad y una alta demanda de los servicios durante los meses de mayo- agosto. En este marco se indica que Remediar “...ofrece en su botiquín, muchas alternativas terapéuticas, con el objetivo de que el médico pueda brindar a cada paciente su tratamiento personal. Entre otros medicamentos, para el aparato respiratorio, el botiquín contiene: broncodilatadores (salbutamol solución nebulizable); corticoides orales (betametasona gotas), intramusculares o endovenosos (dexametasona), inhalatorios (budesonide); antihistamínicos (difenhidramina jarabe); antibióticos (amoxicilina, penicilina benzatina, cefalexina, cotrimoxazol, eritromicina) y antitérmicos (ibuprofeno y paracetamol). (...) Por otro lado, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Maternidad e Infancia, envía medicamentos a las provincias, entre los cuales se cuenta salbutamol aerosol. También proveyó en el 2003 más de 30.000 aerocámaras, para el uso de aerosoles en la infancia.” (Bernztein, 2003:3).

Las medidas recomendadas para el manejo de estos padecimientos reproducen las recomendaciones elaboradas por los Comités de expertos en el Consenso sobre IRAb del 96 y agregan la experiencia chilena y tucumana de internación abreviada como intervenciones que ratifican el manejo de broncodilatadores (salbutamol) en la bronquiolitis y el bronquitis obstructiva recurrente (BOR) en tanto descenso del puntaje clínico de gravedad y el retorno del paciente a su domicilio. A su vez, se indica que el nuevo paradigma son las aerocámaras¹² porque “...Mejoran la llegada de la droga y su eficacia, siendo su acción más rápida. (...) Por otro lado son más económicas, más fáciles de llevar y no dependen de la corriente eléctrica.” (Bernztein, 2003:5).

Asimismo, el primer nivel de atención se presenta como el ámbito privilegiado para su atención “... sin subestimar el riesgo de cada caso, los CAPS tienen un jerarquizado lugar en el manejo de la IRB-SBO, primera línea de defensa del sistema de salud, antes del abarrotamiento de los hospitales. Sería ideal la reformulación del modelo de atención, con un Programa de Hospitalización Abreviada para

12 La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, informa que el uso de los espaciadores-aerocámaras se fundamenta en la dificultad para los niños/as de coordinar inspiración y momento de disparo del aerosol, actuando como facilitadores en la aplicación de broncodilatadores. Se indica que los espaciadores caseros como los industriales son eficientes. (Boletín PROAPS- Remediar, 2005:27).

el Síndrome Bronquial Obstructivo en Niños Menores de 5 años de amplia cobertura y alta calidad de atención” (Bernztein, 2003:5).

En la editorial del PROAPS-Remediar de mayo 2004, el Jefe del Servicio de Neumonología del Hospital Garrahan señala que se reconocen tres estrategias para disminuir el impacto de las IRA en la comunidad: 1.- educación comunitaria; 2.- acciones del equipo de salud; 3.- acceso a la atención médica y los medicamentos esenciales. (Dr. Grenoville, M., 2004:1-2). De las tres estrategias, la primera apunta al desarrollo de acciones preventivas dirigidas a promover determinados comportamientos en los sujetos, particularmente las mujeres, y las familias: “...se recomienda el control del embarazo desde el primer trimestre, la estimulación de la lactancia materna, el cumplimiento real del calendario de vacunación. Además de educar sobre el riesgo de la contaminación domiciliaria (humo de cigarrillo, braseros) e informar a la familia sobre los signos de alarma (taquipnea, tiraje, fiebre) y enfatizar el valor de la consulta precoz en lactantes.” (Grenoville, M., 2004:2). Las otras estrategias remiten al sector salud en tanto efector ya que apuntan tanto a la unificación/normatización de criterios diagnósticos y de manejo terapéutico como a facilitar el acceso a la consulta y la provisión de los medicamentos esenciales.

En ese boletín, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (Programa de Salud Integral del Niño) señala “...La mayor parte (85-90%) de las consultas por IRAB podrían ser resueltas en los CAPS, si se dotara a éstos de las capacidades de los profesionales, de una organización y funcionamiento adecuados y de los insumos necesarios para la atención completa...(...) La atención de IRAB en los CAPS no sólo disminuiría la sobre demanda y los problemas derivados de esta falla en las guardias pediátricas, sino que posibilitaría una mayor resolución en el 1º nivel, un adecuado control de los niños con estos cuadros y su posterior seguimiento hasta su resolución. Se trata de mejorar la vinculación y la accesibilidad de las familias con el sistema de salud y la eficiencia y efectividad de los CAPS. Para lograr esto último se deberían implementar estrategias de Programación Local, tomando los CAPS población bajo responsabilidad y programando acciones preventivas y curativas eficaces. Las evidencias presentadas demuestran que es posible mejorar el proceso de atención de IRAB con un potencial impacto favorable en la morbilidad y mortalidad.” (Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2004:11).

En el año 2004 el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (PNIRA) indica, por un lado, que las patologías respiratorias agudas bajas más frecuentes son el Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) y la Neumonía cuyas causa más frecuente de IRAB es viral y las formas de presentarse en los niños/as son la Bronquiolitis y la Neumonía. (PNIRA, 2004:3).

Por otro se muestra, con datos del 2000-2002, que las IRA constituyen una de las cinco primeras causas de mortalidad en menores de 1 año mientras que todas las causas respiratorias ocupa el tercer lugar (PNIRA, 2004:4). En el grupo de 1 a 4 años, las IRA están entre las primeras 5 causas de muerte mientras que todas las causas respiratorias ocupan el segundo lugar. (PNIRA, 2004:5).

Más allá de los datos estadísticos oficiales se aclara que probablemente “...*la frecuencia de muertes infantiles debidas a IRAB sea mayor que la registrada por los datos estadísticos, sobre todo en niños menores de 1 año de edad, ya que existen investigaciones que demuestran que hasta un 20% de las muertes post-neonatales en el Gran Buenos Aires se producen en el domicilio, y una fracción importante de ellas son por IRB. Una proporción elevada de estos lactantes habían sido atendidos por los servicios de salud en los días previos a su muerte*”. (PNIRA, 2004:5)¹³ Y agrega “... *existe sospecha (aunque no sostenida por evidencias de estudios epidemiológicos en nuestro país) de que una parte de las muertes debidas a factores externos (ej: sofocación, aspiración de alimentos) suceden en lactantes previamente enfermos con IRB. En los últimos años se observa que la mortalidad por IRB en niños menores de 5 años, continúa siendo elevada...*” (PNIRA, 2004:5).

Continuando con los datos, se señala que al menos el 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de niños menores de 5 años padecen una IRA durante el año y un 15% de los episodios requiere un tratamiento en la emergencia. Indicándose, que la IRB constituye más del 40% de los egresos hospitalarios de los servicios de pediatría durante el invierno. (PNIRA, 2004:7).

En función de este estado de situación se sostiene que se requiere la implementación de una intervención adecuada y eficaz a corto plazo. Señalar esto desde el organismo nacional de salud significa centrar la mirada en las maneras en que se despliegan las acciones de atención y prevención y reconocer que “...*el modelo de atención existente en nuestro país es desorganizado y trabaja desde la oferta, con poca o nula programación en función de la demanda esperada y sin tener en cuenta los factores de riesgo de los niños con infecciones respiratorias*” (PNIRA, 2004:9)¹⁴.

Desde el PNIRA se propone implementar cambios en la organización y funcionamiento de los servicios, principalmente en los CAPS ya que se considera que “...*La atención de IRB en los*

13 Este comentario también lo manifiesta Pertino, I. et al..

14 Pertino, I. et al (2003) realiza la misma observación e indica que se expresa con la falta de seguimientos longitudinal de SBO, la no consideración de los factores de riesgo del paciente y de riesgo social, subestimación de la enfermedad, variación en las terapéuticas utilizando medicación inefectiva, déficit de acciones preventivas, fallas en la vinculación familia-servicio de salud, falta de insumos en los distintos servicios, entre otras.

CAP no sólo disminuiría la sobredemanda y los problemas derivados de esta falla en las guardias pediátricas, sino que posibilitaría una mayor resolución en el primer nivel, un adecuado control de los niños con IRB y su posterior seguimiento.” (PNIRA, 2004:10). Pero se reconoce que su viabilidad requiere dotarlos no sólo de recursos humanos capacitados sino de insumos que permitan alcanzar una atención completa. (PNIRA, 2004:10).

En función de este balance de situación el PNIRA enuncia, entre otras cuestiones, una serie de acciones dirigidas a los CAPS y al primer nivel de atención hospitalaria que apuntan a la organización de este nivel de la atención para la resolución de las IRB y la intervención integral de la salud infantil. (PNIRA, 2004:12/13).

Se trata de un conjunto de objetivos de alcance general para ser considerados por los gobiernos provinciales ya que, como se indicó más arriba, el organismo nacional provee lineamientos con un valor indicativo. No obstante, encuentran antecedentes de aplicación en experiencias locales como el tratamiento de SBO (“Sala de Internación Abreviada”) de la provincia de Tucumán, el Programa de Internación Abreviada para la atención del SBO en niños menores de 2 años aplicado en provincia de Bs As en el 2002, la implementación de la hospitalización abreviada en el Hospital Pediátrico Garrahan del CABA, entre otras experiencias realizadas en Neuquén, Santa Fe, y/o localidades de Jujuy, Chaco.

En la formulación del programa se indica que si bien los menores de 6 meses de edad representan los de más riesgo de morbilidad grave y mayor mortalidad se debe incluir a niños menores de seis años para brindar cobertura universal para casos de SBO y neumonías, debiendo recibir toda la población la misma oferta básica de servicios. Pero no sólo se trata de la atención particular de un conjunto de padecimientos (IRA) sino que se apunta a lo que se designa como atención integral del niño (control del crecimiento y el desarrollo, vacunación) según lineamientos del AIEPI.

Los ejes centrales identificados por el programa para su implementación son: 1.- la capacitación y asistencia técnica de los equipos profesionales¹⁵; 2.- la organización de la estructura asistencial y 3.- la evaluación periódica¹⁶. La *capacitación y asistencia técnica de*

15 Se señala la necesidad de “...incluir dos estrategias de apoyo y formación interrelacionadas: el aprendizaje de la gestión en planificación y programación local y la incorporación de los conocimientos y destrezas necesarios para la integralidad de la atención infantil según la estrategia AIEPI y de las infecciones respiratorias agudas según la modalidad de Hospitalización Abreviada para el SBO” (PNIRA, 2004:13).

16 Se presenta en términos de proceso y resultado y como requisito fundamental, proponiendo a las autoridades provinciales y/o municipales la realización de reuniones con los equipos intervinientes.

los equipos profesionales se propone a partir de tres módulos complementarios centrados en la asistencia técnica inicial a las provincias para lograr el compromiso político de las autoridades para la puesta en marcha del programa (primer módulo). El segundo remite al desarrollo de talleres destinados a los equipos profesionales (enfermeras, médicos generales, pediatras, agentes sanitarios, etc.) y cuyos contenidos apuntan a: información epidemiológica y conocimientos clínicos sobre la IRB; conocimientos sobre los aspectos farmacológicos de los medicamentos empleados en la IRB, entrenamiento en las destrezas necesarias para caracterizar la severidad de la IRB y su manejo. Un tercer módulo que recupera la estrategia de capacitación en servicio, indicando que la propuesta “...se inscribe en la estrategia de Educación Permanente en Salud, inserta en el proceso de trabajo, en los contextos reales de desempeño, con enfoque de construcción y fortalecimiento de equipos, centrada en el análisis de los problemas de las prácticas y en la búsqueda conjunta del mejoramiento de la calidad de la atención. (...) Se espera que este proceso facilite la organización de la gestión, la referencia y la contra referencia, y la calidad de la atención a la población más vulnerable.” (PNIRA, 2004:14).

Para la *organización de la estructura asistencial* el programa requiere, como elemento ordenador de la consulta, un área física diferenciada y específica dentro de los CAP y de las salas de guardia de los hospitales, permitiendo la atención simultánea en forma cómoda, con iluminación adecuada y el mobiliario necesario. Además de recursos humanos de enfermería dedicados exclusivamente para la tarea en períodos epidémicos (mayo a agosto) y con insumos necesarios. (PNIRA, 2004:15).

La letra del programa enfatiza que la estrategia asistencial se funda en “... *desarrollar al máximo posible la capacidad resolutive de los CAP y de la emergencia hospitalaria de las IRB... y aprovechar la consulta por IRB para realizar una atención integral del niño que comprenda el crecimiento, desarrollo, vacunación, corrección de oportunidades perdidas y consejería en acciones saludables.*” (PNIRA, 2004:15-16)

Por su parte, en el volumen 3 del Boletín PROAPS-Remediar se expresa que el PNIRA “... *propone desarrollar una estrategia específica, la HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA, a fin de orientar la demanda, mejorar la calidad de atención, aumentar la capacidad resolutive del primer nivel de atención y disminuir la morbilidad y mortalidad de menores de 5 años por esta causa. (...) La Hospitalización Abreviada reside en crear, según las características demográficas y geográficas de cada jurisdicción, “Centros de Hospitalización Abreviada” donde el niño con SBO permanezca por algunas horas, si lo requiere por la intensidad de su cuadro, con un tratamiento efectivo fundado en evidencias experimentales y con impacto*

objetivo medido por una escala de evaluación de la severidad clínica de la SBO, que permita tomar decisiones terapéuticas objetivas. Además permite la identificación oportuna de los signos de riesgo, el tratamiento ambulatorio específico, el control sistemático hasta la remisión del cuadro o la derivación a un centro de mayor complejidad cuando así lo requiera.” (PROAPS- Remediar, 2005:9).

Además, el programa presenta tres Anexos, uno referido a la organización del sistema (Programación General) que apunta centralmente a la decisión política provincial de iniciar y desarrollar el programa. En el segundo anexo se caracterizan los cuadros clínicos aceptados como IRB¹⁷ y se analizan SBO¹⁸ y las Neumonías brindando una guía de diagnóstico y tratamiento para la hospitalización abreviada. El análisis de la guía muestra los criterios sugeridos para la intervención en menores de dos años: 1.- definición de entidades clínicas bronquiolitis y BOR según episodios de sibilancia; 2.- identificación de factores de riesgo y criterios de derivación y/o tratamiento¹⁹; 3.- clasificación de gravedad y formas de proceder según puntaje TAL; 4.- información sobre el uso de aerocámaras/espaciadores y nebulizador, aconsejando instruir a la madre del paciente²⁰.

Discursivamente el foco para la atención en domicilio y la conservación de los insumos (aerocámaras) está centrado en la mujer madre, legitimándola como cuidadora y gestora de la salud infantil pero también, puede ser leído como la responsable ante el no reconocimiento oportuno de los síntomas, el incumplimiento de los tratamientos y/o minimización de la gravedad de estos padeceres.

El tercer anexo, refiere a las formas de registro, consolidados según efector, región sanitaria y provincia. La información que se registra refiere a: edad y sexo según grupo etario (menos de 2 años y 2 a 5); clasificación de gravedad/severidad; número de casos derivados,

17 Laringitis –croup-, Traqueobronquitis, Síndrome Bronquial Obstructivo –SBO-, Neumonía.

18 Bronquiolitis, Lactante Sibilante en menores de 2 años, sibilancias recurrentes en niños de 2 a 5 años.

19 En la derivación se replican los factores de riesgo identificados en los documentos de los comités de expertos, y se diferencian criterios absolutos y relativos, estos últimos relacionados con la capacidad resolutoria de los CAP. Se aclara que en todos los casos se debe evaluar el riesgo social especificado en indicadores como “...madre adolescente; primaria incompleta; niño con vacunación incompleta y/o controles de salud inadecuados para la edad.” (PNIRA, 2004:23). En el caso de sibilancias recurrentes (BOR) el foco de riesgo está puesto en los contaminantes ambientales (humo de cigarrillo, braseros, salamandras, hogares).

20 “...Es muy importante mostrar la operación y conversar luego con la madre para asegurarse de que ha comprendido y aprendido las destrezas y fundamentos del tratamiento del SBO a realizar en el domicilio y de que es claro el reconocimiento de los signos de alarma.(...) Se aprovechará este tiempo para enfatizar acciones de salud (vacunación, lactancia materna u otras) y promover el seguimiento ulterior del niño.” (2004:26)

internados, s con neumonía y casos que volvieron a las 24, 48, 72 hs.; aerocámaras (entregadas y devueltas), aerosoles (entregados y devueltos).

Un documento posterior, elaborado por el organismo nacional y destinado a los equipos de salud, es la “*Guía de Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias*” (segunda versión-2011), En su presentación se expresa que las acciones integran la “Campana de Invierno”e incluye lineamientos para un abordaje integral de las enfermedades respiratorias, aportando información actualizada sobre su manejo, los factores condicionantes, las poblaciones definidas como “en riesgo”y presentando medidas costo-efectivas y de impacto a las necesidades de salud de la población. (Ministerio de Salud de la Nación, 2011: 3).

La guía presenta los siguiente tópicos: 1.- *Información para el equipo de salud* (relevancia de las enfermedades respiratorias en tanto causa de consulta e internación de diferentes grupos etarios²¹. Definición²² y clasificación según manifestaciones clínicas y grupo etareo); 2.- *Vigilancia Epidemiológica de IRA* (indica su importancia para la planificación de acciones preventivas, de control y la organización de los servicios, reconociéndose su potencial presencia anual. Se indica que enfermedades requieren ser notificados²³ normatizando su referencia clínica. Cabe señalar que se introduce la Coqueluche como un evento de notificación obligatoria individual e inmediata porque se reconoce que “...en la actualidad la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública y se encuentra dentro de las 10 principales causas de muerte en niños por enfermedades inmunoprevenibles.” (Ministerio de Salud 2011:54); 3.-*Laboratorio de IRA* (indica cuándo se necesita la confirmación diagnóstica del laboratorio y los métodos disponibles para Influenza, Neumonía y Coqueluche); 4.- *Guía Clínica* (describe características de la Enfermedad Tipo Influenza –ETI-, su distribución, formas de transmisión, cuadros clínicos según gravedad, medidas para su tratamiento; aclarando que en pacientes con riesgo social -pobreza, falta de red social, falta de comprensión de indicaciones- o clínico se podrá implementar tratamiento supervisado. Características y formas de tratar la Neumonía de la comunidad. Además, se incluye una guía

21 La información estadística brindada no difiere de lo señalado en el PNIRA del 2004.

22 “...se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bacterias, que tienen una evolución menor a 15 días y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre. La rinitis, la faringitis, y la otitis media aguda son los cuadros más frecuentes; y la mayoría de estos cuadros son de origen viral.”. (Ministerio de Salud Nación, 2011: 7)

23 “...La vigilancia de las infecciones respiratorias agudas incluyen en su investigación la Enfermedad Tipo Influenza, bronquiolitis en menores de 2 años, coqueluche, neumonías, IRAG (IRA internada) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (S.A.R.S.). Para ello los distintos establecimientos de salud de nuestro país, tanto públicos, privados como de la seguridad social deben recolectar la información sobre los pacientes atendidos, ya sea en el servicio de guardia, consultorios externos o en internación” (Ministerio de Salud Nación, 2011: 11)

de atención de niños menores de 5 años indicando los virus más frecuentes, los cuadros clínicos aceptados como IRA, las formas de intervención prevención y tratamiento poniendo especial atención en la estrategia de Hospitalización Abreviada del SBO en menores de 2 años -Bronquiolitis y Lactante Sibilante o BOR-²⁴ y en niños mayores de 2 años. Se caracterizan la Neumonía -indicando formas de diagnóstico y tratamientos- y la Coqueluche en tanto enfermedad que afecta preferentemente a los menores de 1 año aunque también se presentan en adolescentes y adultos incluyéndose medidas de control individual, familiar y comunitario. Guía clínica para la mujer embarazada y para pacientes adultos); 5.-*Prevención de las IRA* (enumera una serie de medidas destinadas a la población y que apuntan a la incorporación y/o modificación de comportamientos cotidianos y formas de vida del hogar²⁵. Pero también remiten a las inmunizaciones en tanto herramienta para la reducción del riesgo); 6.- *Recomendaciones para la organización de los Servicios de Salud* (enumera acciones que se deberían desarrollar diferenciándose equipos de salud, población, efectores de salud; también se indica la organización del ámbito físico, los insumos y el seguimiento de los pacientes.).

En la provincia de Buenos Aires el Ministerio de Salud se encarga de definir las políticas y regulaciones del sistema de salud en su totalidad, actuando como proveedor de servicios a través de los establecimientos públicos de diversa complejidad y financia el mantenimiento de los efectores públicos y programas específicos aunque, no escapó del proceso de descentralización que implicó la municipalización de hospitales, CAPS y algunos programas. La Dirección de Epidemiología, de Información Sistematizada y el Programa Materno Infantil provincial, en el marco del Boletín PROAPS-Remediar 2004, redactaron un informe operativo donde reconocen que “...*Las infecciones respiratorias agudas bajas constituyen uno de los principales problemas de salud en los niños de 0 a 5 años. Esta patología es responsable de aproximadamente el 50% de las internaciones (datos a julio del 2003 de los sitios centinelas de la provincia de Bs As) y del 70% de las consultas ambulatorias y de emergencias, durante la época invernal, y constituyen la primera causa de mortalidad*

24 La definición de las entidades clínicas y los factores de riesgo son las indicadas en PNIRA 2004.

25 Se indica: 1.- Informar a la población y al personal de salud sobre los principios básicos de higiene personal, especialmente el lavado frecuente de manos con agua y jabón; 2.- no fumar en el interior de las viviendas y lugares públicos. Por lo que la primera medida de control ambiental en todo hogar con niños es evitar el hábito de fumar (especialmente si el niño tiene crisis obstructivas frecuentes); 3.- evitar la contaminación domiciliaria ocasionada por el humo de braseros o cocinas a leña y ventilar la vivienda. Cuando esto se utilice encender y apagar los braseros fuera del hogar; 4.-evitar el hacinamiento; 5.- informar que los animales domésticos no deben permanecer en la habitación de los niños y deben estar fuera del hogar; 6.- informar a la población sobre la importancia de aislar, relativamente, al familiar con influenza, evitando contagiar a niños y ancianos; 7.- estimular la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida y continuar hasta los 2 años. (Ministerio de Salud de la Nación 2011:81-85).

posneonatal reducible en nuestra provincia. Menos del 3% de los lactantes sin factores de riesgo requieren internación y en ellos la mortalidad es menor de 1%. La situación es muy distinta cuando existen factores de riesgo: por ejemplo, la necesidad de internación puede aumentar hasta un 45% en prematuros con displasia broncopulmonar y la mortalidad puede llegar a 37% en los que padecen una cardiopatía congénita.(...) Las infecciones respiratorias bajas que ocurren en mayores de 2 años suelen ser más sencillas para su diagnóstico y tratamiento. En los menores de 2 años la bronquiolitis es la más frecuente de las IRA bajas²⁶ y es en este grupo etario donde se presentan las mayores dificultades de manejo en el área de emergencia. Además el aumento brusco de la demanda de atención durante las epidemias anuales, satura las áreas de atención.” (Dirección de Epidemiología, et al, 2004:17).

Al igual que otros trabajos gubernamentales, el documento provincial reconoce que las fallas en los procesos de atención y de organización de los efectores de salud contribuyen con el incremento de la morbilidad y mortalidad por IRAb. No obstante, la propuesta de acción para el año 2004 apuntó a la promoción y prevención, en términos de información y difusión de “medidas preventivas” (cómo cuidarse) y “signos de alarma” (cómo reconocer el padecimiento), en la población y su articulación con otros programas provinciales (el Mas Vida y Educación para la salud). Pero también, la vigilancia epidemiológica (el foco está puesto en la recolección de información y notificación semanal de casos) y el trabajo en red (medidas de control) con referentes municipales, regionales, hospitalarios y la articulación con programas. (Dirección de Epidemiología, et al, 2004:19).

En el 2007 en el marco del Programa Materno Infantil provincial se redacta el Módulo de Capacitación en IRAb para el equipo de salud. El documento inicia reconociendo que el Programa IRA plantea un modelo de atención diferente porque involucra, con un papel clave y protagónico, el trabajo de enfermería. Con el interés de legitimar el lugar del enfermero en la implementación e intervención, se expresa que dicho programa se ajusta al marco legal de incumbencias y competencias del profesional de enfermería²⁷.

²⁶ Se define la IRAB por la presencia de tos asociada a polipnea, tiraje y sibilancias. La fiebre en general es moderada, dado que su etiología habitualmente es viral.

²⁷ “...Cada uno de los programas de estudio de pregrado y de grado así como los cursos de Auxiliares de Enfermería, contienen como temario el control de signos vitales, el análisis de datos problemáticos resultantes de la valoración física en las diferentes edades del ciclo vital, la administración de medicamentos y la detección de signos de gravedad. Esto habilita al personal de Enfermería a resolver las necesidades del paciente, en particular en la urgencia.” (Basso y Grad, 2007:2).

Además, se indica que los datos muestran que la mayoría de los casos corresponden a SBO²⁸ por lo que el Programa IRA se dedica a su tratamiento, siendo el principal problema de salud pública por su mayor demanda ambulatoria y de internaciones hospitalarias. En función de esta consideración el módulo focaliza en el SBO, delimitando los cuadros clínicos que la abarcan: “...bronquiolitis (primer episodio de fiebre, tos y sibilancias en el menor de 2 años); el lactante sibilante (tos y sibilancias en el menor de 2 años); los niños sibilantes recurrentes (de 2 a 5 años)”. (Basso y Grad, 2007:6). Se otorga un espacio particular a la caracterización de la Bronquiolitis (definición, agentes etiológicos, cuadros clínicos y vías de contagio) y se relatan diferentes modalidades de atención de niños con SBO (sala de prehospitalización²⁹, tratamiento observado –rescate-³⁰). Asimismo se informa sobre los puntajes clínicos usados, aclarando el adoptado la provincia³¹ y se informa sobre la manera en que el profesional debería proceder. (Basso y Grad, 2007:15).

A diferencia de los documentos comentados se plantean algunas consideraciones que el personal de salud debe tener en cuenta y que son imprescindibles en la relación con los niños en contextos de atención. Por un lado, se reconoce que para los pacientes y sus familiares las afecciones respiratorias generan ciertos estados emocionales no sólo por el significado que tiene el trastorno orgánico sino por sus implicancias en lo cotidiano³². Por otro, se indica la necesidad de que el equipo de salud tenga presente ciertas técnicas de rutina que favorece la predisposición del niño y su familia a los tratamientos. Algunas medidas son: 1.- llamar al niño por su nombre ya que permite sentirse atendido en su individualidad y contribuye a crear un vínculo de confianza; 2.- brindar la posibilidad de expresar lo que siente y desea; 3.-

28 Se indica para la provincia en el 2005 un 91% de casos de SBO y 6% de neumonía (Basso y Grad, 2007: 5).

29 “...es una modalidad de organización de la atención ambulatoria que busca mejorar la resolución en el primer nivel de atención” (Basso y Grad, 2007:9).

30 “...permite conocer en un tiempo corto (2 hs) y ante el equipo médico, la respuesta a la medicación ya que no todo paciente responde favorablemente (puede mantenerse igual y/o empeorar) frente al tratamiento con salbutamol” (Basso y Grad, 2007:11).

31 “...Actualmente se están usando dos puntajes clínicos que se diferencian entre sí por uno de los 4 signos clínicos: uno de ellos emplea cianosis y el otro frecuencia cardíaca.(...) Esta diferencia en los signos del puntaje lleva a que el flujograma de decisión clínica sea también diferente. Las distintas provincias han ido adoptando una u otra variante de puntaje y flujograma. En el caso de la provincia de Buenos Aires se adoptó el flujograma que corresponde al puntaje con frecuencia cardíaca.” (Basso y Grad, 2007:12).

32 “...producen un alto nivel de angustia en el paciente a causa de la sensación traumática que provoca la imposibilidad de respirar normalmente. Se convierte así en un trastorno orgánico y a la vez emocional, y ambos aspectos se retroalimentan a medida que las crisis se repiten y se prolongan en el tiempo (...)..se le suma la ansiedad de los familiares que rodean al niño ya que las enfermedades de esta naturaleza modifican actitudes, hábitos y comportamientos, que alteran la dinámica familiar, escolar y social.” (Basso y Grad, 2007:19).

explicar qué le pasa y en qué consistirá su tratamiento; 4.- otorgar la información que solicita; 5.- estimular para que colabore en las distintas etapas del tratamiento y permitir que el niño y su madre se familiaricen con los insumos (espaciador y aerosol); 5.- disponer de un espacio de juego donde puedan dramatizar situaciones con otros niños y adultos; 6.- en los casos de SBO recurrente y asma, brindar a las familias espacios de charlas y talleres. (Basso y Grad, 2007). Se considera que las familias informadas no sólo contribuyen con los equipos de salud sino que son multiplicadores de información. En relación con esto se sugiere cómo manejarse con las familias para la ejecución de los tratamientos en el domicilio “...*Antes de que el niño se retire de la unidad se vuelve a reforzar la información a la madre, utilizando preguntas de verificación, esto significa que no preguntamos para que nos responda SÍ o NO, sino, que le pedimos a la madre que nos explique cómo lo haría ella en su casa, para poder corroborar que nos ha entendido y que el tratamiento está garantizado.*” (Basso y Grad, 2007:27).

Si bien en ocasiones el discurso en salud habla de familias, a la hora de enumerar o enunciar qué hacer, cómo hacerlo va dirigido a la madre como la principal, a veces única, responsable del cuidado y atención de la salud de los niños/as³³.

El módulo enumera una serie de recomendaciones para prevenir las IRA, algunas refieren a la relación madre-hijo (1.-*promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad; 2.- continuar amamantando hasta los 2 años o más complementando con otros alimentos; 3.- aunque la madre esté resfriada conviene que continúe*); otras remiten a las formas en que se ejercen los cuidados de los niños/as (4.- *controles periódicos de salud; 5.- tener las vacunas al día; 6.- lavarse las manos cada vez que se toma al bebé, se lo cambia o se preparan los alimentos; 7.- cambiar al bebé cuando esté mojado*) y otros al mantenimiento o adopción de determinados comportamientos en los hogares (8.- *no permitir que fumen dentro de la casa; 9.-mantener una ventana abierta para que circule el aire y salgan los humos de las estufas o cocinas; 10.- mantener su casa seca, no hervir eucalipto porque humedece la casa y puede provocar mayor obstrucción bronquial; 11.- evitar enfriamientos y corrientes de aire.*). (Basso y Grad, 2007:28). Como se puede apreciar algunas de los enunciados recuperan ciertas prácticas habituales en los hogares y que no fueron expresados en otros documentos (por

33 Por ejemplo, “...*Frecuencia y dosis de broncodilatador: ayudar a la madre a planificar los horarios de administración. Plantearle la necesidad de administrarlo lejos de las comidas y que aun durante la noche debe recibir la dosis (nunca acostado). (...)Técnica de sujeción: se capacitará a la madre en la manera de sujetarlo, planteándole la necesidad de contar con ayuda y la importancia de que las técnicas de sujeción y de aerosol terapia sean correctas, para el éxito terapéutico.*” (Basso y Grad, 2007: 27)

ejemplo, la 10). También se indica que signos de alarma, en tanto disparadores para la consulta, debe contener los mensajes para la comunidad (Basso y Grad, 2007:28).

En la página Web del Municipio de La Plata se registra el “*Programa de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)*”, que apunta a “... *garantizar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los niños con este tipo de infecciones*”. El foco está puesto en “... *franja etarea que comprende entre los 6 meses y los 2 años y aquellos que presentan mayor cantidad de factores de riesgo asociados*”; sugiriendo un trabajo conjunto entre los diferentes efectores de salud (CAPS; Hospitales) y los organismos municipales y provinciales (ministerio y región sanitaria)³⁴.

En la revista municipal *Extramuros* (agosto del 2008) se reconoce que las IRAB son un problema de salud pública no sólo para el municipio sino para la provincia indicándose el desarrollo de una estrategia conjunta para la prevención, promoción y tratamiento. La estrategia, a 2 meses de su implementación, se la enuncia en estos términos: 1.- reuniones con áreas de Plan Materno Infantil, Epidemiología, Estadística, Salud Comunitaria, Plan Nacer, Programa Remediar para articular recursos y ordenar esfuerzos; 2.- jornadas de capacitación y normatización del proceso de atención de pacientes con IRAB; 3.- capacitación a promotores y generación de una red entre CAPS y los hospitales de derivación; (Extramuros, 2008:15).

En “*Equidad, el ABC del niño y la madre*”, cuadernillo que guía el desarrollo de actividades sobre temas relacionados con la crianza, la prevención y promoción de enfermedades³⁵, las IRAB fueron objeto de intervención. En el primer número, “*Promoción de conductas saludables en enfermedades prevalentes de la madre y el niño*”, se abordó su identificación a partir de signos y síntomas frecuentes, factores de riesgo, indicaciones para la prevención; se propusieron actividades y ejemplificaciones (Equidad, 2010:21-28).

El municipio también interviene en la población por medio de folletos informativos que se distribuyen en los CAPS principalmente en la época invernal. Uno de ellos, “*Neumonía y Bronquiolitis*”, se enumera una serie de eventos que responden a la pregunta “¿Cuándo tiene mayor posibilidad de enfermarse nuestro hijo?”. Los eventos mencionados remiten a los

34 “...Los hospitales y los CAPS notifican semanalmente a la Secretaría las consultas, derivaciones y/o internaciones de todos los niños registrados que padecen IRAB. Esos datos se procesan y posteriormente se coordina una visita domiciliar/hospitalaria para revelar el estado del niño. Esta tarea es efectuada por los Promotores de Salud quienes, a su vez, se encargan de hacer un seguimiento semanal. Los datos obtenidos a partir de estos encuentros permiten delinear las acciones concretas a seguir de acuerdo a cada caso.”.

35 El editor señala “*Equidad es solo una herramienta para la construcción comunitaria y participativa de la salud en el Municipio de la Plata, enfatizando las necesidades de los más olvidados: los niños con sus madres, las mujeres y las familias de los distintos parajes de esta geografía.*”(Equidad, 2010:35)

factores de riesgo enunciados en los documentos nacionales. En el costado inferior derecho se señala que *“La municipalidad de La Plata sumara Promotores de Salud como un nexo entre el barrio y el Centro de Salud, contra las infecciones respiratorias agudas, que son la causa más frecuente de internación en los niños durante el otoño-invierno.”*. (Secretaría de Salud y Medicina Social. Municipalidad de La Plata). El otro folleto *“Neumonía y Bronquiolitis. El personal de salud atenderá a los niños y los medicará si es necesario”* es un volante informativo que enumera diferentes situaciones posibles de malestares de los niños (le cuesta respirar, se cansa mucho cuando llora, está molesto, tiene mucha tos, respira rápido con silbidos o ronquidos, se le hunde el pecho por debajo de las costillas al respirar, no duerme bien, está pálido, tiene fiebre, no quiere comer) y se aconseja que *no se lo medique* y que *se lo lleve al centro de salud*. Y también se brinda una serie de consejos para prevenir destinados a las mujeres embarazadas (llamándolas “mamá embarazada”), a los bebés, a los niños, pero también a incorporar y/o modificar comportamientos hogareños: mantener la casa seca, no hervir eucaliptos ni hacer vapor, lavarse las manos cada vez que tocamos a los niños (al preparar alimentos, cambiarlos, etc.), ventilar la casa todos los días, dejar una ventana o puerta un poco abierta, para que salgan los humos de cocina o estufa, no fumar adentro de la casa, llevar a los niños a los controles médicos, que los niños tengan las vacunas al día, a los bebés darles sólo teta hasta los 6 meses y continuar amamantando hasta los dos años, si la mamá está embarazada debe hacerse los controles médicos no debe fumar ni consumir alcohol y drogas.

Comentarios finales

A través de la revisión de diferentes documentos, que se centran en el abordaje de las IRA como problema de salud infantil, intentamos mostrar que los lineamientos discursivos tanto de los comités de expertos como de los organismos del estado (nación, provincia y municipio) ponen su eje en los servicios asistenciales (organización y capacitación técnica e ideológica de los equipos de salud) en tanto instancia de resolución y de persuasión en la adquisición de conductas “saludables”. A través de los servicios, particularmente de los equipos técnicos del primer nivel de atención, se apela en un sentido general a la comunidad, las familias en tanto instancia responsable en su bienestar, aunque siempre la interpelada es la mujer madre, que en un sentido singular, se presenta como recurso para la atención (el control de signos, de terapéuticas domésticas efectivas, vigilancia de “riesgos” domésticos) la promoción y prevención doméstica y “comunitaria”. Esto no sólo ignora las condiciones en que las diversas y desiguales mujeres llevan adelante las tareas de cuidado y atención de los niños/as

sino que no contribuyen con la promoción, habilitación y refuerzo de prácticas que tiendan a la corresponsabilidad de varones y mujeres en el cuidado y atención de los niños/as.

Llama la atención que desde los organismos públicos de salud no se apunte hacia este propósito en tanto que la salud infantil constituye un ámbito sensible tanto para los varones como para las mujeres.

Bibliografía citada

Basso, V.; Grad, E. (2007) “Modulo de Capacitación en IRAB para el equipo de salud”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil.

Benguigui, Y.; Bossio, J. C.; Arias, S. (2008): “AIEPI en las Américas. Enfermedades prevalentes de la infancia en las Américas”. Serie OPS

Bernztein, R (2003) “La infección respiratoria baja aguda en la infancia y el uso de medicamentos Remediar en los CAPS”. Atención Primaria de la Salud Boletín PROAPS-REMEDIAR. Año 1, N°1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Bernztein, R. y Monsalvo, M (2004)“Evaluación del Uso de Medicamentos en la Infección Respiratoria Baja Aguda en la Infancia en los CAPS”. Boletín PROAPS-REMEDIAR. Volumen 2, N°10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Comité Nacional de Neumonología, Subcomisión de Epidemiología, Comité Nacional de Infectología, Comité Nacional de Medicina Interna (2006). “Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años.” Archivo Argentino de Pediatría, 104(2):159-176

de Sarasqueta, P. (2005) “La neumonía en niños: problemas persistentes para su adecuada caracterización y tratamiento”. Atención Primaria de la Salud Boletín PROAPS-REMEDIAR. Volumen 3, N°18. Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Dirección de Epidemiología, Dirección de Información Sistematizada, Programa Materno Infantil “Programa de prevención y tratamiento de IRA en la provincia de Buenos Aires” ”. Boletín PROAPS-REMEDIAR. Volumen 2, N°10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Ferrero, F.; González Pena, H.; Ossorio, M.; Grenoville, M. (1996) “Consenso sobre infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Recomendaciones para su manejo”. Archivo Argentino de Pediatría Vol. 94; pág. 274-288.

Golbert, L. (2012) “Posibilidades y restricciones de las políticas públicas: el caso del Sistema de Salud Argentino”. En Fidel, C.; Valencia Lomelí, E. (Coord.): “(Des) encuentros entre

reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina”. Tomo II. CLACSO-Universidad Nacional de Quilmes.

Grenoville, M. (2004) “El impacto de las infecciones respiratorias en la población”. Atención Primaria de la Salud Boletín PROAPS-REMEDIAR. Volumen 2, N°10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Menéndez, E. y Di Pardo, R.(1996) “De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización.”. CIESAS, México.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2004) Dirección Nacional Materno Infantil. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas. Salud Integral del niño.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2011) “Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el equipo de salud”

Ministerio de Salud de la Nación Argentina y OPS (2011). “Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”.

Municipalidad de La Plata (2008): “IRAB en el Municipio. Programa de Prevención y tratamiento de las IRAB en La Plata. Uno de los desafíos más grandes es el control de la epidemia”. En Extramuro, Revista Informativa de la Dirección de Planificación y Control de Gestión. Secretaría de Salud y Medicina Social. La Plata, Año 0, N°3

Municipalidad de La Plata - Programa IRAB (2012). “Programa de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. (IRAB)”; folletería: Neumonía y bronquiolitis Pág. Web de la municipalidad.

Municipalidad de La Plata (2010): “Promoción de conductas saludables en enfermedades prevalentes de la madre y el niño”, En Equidad, el ABC del niño y la madre, Revista de la Dirección de Salud Comunitaria de la Secretaría de Salud y Medicina Social. La Plata, N°1.

Pertino, I. et al. (2003): “Hospitalización abreviada para el Síndrome Bronquial Obstructivo en Niños Menores de 5 años” Boletín PROAS- RemediAR, Año 1, Vol1, pág.8-16.