

Med. Jorge **Kiguen**

Prof. Titular de
Epidemiología. Escuela
Sup. de Sanidad Dr.
Ramón Carrillo de la Fac.
de Bioquímica y Ciencias
Biológicas de la
Universidad Nacional del
Litoral.

Trabajo premiado en las
**I JORNADAS
INTERNACIONALES DE
SALUD PÚBLICA**
Escuela de Salud Pública
Facultad de C. Médicas
Universidad Nacional de
Córdoba.
24 de noviembre de 2005

Resumen

Se describen antecedentes históricos: Internacionales, nacionales y provinciales, sobre objetivos, principios y medidas de acción para personas con discapacidad. Se definen la deficiencia, discapacidad y minusvalía. Se describen los factores que causan discapacidad y se clasifican las deficiencias en motoras, sensoriales, mentales y viscerales.

Se describen las características de las Zonas en estudio problemas.

Objetivo General del Proyecto: «Detectar discapacidades en ciudades de Tostado, Villa Minetti (Sta. Fe) y zonas de influencia con el objeto de rehabilitarlos y reinsertarlos socialmente».

Se detectan y evalúan finalmente por un equipo multidisciplinario a 445 pacientes con las siguientes discapacidades: 131 motoras, 207 mentales, 170 sensoriales, y 12 viscerales, analizando en ellas distintos factores.

Se cuantifican las tasas de prevalencia de las distintas discapacidades.

Se arriba a conclusiones y propuestas, refiriéndose a que tanto las condiciones sociales como económicas y culturales, como también la falta de oferta de sistemas sanitarios completos, el déficit de servicios médicos y la accesibilidad a los mismos, constituyen graves factores de riesgo para la población.

Abstract

There are described historical international, national and provincial precedents about aims, principles and measures of action for disabled people. Deficiency, Disability and handicap is defined. There are described the factors that cause disability and the deficiencies qualify in motorboats, sensory, mental and visceral.

The characteristics of the areas in study are described.

The General objectives of the proyect is, "Disabilities detect in cities of Tostado Villa Minetti and zones of influence in order to rehabilitate them and reinsert them in the society"

Finally multidisciplined teams detect and evaluate 445 patients with the following disabilities, 131 motor, 207 mental, 170 sensorial and 12 visceral, analyzing different factors and quantifying the rates of prevalence in all of them.

We arrived at the following conclusions, the social, economic and cultural conditions, and also the lack of offer of sanitary complete systems, the defective medical services and the accessibility to the same ones, constitute serious factors of risk for the population.

Antecedentes históricos:

Internacionales

La Asamblea Gral. de las Naciones Unidas en su 37 período de sesiones, por resolución 37/52 del 3 de Diciembre de 1982, aprobó el «Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad» fijando de esta forma objetivos, antecedentes y principios.

En sus objetivos dice que el propósito del «Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad», es promover medidas eficaces para la prevención y la rehabilitación de la discapacidad y la realización de los objetivos de «Igualdad» y de plena «participación» de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico, estos principios deben aplicarse con el mismo alcance y con la misma urgencia en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo.

El grupo de trabajo sobre este tema de la O.M.S. (año 1980) ha determinado las siguientes denominaciones:

«**Deficiencia**»: Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función: Psicológica, fisiológica o anatómica.

«**Discapacidad**»: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

«**Minusvalía**»: Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, patrones sociales y culturales).

Como ejemplo práctico podemos decir en el caso de la pérdida de los miembros superiores y/o inferiores de una persona: 1) la amputación en si: constituye la **deficiencia** 2) La pérdida de la deambulación o el uso de miembros superiores es la **discapacidad** y 3) la dificultad o imposibilidad de trabajar o tener acceso a determinados lugares, conforma finalmente la **minusvalía**. En la actualidad casi todas las patologías ya tienen una clasificación de estas denominaciones.

Como «**medida de acción**» se han determinado 3 grandes áreas:

«**Prevención**»: es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales, sensoriales y viscerales o impedir que las deficiencias ya producidas, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (Niveles de prevención: primario, secundario y terciario).

«**Rehabilitación**»: es un proceso de duración limitada y con objetivos definidos encaminados a permitir que una persona, alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, dándole los medios para modificar su propia vida, evitando que esa deficiencia se convierta en minusvalía.

Uno de los principales fundamentos para abocarnos a este trabajo fue que en el mundo actual, hay un número importante y creciente de personas con discapacidad.

La cifra estimada de 500 millones (entre 8-10% de la Población) se ve confirmada por los resultados de encuestas a segmentos de población, unidos a las observaciones de investigadores experimentados.

En la Mayoría de los países por lo menos 1 de cada 10 personas tienen una deficiencia física, mental, sensorial y/o visceral y la presencia de dicha discapacidad repercute de modo adverso en al menos el 25% de la población.

Según estudios realizados por expertos se estima que por lo menos 350 millones de personas con discapacidad viven en zonas donde se dispone de los servicios necesarios para ayudarlos a superar las limitaciones.

Es preciso enfatizar que en los países en desarrollo, nada menos que el 80% del total de personas discapacitadas, viven en zonas rurales aisladas. En algunos de estos la proporción de discapacitados se calcula hasta en un 20% y si incluimos familia y pacientes, los efectos adversos de la discapacidad pueden afectar el 50% de la población.

Todo se agudiza por el hecho de que generalmente son personas sumamente pobres con zonas donde Servicios Médicos y técnicos son escasos o no existen y la falta de recurso Humano calificado, como así también la falta de investigación respecto a estrategias y enfoques nuevos y eficaces agrava aún más el problema.

O sea que el desafío que se le plantea al sector salud, en los próximos años, es la demanda de servicios capacitados en rehabilitación, ya que el aumento de gerontes, con sus patologías crónicas y sus consecuentes discapacidades, como así también los accidentes elevaran el número de discapacitados en una forma significativa.

Zona donde se realizó el trabajo:

La cabecera de departamento, donde se realizó el estudio, es la Ciudad de Tostado (Sta. Fe).

Este departamento, cuenta con una superficie de 16.870Km² y con una población de 27.285 habitantes con la densidad poblacional más baja de la Provincia, siendo esta de 1,62 hab/Km², correspondiendo el 59% a la población urbana, y el 41% a la población rural.

Otra característica de la zona es su alta tasa de natalidad, que es de 2,83%.

Como dijimos es la zona menos desarrollada de la Provincia, y, por lo tanto la más desprovista de servicios esenciales, recordemos que Tostado fue declarada Ciudad en el año 1970 y que en esta ciudad, recién en el año 1924 se habilita el primer hospital, y finalizando la década del 40, el policlínico regional, que es el que hoy cubre las necesidades sanitarias de la zona.

Las localidades más importantes del departamento son la ciudad de Tostado, con 13.505 habitantes y Villa Minetti, con una población de 4.229 habitantes.

Las vías de comunicación de la región son:

* La ruta nacional Nro. 98 que atraviesa la región de este a oeste, comunicando a la ciudad de Vera con la ciudad de Tostado, siguiendo luego hacia la Provincia de Santiago del Estero.

* La ruta nacional 95, que atraviesa la zona de sur a norte, tiene su nacimiento en la ruta 17 en las proximidades de San Cristóbal, siguiendo su recorrido en las provincias de Chaco y Formosa, permaneciendo aun hoy sin asfalto en gran parte de su recorrido.

* Además de estas rutas existen también las rutas provinciales entre las que se destacan la 2 y la 17.

Es de destacar que aun falta asfaltar además de algunos tramos de la ruta 95, el acceso a los pueblos, esto se constituye en un problema por demás de serio en épocas de lluvia o inundación.

Podemos resumir diciendo que los problemas regionales son:

* Hay baja densidad vial.

* El trazado de las vías de comunicación tiene una orientación N-S cubriendo solamente la periferia de la región.

* La altura de terraplenes y alcantarillas de los caminos no pueden superar las condiciones

generadas por las inundaciones; debido a esto los caminos se tornan intransitables en períodos de lluvia o inundación, que es cuando más se lo necesita.

* Escasos servicios telegráficos y telefónicos.

* Las inundaciones que se producen en forma periódica provocan graves problemas ya que impiden levantar las cosechas y por lo tanto disminuye la existencia de pastos aptos para la ganadería.

* Carencia de Servicios de Salud; actualmente en franco proceso de reversión, a través de los distintos Programas provinciales de salud.

* Carencia de agua potable en amplias zonas.

Objetivos

La falta de coincidencia en los actuales muestreos, censos; tanto en los porcentajes Internacionales, Nacionales y Provinciales y para tener una aproximación de la cuantía del problema y de acuerdo a ello poder planificar acciones adecuadas a cada región de la Provincia, nos llevo a considerar como objetivo General del «Proyecto Norte Más»: **«DETECTAR DISCAPACITADOS EN TOSTADO Y VILLA MINETTI CON EL OBJETO DE REHABILITARLOS Y REINSERTARLOS SOCIALMENTE»**. Aclaramos que a pesar de que en nuestro objetivo general nos planteamos como poblaciones a estudiar a Tostado y Villa Minetti, posteriormente fueron agregadas al estudio las poblaciones de El Nochero y Gato Colorado y área rural de influencia, ya que por su cercanía a las poblaciones inicialmente propuestas, nos permitía ampliar el universo a estudiar. (este proyecto había sido aprobado por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente.



67 / SP

Con este objetivo general como fin último, decidimos trabajar con los siguientes objetivos específicos:

- Captar PROBLEMAS INDIVIDUALES Y GRUPALES DE LOS ALUMNOS DE NIVEL PRIMARIO EN LOS ASPECTOS FÍSICOS, PSÍQUICOS Y SOCIO EMOCIONALES.

- Lograr APOYO DE LOS PROFESIONALES DE LA ZONA.

- Organizar ENCUENTROS Y TRABAJOS COOPERATIVOS ENTRE PERSONAL DE ESCUELAS PRIMARIAS, ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS AFINES A LA ATENCIÓN DE DISCAPACITADOS Y PROFESIONALES DE LA ZONA.

- Favorecer EL ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CASOS PARTICULARES QUE NECESITEN APOYO Y COLABORACIÓN DE CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD.

- Ampliar EL AREA DE COBERTURA A LAS ESCUELAS PRIMARIAS RURALES.

- Ofrecer A LA COMUNIDAD DE LA ZONA, LA RESPONSABLE COLABORACIÓN EN TRABAJOS INTERDISCIPLINARIOS.

- Evaluar LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE, TANTO CEREBRAL COMO SENSORIAL Y NEURO-ORTOPEDICA.

Material y método.

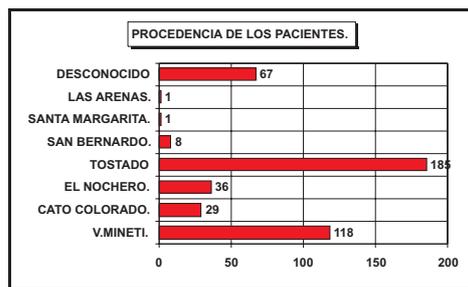
Se comenzó el trabajo con dos cursos de capacitación que se realizaron uno en la Ciudad de Tostado y posteriormente otro en la localidad de Villa Minetti, los cursos fueron dictados por un Licenciado en Ciencias de la Comunicación, un Médico Epidemiólogo y un Médico Fisiatra, participaron del mismo: agentes sanitarios, docentes, voluntarios y alumnos del último curso de la escuela secundaria de Tostado.

Los participantes fueron instruidos en trabajo comunitario, importancia de una buena detección de pacientes y discapacidades más frecuentes como así también en el manejo y llenado de las fichas que habían sido tomadas para tal efecto del MANUAL DE R.B.C., editado por la O.M.S./O.P.S.

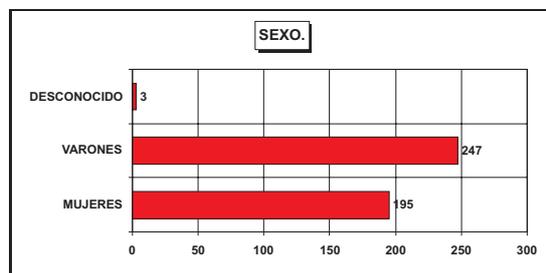
Tanto los autores del trabajo, como así también el Licenciado en Ciencias de la Comunicación, realizamos viajes periódicos a la zona en estudio, para evaluar la marcha del trabajo como así

también para impartir directivas y realizar los ajustes necesarios, para la buena realización del trabajo de campo.

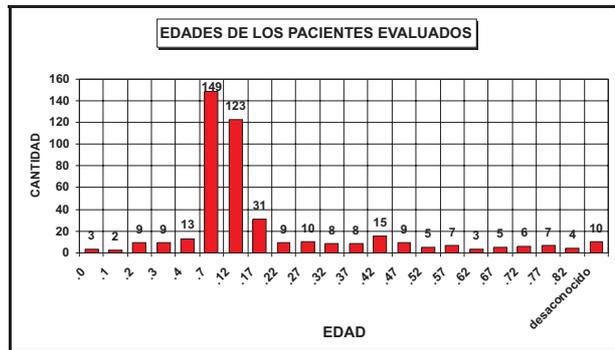
En el mes de noviembre, se viajó a las localidades de Tostado, Villa Minetti, El Nochero y Gato Colorado; el equipo estuvo compuesto por: una Fisioterapeuta, un médico Fisiatra, un médico epidemiólogo, un médico neuropediatra, una asesora en bioética y una técnica en estadística, evaluándose un total de 445 pacientes de la zona en estudio, ver cuadro de procedencia de los pacientes. Los pacientes que figuran como desconocidos, se debe a que en el análisis de las fichas usadas para la detección, se omitió llenar el ítem de procedencia.



De los 445 pacientes evaluados 195 correspondían al sexo femenino mientras que 247 al sexo masculino, aquí también se omitió en la detección (labor que como ya dijimos, fue llevada a cabo por agentes sanitarios, docentes, voluntarios y alumnos del último año del colegio secundario), el sexo de 3 de los pacientes, y no se pudo deducir ya que las fichas tampoco tenían nombre. Ver cuadro de sexo.

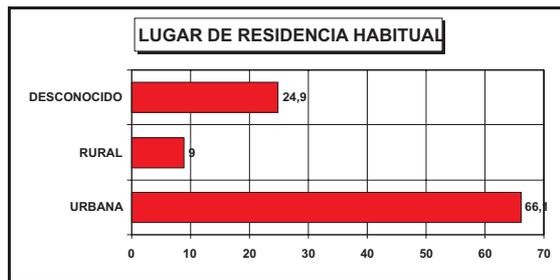


Con relación a las edades de los pacientes evaluados, si bien el trabajo estaba dirigido fundamentalmente, a niños en edad escolar, fueron muchos los pacientes y familiares que se acercaron a los centros de evaluación, esto último se debió fundamentalmente a que se había realizado una charla, con docentes, alumnos y padres en un colegio de enseñanza terciaria existente en la zona, como así también una entrevista para una emisora de frecuencia modulada y un programa televisivo, por cable que es visto en toda la región, esto motivó la afluencia masiva de discapacitados a los cuales se evaluó sin tener en cuenta las edades, estas, si son tenidas en cuenta posteriormente al hacer el análisis de los datos, ya que para esto como veremos más adelante se tomó a los discapacitados comprendido entre 4 y 14 años por ser los prevalentes y hacia los cuales estaba dirigido el trabajo. Ver gráfico de edades de los pacientes evaluados.



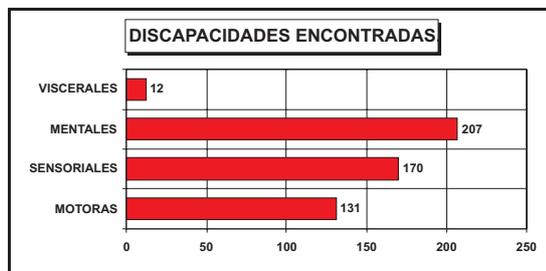
En el gráfico anterior en el eje que representa las edades, donde dice 7 años debe interpretarse de 5 a 9 años, donde dice 12 debe interpretarse de 10 a 14, donde dice 17 de 15 a 19 y así sucesivamente en toda la tabla.

Con relación al lugar de residencia vemos que el 66,1% de los pacientes son de zona urbana, mientras que el 9,0% pertenecen a la zona rural, no determinándose en un 24,9%, muchos de estos pacientes (en los que no puede determinarse la zona de residencia), pertenece al grupo que no fue detectado y que concurren a la consulta en forma espontánea. Ver cuadro de lugar de residencia.

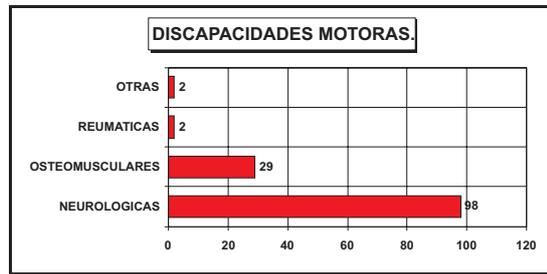


Aclaremos que si bien, en el comienzo del trabajo, dividimos a las discapacidades en cuatro grupos, **MOTORAS, SENSORIALES, MENTALES Y VISCERALES**, el presente trabajo se realizó solamente haciendo hincapié en las tres primeras, ya que si bien se evaluaron discapacidades viscerales, fueron solamente 12; y que concurren en forma espontánea y no porque hubieran formado parte de la detección realizada en por el personal que la tuvo a su cargo.

Entonces las discapacidades encontradas fueron las siguientes 131 motoras, 170 sensoriales, 207 mentales y 12 viscerales, es de destacar que un grupo de pacientes presentaban más de 1 discapacidad, por lo que vemos que el número total de discapacidades es de 520, sobre un total de 445 pacientes. Ver cuadro de discapacidades.



Con relación a las discapacidades motoras vemos que las patologías encontradas fueron las siguientes:

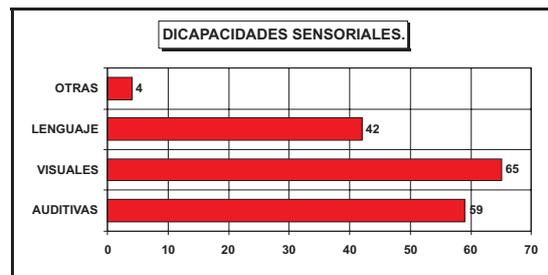


Como se desprende de los gráficos anterior, vemos que sobre los 445 pacientes evaluados, 131 pertenecen a este grupo, dividido de la siguiente forma: 98 neurológicas, 29 osteomusculares, 2 reumáticas y 2 no bien definidas. Llama la atención la cantidad de patologías neurológicas encontradas.

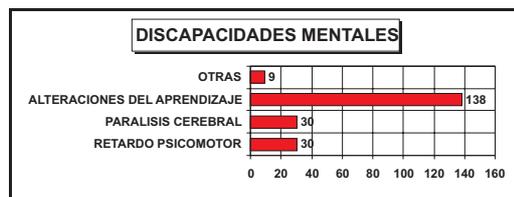
Con relación a las discapacidades sensoriales podemos decir que 59 casos fueron por problemas auditivos, 65 por problemas visuales, 42 alteraciones en el lenguaje y 4 no bien definidos. Ver cuadro siguiente. Si bien es llamativo la cantidad de trastornos visuales encontrados, debemos tener presente que en la localidad de Tostado existe una escuela para ciegos.



SP/ 70



Analizando el cuadro siguiente, de alteraciones mentales, vemos que la patología prevalente es la de alteraciones del aprendizaje con 138 casos sobre 207, es de destacar que este no es el número total de pacientes detectados, ya que 23 de los posibles "casos" fueron apartados del estudios por considerar que no existía patología que justificara la inclusión en la muestra, la siguen con igual número de casos el retardo psicomotor y la parálisis cerebral con 30 casos cada uno.



De los 445 pacientes evaluados las patologías, o los signos o síntomas que se interpretaron como motivo principal de consulta fueron las siguientes:

- * Problemas de aprendizaje: 154
- * Problemas de dicción: 24
- * Déficit visual: 51
- * Hipertensión: 20
- * Diabetes: 4
- * Problemas motores, parálisis: 6
- * Epilepsia: 7

* Retardo mental:	34
* Down:	7
* Microcefalia:	1
* Déficit auditivo:	46
* Encefalopatía: P.C.	30
* Tartamudeo:	1
* Hidrocefalia:	1
* Síndrome convulsivo:	4
* Asma:	3
* Sin Diagnóstico:	<u>28</u>
* TOTAL	445

Hasta acá lo analizado corresponde a números totales no haciendo distinción entre los pacientes de distintas procedencia. Ahora analizaremos las patologías antes mencionadas con relación a los cuatro centros en los cuales decidimos fijar como lugares para evaluar a los pacientes detectados en el trabajo previo; estos lugares fueron Tostado, Villa Minetti, El Nochero y Gato Colorado.

Comenzaremos por lo tanto con el sexo de los pacientes. Ver gráfico.

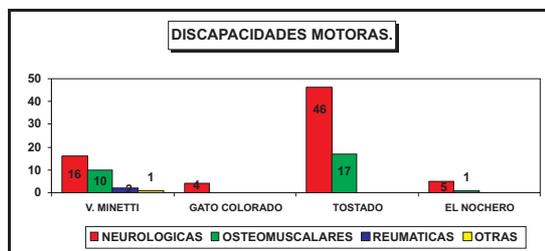


71 / SP

Como podemos apreciar en el gráfico anterior salvo en El Nochero, el predominio es superior en los varones que en las mujeres, creemos que este gráfico no es demasiado significativo ya que para Tostado tendríamos un 57,92% para varones contra un 42,07% para mujeres. Para Villa Minetti, tenemos que el 55,93% de los evaluados corresponden a mujeres y el 44,07% son varones. Para El Nochero tenemos que tanto varones como mujeres representan el 50%, mientras que para Gato Colorado, los varones representan el 58,20%, mientras que a las mujeres le corresponde el 41,80%; es decir que existiría un leve predominio a favor de los varones.

Con relación al área de residencia, como hemos visto en el gráfico de lugar de residencia habitual, el predominio es francamente a favor de la gente con vivienda en zona urbana en relación a las que habitan en zona rural, esto es coincidente con la distribución de la población en la zona en estudio.

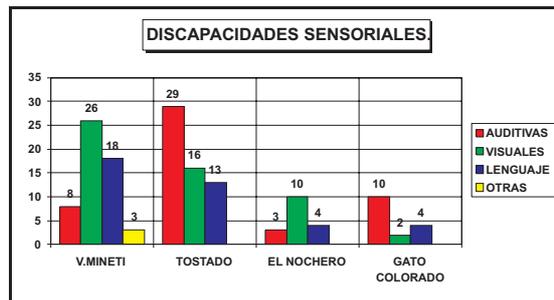
Las discapacidades motoras encontradas fueron las siguientes: Ver gráfico.



Como vemos en el gráfico anterior, la mayor cantidad de patologías, se encuentra dentro de los cuadros neurológicos, seguido por las osteomusculares, creemos que el número correspondiente a

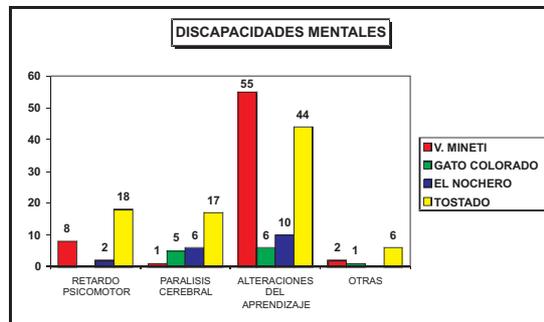
las reumáticas no es el real, ya que como este trabajo estaba dirigido fundamentalmente a pacientes de 5 a 14 años, los casos hallados pertenecen a los pacientes que concurrieron espontáneamente a la consulta y no existió un trabajo de detección que nos permitiera contar con números reales.

Con relación a las discapacidades sensoriales que se presentan en el gráfico siguiente, vemos que a diferencia de lo que pasaba en el cuadro anterior, en el cual la patología prevalente en las cuatro localidades, eran las neurológicas, aca vemos que tanto en Gato Colorado como en Tostado, la patología prevalente es la auditiva, en El Nochero como en Villa Minetti lo que prevalece es la visual. Cabe destacar que en Gato Colorado, las 10 personas que se evaluaron por problemas auditivos, hipoacúsicos profundos, pertenecen a la misma familia.



SP/ 72

Dentro de las discapacidades mentales, que vemos en el gráfico siguiente, vemos que indudablemente la patología prevalente son las alteraciones del aprendizaje, seguido por las parálisis cerebral y el retardo psicomotor.



Como dijimos anteriormente no vamos a analizar las discapacidades viscerales por no ser motivo de esta trabajo, y porque el número de personas evaluadas es insignificante, debido a que no existió ni detección ni evaluación, salvo los que concurrieron en forma espontánea a la consulta.

TASAS DE PREVALENCIA

$$\text{Tasa de prevalencia} = (E/P) \times 1.000$$

Donde E = Numero de personas con la enfermedad A.

P = Número total de personas bajo programa.

Como ya hemos dicho anteriormente en el curso del trabajo, este estudio está dirigido a un determinado grupo de la población, aquellas personas con discapacidad y que cuentan con edades que oscilaban entre 5 y 14 años.

Debido a que solamente se trabajo con la población que se encuentra bajo programa, tenemos que los totales son: para Tostado y zona de influencia 6.000 personas, y para Villa Minetti y zona de influencia 2.978 personas. Considerando que aproximadamente cantidad de personas que se

encuentran bajo programa es del 50%, y que esto se ve reflejado también en las distintas edades, según datos de población proporcionado por el IPEC se tomó el 50% de las personas comprendidas entre 5 y 14 años y esta es la cifra que se usa como denominador en las fórmulas para calcular tasas de prevalencia, a saber: 1.060 para Villa Minetti con su zona de influencia y 1.650 para Tostado y zona de influencia.

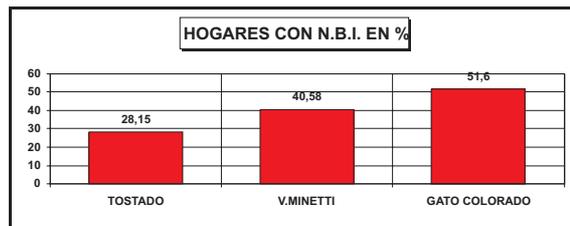
Con esta fórmula obtuvimos las siguientes tasas:

<u>Para Villa Minetti y zona de influencia:</u>	
T. Prev. DISCAPACIDAD MOTORA	= 3,69%
T. Prev. DISCAPACIDAD SENSORIAL	= 8,30%
T. Prev. DISCAPACIDAD MENTAL	= 9,05%
T. Prev. DISCAPACIDAD TOTAL	= 21,04%
<u>PARA TOSTADO Y ZONA DE INFLUENCIA:</u>	
T. Prev. DISCAPACIDAD MOTORA	= 3,81%
T. Prev. DISCAPACIDAD SENSORIAL	= 3,51%
T. Prev. DISCAPACIDAD MENTAL	= 5,15%
T. Pre. DISCAPACIDAD TOTAL	= 12,47%

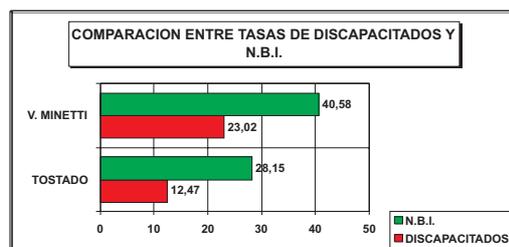
Se podría considerar a los sujetos bajo programa como una muestra representativa de las correspondientes poblaciones, y en ese caso generalizar las Tasa de Prevalencia a toda la población, con el convencimiento de que el verdadero valor de las tasas de prevalencia en la población no diferirá mucho de aquel valor hallado en el estudio.

Hacemos nuevamente hincapié en que el estudio se realizó solamente en un grupo de población limitado por la edad, y que no se hizo extensivo a las discapacidades viscerales, por lo que estas tasas deben ser tomadas como tasas mínimas, ya que si agregamos las discapacidades osteoarticulares y viscerales, por ejemplo, en adultos y gerontes, estas tasas se verían aumentadas.

Creemos que si bien el problema de los hogares con N.B.I. no es tema de este trabajo, el comparar estos con las tasas de prevalencia de discapacitados, pueden darnos algunos elementos para el análisis. En el cuadro siguiente, vemos los hogares con N.B.I. existentes en las localidades de Tostado, Gato Colorado y Villa Minetti.

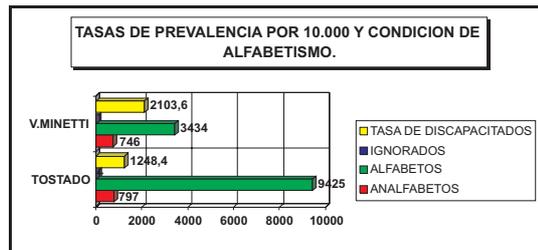


Una vez, que hemos determinado cual es el porcentaje, de hogares con N.B.I., de las poblaciones en estudio, de acuerdo a datos suministrados por el IPEC, de la Provincia de Santa Fe comparemos estos con el porcentaje de discapacitados para las mismas zonas, esto lo vemos reflejado en el gráfico siguiente.



Veremos a través de esta comparación, que los porcentajes de hogares con N.B.I., son directamente proporcionales a las tasas de discapacitados por zona. Motivo por el que podemos decir que la influencia de N.B.I., es uno de los elementos que contribuyen a aumentar las tasas de discapacitados.

En el cuadro siguiente, podemos apreciar las tasas de discapacitados con el nivel de alfabetismo de las poblaciones en estudio; en este gráfico, las tasas se han tomado por 10.000 habitantes para que se pudiera apreciar su graficado.



Al igual que lo que sucede con N.B.I., podemos decir que por lo encontrado en la zona, a mayor cantidad de analfabetismo es mayor la cantidad de discapacitado.

También comparamos los servicios de salud ofrecidos en la zona con el número de discapacitados existentes y nos encontramos con que existen:

Para Tostado: 9 establecimientos privados, con un total de 44 camas para internación.

1 S.A.M.C.O. con 19 camas para internación.

1 Consultorio periférico, sin internación y con atención pediátrica.

Para Villa Minetti: 5 establecimientos privados, con un total de 2 camas para internación.

1 S.A.M.C.O. con 20 camas para internación.

Para Gato Colorado: 1 S.A.M.C.O. sin internación.

Para El Nochero: 1 Centro de Salud. sin internación.

Podemos apreciar y decir que los Servicios ofrecidos son inversamente proporcionales a la cantidad de discapacidades, ya que mayor oferta de Centros Asistenciales, es menor la cantidad de discapacitados.

Discusión

Como se ha visto con lo expuesto, se puede decir que:

- Los objetivos planteados al comienzo del trabajo, fueron cumplidos, ya que:

a) Se detectaron y evaluaron a todos los alumnos de nivel primario de la zona y de la población que se hallaba bajo programa.

b) Se captaron tanto los problemas individuales como grupales.

c) Se logró el apoyo de los profesionales de la zona.

d) Se logró realizar tareas de orientación para la detección en docentes.

e) Se indicó a diversos grupos familiares, como tratar las patologías existentes en su seno.

f) Se logró formar un grupo interdisciplinario que trabajará en forma permanente y en íntimo contacto con las O.N.G., con lo cual, se ofrece a la comunidad, la responsable colaboración de equipos interdisciplinarios.

g) A través de las derivaciones efectuadas a centros de mayor complejidad (Hospital de Rehabilitación Vera Candiotti y Centro de Rehabilitación Sensorial de Santa Fe), se favoreció el estudio y seguimiento de casos particulares, que por su patologías no podían tratarse en su lugar de residencia.

- h) Se amplió la cobertura a las escuelas rurales.
- i) Se evaluaron las patologías existentes.

- Con relación a la **procedencia de los pacientes**, vemos, de acuerdo, a lo anteriormente presentado, que se detectaron y evaluaron pacientes de toda la zona en estudio.

- **Sexo**, vemos que existe una ligera prevalencia en el sexo masculino, no pudiendo determinar si es una prevalencia real, o si la gente, sobre todo de la zona rural, privilegió a sus hijos varones, ya que en localidades donde la detección se hizo «puerta a puerta», no hubo diferencia de sexos.

- **Edades de los pacientes evaluados**, si bien este trabajo estuvo dirigido a pacientes en edad escolar, se realizaron evaluaciones en todas las edades, desde lactantes hasta personas de más de 80 años.

- **Lugar de residencia habitual**, si bien existe una marcada prevalencia de población urbana sobre la rural, es solamente un reflejo de como se distribuye la población en la zona.

- **Discapacidades encontradas**, como ya expresamos anteriormente, no se detectaron discapacidades viscerales, solamente se evaluaron aquellos pacientes que concurrieron en forma espontánea a la consulta. De las discapacidades encontradas la mayoría fueron mentales, seguidas de las sensoriales y posteriormente las motoras.

- **Discapacidades mentales**, la mayoría corresponde a alteraciones del aprendizaje, casi un 70%, seguida por las parálisis cerebral y los retardo psicomotor.

- **Discapacidades sensoriales**, acá no existiría, aparentemente, mucha diferencia entre las 3 más importantes, visuales, auditivas y del lenguaje.

- **Discapacidades motoras**, existe acá si una gran diferencia, ya que la prevalencia de las patologías neurológicas es muy superior a las osteomusculares, recordemos que los pacientes evaluados, corresponden a individuos cuyas edades están comprendidas entre los 5 y 14 años, edad en la que todavía no se hicieron presente las patologías reumáticas.

- Vemos que al analizar las **discapacidades por localidad**, los porcentajes no difieren de los encontrados cuando analizamos los totales de pacientes evaluados.

- **Discapacitados y N.B.I.**, si bien no es tema de este trabajo, creemos necesario realizar esta comparación, ya que vemos que las tasas de hogares con N.B.I. es directamente proporcional a las tasas de discapacidades.

- **Analfabetismo**, sucede lo mismo que con N.B.I. ya que encontramos que a mayor número de analfabetos se corresponde un mayor número de discapacitados.

Vemos, entonces, que la atención de los discapacitados, en esta zona no ha colmado las expectativas de la población, debido a la escases de recursos existentes para cubrir la demanda.

En los servicios de salud, continúa habiendo déficit tanto a nivel de la prevención de las discapacidades como de la rehabilitación si estas se han establecido.

Por lo expuesto hasta acá podemos decir que tanto las condiciones sociales, como las económicas y las culturales, como así también la falta de oferta de adecuados sistemas sanitarios y la falta de servicios médicos y la accesibilidad a los mismos constituyen graves factores de riesgo para la población.

Bibliografía

1. Dirección de Estadísticas de la Provincia de Santa Fe. Datos de la Zona.
2. IPEC Provincia de Santa Fe. Boletines Nros: 335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346 y 347.
3. Ander Egg, A. 1976. Introducción a las Técnicas de Investigación social, Editorial Humanitas, 5a. Edición, Buenos Aires.
4. Arellano, J. 1980. Elementos de Investigación. La investigación a través de su Informe. Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica, página 94.



5. Bralic, S y Lira, M.I. Experiencias tempranas y desarrollo infantil.
6. Bunge, M. 1978. La Ciencia, su Método y Filosofía, Ediciones Siglo XX, Buenos Aires, páginas 11 y 12.
7. Campos, M.I., Reyes, M.I. 1977. Exploración de un procedimiento para incertar el aprendizaje en madres que participan en un programa de estimulación precoz para sus hijos. Un católica, Chile. Santiago.
8. Cariola, P. 1978. La investigación educacional en América Latina. Marzo.
9. Comité de expertos de la O.M.S. en rehabilitación médica. Informe médico N° 419.
10. Eichenwald H. F. y Fry P.C. 1969. Nutrition and learning.Science. 163,644-48.
11. Escalante Angulo, C. 1981. Metodología de la Investigación Sociomédica. Col. Manuales Universitarios, Colombia, página 57.
12. Estimulación temprana (Importancia del ambiente para el desarrollo del niño).
13. Gazmuri V., Milicic N. Incidencia de retardo mental y trastornos del aprendizaje.
14. Golden M. 1968. Social Class and cognitive development in infancy. Merril-Plamer Quarterly. 14,139-149.
15. Goode, W. y Hatt, P. 1979. Método de Investigación Social; Editorial Trillas, México, página 89.
16. Grupo de estudio sobre capacitación de especialistas en Medicina Física y Rehabilitación (octubre 1969, Santiago de Chile) Organización Panamericana de la Salud O.M.S. Washington.
17. Haddad, J. 1983. El componente de desarrollo de Recursos humanos para la Estrategia de Atención primaria en Salud (en prensa). Presentado como introducción a talleres y cursos PASCCAP sobre el tema.
18. Haeussler, IM. Programas de Estimulación Temprana para niños de 0 a 2 años.
19. Kerlinger, F. 1982. Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodologías, 2a edición en español. Editorial Latinoamericana, página 12.
20. Modelo Pcial de Atención para la Salud (Bases, desarrollo, esquemas conceptuales y metodológicos) Santa Fe, Octubre 1987.
21. Montenegro H., Lira M.I. 1977. «Programa Piloto de Estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo entre 0 y 2 años. Informe final S.N.S. Santiago.
22. Neupert, R. 1977. Manual de Investigación Social. Editorial Universitaria, Honduras, página 28.
23. O.M.S. 1974. Malnutrición y desarrollo mental. Crónica de la O.M.S. 29, 103-110
24. Rodríguez S y Lira, M.I. Desarrollo psicomotor de lactantes de Santiago. Diferencias según niveles socio económicos y sexo. Santiago, 1976. En mensaje número 268, 1978. Ginebra 1969 S.N.S., Santiago, Chile, 1977.
25. Tamayo y Tamayo, M. 1981. El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de Investigación, Editorial Limusa, página 71.
26. U.N.I.C.E.F. 2da. edición (1970). Universidad católica de Chile. Santiago 1975.