

VI. RETIRADA ESTRATÉGICA EN FUNCIÓN DE GARANTIZAR
LA CONTINUIDAD DE LA APS (junio, 1996).

En el último año de trabajo veníamos realizando reiterados esfuerzos por buscar una salida alterna a la indefinición institucional, con respecto a la continuidad del Plan de Acción iniciado para abordar el problema de la contaminación del aire y la salud de la población.

Para abrir camino en orden al objetivo programático, evaluamos con la población de los barrios involucrados los logros alcanzados y difundimos el proceso y los resultados del trabajo realizado a la ciudadanía de Río Tercero, a través de la prensa local y provincial y en espacios científico-técnicos (junio - setiembre, 1995); extendimos la cobertura a Barrio Cerino respondiendo a mayores obstáculos con más trabajo, cubriendo un nuevo servicio con los mismos profesionales existentes (octubre, 1995) y cuando se disminuye el Equipo del Centro Asistencial de Parque Monte Grande, nuevamente volvemos a extender nuestro trabajo (febrero, 1996), aunque esto sólo era posible en forma transitoria, hasta que existiera una definición institucional.

Después de un año en esta situación -desde junio de 1995 a junio de 1996-, cuando vimos que se agravaba la superposición y dispersión de esfuerzos y no existía la decisión de las autoridades municipales que nos permitiera continuar con la función para la que se nos había contratado y nos pagaban los contribuyentes, decidimos pedir la no renovación de nuestros contratos laborales¹.

En relación al punto del que habíamos partido cuando realizamos la primera aproximación investigativa y se puso en marcha la Atención Primaria de Salud, habíamos podido coevolucionar con la población, aproximándonos al problema prioritario y convocante, mientras nos articulábamos y generábamos en el trabajo con la gente y los miembros de los equipos responsables de cada área, una organización en red para proteger y promover la salud, que día a día iba achicando la brecha entre

¹ En el caso de la trabajadora social que pertenecía a la planta permanente de personal de la Secretaría de Salud Pública y Acción Social, ésta solicitó volver a las funciones que desempeñaba antes de la puesta en marcha de la APS, pedido que fue aceptado por las autoridades municipales.

la institución y la gente. Así, se iba cumpliendo la tarea de las instituciones "bisagra": provocar confluencias sucesivas hasta religar las instituciones con la gente¹ y, una vez ocurrido esto, retirarse². Si no podíamos avanzar, todavía podíamos ceder para que los logros obtenidos se afianzaran como un sistema que trasciende a las personas que lo realizan; hecho que pudimos ir comprobando, en el trabajo posterior de los vecinos³ y de muchos profesionales e instituciones.

Podíamos irnos porque desde el comienzo trabajamos para hacernos más prescindibles, porque nunca nos apropiamos del trabajo realizado. Quedarnos se parecía a un juego sin fin que amenazaba desviarnos cada vez más de nuestra función.

Una pregunta que nos hizo un amigo después de comunicarle nuestra experiencia, y que ya nos habían hecho otras personas: "¿Por qué se decide el equipo a esa retirada estratégica y no se pelea al Municipio pública y gremialmente?" .

Consideramos apropiadas estas reflexiones:

"...El Dictamen

La Retirada. Éxito.

En lo pequeño es propicia la perseverancia.

Las circunstancias señalan que las fuerzas hostiles, favorecidas por el tiempo, han tomado la delantera. En este caso lo que corresponde es la retirada, y es precisamente gracias a la retirada que se obtiene el logro. El éxito consiste en el hecho de que pueda realizarse correctamente la retirada. Es menester no confundir retirada con huida, una fuga que sólo tiene en cuenta la propia salvación, a cualquier precio. La retirada es signo de fortaleza, es necesario no dejar pasar el momento indicado, mientras

¹ El profesional "...al posicionarse en los intersticios, en los espacios de relación de las instituciones con sus áreas de responsabilidad, participa co-construyendo "dispositivos institucionales en red", instituciones bisagra, que intentan religar, achicar la brecha existente entre las prácticas institucionalizadas y los movimientos sociales alternos." Propuesta académica del "II Curso de Postgrado de Psicología Comunitaria", U.N.C., Córdoba, abril, 1996

² "Retirarse tan pronto como se completa la tarea.. (Chan, 9)". Johanson, Greg y Kurtz, Ron, "Revelación de la Gracia. Psicoterapia en el Espíritu de el Tao-te King", Ed. Cuatro Vientos, Chile, 1995, p. 41.

³ Después de leer este escrito algunos vecinos de las áreas en que trabajamos, nos dijeron que "la gente sigue yendo a la salita" y participando de los programas.

uno esté en plena posesión de su vigor y conserve su posición. De este modo sabrá interpretar a tiempo los signos pertinentes y emprenderá los preparativos para una retirada provisional en lugar de trabarse en una desesperada lucha de vida o muerte. De este modo tampoco se abandona sin más el campo a merced de las fuerzas obstaculizadoras, sino que más bien se dificulta a éstas el avance, mostrando todavía una persistencia en ciertos aspectos. De tal manera, en la retirada ya va preparándose el viraje, el cambio. No es fácil comprender las leyes de semejante retirada activa. El sentido que se oculta en un tiempo como este es importante y significativo.”

”I Ching. El Libro de las Mutaciones. 33. Tun / La Retirada”¹

Esta fue la única forma alterna, que nosotros encontramos, para superar este obstáculo.

¹Versión del chino al alemán de Richard Wilhelm. Traducción al español de D.J. Vogelmann. Ed. Hermes/Sudamericana. México/Buenos Aires, 1989, p. 212.

VII. REFLEXIONES. VENTAJAS DE ESTE POSICIONAMIENTO
ESTRATÉGICO.

Si bien en Estrategia de Intervención Comunitaria después de una catástrofe, el consenso de la población y de las instituciones es fundamental y abre una gran oportunidad para poder prevenir la próxima catástrofe, consideramos que no basta con tener la oportunidad y que es necesario estar en ese espacio y ese tiempo con un modelo de intervención distinto; de lo contrario, se intenta volver al punto inicial, al modelo que generó la catástrofe.

Este posicionamiento estratégico que fue generando una alternativa al modelo institucional clásico, partió de estar antes de la catástrofe en las Áreas Estratégicas, con equipos entrenados en abordaje poblacional y con inserción en las poblaciones de las Áreas de Responsabilidad.

Esta estrategia de intervención se basa en las relaciones de confianza, en la cooperación -acuerdo en los objetivos y en los medios y modos cómo alcanzarlos-; se apoya en la fuerza de la gente, reconociendo las posibilidades de salud que se están desplegando, incorporando al máximo sus recursos terapéuticos. Esto tiene consecuencias directas sobre el pronóstico de las intervenciones. Al contar con el movimiento del otro se logran altos niveles de eficacia y eficiencia. De este modo vimos que la institución puede realizar menos acciones pero de mayor calidad, actuando sólo cuando es necesario y cuando la población les da entrada.

Estando entrenados en el “antes” con este posicionamiento estratégico, pudimos llegar después de una catástrofe a otra área y operar con similares niveles de eficacia y eficiencia, con más ventaja ante el problema. El antes, durante y después no es mecánico. El posicionamiento témporo-espacial, “el cómo” es del operador. Pudimos obtener resultados similares en la intervención en el Área de Barrio Cerino a los obtenidos en el Área de Barrio Monte Grande -dos barrios del “Área Roja”-, a pesar del diferente tiempo de inserción, porque lo primero que hicimos fue “buscar la red”; entramos en el área preparados para aprender-haciendo, pensar-actuando, para “dejarnos llevar”, moviéndonos en orden al movimiento ya existente. La “mirada” desde este posicionamiento estratégico nos permitió ver los recursos saludables, las redes de ayuda, y contar con ellas.

En este sentido, creemos que no basta con vivir en el lugar o estar antes de una catástrofe, sino que sería necesario estar con objetivos claros y flexibles, articularse a la organización del trabajo propia de la gente del lugar, y contar con las herramientas necesarias construidas en el proceso de investigación-acción.

Durante el proceso de este trabajo vimos que lográbamos mejores resultados en los abordajes a medida que íbamos pasando, en la construcción de la Estrategia de Intervención, de sistemas jerárquicos a sistemas heterárquicos, a los órdenes preexistentes con creciente arraigo en el lugar, con mejores llegadas de confianza. Los programas que vienen “de arriba para abajo, de afuera para adentro”, reproducen una normatividad vertical. La jerarquía tiende a crear jerarquía en la comunidad: el profesional toma al líder, lo extrae de los sistemas cotidianos heterárquicos, y lo “mete” en el programa que viene de afuera.

Al no existir un modelo alternativo en marcha, las intervenciones para “prevenir” otra catástrofe tienden a hacerse hacia adentro de la institución, convocando a los vecinos, a los “líderes”, a reuniones, cursos, y en grupos discursivos-deliberativos, “bajan” la propuesta institucional. Este modelo de intervención contribuye a debilitar, despojar, a las poblaciones que atiende, al no aprender de los ensayos existentes, con los que la gente en muchos casos ya salvó su vida (los desastres y la capacidad terapéutica de los pueblos existieron desde el origen de la humanidad, las Ciencias Sociales son un producto de este siglo). Así, el debate sobre las distintas propuestas se va encerrando nuevamente en las instituciones, como ya lo habíamos relevado en el estudio exploratorio (ver capítulo I.2.b); en consecuencia, las instituciones tienden a volver al punto inicial sin desestructurarse; admiten el problema, pero “giran” e intentan posicionarse en el mismo lugar anterior.

Las intervenciones desde el encuadre profesional-institucional, a nivel individual, grupal y familiar controlan algunas variables intervinientes pero no siguen la “variable” poblacional; no ven la evolución de la comunidad, sino la evolución que se da “delante-del-profesional” en escenarios virtuales.

La preocupación es cómo los profesionales nos articulamos a los movimientos de búsqueda de salud.

En esta estrategia, el profesional y la institución fuimos coevolucionando con la población, procurando no adelantar los tiempos, ni tampoco retrasar, ocultar o frenar el movimiento de la población, procurando poder hacer para poder ver¹. De este modo fuimos emergiendo como sujetos en el proceso de cambio con la gente.

Desde nuestra experiencia, consideramos que el posicionamiento más ventajoso ante el fenómeno lo permite el estar entrenado en un modo de construir estrategias de intervención.

¹ “Si deseas ver, aprende a actuar”, Heinz von Foerster; citado por Bradford Keeney; op. cit., Ed. Paidós, Barcelona, 1994, p.39.

Domingo 24 de noviembre de 1996. Un año después...

“Los objetivos para la realización del simulacro son dos. Uno la educación a la población sobre cómo actuar ante este tipo de emergencias y segundo, apreciar el trabajo que harán los grupos de acción directa. Lo que vamos a valorar es cómo se reacciona y se trabaja ante esta circunstancia, basándose en la realidad, por lo que pedimos que en general las Instituciones y la población no estén previamente preparados para la ocasión, sino que se hagan las cosas como si el siniestro realmente nos sorprendiera. La idea final es que basándose en estos simulacros cuando nos toque una emergencia en verdad, los vecinos puedan recordar lo que le tocó hacer y cómo se actuó en este simulacro”(Tribuna, 16-11-96).

“Mañana domingo (24 de noviembre) desde aproximadamente la hora 9.00 se realizará un simulacro sobre una situación de emergencia suponiendo un escape químico de importantes dimensiones, que involucrará 6 barrios de la ciudad: Monte Grande, Parque Monte Grande, Escuela, Marín Marotto, Las Violetas y Libertador. Se confirmó que fue excluido Cerino a pedido de la Comisión Vecinal porque había otras actividades previamente organizadas... Los vecinos que quieran acogerse -es voluntario- deberían encerrarse en sus hogares y escuchar las indicaciones que se darán por radio local... El anuncio del operativo generó controversias en la Ciudad: algunos vecinos y sectores cuestionaron, porque se podrían ocasionar nuevos temores en la gente de la zona roja. Otros, han visto como necesario y oportuno que por primera vez se instrumente un simulacro de emergencias luego de que se haya reclamado por la ausencia de estas prácticas...”(Tribuna, 23-11-96).

El día 24 de noviembre a la hora 9, al año de producida la segunda explosión de los polvorines de Fábrica Militar, planteando la hipótesis de que un camión había producido un derrame de productos tóxicos, Defensa Civil le pide a la gente de los seis barrios involucrados que se encierran en sus hogares lo más herméticamente posible, y escuchen las indicaciones que se dan a través de la radio, esperando por si había alguna orden de simular una evacuación.

Después de las 10, se comunicó a los vecinos de cada barrio la indicación de evacuarse, informando a cuál de los tres centros de evacuación

debían dirigirse y a través de qué calles. A dos de los centros previstos no asistió ningún vecino, al otro concurren seis familias.

Durante la mañana del domingo 24 de noviembre de 1996, desde antes de la hora 10, se veía pasar a vecinos de los barrios donde se realizaría el simulacro que habían decidido estar ese día fuera de la ciudad.

“Según la conclusión oficial la adhesión de los vecinos fue alta (en algunos Barrios más que en otros) a la hora de encerrarse en sus hogares, pero se admitió como escasa la participación en las evacuaciones hacia puntos alejados del polo fabril, como se proponía... Los vecinos que habitan la zona involucrada parecían esta semana coincidir en que el simulacro se concretó sin alteraciones, aunque con escasa participación activa de la gente...”(Tribuna, 30-11-96).

Una de las personas convocadas para trabajar en el simulacro nos dijo: “Al final, en la realidad fue más organizado”.

ANEXOS

Anexo 1.

“Establecimientos industriales y de servicios” encuestados por la “Comisión permanente para la prevención y el control de la contaminación ambiental” en el año 1985, y que en 1993 estaban en actividad (productos que fabricaban o actividad que desempeñaban).

- Fábrica Militar¹ - D.P.Q. (amoníaco anhidro, ácido nítrico, ácido sulfúrico, nitrato de amonio, concentración de ácido sulfúrico).
- Fábrica Militar - D.P.M. (cañones, morteros, proyectiles, camisas para diferencial, chapas patentes).
- Atanor (metanol, ácido acético glacial, ácido 2 4D, ester butílico del 2 4D, ácido M.C.P.A., diclorobenceno, monocloroacético, paradiclorobenceno, agua oxigenada, ácido clorhídrico, soda cáustica, hipoclorito de sodio, cloro líquido, diclorofenato de sodio, hidrógeno).
- Petroquímica Río Tercero (TDI-diisocianato de tolueno-, ácido clorhídrico, anhídrido carbónico, cloro, hipoclorito de sodio, soda cáustica).
- Pigmentos Río Tercero (sulfato de cinc, cloruro de calcio, cromato de cinc, óxido de cromo verde y tetroxicromato de cinc).
- PAMCOR (cloruro de calcio y soda cáustica).
- Curtiembre Río Tercero S.A. (cuero curtido).
- Compañía Química Adrifa S.R.L. (quemadores de aluminio y caños de plomo).
- Industrias Químicas Río Tercero (sulfato de cinc heptahidratado y cinc en polvo).
- Matadero Municipal (faenamiento).
- Cooperativa de Obras y Servicios Públicos Ltda. de Río Tercero (distribución de energía, provisión de agua corriente, tratamiento de los líquidos cloacales y obras públicas).

¹ Se deja constancia en este informe de que el Ministerio de Defensa no autorizó la encuesta en Fábrica Militar.

Anexo 2.

Equipos de los Centros Asistenciales correspondientes a las Áreas de Responsabilidad de Atención Primaria de Salud durante el período comprendido por la lectura de éste trabajo¹.

Área de Responsabilidad de Barrio Monte Grande: Patricia Crocset, médica; Carlos Baracat, médico pediatra - desde agosto de 1994-; Esteban Garayalde - hasta junio de 1995 -; Marcelo Corte, médico gineco-obstetra - desde junio de 1995 - ; Clara Lachter, odontóloga; Liliana Ledesma, enfermera; Mónica Audisio, psicóloga - desde mayo de 1994 hasta julio de 1996 -; Silvia Blatto, trabajadora social - desde mayo de 1994 hasta octubre de 1995-; Rosa de Liendo, ordenanza.

Área de Responsabilidad de Barrio Parque Monte Grande: Eduardo Bordoni, médico; Nora Ballatore, médica pediatra; Marcelo Corte, médico gineco-obstetra - desde junio de 1995 -; Esteban Garayalde, médico gineco-obstetra - hasta junio de 1995 -; Mafalda Capettini, enfermera; Ester Pedraza, enfermera - desde diciembre de 1994 hasta junio de 1996 -; Susana Pizzi, trabajadora social -desde mayo de 1994 hasta setiembre de 1995- ; Silvia Melano, psicóloga - desde mayo de 1994 hasta diciembre de 1995 -; Ronald Cittadini, trabajador social - desde febrero de 1996 hasta julio de 1996 - Matilde Castellano, ordenanza.

Área de Responsabilidad de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos: Víctor Taricco, médico; Carlos Baracat, médico pediatra - desde agosto de 1994 -; Marcelo Corte, médico gineco-obstetra - desde junio de 1995 -; Esteban Garayalde, médico gineco-obstetra - desde junio de 1994 hasta junio de 1995 -; Stella Maris Geraldí, enfermera - desde setiembre de 1994 -; Claudia Berardo, psicóloga - desde mayo de 1994 hasta junio de 1996 -; Ronald Cittadini, trabajador social - desde mayo de 1994 hasta julio de 1996-; Teresa Monje, ordenanza.

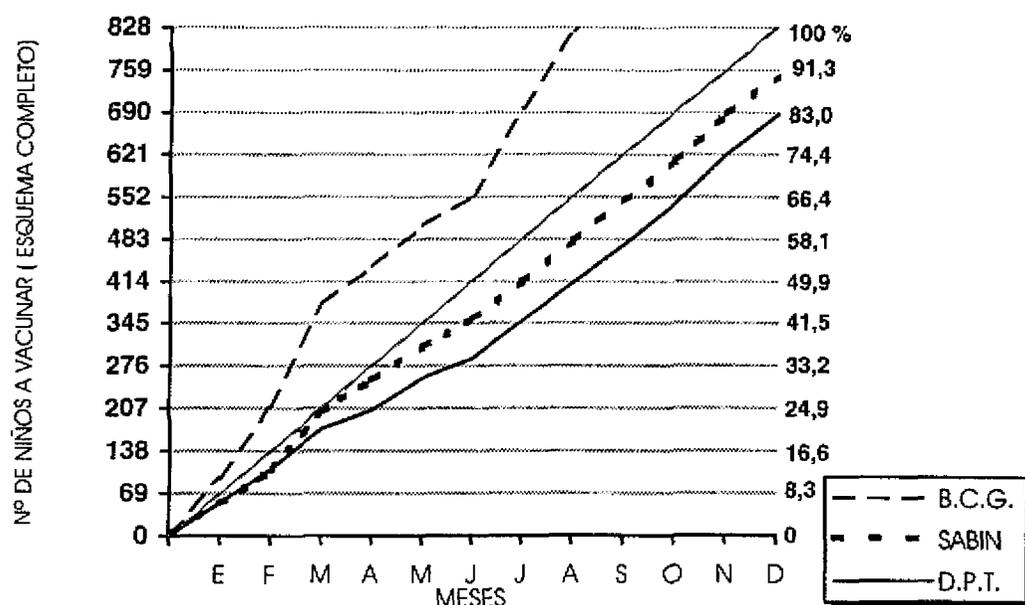
¹ Entre guiones consignamos la fecha en que se fue incorporando cada profesional desde la puesta en marcha de los Programas de APS a los equipos ya existentes, y, cuando corresponde, la fecha que dejó de pertenecer al mismo.

Área de Responsabilidad de Barrio Cerino: Mario Homobono, médico; Nora Ballatore, médica pediatra; Esteban Garayalde, médico gineco-obstetra; Liliana Prado, enfermera; Claudia Berardo, psicóloga - desde octubre de 1995 hasta julio de 1996 -; Silvia Blatto, trabajadora social - desde octubre de 1995 hasta julio de 1996 -; Elda Cia de Heredia, ordenanza.

Anexo 3

Metas alcanzadas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones en la Ciudad de Río Tercero durante el año 1994. Grupo de niños menores de 1 año -vacunas BCG, Sabin y DPT- (Gráfico 1), grupo de niños de 1 año -Sabin, DPT y Antisarampionosa- (Gráfico 2) y grupo de niños en edad de ingreso escolar -BCG, Sabin y DPT- (Gráfico 3)¹.

Gráfico 1



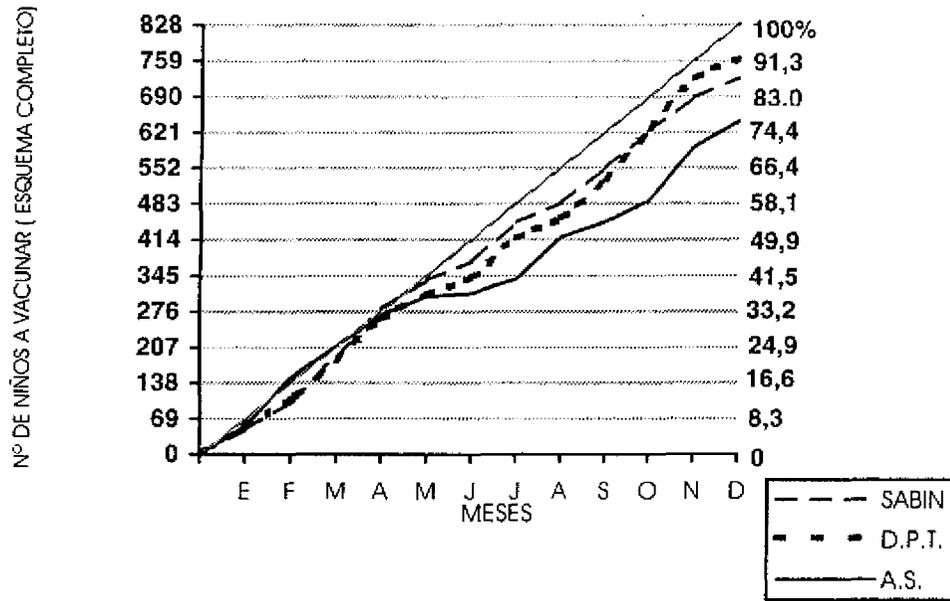
Nº DE NIÑOS VACUNADOS

B.C.G.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	94	115	169	60	68	47	143	127	110	88	115	139
Acumulado	94	209	378	438	506	553	696	823	933	1021	1136	1275
SABIN												
Mensual	53	55	91	53	55	45	61	67	67	65	77	62
Acumulado	53	108	199	252	307	352	413	480	545	611	688	750
D.P.T.												
Mensual	53	55	66	29	53	32	61	62	63	67	81	65
Acumulado	53	108	174	203	256	288	349	411	474	541	622	687

Nacidos Vivos: 827

¹ Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, ex-Zona Sanitaria N° 5, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Gráfico 2



Nº DE NIÑOS VACUNADOS

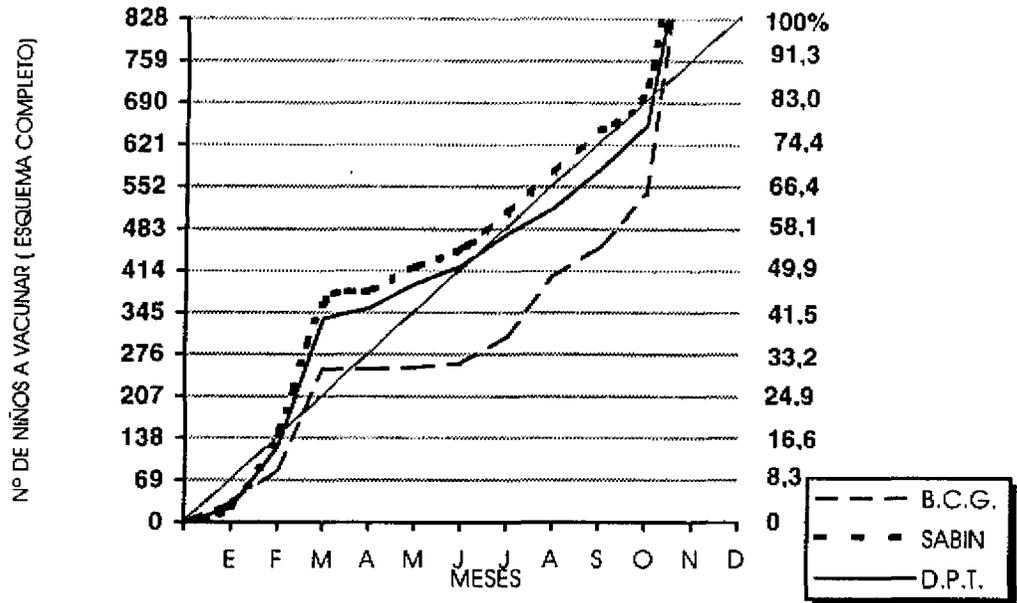
SABIN	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	48	53	88	93	54	37	74	37	69	72	64	38
Acumulado	48	101	189	282	336	373	447	484	553	625	689	727

D.P.T.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	56	50	75	80	48	33	75	39	74	99	96	38
Acumulado	56	506	181	261	309	342	417	456	530	629	725	763

A.S.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	55	93	61	61	35	6	32	81	29	40	104	51
Acumulado	55	148	209	270	305	311	338	419	448	488	592	643

Nacidos Vivos: 827

Gráfico 3



Nº DE NIÑOS VACUNADOS

B.C.G.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	32	53	166	0	3	7	44	100	49	85	582	91
Acumulado	32	85	251	251	254	261	305	405	454	539	1121	1212

SABIN	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	25	120	216	20	40	29	60	66	68	74	480	64
Acumulado	25	145	361	381	421	450	510	576	644	718	1198	1262

D.P.T.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Mensual	23	100	212	17	40	30	53	41	64	73	429	59
Acumulado	23	123	335	352	392	422	475	516	580	653	1082	1141

Nacidos Vivos: 827

Anexo 4

Evaluación de Cobertura de los Programas de Atención Primaria de Salud en las Áreas de los Barrios I. Magnasco, Mitre, Los Algarrobos, Parque Monte Grande y Monte Grande (3-4-96) y en el Área de Barrio Cerino (30-4-96).¹

Resultados:

- Área de Responsabilidad de los Barrios I. Magnasco, Mitre y Los Algarrobos

Programa de cuidado del crecimiento y desarrollo.

Total de niños de 0 a 5 años del Área: 167; en programa: 157 (94%); no en programa con mutual: 10(6%); no en programa sin mutual: ninguno.

Programa ampliado de inmunizaciones.

Total de niños de 0 a 5 años con esquema de vacunación al día: 162 (97%); esquemas atrasados 1 (0,6%), sin datos 4 (2,4%).

Programa de cuidado de embarazo y puerperio.

Total de embarazadas del área: 13; en programa 10 (77%); no en programa con mutual: 3 (23%); no en programa sin mutual: ninguna.

Total de puérperas del área: 7; en programa: 5 (71.4%); con mutual no en programa: 2 (28.6%); no en programa sin mutual: ninguna.

- Área de Responsabilidad de Barrio Parque Monte Grande

Programa de cuidado del crecimiento y desarrollo.

Total de niños de 0 a 5 años del área: 207; en programa: 179 (86,5%); no en programa con mutual: 23 (11%); no en programa sin mutual: 5 (2.5%).

¹Para informar las Evaluaciones de Cobertura realizadas, consideramos "en programa" a los niños, embarazadas y puérperas que tenían actualizados sus controles. Con respecto al trabajo con las familias "no en programa con mutual" ver p. 66, llamada 2

Programa ampliado de inmunizaciones.

Total de niños de 0 a 5 años con esquema de vacunación al día: 190 (91,8%); niños con esquemas atrasados: 4 (1,9%); sin datos 13 (6,3%).

Programa de cuidado de embarazo y puerperio.

Total de embarazadas del área: 29; en programa: 25 (86%); no en programa con mutual: 1 (4%); no en programa sin mutual 3 (10%). Total de puérperas del área: 7; en programa: 5 (71,4%); puérperas no en programa sin mutual: 2 (28,6%).

- Área de Responsabilidad de Barrio Monte Grande

Programa de cuidado del crecimiento y desarrollo.

Total de niños del área de 0 a 5 años: 315 ; en programa : 244 (78%); no en programa con mutual : 61 (19%); no en programa sin mutual: 10 (3%).

Programa ampliado de inmunizaciones.

Niños de 0 a 5 años con el esquema de vacunación al día: 287 (91%); niños con esquemas atrasados : 10 (3,5%); sin datos 18 (5,7%).

Programa de cuidado de embarazo y puerperio.

Total de embarazadas del área: 21; en programa 18 (86%); no en programa con mutual: 3 (14%); no en programa sin mutual: ninguna.

Total de puérperas del área: 13; en programa : 10 (77%); no en programa con mutual 3 (23%); no en programa sin mutual: ninguna.

- Área de Responsabilidad de Barrio Cerino

Programa de cuidado del crecimiento y desarrollo.

Total de niños de 0 a 5 años del área: 287; en programa 179 (63%); no en programa con mutual relevados: 25; sin datos 83.

Programa ampliado de inmunizaciones (datos de niños en programa).

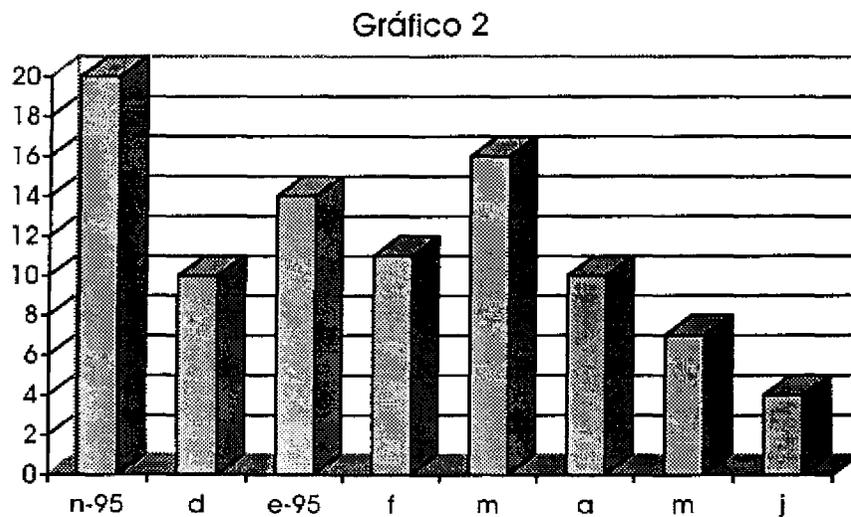
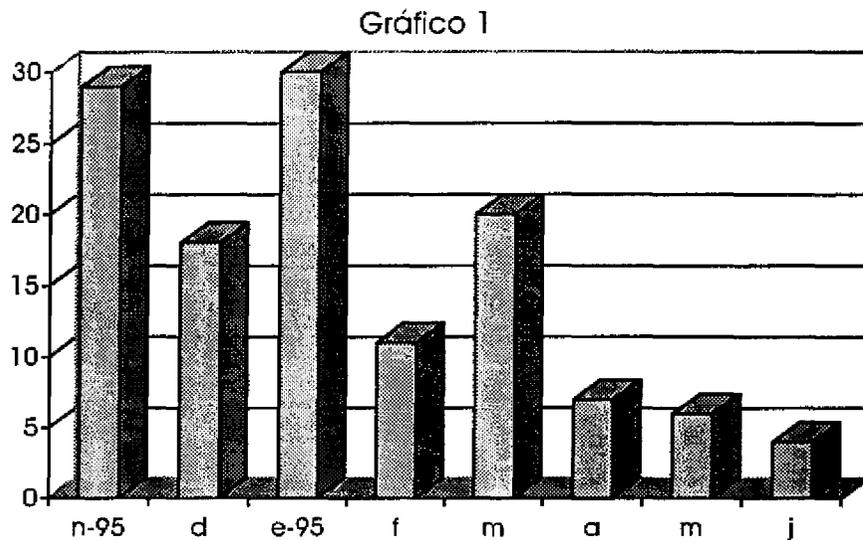
Niños en programa con esquemas de vacunación al día: 144; niños en programa con esquemas atrasados: 16; sin datos 19.

Programa de cuidado de embarazo y puerperio (datos de embarazadas relevadas).

Total de embarazadas relevadas del área: 23; embarazadas en programa: 20, no en programa con mutual relevadas: 3. Puérperas : sin datos.

Anexo 5

Consultas psicológicas de vecinos del Área de Responsabilidad de Barrio Cerino atendidas por la Lic. Claudia Berardo (Gráfico 1), y del Área de Responsabilidad de Barrio Monte Grande atendidas por la Lic. Mónica Audisio (Gráfico 2)¹.



¹ Solo se consignó en estos gráficos la atención de la primera consulta hecha por cada persona después de las explosiones.