

MR

*ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD
DE MEDICINA RURAL
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN*

*Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús*

SETIEMBRE - OCTUBRE - 1980 - AÑO I - N° I



SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL

DIRECTOR:

Dr. Malcon Elder

SECRETARIO DE REDACCION:

Dr. Miguel Irigoyen

ASESORES CIENTIFICOS:

Dr. Julio Arce

Dr. Horacio Lores

Dr. Carlos Pianciola

Dr. Norberto Kurchan

Dr. Julio Raby

Dr. Daniel Echeverría

Dra. María E. Chiessa

Registro de la
Propiedad Intelectual
en trámite

Impreso en Editorial
«SUR ARGENTINO»

EDITORIAL

Hace ya varios años se ha ido gestando una idea entre los profesionales de la Salud de la provincia del Neuquén, y ha sido concretada en la creación de una entidad seria que los nuclea y que pretende ser una voz entre las muchas que se escuchan en los ámbitos de la región.

Así, con la presentación de esta publicación se intenta llegar a un vasto sector de profesionales y organismos de la Salud y ser expresión de la Sociedad de Medicina Rural y receptor de todas las manifestaciones que los lectores quieran hacer llegar a la misma.

La Sociedad de Medicina Rural se intenta proyectar como una entidad de conducta clara y con posiciones definidas frente a los grandes temas de Salud y en sus estatutos quedan delineados sus propósitos intrínsecos y extrínsecos.

En este número se reproduce un artículo referente a la Atención Primaria de la Salud, y este extenso tema irá ocupando página de los sucesivos números de la revista.

Hemos observado con mucho interés el enfoque que han dado las autoridades provinciales al espinoso tema de la Ley de Arancelamiento Hospitalario y que ha sido destacado por la prudencia y el análisis detenido de implicancias y resultados, entendemos que la creación del Fondo Provincial de la Salud por donde se canalizarán los recursos obtenidos, es un punto importante que caracteriza y diferencia a este esfuerzo de otros modelos adoptados en el país y creemos que así se podrá iniciar una etapa más en este proceso de jerarquización de la Salud, que lleva varios años de desarrollo en la provincia y que deberá desembocar en una integración racional y planificada de todos los recursos. Creemos necesario que deberán manifestarse frente a la misma los sectores representativos y de expresión de toda la población neuquina que es ésta quien tiene el deber de cuidar de su salud y el derecho a la misma.

En este sistema de servicios el tema zonificación provincial ha sido tratado con acierto al iniciarse la década del setenta y ha sido consolidado con ligeras modificaciones desde entonces, y vemos ahora como Neuquén pasa a ser un centro regional y nos hacemos eco de las opiniones de las autoridades nacionales de Salud pública al referirse a la regionalización, sus implicancias, su desarrollo y más que nada a que ello es una idea, un proceso que no se logra por decreto sino que debe ir madurando en los hombres e instituciones de toda esta vasta región en forma progresiva y creciente.

Otros temas que ocuparán nuestras páginas incluirán trabajos de investigación, experiencias del trabajo en el medio rural y específicos del sistema de servicios de salud provincial tales como la complejización hospitalaria, educación continua y capacitación del personal.

La Sociedad de Medicina Rural estima de suma importancia que se adopte decisivamente la carrera sanitaria a nivel provincial, y para ello ha hecho sus aportes y comentarios frente al anteproyecto presentado por la Subsecretaría de Salud de la Provincia. Entendemos que cualquier demora de ahora en más es innecesaria y que únicamente contribuirá a que el tema se diluya de nuevo.

Deseamos ser partícipes del intercambio que lleve a una conjunción de las necesidades de toda la comunidad neuquina con las necesidades de todos los que integran el sector Salud.

Llega por lo tanto este primer número como expresión de la Sociedad joven, válida para interlocutores, para la polémica y la iniciativa, para el aporte científico, y para la comunidad.

LAS JORNADAS DE SALUD RURAL

Ha sido la hermosa localidad de Aluminé la elegida por la Sociedad de Medicina Rural para celebrar la primera reunión científico social.

Sin duda algunos recordarán que la fecha original fué fijada para los primeros días del mes de abril, cuando una intensa nevada por demás inesperada, hizo imposible el traslado de los numerosos asistentes del interior, decidiéndose entonces su postergación para la primavera.

La nueva fecha ha sido fijada para los días 7, 8, y 9 de noviembre, en que pretendemos entregar el desarrollo completo del temario que entusiasmó anteriormente a los profesionales de la Provincia. Así la mesa sobre el tema de Evaluación del programa de salud rural será coordinada por el Dr. Quirno Costa, concurrendo en carácter de invitados el Dr. Jorge Molinero y Sra.; sobre diagnóstico de TBC en el medio rural hablará el Dr. Armando Cala Lesina coordinará la mesa sobre Alcoholismo en el medio rural. Finalmente sobre estado nutricional de la población infantil hablará el Dr. Malcom Elder, asistiendo como invitado el Dr. A. Odonnell.

Tratamos de cumplir de esta manera uno de los fines de nuestra sociedad que involucra una jerarquización de la medicina rural, así como también de los profesionales y posibilitar el conocimiento de uno de los rincones mas bellos del Neuquén, donde la mano del hombre casi no ha modificado la obra de la naturaleza, para solaz de sus amantes. Respecto a la faz hotelera contamos con la amable colaboración de los hoteles y hosterías de la zona, tanto como de la escuela de enseñanza media Nro. 14 con especialidad en gastronomía, hotelería y turismo.

No necesitamos recalcar la esperanza que hemos puesto en estas jornadas con los fines ya mencionados y el de recabar experiencia con la mirada puesta en unas futuras reuniones interprovinciales, por lo que su presencia y opinión nos será valiosísima.

Para mayor información, dirigirse personalmente a los vocales de cada zona o por carta al secretario de la Sociedad, Dr. Rodolfo Arienti, Gral Villegas s-n., 8345 Aluminé, Pcia. del Neuquén.

La unión hace la fuerza... y supera las distancias

Buenos Aires, Córdoba, La Plata, cualquier ciudad puede ser escenario del siguiente diálogo:

- ¿Cómo estás, Alberto? ¿Cómo anda el trabajo?
- ¡Ernesto, tanto tiempo! Me enteré que te fuiste al interior. ¿Qué estas haciendo?
- Estoy en un pueblo de la provincia de Neuquén, ejerciendo medicina rural.
- Ah...! Medicina rural...

Y en la cara de Alberto se forma una mueca de incomprención y cierto desdén ante la revelación del compañero de estudios que está ejerciendo la profesión en el medio rural.

¿Quién de nosotros no ha sido en alguna oportunidad intérprete de un diálogo semejante?

Es una característica dentro del ambiente médico de nuestro país el considerar a la medicina rural y a quienes la ejercen en un escalón inferior con respecto a las otras ramas de la medicina.

Tratar de reever ese concepto fue el móvil principal que llevó a un grupo de profesionales, en setiembre de 1978, a dar los primeros pasos para la formación de nuestra Sociedad.

En varias reuniones se fueron aunando criterios, recabando la opinión experimentada de quienes habían ejercido ya en medio rural, o lo estaban haciendo.

La consulta de Estatutos y Reglamentos nos fue dando el marco legal dentro del cual se debería desempeñar la Sociedad.

En octubre de ese año, aprovechando que un curso reunía a distintos profesionales de la salud de toda la provincia, informamos a todos ellos de la idea que se estaba gestando y los pasos que se estaban dando. Fue sembrada así la semilla para que a todo los puntos de la provincia, y enriquecida con el aporte de todos quienes quisieran colaborar en su marcha.

Un aspecto que tuvimos en cuenta desde un comienzo fue el de incluir en la Sociedad a todo tipo de profesionales de la salud, pues consideramos que el medio rural es un factor común que supera las diferencias que pudieran haber en las distintas profesiones.

Noviembre fue un mes importante en la gestación de nuestra Sociedad. Concluida la redacción del proyecto de Estatuto, fue distribuido en todas las localidades del interior de la provincia, buscando que todos los profesionales participaran de su discusión y los enriquecieran con su aporte. Era nuestra idea primera el formar la Sociedad en el mes de diciembre de 1978.

También en ese mes tuvimos oportunidad de asistir al Primer Congreso Iberoamericano de Medicina Rural, que se llevó a cabo a Madrid. Allí intercambiamos experiencias e ideas con colegas de España y varios países de Latinoamérica. Com

probamos, con gran satisfacción, la posición aventajada que ocupa la medicina rural tal cual la ejercemos en nuestra provincia con respecto a los otros países allí representados. Pero también constatamos que nos faltaban mucho camino por recorrer en cuanto a nuclearnos y hacer trascender, tanto intra como extraprovincialmente, nuestro accionar.

Este Congreso se obró como definitivo impulso para concretar la formación de nuestra Sociedad.

Lamentablemente las alternativas que sufrió nuestro país en diciembre de 1978 forzaron un inesperado y obligado paréntesis en nuestras actividades.

Una vez superados dichos problemas, y habiendo reafirmado nuestra fe en la tarea que desarrollábamos, realizamos la convocatoria para la Asamblea Constitutiva.

Y así el 21 de abril de 1979, en el Hospital Rural de Zapala, se concretaron los anhelos de quienes deseábamos la for-

mación de la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén.

Pero ese 21 de abril no fue el fin de una etapa sino el comienzo de otra más fecunda y laboriosa, que requiere del apoyo y trabajo de todos para que nuestra Sociedad trascienda al nivel que deseamos.

Completar la conscripción de afiliados, integrar verdaderamente a los profesionales no médicos, realizar eventos científicos, culturales y sociales, intercambiar nuestras experiencias para mejorar nuestra labor, divulgar nuestro accionar tendiendo a la creación de Sociedades similares en el resto del país, son algunas de las varias tareas importantes que nos ofrece el futuro de nuestra Sociedad.

Unamos nuestro trabajo alrededor de la Comisión Directiva para concretar esos fines. Recordemos lo que decíamos al comienzo: La unión hace la fuerza...y supera las distancias.

JORGE OLDEN GOROSITO

Propósitos de la SMR

Se hallan contenidos en el artículo 2º del Estatuto y se transcriben a continuación:

ARTICULO 2º: Serán sus objetivos

a) Promover y hacer conocer la Medicina Rural dentro del ambiente médi-

co, para-médico y la sociedad en general, jerarquizando su modalidad operativa y al profesional que la ejerce.

b) Promover la elevación científica y cultural de sus asociados como así también la colaboración científico-técnica entre ellos.

c) Promover a la protección del ejercicio de la profesión por sus asociados en todos sus aspectos, procurando que las condiciones de vida correspondan a la dignidad de las personas que la componen.

d) Fundar y mantener biblioteca de preferente carácter médico, promoviendo la publicación de artículos de interés para sus asociados y fomentando la permanente circulación de los mismos.

Alma Ata: Umbral de una nueva era

La declaración de Alma Ata da una definición precisa de lo que será la nueva era de la ciencia de la salud entendida como una ciencia política y basada en la aplicación de los principios de la atención primaria de salud.

Por W. L. BARTON

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en setiembre de 1978 en la capital del Kazajistán Soviético, adoptó la Declaración de Alma Ata, en la que se reafirma el entendimiento de la salud como derecho humano fundamental y como meta del progreso social en el mundo entero y se pide una acción eficaz en escala nacional e internacional para que la atención primaria de salud sea en todo el mundo un elemento integrante del "desarrollo" inspirado en un espíritu de justicia social.

Los que tienen a su cargo el cumplimiento de los objetivos fijados en la Conferencia y la aplicación de sus 22 recomendaciones, necesitarán no sólo adquirir ciertas aptitudes precisas, sino cambiar sus actitudes en función de un nuevo entendimiento de los principios y los imperativos de la educación y la investiga-

ción en la nueva era de desarrollo de la ciencia de la salud que inauguró la Conferencia y que debe durar hasta el año 2000.

La celebración misma de la Conferencia se debió con seguridad al convencimiento fundado de que el mejoramiento de la salud mundial no ha seguido hasta ahora una trayectoria científica y de que el ejercicio efectivo de la medicina no sacaba todo el partido que debiera de los conocimientos y los medios de acción aportados por otras ramas del saber.

A los diez meses de celebrada la Conferencia, parece llegado el momento de que los profesionales de la salud pública reflexionen sobre la situación actual de la ciencia de la salud y definan con más precisión la orientación principal que debe imprimirse a la "nueva era". No estará de más, sin embargo, hacer antes un breve

resumen de la evolución seguida para ver qué enseñanzas se desprenden de esa consideración retrospectiva.

Entre 1850 y 1955, la práctica de la medicina experimentó tres importantísimos cambios de orientación, que fueron descritos someramente en 1956 por Edward G. McGavran, Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, y que definen cuatro eras principales en la evolución de la ciencia de la salud. McGavran describió los cambios propios de cada una de esas eras, por relación a los principios y los fines de la ciencia de la salud, por relación a la enseñanza y la investigación y por relación a la importancia atribuida a las ciencias del comportamiento. Sus conclusiones pueden resumirse como sigue:

° ERA EMPIRICA. Hasta 1850, se atribuía importancia capital al diagnóstico y el tratamiento de los síntomas de cada enfermo. Existían hospitales y escuelas de medicina, pero era bastante común que los nuevos médicos se formaran en régimen de aprendizaje directo, trabajando a las órdenes de facultativos de renombre, y que fuera ese periodo de aprendizaje lo que luego les diera derecho a ejercer por cuenta propia. Los métodos fundamentales de enseñanza de la medicina eran la instrucción autoritaria y el ejemplo; la investigación era fundamentalmente histórica y se basaba en la averiguación de las enseñanzas y las prácticas de los antiguos maestros, y las ciencias del comportamiento eran desconocidas.

° ERA DE LAS CIENCIAS BASICAS El descubrimiento de la célula animal primero, y luego de las bacterias, permitió dar por fin una explicación científica de las causas de las enfermedades e hizo que los signos y los síntomas cobraran una importancia nueva como indicadores de los procesos patológicos subyacentes.

Los especialistas en ciencias básicas asumieron la dirección de las enseñanzas y las investigaciones, que se concretaron en el perfeccionamiento intensivo de mé-

todos y medios de acción nuevos para los estudios de laboratorio y en la instrucción de los futuros médicos en el uso de unos y otros. En el orden de los fines, el interés principal se desplazó al diagnóstico y al tratamiento, no ya de los síntomas, sino de los procesos patológicos.

La aparición del termómetro clínico en 1866, la del esfigmomanómetro en 1881 y la del electrocardiógrafo en 1903 pusieron a disposición de los internistas nuevos instrumentos de diagnóstico, pero, a pesar de esfuerzos individuales aislados, no se llegó a considerar que dos conocimientos de ciencias del comportamiento fueran indispensables para el ejercicio de la medicina.

° ERA DE LA CIENCIA CLINICA. El advenimiento de la era clínica se produjo por evolución natural en la primera mitad de este siglo y desplazó el centro de interés de los profesionales de la salud hacia el paciente considerado en cuanto individuo. El paciente y su enfermedad se convirtieron también en el centro de atención de los investigadores, la psicología médica y la sociología aplicada a la medicina clínica demostraron la imposibilidad de tratar las enfermedades haciendo abstracción del individuo y sus circunstancias sociales. Las ciencias sociales pasaron a ser consideradas como ciencias auxiliares de la medicina, en las que se interesaban distintos grupos de especialistas.

° ERA DE LA CIENCIA DE LA SALUD PUBLICA: Como dice Berbard Dixon en una de sus obras recientes (Beyond the Magic Bullet), la difusión general de los antibióticos y los insecticidas, poco después de 1950, marcó la "edad de oro" de la quimioterapia y acarreo un entendimiento nuevo de los principios y fines de la práctica médica, fundado en la consideración del hombre en relación con la totalidad de su medio y dominado por el interés en el diagnóstico y el tratamiento, no de las afecciones individuales, sino de las enfermedades de la comunidad.

McGavran describe en detalle esta era de la medicina y demuestra la necesidad de orientar la investigación al perfeccionamiento de índices de medida y créditos aplicables a la comunidad y de técnicas de desarrollo comunal. Los equipos interdisciplinarios con participación de especialistas en ciencias sociales hacen su aparición en la práctica médica.

El nuevo paciente - la comunidad - requiere del médico conocimientos sobre la manera de funcionar de una colectividad de individuos y sobre la influencia de las culturas, los valores, las normas y el comportamiento humano en las características y en las causas de la morbilidad comunitaria.

Pronto se vio que, con los nuevos medios disponibles, las enfermedades como el paludismo y otras parasitosis transmitidas por insectos, que se habían considerado dificultades insuperables para el mejoramiento de la salud, particularmente en las zonas menos desarrolladas, habían dejado de oponer barreras técnicas infranqueables. Se tenía la impresión de conocer a fondo los medios aplicables para conseguir sucesivamente la prevención, la contención y la erradicación de casi todas las grandes enfermedades de ese grupo y, como decía el difunto Profesor George McDonald, renombrado especialista en higiene tropical, no parecía que los equipos de salud tuvieran ante sí ningún problema importante.

En los 28 años últimos, los profesionales de la salud pública han hecho de la comunidad el blanco de sus esfuerzos y aunque puede decirse que han cubierto sus objetivos en algunas comunidades y en el caso de enfermedades precisas, han ido dándose cuenta poco a poco de que, con excepción de las enfermedades, por lo general aparatosas y exóticas, que pueden influir de manera predominante en el estado de salud de una comunidad determinada, las verdaderas causas de la mala salud siguen siendo las mismas; las deficiencias nutricionales, la ignorancia de métodos adecuados para cuidar a los ni-

ños y a los incapacitados, las infecciones y las enfermedades del aparato digestivo las afecciones respiratorias, las tasas de fecundidad elevadas y los riesgos de muerte inherentes al parto o a determinadas actividades laborales. A estos riesgos han venido a sumarse en tiempos más recientes los acarreados por las intervenciones humanas en los sistemas ecológicos: obra de aprovechamiento de recursos hidráulicos, obras de riego, producción y empleo de sustancias químicas, contaminación debida al desarrollo industrial.

Se ve ya con claridad cada vez mayor que la verdadera salud de la comunidad no puede conseguirse por métodos basados en la asistencia individual; que para hacer de una comunidad enferma una comunidad sana o basta suprimir esta o la otra enfermedad, que la asistencia médica no es un sustituto de la salud y que los servicios de salud no se han ocupado mucho de mejorar la salud en el conjunto de la población. Los intentos de imponer desde fuera las prácticas de medicina de la comunidad han sido manifiestamente ineficaces para dar la salud a todos, porque no han respetado la cultura propia de cada comunidad en materia de salud. La atención demasiado exclusiva dispensada a las enfermedades de la comunidad ha dejado que pasaran inadvertidas las necesidades de ciertos grupos particulares desvalidos y desatendidos; se atribuía más importancia a la morbilidad de la tuberculosis, el pian, tracoma o el paludismo que a la malnutrición y a otras consecuencias de las privaciones socioeconómicas y las enfermedades preocupaban más que el mantenimiento de la salud.

La Conferencia de Alma Ata anuncia el advenimiento de una nueva era, porque refuerza y expresa en términos concretos la preocupación por "otra forma de desarrollo de la salud" que sirvió de tema en 1977 al seminario convocado por la Fundación Dag Hammarskjöld en Uppsala (Suecia). Las conclusiones de ese seminario se resumen en el reconocimiento de la necesidad de una nueva definición de

la salud. teniendo en cuenta los factores socioeconómicos y culturales que determinan las condiciones de salud pero que escapan a la influencia de los sistemas de atención de salud. La salud es, en definitiva, un bien que no puede comprarse; su responsabilidad incumbe al individuo a la comunidad y a todo el aparato de gobierno y es, por tanto, en última instancia, una responsabilidad política.

¿ No estaremos entrando en una nueva era, caracterizada por un nuevo cambio de perspectiva, a la que podríamos llamar "la era de la salud entendida como ciencia política"? En esta nueva era la valoración teórica y conceptual de la identidad entre "comunidad" y "paciente" y el método interdisciplinario de tratamiento de las enfermedades diagnosticadas en la comunidad dejarían de ser los problemas más importantes para dejar paso a la preocupación primordial por "la gente" es decir, por la población entera, y al reconocimiento de que las causas de la mala salud están en los sufrimientos humanos básicos y requieren el uso de métodos intersectoriales que empiecen por aliviar esos sufrimientos y permitan luego mejorar la calidad de la vida.

En su descripción de las características de la era inmediata anterior (la era de la ciencia de la salud pública), McGavran usaba la expresión "cuerpo político" para designar el último estadio de la evolución teórica y teológica del concepto de comunidad, pero en las sucesivas etapas de esa era, la importancia atribuida a la enseñanza y a la investigación no rebasaba los límites de las disciplinas médicas o afines a la medicina. La expresión de McGavran puede usarse con más propiedad para definir la nueva era, en la que el punto de referencia es efectivamente el cuerpo político en todos sus aspectos el mental, el físico, el social, el económico y el estrictamente político. La interacción entre salud y desarrollo socioeconómico se ha convertido en una de las cuestiones políticas capitales de nuestro tiempo, dada su importancia para la salvaguardia de los derechos humanos.

Los nuevos principios teóricos y los nuevos afines que se asignan al cuerpo político resaltan la importancia de dar a todas las personas, antes de que termine el presente siglo, la oportunidad de llevar una vida sana.

Como decía el año pasado en su alocución a la Asamblea de la Salud de Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, la era

que se avecina exige una nueva competencia de gestión, basada en una combinación de conocimientos científicos y técnicos y dotes de persuasión política. En lo que respecta a la formación de médicos especializados en salud pública, lo que más importa es, por consiguiente, pensar una extensa variedad de conocimientos y aptitudes que permitan un entendimiento general de los fenómenos sociales y económicos; enseñar las técnicas de programación nacional de las actividades de salud; inculcar métodos de gestión; explicar las características y el funcionamiento de los procesos políticos, los fenómenos propios de la psicología política y la manera de controlarlos.

La investigación deberán orientarse al establecimiento de índices sociales de salud y desarrollo de la salud, y de índices subjetivos para la evaluación del grado de desarrollo y la calidad de la vida, y al estudio de los procesos de acción intersectorial.

La importancia atribuida en eras anteriores a las ciencias del comportamiento se extiende ahora a otras ciencias económicas y políticas y abarca todos los sectores, pues cada uno de ellos tiene mucho que aprender de los demás.

Si la nueva era ha de ser coronada por el éxito, habrá que dejar de considerar la salud como responsabilidad exclusiva de un servicio profesionalizado para considerarla como fruto de la autoayuda. Según las conclusiones del seminario de Uppsala, este entendimiento de la salud presupone una sincera determinación política de la comunidad de establecer condiciones equitativas, no sólo en la distribución de los bienes, sino también

LA EVOLUCION DE LA CIENCIA MEDICA HASTA EL AÑO 2000

Desde la era empírica hasta la era de la salud entendida como ciencia política

	ERA EMPIRICA	ERA DE LAS CIENCIAS BÁSICAS	ERA DE LAS CIENCIAS CLÍNICAS	ERA DE LA SALUD PÚBLICA	ERA DE LA CIENCIA POLÍTICA	
		1850	1900	1950	1975	2000
PRINCIPIOS Y FINES	Orientación sintomática Diagnóstico y tratamiento empírico de los síntomas	Orientación bacteriológica o patológica Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades	Orientación individual Diagnóstico y tratamiento de casos individuales	Orientación comunal Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la comunidad	Orientación a la población Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de todo el cuerpo político	
ENSEÑANZA	Lecciones magistrales Instrucción autoritaria	Enseñanza de laboratorio	Instrucción clínica Aprendizaje «a la cabecera del enfermo»	Instrucción clínica Aprendizaje en la comunidad	Experiencia social Conocimientos de economía y sociología Aptitudes de gestión Psicología política y procesos políticos Programación nacional	
INVESTIGACIÓN	Histórica	Básica de laboratorio Perfeccionamiento de nuevos medios	Perfeccionamiento de técnicas clínicas	Comunitaria De desarrollo de la comunidad De índices y criterios de técnicas de planificación	Índices sociales y económicos de desarrollo de la salud Índices subjetivos de calidad de la vida Procesos intersectoriales Procesos en redes	
CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO	Desconocidas	Innecesarias Actividad individual	Secundarias Ciencias sociales auxiliares de la medicina Necesidad de grupos de especialistas	Integradas Ciencias sociales Aplicadas muy complejas Igualdad con la ciencia de la salud pública Equipos interdisciplinarios	Interrelacionadas Ciencias sociales, ciencias de la salud ciencias políticas y económicas Equipos intersectoriales.	

en la adopción de las decisiones que interesan a la población y que influyen en su estado de salud. El acceso a la información sobre las cuestiones de salud debe estar abierto a todos por igual: a los individuos, a las comunidades locales, a los funcionarios públicos y a los dirigentes políticos.

La ciencia nueva característica de la nueva era exige una definición clara de objetivos, fines y funciones, que permita determinar en consecuencia las aptitudes y los conocimientos teóricos comprensibles sin dificultad para la población, para los políticos y para los profesionales interesados. También serán necesarios equipos de dirigentes intrépidos, que no vacilen en rebasar las fronteras de sus profesiones básicas de origen para hacer frente a los retos y a las dificultades de la enseñanza de las nuevas disciplinas y para dirigir con valentía y con conociemien

tos suficientes de salud pública el trabajo de otros profesionales de su mismo rango.

Dando aplicación práctica a los principios de la atención primaria de salud, la Conferencia de Alma Ata ha dado también una definición clara de la nueva era de la salud, ha delimitado con igual claridad sus fines y sus características funcionales y ha reconocido que el acertado desarrollo de la salud ambiental, comunal e individual no será posible sin una participación médica decisiva y sin un sistema de salud capaz de apoyar y complementar la acción de los trabajadores "de primera línea". La Conferencia ha hecho asimismo un llamamiento a los miembros de los equipos de salud para que asuman en ese quehacer una función directa y los ha puesto en la disyuntiva de aceptar el reto o retirarse a un segundo término y dejar que otros ejerzan la dirección en su lugar

Estudio de determinados parámetros de crecimiento y desarrollo en una población escolar

DOCTORES:

ALONSO, Ricardo

ARIENTI, Rodolfo

FARIAS, Roberto

Srita. MUÑOZ, Beatriz

INTRODUCCION

Dentro de las actividades del Cento Periférico del barrio Colonia Confluencia, dependiente del Hospital Neuquén, que se encuentra a cargo de los médicos residentes en Medicina Rural, se encaró el control de determinados parámetros de crecimiento y desarrollo: peso, talla, circunferencia craneana y perímetro del brazo, en una determinada población escolar. El objetivo fundamental fue evaluar el crecimiento y estado nutricional de los niños; despistar patologías a través de esos parámetros, y a la vez adquirir experiencia en la selección y utilización de datos útiles.

MATERIAL Y METODOS

LA POBLACION: Se controlaron todos los alumnos de 5 a 17 años de edad, de ambos sexos, de los turnos mañana y tarde de la escuela N° 136, que se encuentra dentro del radio de influencia del Centro. No se trató de una escuela céntrica, sino situada en el límite sudeste de la ciudad,

sobre el río Limay. El nivel socio-económico de las familias de los niños estudiados es de clase media-baja.

Se obtubieron en dos ciclos lectivos sucesivos, (1978-1979) de acuerdo a la distribución de las tablas I, II, y III.

2.2. TECNICA: Las mediciones en los dos ciclos lectivos fueron tomadas por el personal distinto. De cualquier modo la técnica fue la misma y en cada año se encargó un solo operador por vez.

2.2.1. PESO: Se utilizó una balanza de palanca (la misma los dos años). Los niños fueron pesados sin ropa, con lectura hasta 100 g completos.

2.2.2. TALLA: Se construyó un estadiómetro, con una barra vertical rígida, graduada en milímetros, y una superficie plana horizontal independiente en forma de triángulo rectángulo (los mismos elementos los dos niños). Se tomó con los niños descalzos y sin medias. Se colocaron de manera que sus talones, nalgas y cabezas estuvieran en contacto con la superficie vertical. Se cuidó la horizontalidad del pla

no de Frankfurt. Se procuró lograr hombros, brazos y manos relajadas. Se deslizó entonces la superficie horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con éste, hasta tocar la cabeza del niño, leyendo el instrumento hasta el último centímetro alcanzado. En caso de encontrarse entre dos valores, se registró el menor.

2.2.3.: CIRCUNFERENCIA CRANEANA: Se utilizó una cinta flexible de acero; (distinta cada año). Se tomó con el niño parado elevándola o descendéndola en forma paralela al plano de Frankfurt hasta encontrar la circunferencia máxima, siendo entonces ajustada ligeramente alrededor del cráneo antes de efectuar la lectura.

2.3. CONFIABILIDAD DE LOS DATOS: Se evaluó la confiabilidad de las mediciones

haciendo repetirlas al operador en el mismo lote de alumnos 2 ó 3 veces, hasta lograr la mínima diferencia: menos de 0,5 cm ó 100 gramos.

2.4 REGISTRO DE LOS DATOS: Se utilizó personal exclusivamente para ésta tarea, volcándolos en una planilla para cada alumno, y sobre un sello confeccionado ad hoc, a la vez que sirvieran para registrar datos clínicos de los niños. Por el tamaño del sello se posibilita a cada planilla la repetición del mismo cinco o seis veces más, para mediciones posteriores.

2.5. GRAFICACION: Los datos obtenidos se graficaron en las tablas de talla, peso, circunferencia Craneana y Velocidad de Talla de Tanner y Witnehouse (ref. 1). A la vez los datos numéricos se reunieron mediante histogramas.

3 RESULTADOS

	1978	1979
niños	116	121
niñas	84	94
cociente	1,39	1,29

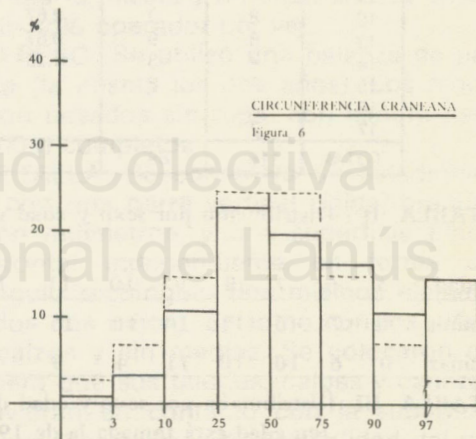
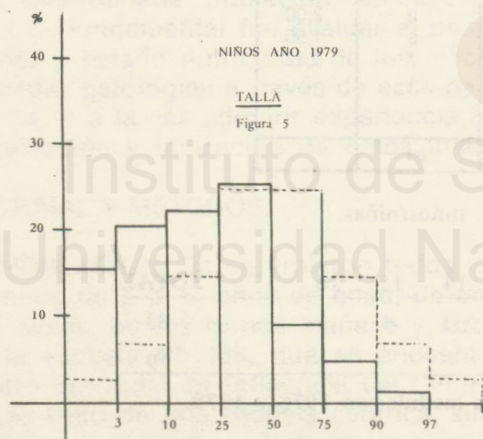
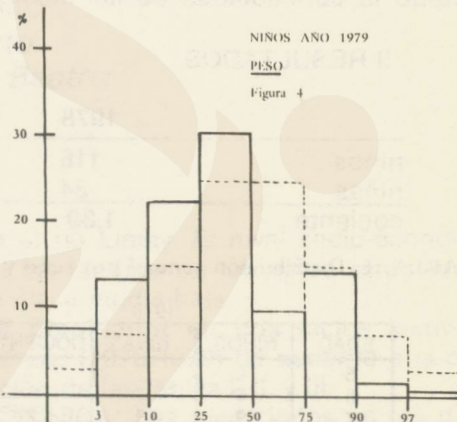
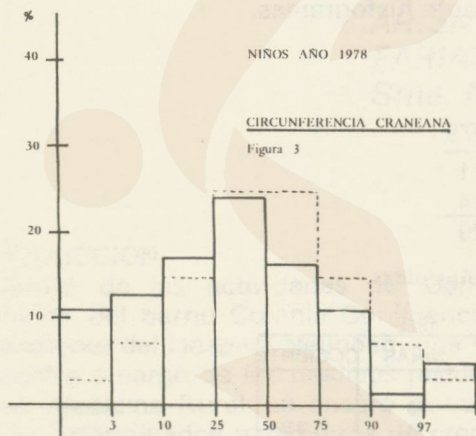
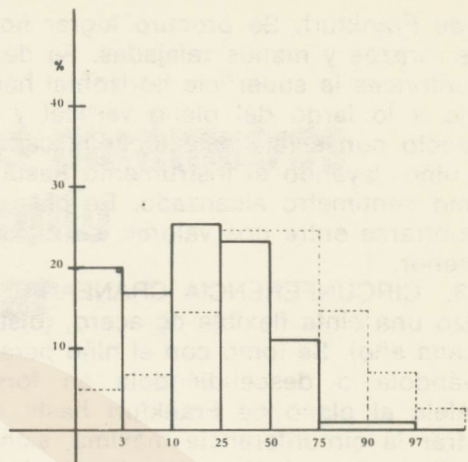
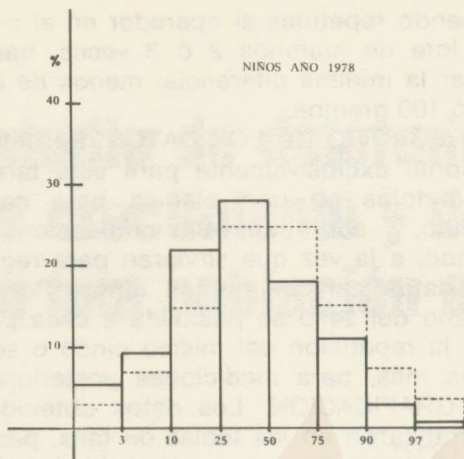
TABLA I : Distribución general por sexo y cociente niños/niñas.

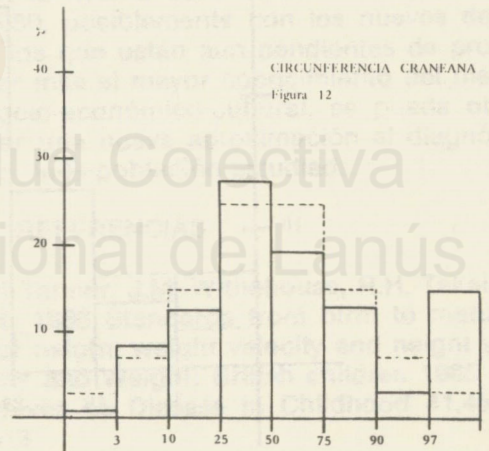
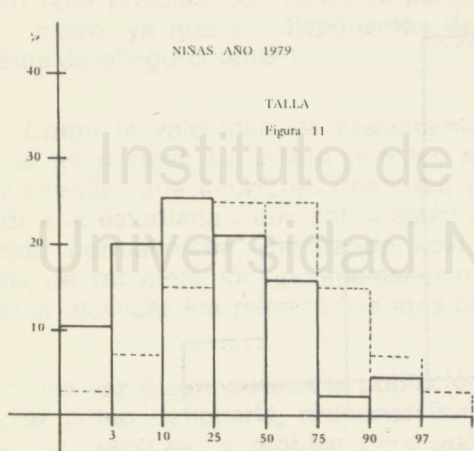
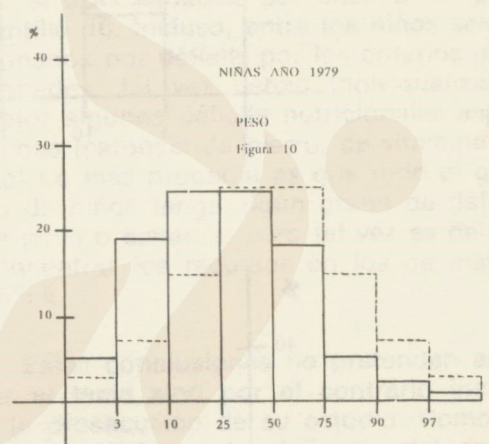
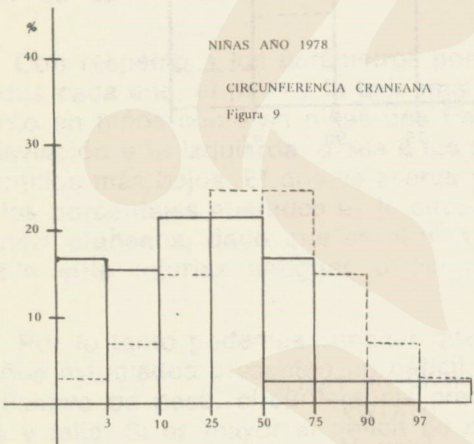
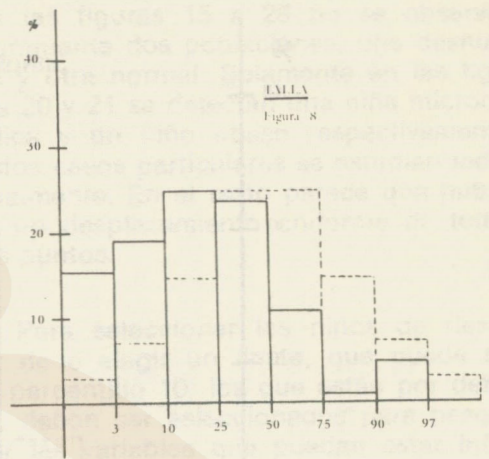
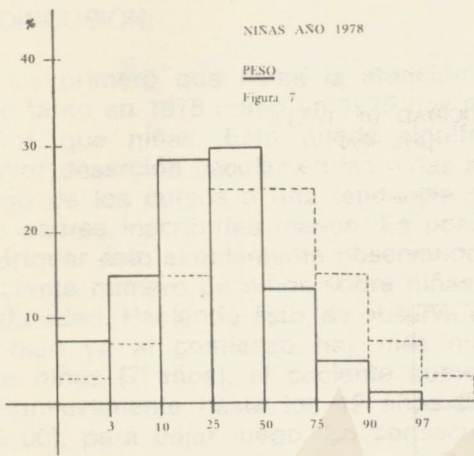
EDAD	1978			1979		
	NIÑOS	NIÑAS	COCIENTE	NIÑOS	NIÑAS	COCIENTE
5	2				1	
6	9	7		2	6	
7	19	15	1,27	17	13	1,31
8	14	13	1,08	25	17	1,47
9	12	12	1,00	16	13	1,23
10	16	8	2,00	16	13	1,23
11	16	12	1,33	14	9	1,55
12	8	3	2,67	16	8	2,00
13	6	9	0,67	7	6	1,50
14	4	3	1,33	4	7	0,42
15	9	2		2	1	
16	1			2		
17	2					
TOTAL	116	84		121	94	

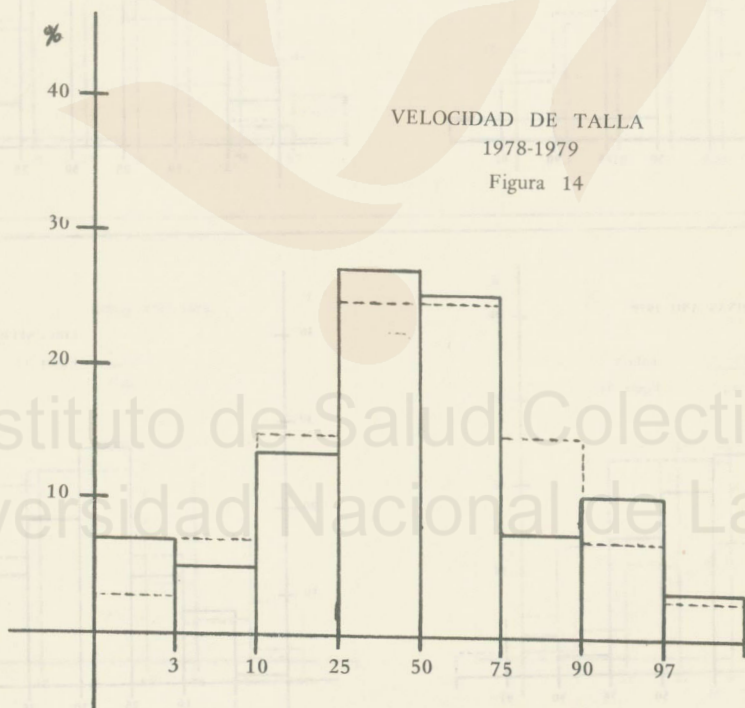
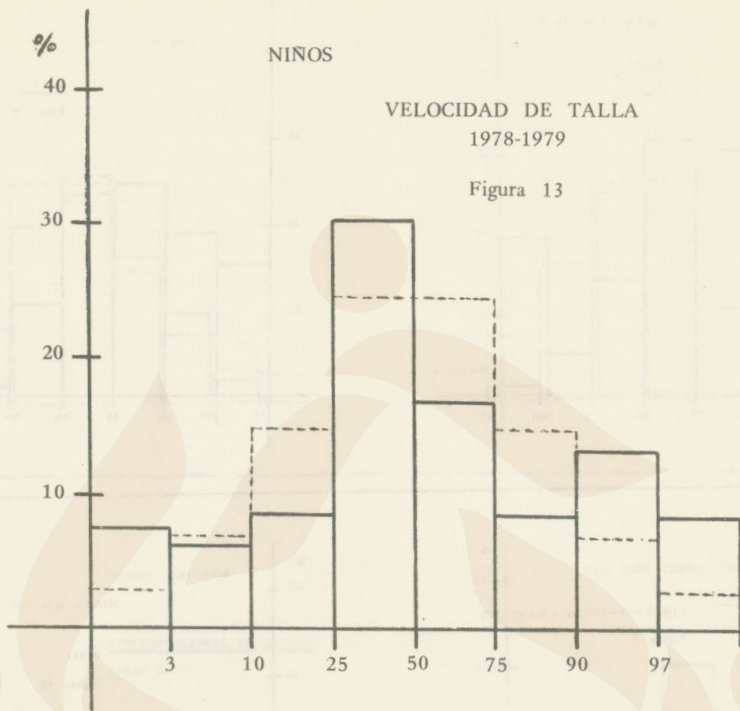
TABLA II : Distribución por sexo y edad y cociente niños/niñas.

edad	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	TOTAL
niños	1	7	16	11	10	10	15	5	33	1	4	—	—	83
niñas	0	6	10	10	11	4	9	2	7	—	—	—	—	59

TABLA III : Distribución por sexo y edad de alumnos medidos en 1978 y 1979. (en edad está tomada la de 1978)







4. DISCUSION:

Lo primero que llama la atención es que tanto en 1978 como en 1979 hay más niños que niñas. Esto puede significar mayor deserción escolar en las niñas a lo largo de los cursos o una tendencia que los padres inscribirlas menos. Es posible averiguar ésto simplemente observando el cociente número de niños sobre niñas en cada edad. Haciendo ésto, se observa que si bien ya al comienzo hay más niños que niñas (7 años), el cociente aumenta progresivamente hasta los 12 años (2,67 y 2,00), para bajar luego. En consecuencia serían ambos factores los que influyen menos inscripción de niñas y mayor deserción de las mismas entre los 9 y 12 años.

Con respecto a los parámetros ponderados cada año, el peso y la talla muestra tanto en niños como en niñas una franca desviación a la izquierda, o sea a los percentillos más bajos. El que se acerca más a los porcentajes esperados es la circunferencia craneana, dado que es el más estable ante injurias antiguas o actuales.

Por lo tanto podemos concluir que los niños estudiados presentan un déficit significativo de peso, circunferencia craneana y talla. Si es mayor el déficit de peso que el de estatura, ésto sugeriría un déficit de grasa corporal. (para averiguar ésto aún falta procesar los datos de perímetro del brazo, ya que no disponemos de los datos de pliego cutáneo).

Como la velocidad de crecimiento en talla es normal, se infiere que los niños han tenido una injuria en una edad anterior a la estudiada y que ahora están creciendo normalmente, mostrando sólo signos de recuperación incompleta (sin volver a alcanzar los percentillos más altos).

Una vez diagnosticada la población escolar como deficitaria, proponer que hacer con ellos es un problema complicado.

En las figuras 15 a 26 no se observan claramente dos poblaciones, una desnutrida y otra normal. Solamente en las figuras 20 y 21 se detectan una niña microcefálica y un niño obeso respectivamente. Estos casos particulares se estudian individualmente. En el resto parece que hubiera un desplazamiento uniforme de todos los puntos.

Para seleccionar los niños de riesgo se debe elegir un límite, que puede ser el percentillo 10: los que están por debajo, deben ser seleccionados para pesquisar las variables que puedan estar influyendo en ese grupo (sociales, nutricionales, infecciosas, etc.) y a mismo tiempo ver si esas variables por encima del percentillo 10. Incluso, entre los niños seleccionados por déficits por los criterios mencionados, tal vez deban individualizarse mejor algunos déficits nutricionales específicos (carencia de hierro, de vitamina D, etc) Lo más probable es que todo el grupo de niños tenga algún grado de déficit de peso o estatura, pero tal vez se deban concentrar los recursos en los de mayor déficit.

Estas conclusiones no pretenden agotar el tema sino por el contrario incitar a la prosecución de su estudio. Como el control clínico y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños continúa en la misma escuela en el curso lectivo 1980, posiblemente con los nuevos datos y los que están aun pendientes de procesar más el mayor conocimiento del medio socio-económico-cultural, se pueda obtener una nueva aproximación al diagnóstico de la población estudiada.

5. REFERENCIAS

1) Tanner, J.M. Withehouse, R.H. Takaishi, M. 1966 Standards from birth to maturity for height, weight velocity and neight velocity and Weight: British children 1965. Archives os Disease in Childhood 41,454 y 613.

“ORACION PARA LA DESHIDRATACION DE UN NEGRITO ANONIMO”

*Estoy aquí, hermano del pliego positivo
ante la magre de los trapos que te envuelven
y la grisásea hipotonía de tu cuerpo.*

*Estoy mirando la sequedad de tus mucosas
y tengo aquí, junto a mi angustiada ignorancia,
las laderas infaltables de tu ruina metabólica:
una madre (analfabeta y asustada),
una pobreza despreocupada de tu vida,
un mundo que se siente capaz de sobrevivir a tu muerte inexplicable,
y esta casa, imperturbable y fría, que le dan el nombre de Hospital...*

*Estoy aquí, hermano de la fontanela deprimida,
para luchar contigo por el poco de justicia que reclamas.*

*Estoy aquí, hermano de la toxicósica volemia
mirando tu abdomen renacuajil y globuloso,
y pienso para luchar contigo mano a mano,
por el miliequivalente incomprensible y técnico,
y por ese poco de agua que te falta.*

*Yo no quiero juzgar sobre la culpa de tus males,
pero te daré lo mejor de mis fuerzas, también mi sueño,
para el anonimato de tu cuerpecito seco y valpuleado.*

*Y miraremos juntos ese mañana incomprendido
del cual solamente nos separa
un poco miserable de agua azucarada
y un gramo más o menos de sodio y de potasio.*

**EN EL HOSP. PEDRO ELIZALDE
DE LA CIUDAD DE Bs. As.**

(CASA CUNA) - Agosto de 1959