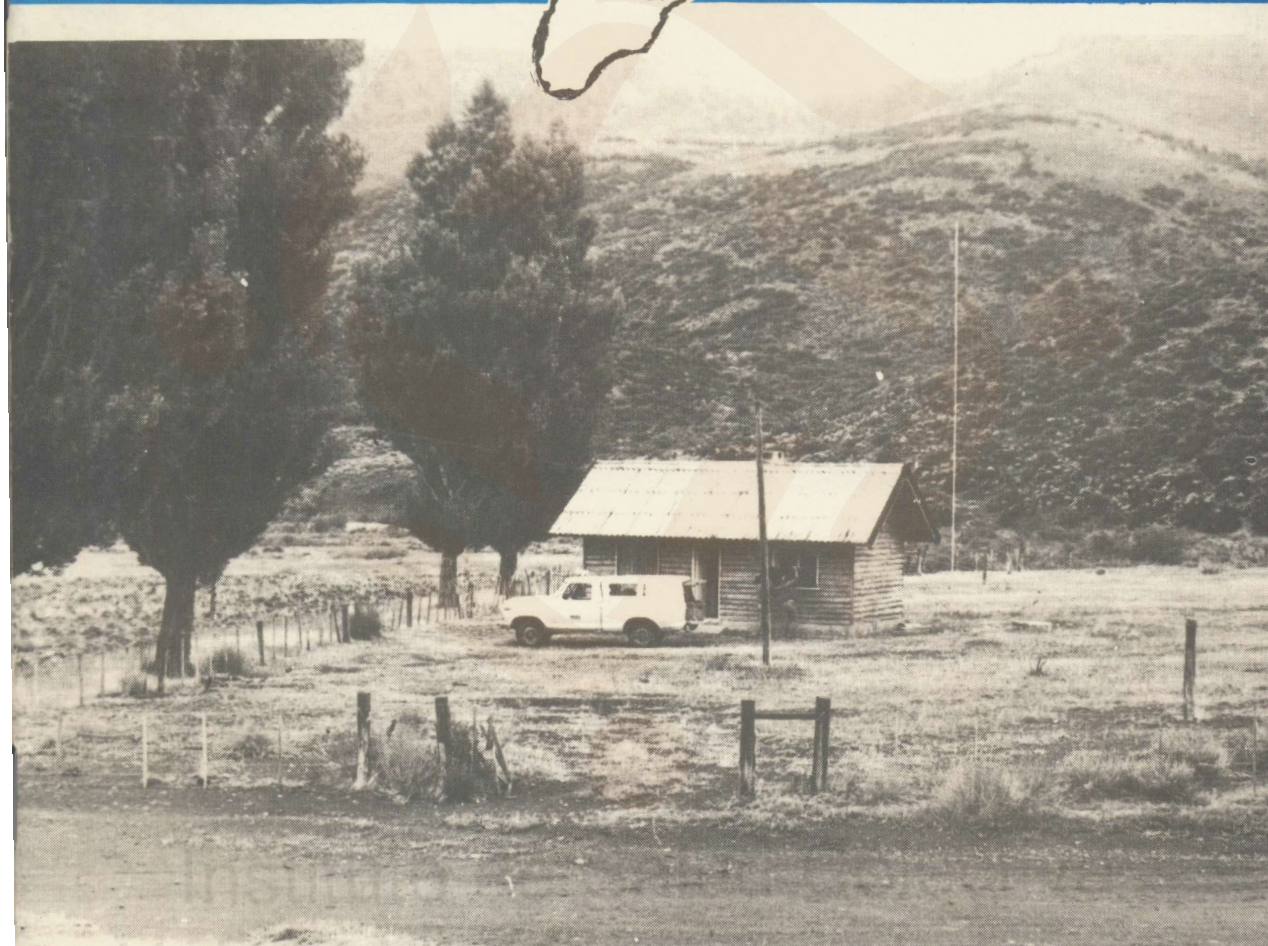


MAR



AÑO 6 - Nº 15
MAYO 1986

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



PROVINCIA DEL NEUQUEN

A los integrantes del equipo de Salud, y a todos los neuquinos:

La Hidatidosis sigue siendo una importante endemia regional. La lucha antihidatídica debe continuar y mejorar.

TODOS ESTAMOS CONVOCADOS



SUBSECRETARIA DE SALUD

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUÉN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:

Dr. Rodolfo Arienti

SECRETARIO:

Dr. Roberto Villagra

TESORERO

Dr. Jorge Gorosito

DIRETORES DE

PUBLICIDAD

Dr. Ricardo Cicerchia

VOCALES:

Dr. Alberto Tordella

Dr. Arturo Carrillo

MR

DIRECTOR

Dr. Malcolm Elder

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Miguel Irigoyen, Dr. Jorge Gorosito, Dr. Armando

Calá Lesina, Dr. Rodolfo

Arienti, Dra. Marta González

Dr. Arturo Garrillo. **ASESO-**

RES CIENTIFICOS: Dr. Julio

Raby, Dra. María Elena Chie

sa, Dr. Julio Arce, Dr. Daniel

Etcheverría, Dr. Carlos Pian-

ciola, Dr. Mario Borini, Dr.

Julio Monsalvo.

Reg. Prop. Intelectual N° 191116

Dirección Postal - C.C. 705

(8300) NEUQUEN

DISTRIBUCION GRATUITA

Impreso en:

GRAFICA MODELO

Mitre 536 - T.E. 22690 NEUQUEN

MIR

INDICE

NUMERO 15

	Pág.
Editorial	2
Hidatidosis Humana, Portadores Asintomáticos de Areas Endémicas	3
Estudio Sobre la Maternidad y Situación Socioeconómica en Adolescentes en la Prov. del Neuquén en el Año 1983	10
Magnitud y Características del Problema Aborto en la Provincia del Neuquén	22
Centros de Salud Periféricos, Area Programática Viedma	31
Costos Hospitalarios y Presupuesto de Salud	36
Objetivos Comunicarnos	43
Alcoholismo: Acerca del Diagnóstico Oportuno	47
Sección Para el Agente Sanitario	48
Atención Pediátrica Primaria en Areas Rurales	54
Extractos Bibliográficos	57
Las Expectativas, Los Temores y La Justicia	60

ILUSTRACION DE TAPA:

*Puesto de Parques Nacionales donde se realiza
atención del área Coyín Manzano.*

N.R. Agradecemos a Alejandro González Vottero su
colaboración con las fotografías que ilustran esta edición.

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

MR no hace suyas necesariamente las opiniones vertidas en los mismos.

EDITORIAL

- 1° — SEGURO NACIONAL DE SALUD
- 2° — AÑO DE LA LEY DE CARRERA SANITARIA
- 3° — ¿QUE PASA CON LA HIDATIDOSIS EN LA REGION?

En abril de 1984 nuestra Sociedad de Medicina Rural decía, en boca de su entonces presidente "que los recursos que destina nuestro país a la salud, y principalmente a la enfermedad de la población, constituyen cifras muy importantes, y estos recursos deben ser administrados de manera que incluyan a todos los sectores, en una política de prestaciones que no establezca diferencias, ni marque privilegios entre los habitantes de nuestra patria. La idea de un Seguro Nacional de Salud debe ser impulsada" Este tema del Seguro Nacional de Salud ha pasado a ser uno de los puntos de mayor confrontación entre el gobierno nacional y los sectores del trabajo organizado (CGT, sindicatos). La Ley de Seguro Nacional de Salud está en el Congreso, será debatida este año y aprobada con o sin modificaciones, o rechazada.

¿Cuál será el destino de los recursos que producen los mismos trabajadores del país? Estos recursos que van a las rentas generales mediante los impuestos directos o indirectos, o que van a las obras sociales o a los sindicatos por medio del impuesto al salario (como bien solidario), ¿esta gran masa de riqueza que generan los trabajadores cómo va a ser administrada? Creemos que debe existir un Seguro Nacional de Salud, que el debate debe darse en las instituciones, el Congreso, los Partidos Políticos, los Sindicatos, los organismos de profesionales y/o trabajadores de la Salud, con adecuada información y fundamentación, con un espíritu amplio y no sectorial. En última instancia lo que siempre se pone sobre el tapete es el tipo de organización social y política que queremos darle a nuestra sociedad y cuál es la decisión que logran los trabajadores.

Nuestra publicación MR aporta su pequeña y modesta voz sosteniendo que los trabajadores deben decidir acerca del destino de la riqueza que su esfuerzo genera, que el Estado, que también está contenido por trabajadores, como administrador y regulador, debe garantizar una distribución justa, equitativa y planificada de la riqueza, según las necesidades y las prioridades establecidas, y que las entidades médicas, de profesionales de la salud, etc. tendrán cada vez más autoridad para hacer sentir su voz y su peso en la medida que disminuya su concepción de la salud y la enfermedad como sujetos a las leyes del lucro, de la oferta y la demanda, y crezca su concepción de trabajadores y servidores de la Salud de la sociedad a la que pertenecen. Creemos que cada provincia deberá establecer las condiciones de adhesión al SNS, que debe respetar una clara concepción de federalismo y autonomía en tal sentido.

La SMR ve con beneplácito la aparición del Boletín N° 1 de la Asociación de Profesionales del Hospital Provincial Neuquén, y adhiere calurosamente a la propuesta de lograr la promulgación de la Ley de Carrera Sanitaria en el transcurso del actual año legislativo. Desde 1979, año de nuestra fundación, hemos bregado para su estudio e instrumentación y creemos que aun quedan por esclarecer aspectos concernientes a su reglamentación. La Ley y su reglamentación deben ser cuidadosamente analizados por los legisladores provinciales, respondiendo a los legítimos intereses de los trabajadores de la salud en toda la provincia, y en particular aquellos que viven en los lugares más aislados e inhóspitos. ¡Por su pronta vigencia, adherimos al Año de la Ley de Carrera Sanitaria!

¿Qué pasa con la Enfermedad Hidática en Nuestra Provincia? MR intentará a partir de este número ahondar más acerca de esta epidemia regional, con índices de las más elevadas en el mundo, y de los esfuerzos para su control y erradicación.

Sabemos que algo se ha avanzado pero necesariamente se debe y se puede hacer más.

Intentamos contribuir a una reactivación de la preocupación por el tema, y en especial cuando observamos que los grupos indígenas de la región aparecen como los más vulnerables, y los menos beneficiados por los programas oficiales que han recibido fuerte apoyo de la OPS por intermedio del Centro Panamericano de Zoonosis. Abrimos nuestras páginas a todos aquellos involucrados en la lucha antihidática, para sus trabajos, expresiones y aclaraciones.

LA DIRECCION
MAYO 1986

HIDATIDOSIS HUMANA, PORTADORES ASINTOMATICOS DE AREAS ENDEMICAS

Bernardo Frider (1); Carlos A. Losada (2);
Edmundo Larrieu (3); Omar De Zavaleta (4).

* □ RESUMEN □

La hidatidosis es endémica en la República Argentina. En las provincias de Río Negro y Neuquén es uno de los mayores problemas que debe afrontar la Salud Pública.

Debido a esta situación las provincias pusieron en marcha Programas de Control que encaran la ejecución de medidas globales de lucha, cumpliendo actividades de Atención Veterinaria, Atención Médica, Educación para la Salud y Saneamiento Ambiental.

Tienen particular interés para los Programas de Control las actividades de diagnóstico precoz de la hidatidosis humana. La evolución tecnológica ha permitido mejorar los métodos de catastro serológico utilizados, doble difusión para arco (dd5). Esta evolución notable en el campo inmunodiagnóstico no ha producido un cambio similar en el «diagnóstico por imágenes» con fines de catastro, detenido en radiografía de Tórax.

Hemos utilizado a la ultrasonografía (U.S.) como método de screening en población asintomática con excelentes resultados.

Los objetivos de esta investigación son: ampliar la experiencia de la US como método de catastro, valorar su aporte en situaciones clínico epidemiológicas, en las estrategias de atención médica primaria, en los Programas de Control de la enfermedad y un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad a través de la detección de portadores asintomáticos.

Durante los meses de junio, noviembre y diciembre de 1.984 fueron estudiadas por ultrasonografía y dd5 1.418 personas asintomáticas de áreas endémicas de las provincias de Río Negro y Neuquén.

1.-Médico-Jefe de Unidad- Clínica Médica "A". Hospital General de Agudos C. Argerich Buenos Aires.

2.-Médico Cirujano del Hospital Regional de Neuquén. Neuquén.

3.-Médico Veterinario Jefe de Programa de lucha contra la Hidatidosis Ministerio de Salud Neuquén.

4.- Médico en ciencias Veterinarias. Jefe Departamento de Zoonosis Subsecretaría de salud. Neuquén.

Trabajo realizado en el marco de los programas de lucha contra la hidatidosis de las provincias de Río Negro y Neuquén. Ministerio de salud Pública de Río Negro y Ministerio de Bienestar Social de la provincia de Neuquén, con la colaboración de la Secretaría de salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.

a.-272 Pobladores de Pilcaniyeu.(R.N.)

b.- 55 internados por patologías no hidatídicas, en el Hospital Zonal Bariloche (R.N.)

c.-577 conscriptos provenientes de distintos departamentos de la Provincia de Río Negro, a los que también se les efectuó radiografía de tórax.

d.-514 pobladores asintomáticos de Loncopué(NQ) e indígenas (Mapuches) de las reducciones Millain, Curical, Huncal y Huarenchenque. A 70 de los cuales se les efectuó Rx. de tórax.

Se detectaron 126 casos, 120 detectados por U.S., 2 por dd5 y 4 por radiografía de tórax. La dd5 fue positiva en el 15.75% de los casos. La U.S. fue positiva en el 98.36% de los casos. La U.S. fue negativa en el 1,63% de los casos mientras que la dd5 fue negativa en el 84, 42% de los casos. Dada la poca sensibilidad de la dd5 se deberá efectuar diagnóstico presuntivo de hidatidosis ante toda imagen quística hepática aunque la dd5 arroje resultados negativos. La relación de localización hígado-pulmón queda establecida en esta investigación en 8/1, las causas de esta diferencia en pacientes asintomáticos y asintomáticos quedan por determinarse.

La U.S. debe ser incorporada como método de elección en los catastros asociada a la radiología y a la dd5, con fines de diagnóstico precoz, vigilancia epidemiológica y monitoreo de programas de control de hidatidosis.

* INTRODUCCION

La Hidatidosis es endémica en la República Argentina. En las provincias de Río Negro y Neuquén es uno de los mayores problemas que debe afrontar la salud pública (18)(31).

Debido a esta situación, las provincias pusieron en marcha Programas de Control que encaran la ejecución de medidas globales de lucha, cumpliéndose actividades de Atención Veterinaria, Atención Médica, Educación para la Salud y Saneamiento Ambiental(32).

Tienen particular interés para los programas de Control las actividades de diagnóstico precoz de la hidatidosis humana, a fin de brindar tratamiento temprano, lo cual implica un menor riesgo quirúrgico y disminución de los tiempos de internación.(18)(31)(32). En estos aspectos la evolución tecnológica ha permitido mejorar los métodos de catastro utilizados, medida su utilidad en función de la sencillez, especificidad y sensibilidad alcanzada por cada método. Esta evolución, notable en el campo inmunodiagnóstico, no ha producido un cambio similar en el «Diagnóstico por imágenes» con fines de catastro(18), detenidos en la radiografía de Torax.

Existen escasos antecedentes bibliográficos sobre la aplicación de la ultrasonografía en catastros poblacionales en personas asintomáticas(18)(19)(43)(20).

Hemos utilizado esta tecnología como método de «screening» en población asintomática de alto riesgo de contraer la enfermedad(18).

Los objetivos de esta investigación son: ampliar la experiencia recogida con la aplicación de la ultrasonografía (US) como método de catastro, valorar su aporte en situaciones clínico epidemiológicas, en atención médica primaria, en los programas de control de la enfermedad y, un mejor conocimiento de la detección de portadores asintomáticos.

* MATERIALES Y METODOS

Durante los meses de junio, noviembre y diciembre de 1.984, fueron estudiadas 1.418 personas asintomáticas con ultrasonografía a las que simultáneamente se les extrajo sangre para la realización de estudios inmunológicos en los laboratorios de Zoonosis de San Carlos de Bariloche, Pcia. de Río Negro y Neuquén Pcia de Neuquén.

Para el estudio ultrasonográfico se utilizó un ecógrafo portátil de tiempo real, de alta resolución, con transductor lineal y convertidor analógico digital marca Aloka, modelo SSD—210DX, con sistema de registro Polaroid.

A los fines de diagnóstico de imágenes compatibles con hidatidosis se consideró la descripción de Charby(22)(27) basada en las distintas formas evolutivas del quiste y las halladas por nosotros en un trabajo anterior(18).

El exámen ultrasonográfico fue efectuado investigando sucesivamente hígado, vías biliares, páncreas, riñón, retroperitoneo y pelvis.

El diagnóstico inmunológico se basó en la detección del antígeno 5, utilizándose la técnica de doble difusión para arco 5 (dd5) (8) (10). Los antígenos fueron provistos por el centro Panamericano de Zoonosis (OPS/OMS), y por la dirección de Zoonosis de la Pcia de Buenos Aires (AZUL).

Los estudios efectuados corresponden a cuatro grupos de poblaciones:

*Grupo «a»: 272 pobladores del departamento de Pilcaniyeu, edad comprendida entre 2 y 83 años.

Este grupo corresponde a población asintomática de área urbana(158 personas de concurrencia voluntaria al Hospital Rural Pilcaniyeu ante citación de agentes sanitarios de Atención Primaria de la Salud) y de área rural(114 personas provenientes de un albergue escolar, estancia Pilcañeu y paraje Dina Huapi, donde sucesivamente fue instalado el ecógrafo).

*Grupo«b»: 55 pacientes internados por patologías no hidatídicas en el Hospital Zonal Bariloche, edades comprendidas entre 3 y 83 años. El Hospital Zonal Bariloche recibe derivaciones de varios departamentos de la provincia de Río Negro caracterizados por presentar altas tasas de hidatidosis.

*Grupo«c»: 577 conscriptos de 7 departamentos de la Pcia. de Río Negro todos ellos hombres de 18 a 20 años de edad, sometidos a revisión médica en el Hospital Bariloche. A este grupo también se le efectuó radiografía de tórax con el fin de detectar imágenes radiológicas compatibles con hidatidosis.

*Grupo«d»: 514 personas asintomáticos del Depto de Loncopue, Pcia de Neuquén, edad entre 2 y 81

años. A 70 personas de este grupo se les efectuó además Radiografía de Tórax. 278 eran pobladores del área rural nucleada Loncopué y 236 pertenecían al área rural, en su gran mayoría indígenas mapuches de las reducciones Millain, Curical, Huncal y Huaréncheque. Los estudios fueron realizados en el Hospital Zonal Loncopue. La población fue previamente notificada por agentes sanitarios y los indígenas fueron trasladados al Hospital en vehículos de la Municipalidad local.

TABLA N° 1

CATASTRO ULTRASONOGRAFICO, SEROLOGICO Y RADIOLOGICO. POBLACION ASINTOMATICA DE LAS PROVINCIAS DE RIO NEGRO Y NEUQUEN

Distribución según área estudiada y método utilizado. (1984)

POBLACION ESTUDIADA	dd5	U.S.	Rx. Tórax
Pilcaniyeu (R.N.)	272	272	-
Bariloche (Hospital) (R.N.)	55	55	-
Bariloche (Conscriptos)	577	577	577
Loncopué (Nqn)	514	514	70
TOTAL	1418	1418	647

* RESULTADOS

En los cuatro grupos fueron hallados 137 imágenes ultrasonográficas compatibles con hidatidosis en 120 portadores asintomáticos, 133 en hígado, 4 en bazo y 1 en abdomen inferior.

La descripción de las imágenes se detallan en la Tabla N° 2 y en la Iconografía.

La dd5 fue (+) en 9 quistes simples, en 1 multiloculado, en 3 con desprendimiento de membranas y en 6 calcificados.

TABLA N° 2:

Descripción de 137 imágenes ecográficas compatibles con hidatidosis en 120 portadores asintomáticos.

(Catastro de 1.418 pobladores de Río Negro y Neuquén) (Junio-Diciembre 1.984)

(En hígado 133; en bazo 4).

Quistes simples.....	65
Quistes simples con signo del nevado.....	13
Quistes tabicados (multiloculados).....	12
Quistes con vesículas hijas aisladas.....	3
Quistes con desprendimiento de membranas...	7
Quistes calcificados.....	17
Quistes heterogéneos y «solidos».....	5
Calcificaciones parenquimatosas.....	9

En pulmón se detectaron 4 casos. Dos en el grupo conscriptos y dos en el grupo Loncopué. Todos fueron dd5 (-). La relación de imágenes compatibles con hidatidosis entre hígado y pulmón fue de 8/1.

TABLA N° 3:

Catastro ultrasonográfico y radiológico de tórax. Población estudiada. Relación de localización hígado/pulmón. (1.984).

	N	Hígado	Pulmón
Conscriptos (rn)	577	24 (4.15%)	2 (0.34%)
Loncopue (NQN)	70	8 (11.4 %)	2 (2,8)
TOTAL	647	32 (4.94%)	4 (0.61%)

Localización Hígado/Pulmón 8/1

dos casos del grupo conscriptos fueron dd5 (+), U.S. (-) y Rx Tórax (-).

TABLA N° 4:

Diagnóstico ultrasonográfico, serológico y radiológico en 577 conscriptos.

U.S. (+)	dd5(+)	Rx (+)
24 (4,15%)	4 (0,69%)*	2 (0,35%)

Total de detectados 28 (4,85%)

*2 casos fueron dd5 +, U.S. y Rx-

Las diferencias halladas entre población rural nucleada y población rural dispersa se grafican en la Tabla N° 5 y en población adulta y menores de 21 años en la Tabla N° 6.

TABLA N° 5:

Relación casos detectados en área rural y área rural nucleada.

Población	Area R. Nucleada		Area Rural	
	N° Encuestas	Casos	N° Encuest.	Casos
Pilcaniyeu	158	6(3.79%)	114	9 (7.89%)
Bariloche	20	2(10 %)	35	6(17.14%)
Conscriptos	398	16(4.02%)	179	12 (6.70%)
Loncopue	278	24(8.63%)	236	51(21.61%)
TOTAL	854	48(5.62%)	564	78(13.82%)

TABLA N° 6

Casos detectados en mayores y menores de 21 años

Población	Menores de 21		Mayores de 21	
	N° Encuestas	Casos	N° Encuestas	Casos
Pilcaniyeu	146	5(3.42%)	126	10(7.93%)
Bariloche	10	0 (0.0%)	45	8(17.77%)
Conscriptos	577	28(4.85%)	0	0 (0.0%)
Loncopue	252	22(8.73%)	262	53(20.22%)
Total	985	55(5.58%)	433	71(16.39%)

La cantidad de casos detectados por dd5 y U.S. y la valoración de los dos métodos se aprecian en la Tabla N° 7.

TABLA N° 7:

Diagnóstico ultrasonográfico y serológico de hidatidosis en 1.418 pobladores asintomáticos de Río Negro y Neuquén. (1.984).

Población estudiada	n	U.S.(+)	dd5 (+)
Pilcaniyeu	272	15 (5.51%)	4 (1.45%)
Bariloche (Hospital)	55	8 (14.5%)	3 (5.45%)
Bariloche (Conscriptos)	577	24 (4.15%)	4 (0.69%)
Loncopué	514	73 (14.9%)	8 (1.55%)
TOTAL	1.418	120 (8.46%)	19 (1.33%)

P. 0.01 $\chi^2 = 15.55$

Los casos detectados en total representan 126, (Tabla N° 8). La ecografía detectó el 98,36% (120) de los casos y la dd5 fue + en el 15,75% (19) de los casos. La U.S. fue (-) en dos casos (1,63%).

TABLA N° 8:

RESULTADOS DEL CATASTRO

Detectados.....	126*
*diagnóstico por U.S. 120	
*diagnóstico por dd5..	2
*diagnóstico por Rx T.	4
Normales.....	1.292
Total de encuestados.....	1.418

Valoración de la U.S. y la dd5 en el diagnóstico de 122 casos de hidatidosis.

La U.S. fue (+) en el 98,36% (120) de los casos
 La dd5 fue (+) en el 15,75% (19) de los casos
 La U.S. fue (-) en el 1,63% (2) de los casos
 La dd5 fue (-) en el 84,42% (103) de los casos

* DISCUSION

ASPECTOS CLINICOS.RELACIONADOS AL DIAGNOSTICO INMUNOLOGICO Y ULTRASONOGRAFICO EN HIDATIDOSIS HUMANA.

Diagnóstico Serológico:

El diagnóstico presuntivo de hidatidosis puede ser formulado de acuerdo a distintas situaciones clínicas producidas por el parásito, debido a su crecimiento expansivo que comprime estructuras vecinas hasta llegar a la ruptura en una viscera o cavidad próxima, o a las manifestaciones secundarias a la infección del quiste.

El diagnóstico presuntivo puede establecerse también al comprobarse hepatomegalia, esplenomegalia o tumor abdominal en pacientes de áreas endémicas o por la obtención de imágenes compatibles mediante métodos radiológicos o ultrasonográficos (9).

En personas asintomáticas, la detección de quistes hidatídicos puede ser un hallazgo casual en exámenes médicos de rutina, en catastros serológicos, radiológicos, ultrasonográficos o debido a su búsqueda expresa en los casos identificados inicialmente por métodos inmunodiagnósticos. (9) (18) (53).

El diagnóstico es considerado definitivo de existir respuesta serológica + al arco 5, vómitica, confirmación quirúrgica o anatomopatológica (9) (53). En relación al inmunodiagnóstico, actualmente el Centro Panamericano de Zoonosis (OPS/OMS), recomienda el uso de técnicas basadas en la detección de anticuerpos contra los antígenos del arco 5 del equinococcus granulosus, dado que la positividad de la prueba, confirma inmunológicamente la enfermedad. (8) (9) (24).

En la presente investigación, se verifican investigaciones anteriores que mostraban que la sensibilidad del inmuno diagnóstico es significativamente menor que la de la U.S. (18). La U.S. detecto 120 casos (98.36%) compatibles con hidatidosis y la dd5 19 casos(15,75%). Tabla N°8. Las causas de esta menor sensibilidad han sido explicadas en relación a la integridad de la capa germinal del metacestode. El tegumento de la capa germinal constituye una barrera para la salida de los inmunógenos del líquido hidatídico, que inducen la formación de anticuerpos por el sist. inmunológico del hospedero. Así en quistes hialinos intactos en los que la salida de inmunógenos es nula o pequeña las pruebas inmunológicas pueden ser negativas al igual que en quistes calcificados o restos parasitarios que no producen estimulación antigénica(8). En consecuencia estos casos no son detectados en encuestas serológicas, aunque sí pueden ser captadas ecográficamente.

La respuesta inmunológica será generalmente positiva en aquellos quistes en los que el tegumento de la capa germinal ha sufrido alteraciones o una ruptura reciente (quistes con alteraciones) (8) (9). Sin embargo habría que considerar algunos otros aspectos, como concentración de anticuerpos, pues no hemos hallado en esta investigación ni en anteriores (18) ninguna relación entre la negatividad del arco 5 y el tipo ecográfico de quistes, como lo demuestra el hallazgo de dd5 + en quistes simples y calcificados.

Diagnóstico Ecográfico y Diagnóstico Diferencial:

La U.S. permite diferenciar fácilmente estructuras quísticas, sólidas o, mixtas.

Su utilidad en el diagnóstico de las enfermedades abdominales es un hecho verificado (6) (7) (11) (12) (17) (46) existiendo amplia información sobre esta tecnología aplicada tanto al diagnóstico de la hidatidosis humana en situaciones clínicas (3) (4) (5) (13) (15) (22) (23) (26) (28) (29) (30) (37) (39) (40) (41) (44) (46) (47) (48) (49) (55), como en el seguimiento y control de pacientes hidatídicos operados (31) y en la localización de quistes hidatídicos en pacientes asintomáticos con serología positiva al arco 5, (31) (49). Sin embargo ciertas limitaciones han sido señaladas (51).

De acuerdo con la bibliografía y a lo observado en esta serie las imágenes ultrasonográfica de la hidatidosis pueden presentarse:

- a.- como formaciones quísticas aisladas o múltiples, similares a los quistes simples congénitos o de enfermedad poliquística hepatorenal.
- b.- como quistes tabicados o multiloculados.

c.- como masas sólidas desde el punto de vista ecográfico "quiste sólido" (4), resultados de un gran número de vesículas hijas apretadas en el interior del quiste, que requiere diferenciación con tumores, siendo la utilidad en el diagnóstico diferencial la presencia de pared y la transmisión ecoica típica de los quistes.

d.- como formaciones quísticas heterogeneas nipo-coicas o mixtas.

e.- como quistes supurados que deben ser diferenciados de supuraciones abscesos.

f.- como calcificaciones intrahepáticas; imágenes ecogénicas con sombra acústica posterior similares a la litiasis tipo II de Crade.(V. Iconografía).

Se han señalado posibles características patognomónicas de las imágenes ecográficas de la hidatidosis, que hemos constatado:

a.- vesículas hijas aisladas.

b.- vesículas hijas múltiples.

c.- observación del "nevado" dado por la movilización de la arenilla hidatídica al movilizar brusca-mente al paciente 180 grados.

d.- La aparición de membranas desprendidas (46).

Los quistes hepáticos se pueden clasificar en:

I.- Quistes congénitos:

A.-Parenquimatosos:

- 1-Solitario
- 2-Enfermedad poliquística

B.-Quistes ductales:

- 1-Dilatación localizada
- 2-Dilatación múltiples de los conductos (Enfermedad de Caroli).

II.-Quistes Adquiridos:

A.-Inflamatorios:

- 1-quiste de retención
- 2-quiste hidatídico

B.-Quiste neoplático

C.-Peliosis hepática

El diagnóstico diferencial ecográfico entre quistes no hidatídicos de hígado y un quiste hidatídico simple, que no presente tabiques, ni vesículas hijas, desprendimiento de membranas o signo del nevado, con serología negativa, es quizás el de más difícil solución. En ésta serie de 137 imágenes ecográficas de hidatidosis, se hallaron 63 quistes simples, de los cuales 13 tenían «Nevado» y otros 9 la dd5 +. Por consiguiente quedan en consideración 41 casos para su diagnóstico diferencial con quistes no hidatídicos. No obstante pensamos que a diferencia de los quistes serosos simples o de los de enfermedad poliquística, la pared de los hidatídicos es de mayor espesor. Lo que coincide con el refuerzo que presenta dicha pared al efectuarse Tomografía Computada con contraste.

Por otro lado, los quistes no hidatídicos de hígado tanto en áreas endémicas como no endémicas, son una entidad poco frecuente. En una serie de 1.500 intervenciones quirúrgicas hepato-biliares solo se han encontrado dos (38).

Ningún paciente presentó quistes renales que permitieran la sospecha de enfermedad poliquística.

En nuestra opinión, deberá efectuarse el diagnóstico ultrasonográfico presuntivo de hidatidosis a todo paciente que proveniente de área endémica presente cualquiera de las imágenes ecográficas descriptas. Y particularmente de existir antecedentes de domicilio en área endémica, comparando los resultados de la presente experiencia, con el ínfimo porcentaje de imágenes quísticas en áreas no endémicas (14) (16) (38) (42), toda imagen quística en hígado observada ecográficamente debe ser considerada una posible hidatidosis, aunque no exista respuesta serológica positiva (dd5).

En este caso, la confirmación será quirúrgica. De tratarse de quistes muy pequeños ó asintomáticos queda el interrogante de una cirugía precoz o de su seguimiento ecográfico-serológico, para determinar la oportunidad del tratamiento en base a un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad.

Son múltiples los estudios realizados con serología U.S. y cirugía en el seguimiento de pacientes con antecedentes de hidatidosis o en personas asintomáticas con dd5+, que señalan a la U.S. como el método más sensible de detección (31) (49). Se desprende la conveniencia de disponer de U.S. para el diagnóstico complementario de la hidatidosis en el preoperatorio, durante la intervención quirúrgica y en el postoperatorio dada su capacidad de detectar pequeños quistes y la exacta localización de los mismos.

Los resultados hallados en los pacientes internados por diversas patologías no hidatídicas en el Hospital Bariloche, indican la necesidad de considerar a todo paciente presentado a la consulta por cualquier motivo, con antecedentes de domicilio en área endémica, un posible portador hidatídico y por ende estaría indicada la ejecución de estudios complementarios que permitan confirmar o rechazar dicha hipótesis (Rx., Ecografía y dd5).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

El valor que presentan para los Programas de Control, la detección de portadores de quistes hidatídicos por medio de las encuestas inmunodiagnósticas (1)(31)(32) y ecográficas(18) es según esta investigación un hecho verificado.

Las encuestas inmunodiagnósticas han sido efectuadas en los Programas de Lucha con la finalidad de evaluar en el hombre el impacto de medidas de control, como un indicador más sensible y ajustado que la tasa de incidencia quirúrgica tradicionalmente considerada (1) (32) (33) (53). El inmunodiagnóstico ha brindado también un valioso aporte a los programas de vigilancia epidemiológica por su ayuda a los servicios de notificación de casos humanos (33) (34) (53).

De acuerdo a esta experiencia y dado que la capacidad de la ecografía en pesquisar imágenes quísticas compatibles con hidatidosis es aproximadamente 7 veces superior a los métodos inmunodiagnósticos, debe ser incorporada como método de rutina para estudios catastrales en población de alto riesgo.

Así mismo queremos dejar sentada la utilización de las encuestas ultrasonográficas con fines de vi-

gilancia epidemiológica y monitoreo de programas de control dada su capacidad de detectar en forma temprana, fallas en el corte de la transmisión perro-hombre en áreas sometidas a desparasitación canina regular.

En relación a la localización de los quistes hidatídicos las estadísticas señalan una frecuencia en hígado del 55 al 60% y en pulmón del 35 al 20%.

En esta serie, la proporción queda establecida en 8 a 1. Quedan por determinar las causas de estas diferencias en pacientes sintomáticos y en asintomáticos. (Tablas N° 3 Y 4).

Una de las razones de las discordancias verificadas en esta investigación en cuanto a la localización, puede ser debido a que hasta el momento, el tórax tenía más facilidad de acceso por la Radiología que el abdomen.

Si consideramos a la ecografía, una verdadera «abreugrafía» (20) (19) del abdomen, estas cifras deben ser las más cercanas a la realidad.

Esta investigación parece confirmar, tal como ha sido sugerido (20) (19) (18) la necesidad de incorporar la tecnología ultrasonográfica a los programas de Atención Médica Primaria.

Se constata una tendencia al aumento de la prevalencia con la edad y vivienda en área rural dispersa. La mayor prevalencia en los internados en el Hospital Bariloche puede explicarse por la mayor edad media de la población encuestada. (Tablas N° 5 y 6).

Los aspectos epidemiológicos que involucran una mayor exposición al riesgo, han sido suficientemente analizados (1) (2) (35). Debe hacerse hincapié en la trascendencia que tiene el hallazgo de un 10% de imágenes ecográficas de hidatidosis en la población adulta del área Pilcaniyeu en el 18% de los internados en el Hospital Bariloche y en el 14,9% de los encuestados en Loncopue como evidencia adicional sobre la gravedad de la endemia hidatídica en las Provincias de Río Negro y Neuquén (31) (32) (33) (34) (35) (49) (51) (52).

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Abdussalam, M.; Eckert, J., Gemmel, M.; Mann, I. Pautas para la Vigilancia, Prevención y Control de la Equinococosis. FAO/UNEP/OMS. 206 pág. (1982)
- 2.— Amino, R. Pelvic Hydatid cyst: atypical ultrasonographic findings in one case. J. Radiol. 63: 197-9 (1982).
- 3.— Aliver, J. Cardiac hydatid cyst diagnosed by two dimensional echocardiography. Am Heart J. 104: 164-5 (1982).
- 4.— Barriga, P.; Cruz, F.; Lepe, V.; An Ultrasonographically solid, tumorlike Appearance of echinococcal Cyst in the liver. J Ultrasound Med. 2: 123-25 (1983).
- 5.— Bellini, P.; Ultrasonography of Equinococcus Granulosus Cyst of the liver I. La State Med. Soc. 132: 40-1 (1980)
- 6.— Brown, B.; Possibilities and limits ultrasonography in gastrointestinal diseases. Z. Gastroent. 20: 53-65 (1982).
- 7.— Bruguera, C.; Casano, R.; Ultrasonografía. Medicina Argentina (2da. serie) 1: 87:103 (1981).

- 8.— Centro Panamericano de Zoonosis. Prueba de doble difusión arco 5 para el diagnóstico de la Hidatidosis Humana. Bs. As. Nota Técnica N° 22. (1979).
- 9.— Coltorti, E. Inmunología en Hidatidosis. Acta Latinoamericana de Gastroenterología 13: 309-10 (1983).
- 10.— Coltorti, E.; Varela Díaz, V. Detection of antibodies Against Echinococcus granulosus arc. 5 Antigens by double diffusion test. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 72: 226-229 (1978).
- 11.— Cooperberg, R. Utilitation of diagnostic ultrasound in a Controlled Setting. J.C.U. 495-500 (1981).
- 12.— Cooperberg, R.; Picker, R.; Fulton, A. The Ultrasonic appearance of the liver in hepatic venous out obstruction. J.C.U. 10: 35-36 (1982).
- 13.— Cooperberg, R. Simposium of new technics imaging in bile ducts disease. Radiology 1982.
- 14.— Correa, D. VII Jornada de Gastroenterología de la Cuenca del Plata. Acta Gastroenterológica Latinoamericana 13: 311-12 (1983).
- 15.— Dalgaard, O. Bilateral polycystic disease of the kidneys. Acta Med. Scand. 158: 1-155 (1957).
- 16.— Filly, R.A. Ultrasonographic assessment of hepatic masses. Computed Tomography Ultrasound and X-RAY Integrated Approach. Masson Publishing U.S.A. (1979).
- 17.— Fontana, J.; Frider, B.; Oria, A.; Ecografía de la patología Biliopancreática. Premio Cosme Argerich de Cirugía (1982).
- 18.— Frider, B.; Larriue, E.; Odriozzola, M.; Vargas, F.; Catastro Ecográfico de Hidatidosis Humana en Area Endémica. Sociedad Argentina de Gastroenterología, Bs. As. (1984). Premio Bonorino Udaondo.
- 19.— Frider, B.; Discurso de clausura. Archivos 1° Congreso Argentino y Latinoamericano de Ultrasonografía en Medicina y Biología. Bs. As. (1983).
- 20.— Frider, B.; Malamud, S.; Román, N.; Corti, O.; La nueva semiótica. Propuesta de un método. Su futuro, Pren. Méd. Argent. 68: 793-96 (1981).
- 21.— Gemmel, M.; Posibilidades y perspectivas de control de la hidatidosis y Cisticercosis. Not. Méd. Vet. 1: 3-48 (1978).
- 22.— Gharby, H.; Hassine, W.; brauner, M.; Ultrasonid Examinator of the hidatic liver-Radiology 139: 459-63 (1982).
- 23.— Gonau, A.; Bidimensional echocardiography in the study of a myocardial and pericardial echinococcal cyst. Boll. Soc. Ital. Cardiol. 23: 202-8 (1978).
- 24.— Guarnera, E.; Varela Díaz, V.; Inmunodiagnosis of abdominal hydatid disease Med. J. Aust. 140: 493-495 (1984).
- 25.— Guisantes, J.; Yarzabal, L.; Diagnóstico de la Hidatidosis mediante la doble difusión en gel. Boletín O.P.S. 3: 257-263 (1975).
- 26.— Hadidi, A.; Ultrasound finding in liver hydatid cysts. J. Clin. Ultrasound. 7: 365-8 (1979).
- 27.— Iglesia, M.; Díaz, G.; Delelis, C.; Estudio Ecográfico de la Hidatidosis Hepática y Esplénica. Revista Arg. de Radiología 2: 57-65 (1983).
- 28.— Itzchak, Y.; Rubinstein, Z.; Heyman, Z.; Role of ultrasound in the diagnosis of abdominal hydatid disease. J. Clin. Ultrasound. 43: 91-4 (1980).
- 29.— Jones, W.; Monntain, J.; Wersen, K.; Symptomatic para sitic cyst of the liver. Br. J. Surg. 61: 118-123 (1974).
- 30.— Longmire, W.; Mandiola, S.; Gordon, H.; Congenital cystic disease of the liver and biliary system. Ann. Surg. 174: 711-726 (1971).
- 31.— Larriue, E.; Lester, R.; Medina, M.; Rodríguez Jáuregui, J.; Odriozzola, M.; Agüero, A.; Epidemología de la Hidatidosis en la Pcia. de Río Negro. Premio J.M. Jorge, Academia Nacional de Medicina (1984).
- 32.— Larriue, E.; Varela Díaz, V.; Coltorti, E.; Medina, M.; Coniglio, R.; Hidatidosis Humana: Aporte del Inmunodiagnóstico a la detección, notificación y registro de casos en la Pcia. de Río Negro. Argentina. Bol. Chil. Parasit. 1,2: 3-9 (1983).
- 33.— Larriue, E.; Lester, R.; Medina, M.; Vallejos, P.; Lucha Contra la Hidatidosis en la Pcia. de Río Negro, Situación Actual Rev. Méd. Vet. 5-6: 295-307 (1983).
- 34.— Larriue, E.; De Zavaletta, O.; Iriarte, J.; Bitsch, A.; Vigilancia Epidemiológica de la Hidatidosis en Patagonia. Vet. Arg. en Prensa. (1984).
- 35.— Larriue, E.; Lester, R.; Equinococosis canina en cuatro Dptos. de la Pcia. de Río Negro. Gaceta Vet. 345: 682-86 (1979).
- 36.— Larriue, E.; Zavaletta, O.; Iriarte, J.; Bitsch, A.; Epidemiología y distribución de la Hidatidosis en Patagonia. Not. Méd. Vet. En Prensa. (1984).
- 37.— Liu D. Ultrasonic diagnosis for cerebral hydatid cyst. Chung Hua 13: 121-2 (1981).
- 38.— Morel, C.S.; Fontana, J.J.; Pisano, A.; Boletín Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Vol. XLIX N° 6 (1965).
- 39.— Niron, E.; Ozer, H.; Ultrasound appearances of liver hydatid disease B. Jou. Radiol. 54: 335-338 (1981).
- 40.— Pirschel, J.; Sonography of echinococcosis. Aktual Probl. Orthop. 23: 69-72 (1982).
- 41.— Porta, E.; Contribution of C.T. and ultrasound to the preoperative diagnosis of biliobronchial fistula caused echinococcosis of the liver C.T. 5: 349-50 (1981).
- 42.— Quiroz, Y.; Ferrari, F.; Nuevos procedimientos de gabinete en el diagnóstico diferencial de las ictericias. Temas selectos de hepatología. Editorial Interamericana. México. Pág. 53-68 (1982).
- 43.— Rosta, A.; Fáy, K.; Results of ultrasonic abdominal screening test- Orvosi Hetilap 122 (37) 2277-79 (1981).
- 44.— Saint Martín, G.; Chiera, C.; Nevado un signo ecográfico patognomónico de hidatidosis en XV Jornadas Internacionales Hidatología. San Martín de los Andes (Argentina - 1983).
- 45.— Saint Martín, G.; Chiesa, J.C.; Falling Snowflakes an Ultrasound Sign of Hydatid Sand. J. Ultrasound Med. 3: 257-260 (1984).
- 46.— Segura Cabral, J.; Ultrasonografía abdominal Ediciones Norma (Madrid, España) (1981).
- 47.— Szebenia J. Ultrasonography in liver echinococcosis. Radiology 20: 31-4 (1980).
- 48.— Thurber, H.; Cooperberg, M.; Clement, J.; Echogenic Fluid: A. Pitfall in the Ultrasonogra-

phic diagnoses of cyst lesions. J.C.U. 7: 273-78 (1979).

49.— Tumol's Kaia. Ultrasonic liver study in echinococcosis. *Klin Med. (mosk)* 60: 58-62 (1980).

50.— Varela Díaz, V.; Guarnera, E.; Coltorti, E.; Angiorama, E.; Significance of hydatid immunodiagnostic surveys to health care and estimation of prevalence in the Argentina, Province of Chubut. *Trop. Parasitol* 34: 98-104 (1983).

51.— Varela Díaz, V.; Coltorti, E.; Immunodiagnostic confirmation of hydatid disease in patients with a presumptive diagnosis of infection. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo* 26: 87-96 (1984).

52.— Varela Díaz, V.; Coltorti, E.; Ricardes, M.;

Schantz, P.; Evaluation of immunodiagnostic Techniques for the detection of human hydatid cyst Carriers in field studies. *Am. Jou. Trop. Med. Adn. Hyg.* 4: 617-621 (1976).

53.— Varela Díaz, V.; Coltorti, E.; De Zavaleta, O.; Immunodiagnosis of human hydatid disease Applications and contributions to a Control Program in Argentina. *Am. Jou. Trop. Med. And Hyg* 5: 1079-1087 (1983).

54.— Walt, J.; Quistes y tumores benignos del hígado, *Clínica Quirúrgica de Norteamérica*; 449-464 (1977).

55.— Yacou, I.; Rubenstein, Z.; Heyman, Z.; Role of ultrasound in the diagnosis of abdominal hydatid disease. *J. Clin. Vet.* 8: 341-345 (1980).

N.R.: Las Tablas y Gráficos faltantes en los artículos: "Hidatidosis Humana, Portadores Asintomáticos de Areas Endémicas"; "Estudio Sobre la Maternidad y Situación Socioeconómica en Adolescentes en la Provincia del Neuquén en el Año 1983"; "Magnitud y Características del Problema Aborto en la Provincia del Neuquén"; "Centros de Salud Periféricos Area Programática Viedma"; "Costos Hospitalarios y Presupuesto de Salud"; se han excluido por razones de espacio.

Los lectores interesados en conocerlos, pueden solicitarlos a la Dirección de M.R.

den psico-social y constituye un período durante el cual se inicia y trata de perfeccionarse la personalidad, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y la adaptación armónica al medio social. Esta etapa según los expertos de la OMS podría extenderse entre los 10 y 20 años de edad; iniciándose en los comienzos de la pubertad (10 a 15 años) y finalizando con los procesos de crecimiento morfológico. Se tomó similar criterio para nuestra unidad de análisis.

2. HIPOTESIS:

En base a lo anteriormente expresado se elaboraron 2 hipótesis a confirmar:

* Las madres adolescentes pertenecen en su mayoría a una baja situación socio-económico.

* Entre las madres adolescentes hay un mayor porcentaje sin pareja que en el grupo etáreo tomado como control de 25 a 29 años.

3. OBJETIVO GENERAL:

Lograr una aproximación a la realidad provincial sobre maternidad en adolescentes, que sirva de base a planificaciones posteriores tendientes a disminuir el riesgo en este grupo etáreo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

— Determinar la situación socio-económica de las madres adolescentes, teniendo en cuenta las variables nivel de instrucción, actividad laboral, situación conyugal, lugar de ocurrencia del parto y actividad laboral paterna, a efectos de compararla con la situación socio-económica de las madres de 25-29 años de la Provincia del Neuquén en el año 1.983.

— Determinar la situación conyugal de las madres adolescentes, a efectos de establecer comparaciones con la situación conyugal de las madres del grupo de 25 a 29 años.

— Establecer comparaciones por Zonas Sanitarias, considerando cada una de las variables y los grupos etáreos seleccionados.

4. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

OCUPACION DEL CONYUGE: La actividad laboral ha sido categorizada del siguiente modo:

* Obrero: Personas que desarrollan tareas con predominio de actividad física, sean ellas calificadas ó no.

No se discriminó si las tareas desarrolladas se efectuaban por cuenta propia ó en relación de dependencia.

* Empleado de Administración Pública y/o Comercio: Este ítem no discrimina entre el empleado de comercio y el comerciante por cuenta propia (dueño).

* Técnico ó Profesional: Comprende a aquellos que desempeñan estas tareas con ó sin título habilitante.

OCUPACION DE LA MADRE:

* Empleada Doméstica: Comprende aquellas mujeres que desempeñan quehaceres domésticos en domicilios particulares como asimismo el personal de maestranza en dependencias de instituciones.

* Empleada de Administración Pública y/o Comercio: Este ítem no discrimina entre la empleada de comercio y la comerciante por cuenta propia (dueña).

* Profesional ó Técnica: Comprende a aquellas que desempeñan estas tareas con ó sin título habilitante.

LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO:

* Domiciliario: Nacimiento en medio no asistencial.

* Asistencial Privado: Parto realizado en instituciones del subsector privado u obra social.

* Asistencial Estatal: Parto realizado en establecimientos asistenciales del subsector oficial.

* Institucionales: Son todos los partos asistenciales cuyo establecimiento de ocurrencia se desconoce.

SITUACION CONYUGAL:

* Con Pareja: Entran en esta categoría los matrimonios y los unidos de hecho.

* Sin Pareja: Esta categoría está compuesta por las solteras, viudas y separadas.

SITUACION SOCIO-ECONOMICA -Construcción del índice-

Las variables consideradas para determinar la situación socio-económica son las detalladas en el cuadro. Dado que en la fuente de datos (Informe Estadístico de Nacido Vivo) no figuran las características de vivienda ni el nivel de ingresos del núcleo familiar, estos datos no pudieron ser tenidos en cuenta pese a la gravitación que tienen en la determinación del nivel socio-económico. De allí que utilizamos operativamente el término «situación socio-económica» y no «nivel».

INDICADORES \ VALOR	0	1	2	3
Nivel de Instrucción de la Madre	Analfabeta	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta y más
Actividad de la Madre	No Trabaja	Obrera o Empleada Doméstica	Empleada de Comercio	Profesional o Técnica
Actividad del Padre (mult.x2)	No Trabaja ó Sin Pareja	Obrero	Empleado de Comercio o Adm. Públ.	Profesional o Técnico
Lugar Donde Ocurrió el Parto	Domiciliario	Institucional o Estatal	Privado	

En la última categoría del nivel de instrucción se agruparon los ítems secundario incompleto, completo, universitario incompleto y completo para equiparar distintas posibilidades de acceso a niveles superiores de instrucción de ambos grupos por razones cronológicas. Dentro del grupo de las adolescentes, las únicas que pudieron no haber tenido posibilidades de ingresar al secundario son las de 14 años y menos que sólo representan el 4,1% del total del grupo.

La puntuación de la actividad del padre se duplicó con respecto al resto de los indicadores por considerarlo de fundamental importancia en la determinación de la situación socio-económica. Es un dato indirecto que nos permite inferir nivel de instrucción del mismo e ingreso remunerativo de su labor.

Puntuación valorativa de Situación Socio-económica:

- 0. 1. 2. 3 : Situación mala
- 4. 5. 6. 7 : Situación regular
- 8. 9.10.11 : Buena
- 12.13.14: Muy buena.

VARIABLES CONSIDERADAS
-Cuadro Resumen-

- = MADRES ADOLESCENTES
- = SITUACION SOCIOECONOMICA:
- OCUPACION DEL CONYUGE
 - * Obrero
 - * Empleado de la Administración Pública y/o Comercio
 - * Técnico ó Profesional
- OCUPACION MATERNA
 - * Empleada Doméstica
 - * Empleada de la Administración Pública y/o Comercio
 - * Técnica ó Profesional
- NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE
 - * Analfabeta
 - * Primaria Incompleta
 - * Primaria Completa
 - * Secundaria Incompleta
 - * Secundaria Completa
 - * Terciario Incompleto
 - * Terciario Completo
- LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO
 - * Domiciliario
 - * Asistencial Privado
 - * Asistencial Estatal
 - * Institucionales
- SITUACION CONYUGAL
 - * Con Pareja
 - * Sin Pareja

5. METODOLOGIA APLICADA

5.1. RECOLECCION DE DATOS

Fuente de Datos:

Se utilizó como fuente secundaria de datos, el «Informe Estadístico de Nacido Vivo» y se seleccionaron aquellos Informes en que la edad materna se encontraba comprendida entre los 10 a 20 años (no incluye) ó 25 a 29 años.

Han sido revisados todos los Informes Estadísticos correspondientes al año 1.983 de la Provincia del Neuquén (10.143).
Procesamiento de los Datos:

Inicialmente se construyó una tabla de doble entrada, con la finalidad de registrar los datos extraídos del Informe Estadístico de Nacido Vivo, a efectos de agruparlos por Zona Sanitaria, grupo étnico y mes de ocurrencia del parto.

Esta primera tabla matriz presenta los datos correspondientes a ocupación laboral materna y paterna; nivel de instrucción de la madre; situación conyugal y lugar de ocurrencia del parto. (Ver Anexo, Tabla Matriz N° 1: Nacimientos, según nivel de instrucción materno, actividad laboral, situación conyugal, lugar de ocurrencia del parto y actividad laboral paterna).

Posteriormente, los datos se agruparon en una segunda Tabla Matriz. Se obtuvieron datos anuales, por grupo étnico y por Zona Sanitaria. (Ver Anexo, Tabla Matriz N° 2: Nacimientos, según nivel de instrucción materno, actividad laboral, situación conyugal, lugar de ocurrencia del parto y actividad laboral paterna).

Por último, se construyó una tercera Tabla Matriz, con la finalidad de clasificar los 3.733 casos presentados, según el índice socio-económico elaborado. (Ver Anexo, Tabla Matriz N° 3: Nacimientos, según nivel de instrucción materno, actividad laboral, situación conyugal, lugar de ocurrencia del parto y actividad laboral paterna).

LIMITACIONES DEL METODO DE RECOLECCION

a) Al utilizar una fuente secundaria: «INFORME ESTADISTICO DE NACIDO VIVO», decidimos respetar las variables que el formulario contenía, por lo tanto nos hemos regido por las definiciones operacionales de las mismas.

b) Durante la revisión de los 10.143 informes, hemos detectado carencias en los datos registrados. Una omisión frecuentemente encontrada, fue la no aclaración si la categoría de ocurrencia del parto había sido ESTATAL ó PRIVADO.

c) No ha sido posible precisar más la variable Actividad Laboral Paterna, ya que en el Informe Estadístico (fuente de datos utilizados) no aparece expresamente la categoría: NIVEL DE INGRESO. Además no se pudo discriminar mejor la actividad laboral y la relación de dependencia ó no, porque la fuente de datos y las imprecisiones en su llenado no lo permitieron.

d) No se consideró como variable: «PERTENENCIA A OBRA SOCIAL O MUTUAL», por no contenerse dicha categoría en la fuente utilizada.

5.2.2. NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO TESTIGO.

NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25-29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN-AÑO 1.983.

NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25-29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1983.

TABLA N° 2

NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE	TOTAL		TOTAL POR GRUPO ETAREO		NEUQUEN		ZONA I		ZONA II		ZONA III		ZONA IV					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
															< 20	25 - 29	< 20	25 - 29
TOTAL	3733	100	1548	100	533	100	495	100	638	100	230	100	288	100	183	100	239	100
ANALFABETA	210	5.6	75	4.8	135	25.2	12	2.25	23	3.6	51	7.8	19	2.8	26	14.2	9	3.8
PRIMARIO INCOMPLETO	1099	29.4	548	35.4	155	29.1	162	32.3	170	26.6	76	26.8	81	23.9	62	33.8	55	23.4
PRIMARIO COMPLETO	1312	35.2	636	41.2	874	164.0	301	60.6	418	65.5	85	28.3	95	27.6	46	25.1	26	11.3
SECUNDARIO Y MAS	1112	29.8	287	18.6	208	39.0	48	9.2	50	7.8	50	17.2	56	15.9	24	13.1	57	24.3

GRUPO ETAREO DE 25 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA - PROVINCIA DEL NEUQUEN AÑO 1983

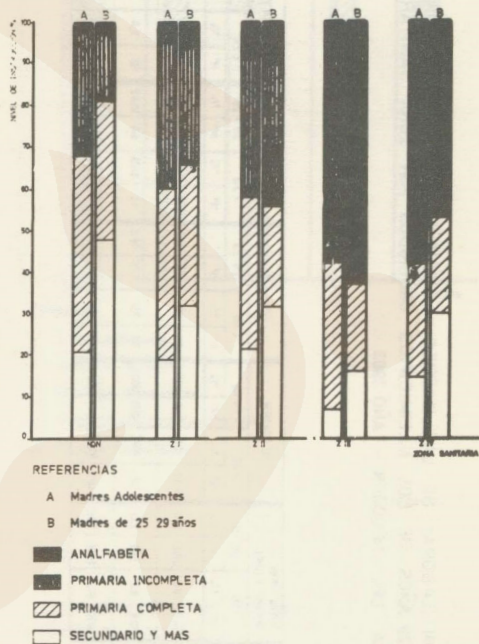


GRAFICO N° 2

INTERPRETACION DE LOS DATOS
TABLA N° 2 Y GRAFICO N° 2

Analizando las cifras globales, vemos que los niveles de instrucción que agrupan a mayor cantidad de madres adolescentes son: primario incompleto y primario completo. En el grupo testigo, se observa una mayor dispersión de las cifras en todos los niveles, concentrándose una mayor frecuencia los niveles: primario completo y secundario y más.

Hay un mayor porcentaje de analfabetas en el grupo testigo que en el de adolescentes: (6.2% en el primero y 4.8% en el segundo). También es mayor el porcentaje de mujeres de 25 a 29 años que

logran niveles de instrucción más altos que entre las adolescentes; por ejemplo para el ítem secundario y más hay un 37.8% de las madres del grupo testigo y 18.6% de las madres adolescentes; aunque asumimos las diferencias cronológicas que nos hablan de distintas posibilidades para cada grupo.

Esta relación se verifica en todas las Zonas excepto en la Zona II en que no hay diferencias evidentes entre ambos grupos. En la Zona III, por el contrario, se observa que el nivel educativo es mejor entre las menores de 20 años.

5.2.3. SITUACION LABORAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO TESTIGO

5.2.4. ACTIVIDAD LABORAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO TESTIGO

SITUACION LABORAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25 - 29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA - SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1983

TABLA N° 3

SITUACION LABORAL	TOTAL POR GRUPO ETAREO		NEUQUEN				ZONA I				ZONA II				ZONA III				ZONA IV							
	< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29							
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%						
TOTAL	3733	100	1548	100	2185	100	533	100	912	100	495	100	638	100	230	100	268	100	127	100	128	100	153	100	239	100
TRABAJA	632	16,9	128	8,3	504	23,1	51	9,57	275	30,15	39	7,9	125	18,6	14	6,09	44	16,42	12	9,4	25	19,5	12	7,96	35	14,64
NO TRABAJA	3101	83,1	1420	91,7	1681	76,9	482	90,43	637	68,85	456	92,3	513	80,4	216	93,91	224	83,59	115	90,6	103	80,5	151	92,54	204	85,36

INTERPRETACION DE LOS DATOS—TABLA N 3/4 Y GRAFICO N° 3—4

Se observa en la tabla que de 3.733 mujeres, considerando el grupo de madres adolescentes y el de 25 a 29 años, 632(16,9%) trabajan, mientras que no trabajan 3.101(83,1%).

De las 632 madres que trabajan, 128(8,3%) son menores de 20 años y 504(23,1%) pertenecen al grupo testigo de 25 a 29 años.

Se detecta que de las 128 madres menores de 20 años, 91(71,1%) trabajan en Servicio Doméstico,

ACTIVIDAD LABORAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25 - 29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA, SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1983

TABLA N° 4

ACTIVIDAD LABORAL	TOTAL		TOTAL POR GRUPO ETAREO				NEUQUEN				ZONA I				ZONA II				ZONA III				ZONA IV			
	< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29		< 20		25-29			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
TOTAL	632	100	128	100	504	100	51	100	275	100	39	100	125	100	14	100	44	100	12	100	25	100	12	100	35	100
SERVICIOS DOMESTICOS	184	29,1	91	71,1	93	18,5	28	54,90	38	13,82	33	84,6	34	27,2	9	64,29	6	13,64	11	91,7	6	24	10	83,33	9	25,71
EMPLEAO ADM-COMERCIO	321	50,8	37	28,9	284	56,3	23	45,1	162	58,91	6	15,4	65	52	5	35,71	27	61,36	1	8,33	16	64	2	16,67	14	40
TECNICA o PROFESIONAL	127	20,1	—	—	127	25,2	—	—	75	27,27	—	—	26	20,8	—	—	11	25	—	—	3	12	—	—	12	34,29

tico, 37(28,9%) son Empleadas de la Administración Pública ó de Comercio.

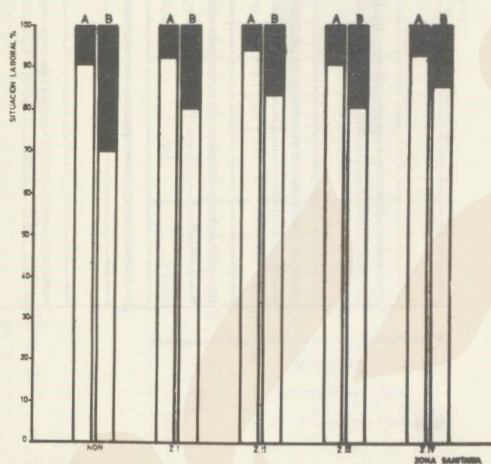
Es importante destacar, que no se observan Técnicas ó Profesionales dentro de este grupo, ya que por razones cronológicas no pudieron acceder al nivel universitario.

Sobre un total de 504 madres del grupo de 25 a 29 años que trabajan, sólo 93(18,5%) se desempeñan en Servicio Doméstico; mientras que 284 (56,3%) desarrollan sus tareas como Empleadas de la Administración Pública ó de Comercio y 127 (25,2%) se desempeñan como Técnicas ó Profesionales.

Se observa que es muy escaso el número de madres adolescentes menores de 20 años, que trabajan.

En todas las Zonas, el porcentaje de madres trabajadoras oscilan entre el 6 y 9 %, siendo Neu-

GRUPO ETAREO DE 25 29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS
POR ZONA SANITARIA - PROVINCIA DEL NEUQUEN AÑO 1982

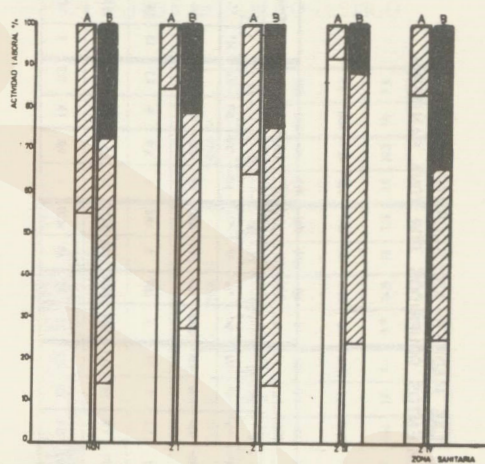


REFERENCIAS

- A Madres Adolescentes
- B Madres de 25 29 años
- TRABAJA
- NO TRABAJA

GRAFICO Nº 3

GRUPO ETAREO DE 25 29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS
POR ZONA SANITARIA - PROVINCIA DEL NEUQUEN AÑO 1982



REFERENCIAS

- A Madres Adolescentes
- B Madres de 25-29 años
- SERVICIOS DOMESTICOS
- ▨ EMPLEADO ADM. PÚBLICA-COMERCIO
- TÉCNICA PROFESIONAL

GRAFICO Nº 4

quén y Zona III, los lugares que en mayor número desarrollan tareas laborales.

Se desprende de la observación de la tabla que el 91.7% de madres adolescentes de Zona III desarrollan su actividad en Servicios Domésticos.

En las Zonas I y IV los porcentajes de madres adolescentes empleadas en Servicios Domésticos, se encuentra entre el 83 y 85 %; mientras que en la Ciudad de Neuquén es sólo del 54%.

Por lo cual se infiere que el 70% de MADRES ADOLESCENTES del interior de la Provincia trabajan en Servicios Domésticos.

Por el contrario, en la Ciudad de Neuquén y Zona II en el grupo etáreo de 25 a 29 años hay un porcentaje muy bajo (13%) de empleadas en Servicios Domésticos; mientras que en las otras Zonas Sanitarias vemos que los porcentajes de empleadas en Servicios Domésticos en este grupo etáreo, varía entre el 21 y 27%.

Se observa que el mayor número de Empleadas de la Administración Pública y de Comercio del grupo de adolescentes, se encuentra en la Ciudad de Neuquén (45%) y Zona II (35.7%). Siendo esca-

sas en las otras Zonas: 15% Zona I; 16% Zona IV y sólo el 8% en Zona III.

En el grupo de 25 a 29 años no se observan mayores diferencias entre las Zonas Sanitarias en lo que respecta a Empleadas de Administración Pública y Comercio, los porcentajes varían entre el 40 y 65%.

Como se mencionó anteriormente, no hay Técnicas ó Profesionales en el grupo menores de 20 años. En el grupo etáreo de 25 a 29 años el número de Profesionales ó Técnicas es del 25% (127) en relación al total de madres que trabajan (504).

SINTESIS:

—Es muy reducido el número de madres que trabajan, teniendo en cuenta los dos grupos en estudio seleccionados (16.9%).

—Relacionando ambos grupos, se evidencia que el porcentaje de madres trabajadoras es 3 veces mayor en el grupo testigo en relación al grupo adolescente.

—En el grupo de madres adolescentes que trabajan, la mayoría lo hace en Servicios Domésticos.

5.2.5. LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO TESTIGO

LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25-29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1983.

TABLA N° 5

LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO	TOTAL		TOTAL POR GRUPO ETAREO		NEUQUEN		ZONA I		ZONA II		ZONA III		ZONA IV													
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%												
															< 20	25-29	< 20	25-29	< 20	25-29	< 20	25-29				
TOTAL	3733	100	1548	100	2185	100	533	100	912	100	495	100	538	100	1277	100	1277	100	163	100	239	100				
PARTO DOMICILIARIO	57	1.5	31	2	26	1.1	4	0.75	2	0.22	7	1.4	7	1.3	2	0.87	5	1.86	5	3.9	6	4.7	13	9.8	6	2.51
PARTO INSTITUCIONAL-ESTATAL	2490	66.7	1246	80.5	1244	57	398	74.27	380	41.67	371	75	300	61.7	208	90.3	223	83.21	121	95.3	107	83.6	148	90.8	204	85.36
PARTO PRIVADO	1186	31.8	271	17.5	915	41.9	131	24.58	530	58.11	117	23.6	301	47.2	20	8.7	40	14.20	1	0.8	15	11.7	2	1.22	29	12.13

INTERPRETACION DE LOS DATOS—TABLA N° 5 Y GRAFICO N° 5

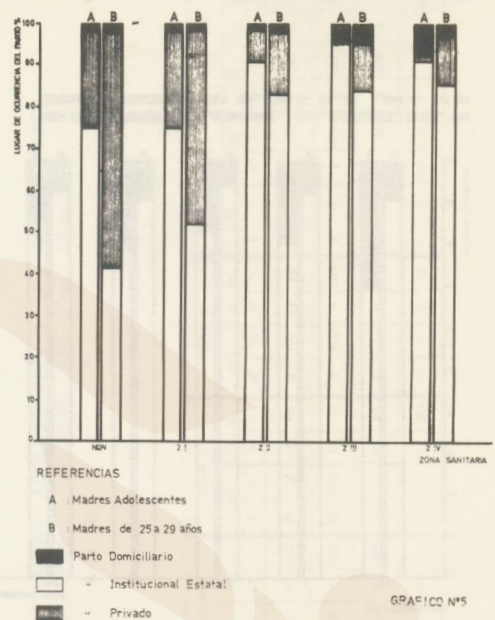
El total de partos ocurridos, considerando el grupo de mujeres de 20 años y el grupo de 25 a 29 años, en 1.983 en la Provincia del Neuquén, fue de 3.733 (100%).

Corresponden 1.548 partos, (41.5%) al grupo de mujeres menores de 20 años; y de 2.185 (58.5%) al grupo de 25 a 29 años.

Los partos domiciliarios fueron 57 en total (1.5%). En el grupo de madres adolescentes ocurrieron 31 partos domiciliarios, que representan el 2 % del total de partos de este grupo etareo.

Para las madres del grupo de 25 a 29 años recogimos cifras menores: 26 partos domiciliarios

LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25-29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA - PROVINCIA DEL NEUQUEN AÑO 1983



en total que representa el 1.1% del total de partos de este grupo etareo.

Hubo 2.490 partos institucionales (66.7%); entran en esta categoría los ocurridos en instituciones estatales y aquellos que siendo asistenciales no se consignó en la fuente de datos el establecimiento de ocurrencia.

Entre las madres adolescentes se registraron 1.246 partos institucionales (80.5%) de los partos de este grupo etareo. Entre las madres del grupo testigo hubo 1.244 partos, lo que representa el 57% del total de partos del mismo.

Los partos privados, fueron 1.186 (31.8%) del total. Para las adolescentes 271 partos ocurrieron en establecimientos de esta categoría; (17.55). En cambio en el grupo testigo hubo 915 partos de esta clase lo que representa el 41.9%.

Del análisis de la tabla surge que los partos domiciliarios son escasos en número; habiendo una mayor incidencia, aunque leve, entre las adolescentes.

Comparando el uso de servicios institucionales y privados de ambos grupos etareos, vemos una mayor frecuencia de utilización de servicios privados en el grupo de mujeres de 25 a 29 años. Esto podría sugerir que el grupo testigo está servido en mayor proporción por beneficios sociales y conoce sus derechos al respecto.

Haciendo el análisis por Zona del lugar de ocurrencia del parto, vemos que en Neuquén y Zona I, que es donde ocurren el mayor porcentaje de partos, los resultados son coincidentes con los porcentajes globales. No ocurre lo mismo con las otras Zonas por no contar la mayoría de las localidades de éstas con establecimientos de asistencia privada.

5.2.6. ACTIVIDAD LABORAL DEL CONYUGE DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO TESTIGO

ACTIVIDAD LABORAL DEL CONYUGE DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1983

TABLA N° 6

ACTIVIDAD LABORAL PATERNA	TOTAL		TOTAL POR GRUPO ETAREO						NEUQUEN						ZONA I						ZONA II						ZONA III						ZONA IV					
	N°	%	< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20							
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%						
TOTAL	3014	100	1034	34.3	100	1980	65.7	362	100	828	230	100	338	100	567	100	156	100	248	100	70	100	117	100	108	100	220	100	45,45									
OBRERO	1308	43.4	595	53.67	753	38.03	181	50	231	279	186	55.03	259	45.68	88	56.41	94	37.90	42	60	69	98.97	58	35.04	44	40.74	98	44.55										
EMPLEADO ADM. PUBLICO/COMERCIO	1437	47.68	429	41.49	1008	50.81	168	46.68	470	56.76	132	30.05	267	47.00	64	41.03	132	53.23	20	28.57	41	35.04	44	40.74	98	44.55												
TECNICO o PROFESIONAL	199	6.60	10	0.97	188	95.4	6	1.86	121	14.61	2	0.58	32	5.64	—	—	19	7.66	1	1.43	2	1.72	1	0.93	15	6.82												
NO TRABAJA	70	2.32	40	3.87	30	1.52	6	1.66	6	0.79	18	5.33	9	1.59	4	2.56	3	1.21	7	10	5	4.27	5	4.63	7	3.18												

INTERPRETACION DE LOS DATOS—TABLA N° 6

De las 3.733 madres estudiadas, 3.014 tienen pareja, de este total 1.034 son madres adolescentes y 1.980, madres de 25 a 29 años.

Del grupo menor de 20 años, en 555 casos (53.6%) los cónyuges son obreros; 429(41.5%) son empleados y 10(0.97%) son profesionales ó técnicos. 40(3.9%) no trabajan.

En el grupo de 25 a 29 años, 753(38%) cónyuges son obreros; 1.008(51%) empleados y 189 (9.5%) son profesionales ó técnicos. No trabajan 30 (1.5%).

Se destaca que en el grupo de mayor edad, los cónyuges se encuentran en mejor situación laboral, que en el de las madres adolescentes.

Comparando resultados de distintas Zonas Sanitarias, vemos que en Zona III y IV, las diferencias se mantiene aunque más atenuadas, mientras que en las demás Zonas, éstas son tan amplias como en los resultados globales.

5.2.7. SITUACION CONYUGAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO TESTIGO

SITUACION CONYUGAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25 - 29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1983

TABLA N° 7

SITUACION CONYUGAL	TOTAL		TOTAL POR GRUPO ETAREO						NEUQUEN						ZONA I						ZONA II						ZONA III						ZONA IV					
	N°	%	< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20		< 20		25 - 29		> 20							
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%						
TOTAL	3720	100	1548	41.61	100	2185	58.39	533	100	912	100	495	100	638	100	230	100	268	100	127	100	128	100	163	100	239	100	100										
CON PAREJA	3014	81.02	1034	66.8	100	1980	90.6	362	67.9	878	90.6	398	68.3	567	88.9	156	67.8	248	92.5	70	55.1	117	91.4	108	66.3	220	92											
SIN PAREJA	674	18.1	492	31.8	100	182	8.3	162	30.4	72	7.9	148	29.6	63	9.9	70	30.4	19	7.1	57	44.9	10	7.8	55	33.7	18	7.5											
SE IGNORA	45	1.2	22	1.4	100	23	1.1	9	1.7	12	1.3	9	1.8	8	1.2	4	1.8	1	0.4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.5									

INTERPRETACION DE LOS DATOS—TABLA N° 7 Y GRAFICO N° 7

De las madres menores de 20 años tenían pareja el 31.8% y se ignoraba la situación conyugal en el 1.4%.

De las madres de 25 a 29 años el 90.6% tenían pareja; carecían de ella el 8.3% y se ignoraba en el 1.1%.

SITUACION CONYUGAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO ETAREO DE 25 A 29 AÑOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS POR ZONA SANITARIA - PROVINCIA DEL NEUQUEN AÑO 1983

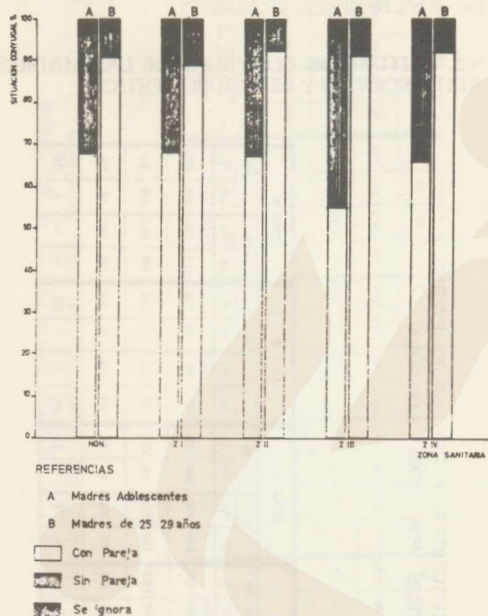


GRAFICO N° 7

Surge de la comparación de estos datos una clara diferencia entre ambos grupos siendo menor el porcentaje con pareja entre las adolescentes.

En la comparación por Zonas vemos que en la Zona III esta diferencia es aún mayor, creemos haber demostrado la segunda hipótesis propuesta en el trabajo, al existir un mayor porcentaje de madres sin pareja en el grupo de madres adolescentes que en el grupo testigo.

6. CONCLUSIONES FINALES

Si bien en la presentación de los datos, se han arribado a distintas interpretaciones respecto de cada una de las variables, creemos necesario elaborar una conclusión global del trabajo en función de las hipótesis formuladas.

PRIMERA HIPOTESIS:

«Las madres adolescentes pertenecen en su mayoría a una baja situación socioeconómica».

Como se refirió en el análisis de la Tabla N° 1, Situación Socioeconómica, de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años, de los nacimientos ocurridos por Zona Sanitaria, Provincia del Neuquén, AÑO 1983; se evidencia claramente una baja situación socioeconómica en las madres adolescentes ya que la gran mayoría de

ellas (83,4%) se encuentran en una situación mala ó regular.

Mientras que en el grupo testigo, el 54% se encuentran en la situación antes mencionada. Perteneciendo el 44,9% a una situación buena ó muy buena.

Hemos observado también, como ha sido demostrado en el análisis de la Tabla N° 2 «Nivel de Instrucción de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años de los nacimientos por Zona Sanitaria». Provincia del Neuquén, Año 1983 que en los niveles de instrucción que las madres adolescentes se concentran, son Primario Incompleto y Primario Completo, mientras que en el grupo testigo se observa una mayor dispersión de las cifras en todos los niveles, siendo los que agrupan una mayor frecuencia, Primario Completo y Secundario y más.

Creemos que el mayor nivel de instrucción alcanzado por el grupo testigo, se debe a una mayor posibilidad por razones cronológicas de acceder a un nivel educativo superior.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Tabla N° 4 «Actividad Laboral de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años de los nacimientos por Zona Sanitaria». Provincia del Neuquén, Año 1983; y Tabla N° 3 «Situación Laboral de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años de los nacimientos ocurridos por Zona Sanitaria». Provincia del Neuquén, Año 1983

Se observó que en ambos grupos, es muy reducido el número de madres que trabajan.

Se evidenció también que el porcentaje de madres trabajadoras es 3 veces mayor en el grupo testigo en relación al grupo adolescentes.

Del grupo de madres adolescentes que trabajan, la mayoría lo hace en Servicios Domésticos, se detectó, en cambio, que gran parte de las trabajadoras, del grupo testigo desarrolla sus tareas como empleada de comercio ó de la Administración Pública; es decir un mayor nivel de instrucción que las desarrolladas por el grupo adolescente.

Considerando los datos obtenidos en la Tabla N° 6 «Actividad Laboral del Cónyuge de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años, de los nacimientos ocurridos por Zona Sanitaria». Provincia del Neuquén, Año 1983.

Se destaca que en el grupo testigo, los conyuges se encuentran en mejor situación laboral que en el de las madres-adolescentes.

Creemos que ésta es una de las causas fundamentales, por lo que el grupo testigo resulta en una situación socioeconómica mejor que la de las madres adolescentes.

Del análisis de la Tabla N° 5, «Lugar de ocurrencia del parto de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años de los nacimientos ocurridos por Zona Sanitaria». Provincia del Neuquén, Año 1983. Surge que los partos domiciliarios son escasos en ambos grupos etáreos, habiendo una frecuencia levemente mayor entre las madres adolescentes.

Entre las que tuvieron partos institucionales se evidenció que el grupo testigo tenía mayor ocurrencia de partos privados lo cual confirma que éstas madres están en mejor situación socioeconómica.

SEGUNDA HIPOTESIS:

«Entre las madres adolescentes hay un mayor porcentaje sin pareja que en el grupo etáreo tomado como control de 25 a 29 años».

Del análisis de la Tabla N°7 «Situación Conyugal de las Madres Adolescentes y del grupo etáreo de 25 a 29 años de los nacimientos ocurridos por Zona Sanitaria». Provincia del Neuquén. Año 1.983. Se observa que el porcentaje de madres sin pareja en el grupo adolescente es aproximadamente 4 veces superior al porcentaje de las mismas hallado en el grupo testigo. Con esto queda demostrada la segunda hipótesis formulada.

7. ANEXO

7.1. BIBLIOGRAFIA

- 1) Censo Nacional 1.980.
- 2) Diagnóstico de Situación Perinatal de la Provincia del Neuquén, Subsecretaría de Salud-MBS—Diciembre de 1.981.
- 3) Comité de Expertos-OMS, Serie de informes técnicos N° 308—Problemas de Salud de la Adolescencia. 1.965.
- 4) Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. Editorial Interamericana.1.977. México.
- 5) VINACUR, J; ALTHABE, O. y otros. Valoración de Estrategias para la predicción y prevención de la Morbimortalidad Neonatal basado en el concepto de Riesgo. Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Vol. 40—N°9 y 10 1.982. Bs.As.
- 6) Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Evaluación del Embarazo y Parto de la Adolescente de temprana edad ginecológica. Edit. Interamericana. Noviembre-Diciembre 1.983-Bs. As. Pág. 499.
- 7) ZEIGER, Ginecología Infante Juvenil. Edit. Sudamericana-1.977-Bs.As.
- 8) RAUTANEN, E; y otros. Aspectos Médicos Sociales del Embarazo en Adolescentes. ANN. CHIRT. Gynecol 66: 122-136. Universidad Helsinki-1.977.
- 9) YOUNGS y otros. Experiencia con un programa de Embarazadas Adolescentes. Informe preliminar. Obst. Gynecol 50: 212-216. Agosto 1.977.
- 10) Adolescencia y Fertilidad. Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Marzo-Abril 1.982—Bs.As. Pág. 169.
- 11) ROSSELOT VICUÑA, J. La Salud del Adolescente y del Joven en América Latina y el Caribe. Boletín OPS. VOL. LXXXIII-N 4. Octubre 1.977.



PUESTO VILLA TRAFUL

MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA ABORTO EN LA PROV. DEL NEUQUEN - CARACTERIZACION DE LA POBLACION DE ABORTADORAS EGRESADAS DEL HOSPITAL NEUQUEN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 1983

AUTORES

Dra. María Elena CHIESA; Nutr. Ercilia AGUILERA; Arq. Dagoberto R. MANSILLA

COORDINADOR Dr. Alejandro FERRARI

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Eduardo Julio Dávila Aveiga, por habernos asesorado en la elección del tema del trabajo y el enfoque a darle al mismo.

1. INTRODUCCION:

Los porcentajes estimados de embarazos, que terminan en abortos espontáneos; varían considerablemente de un autor a otro.

La División de Población de las Naciones Unidas usó, en una publicación de 1954, UNA CIFRA del 10%. Posteriormente, la O.M.S. elevó este porcentaje a un 15 a 20% de todos los embarazos.

Otros autores citan cifras menores, del 8 al 16%, destacando que la frecuencia es mayor entre las mujeres que han tenido abortos previos.

Se estima que en Latinoamérica estos valores son menores, sobre todo en las comunidades indígenas. Un trabajo entre los araucanos de Chile refiere que al 5,1% de todos los embarazos terminan en abortos, correspondiendo a los abortos

espontáneos el 4,7% y a los abortos provocados el 0,4% de todos los embarazos. Resultados similares se obtuvieron en La Paz, Bolivia.

En 1976, el CELADE comienza un trabajo sobre aborto inducido en la planificación familiar, en las ciudades de: Bogotá (1968); Panamá (1969); Buenos Aires (1969) y Lima (1970). A través de él determinan que el 10% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos, variando ligeramente, esta cifra, de un país a otro.

En la Provincia del Neuquén, la incidencia de abortos cada 100 embarazos, para 1980, fue de 12,5%, sin haberse discriminado entre abortos espontáneos y provocados.

Si comparamos este hecho con lo que ocurre en otras provincias argentinas, para ese mismo año (datos proporcionados por la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud), vemos que en Salta este porcentaje es mayor: 14,4%, mientras que la incidencia, en Buenos Aires (11,4%) y en Misiones (6,8%) es menor. (Tabla N° 1).

ITEMS	PROVINCIAS							
	NEUQUEN	BS.AS.	CATAMARCA	CORRIENTES	CHACO	CHUBUT	MISIONES	SALTA
ABORTOS	709	2941	328	718	1.159	445	515	1.747
MUJERES EN EDAD FERTIL (1)	59.649	3.725.096	48.960	132.569	170.897	64.672	144.152	163.837
EMBARAZOS	5.657	25.787	—	—	—	—	7.534	12.153
A/MFx100	1.2	0.1	0.7	0.5	0.7	0.7	0.4	1.1
E/Ex100	12.5	11.4	—	—	—	—	6.8	14.4

(1) Grupo Etéreo de 14 a 49 años

Haciendo la relación de abortos por 100 mujeres fértiles (con datos de la misma fuente y del Censo de 1980), encontramos que las mayores incidencias se dan en la Provincia del Neuquén (1,2%) y de Salta (1,1%).

Para poder comparar lo que ocurre en la Provincia del Neuquén con los países de la Comunidad Económica Europea, donde el aborto es

legal (datos del Servicio de Estadísticas de la C.E.E., para 1981), debemos efectuar la relación de los abortos por cada 100 partos (Tabla N° 2). De esta manera observamos que la incidencia de abortos en Alemania (14,0%) y en Holanda (11,0%) es inferior a la de Neuquén (15,1%).

Relación Abortos/Partos x 100 en Neuquén y en los países de la Comunidad Económica Europea- Año 1981

RELACION	NEUQUEN	PAISES DE LA C.E.E.					
		DINAMARCA	ITALIA	FRANCIA	G.BRETAÑA	ALEMANIA	HOLANDA
A/P x 100	15.1	42.9	36.1	22.4	19.6	14.0	11.0

TABLA 2

De esto surgen que Neuquén, de las provincias consideradas, es la que mayor cantidad de abortos tiene en relación con su población de mujeres en edad fértil; y además, su incidencia de abortos por cada 100 partos llega a ser superior a algunos países, de la Comunidad Económica Europea, donde el aborto es legal.

En cuanto a las características de la población de abortadoras, el trabajo del CELADE sobre aborto inducido en la planificación familiar refiere que, el riesgo de abortar aumenta con la edad y en las mujeres sin pareja.

La distribución de acuerdo al nivel instruccional varía de acuerdo a la edad y el estado civil, en forma diferente en las distintas ciudades estudiadas. En Lima, en el grupo de 20 a 34 años, la posibilidad de abortar es mayor en el nivel instruccional elemental y en el grupo de 35 a 49 años, esta posibilidad es mayor entre las Universitarias. Lo opuesto ocurre en Bogotá. En Panamá el nivel secundario es el que tiene el más alto porcentaje de abortos, en ambos grupos etáreos. En Buenos Aires, la mayor incidencia se da en el nivel universitario en los dos grupos de edades.

La relación A/E x 100 disminuye a medida que aumenta la paridad. A igual nivel de paridad, el grupo de 35 a 49 años tiene más porcentajes de abortos que el grupo de 20 a 34 años, en todas las ciudades, menos en Panamá.

Pese a ser el aborto un problema de salud importante en la Provincia del Neuquén, no existe información referente a la magnitud y características del mismo, así como tampoco una caracterización de la población de abortadoras que facilite el proceso de programación y normatización al respecto.

1.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- a) Conocer la magnitud y características del problema aborto en la Provincia del Neuquén.
- b) Analizar algunos rasgos de la población de abortadoras egresadas del Hospital Provincial Neuquén.

1.2. PROPOSITOS:

Aportar elementos para la programación de acciones de salud, determinando los grupos más afectados por el problema y la incidencia de determinados factores para la ocurrencia del daño.

1.3. DEFINICION DE TERMINOS:

Abortos: Muerte ocurrida antes de las 20 semanas de gestación. No se hacen diferencias entre abortos espontáneos o provocados. Se excluyen los embarazos ectópicos.

Partos: Expulsión o salida del claustro materno del feto viable (28 semanas o más de gestación). No se hacen diferencias en cuanto a la forma de presentación del feto ni de la terminación del parto.

Embarazos: Suma de partos más abortos.

Mujer en edad fértil: Mujer comprendida en el grupo etáreo de 14 a 49 años.

Egresos: Salida del establecimiento de un paciente internado, por cualquier causa que sea.

A/MF x 100: Tasa específica de incidencia de abortos en la población femenina en edad fértil.

A/Eq x 100: Razón que mide el peso de la causa abortos del conjunto de los egresos.

A/E x 100: Tasa específica de incidencia de abortos en la población de embarazadas.

Magnitud del problema aborto: Se midió de dos maneras, de acuerdo a la información disponible:

—p A/MF: p E/MF x p A/E: la probabilidad de que una mujer aborte es el producto de dos probabilidades: que una mujer en edad fértil se embarace y que una mujer embarazada aborte.

— A/E x 100: ya definida y muy usada en la bibliografía consultada.

Características del problema: Se lo distinguió por su TENDENCIA y su LOCALIZACION.

Hospitales de Complejidad IV: Hospitales de: Cutral Co, Zapala, Chos Malal y San Martín de los Andes.

Hospitales de Complejidad III: Todos los Hospitales de la Provincia, dependientes de la Subsecretaría de Salud, menos los hospitales de complejidad IV y el Hospital Provincial Neuquén.

Rasgos de la población de abortadoras: Seleccionados en base a la bibliografía consultada.

VARIABLE CONSIDERADA CATEGORIZACION

—Edad —Menos de 20 años
—De 20 a 35 años
—Mayores de 35 años

—Nivel de instrucción
—Sin instrucción: sin instrucción y primaria incompleta.
—Con instrucción: desde primaria completa a universitaria completa.

—Situación conyugal
—Sin pareja: solteras, casadas, viudas, separadas.
—Con pareja: casadas y unidas de hecho.

—Situación laboral —Trabaja
—No trabaja

—Gestas previas —0, 1, 2, 3, 4, y más.
—Abortos previos —0, 1, 2, 3, y más.
—Hijos muertos —0, 1, 2, 3, y más.

—Conocimiento de anticoncepción
—Si: cuando alguna vez practicó algún método anticonceptivo.
—No: cuando no registra práctica de anticoncepción.

Riesgo relativo (RR): Es la incidencia del daño (aborto) entre las que tienen el factor presente/incidencia del daño (aborto) entre las que no tiene el factor (P₁/P₂).

2. MATERIAL Y METODO:

2.1. TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, poblacional, retrospectivo.

2.2. TIEMPO, LUGARES Y PERSONAS QUE ABARCA LA INVESTIGACION:

a) Período 1979-1983. Total de abortadoras y parturientas egresadas de los hospitales dependientes de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

b) Primer semestre de 1983. Abortadoras y parturientas egresadas del Hospital Provincial Neuquén.

2.3. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION:

La información fue extraída de las siguientes fuentes de información:

a) Para la primera parte, referida al primer objetivo:

— Dirección de Estadísticas y Censos: Censo de 1980 y progresiones de población.

— Departamento de Estadística de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén: Consolidado de Informes de Hospitalización (Egresos).

b) Para la segunda parte, referida al segundo objetivo:

— Departamento de Estadística de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén: Resúmenes Estadísticos Perinatales (R.E.P.); Informes de Hospitalización (Egresos).

— Servicio de Estadística del Hospital Provincial Neuquén: Historias Clínicas de los egresados por aborto.

2.4. LIMITACIONES ENCONTRADAS:

— Dificultad para obtener las Historias Clínicas oportunamente en el escaso tiempo disponible para la realización del trabajo (trabajo realizado en servi-

cio y con período limitado de tiempo). Por ello, para la caracterización de la población de abortadoras, se tomó el primer semestre de 1983, de las egresadas del Hospital Provincial Neuquén, ya que se constató que la distribución de los fenómenos estudiados era similar en ambos períodos semestrales y en relación al total provincial. (Gráficos N° 4 y 5).

— Limitaciones por el método de recolección utilizado. Al haber recogido la información de una fuente secundaria de datos, hubo que sujetarse a las variables que esta fuente brindaba, no pudieron caracterizarse, por ejemplo, el nivel económico de las embarazadas. Además, al no existir un protocolo de anamnesis para las abortadoras, como lo hay para las parturientas, alguna de las variables no estaban registradas en un alto porcentaje: nivel de instrucción y situación laboral. La información fue recogida en una planilla ad hoc (adjunta en el anexo) y volcada a tablas matrices de doble entrada conteniendo las variables en estudio.

2.5. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y ECONOMICOS:

El trabajo fue llevado a cabo por tres alumnos del Curso de Epidemiología Integrado a los Servicios de Salud, con la colaboración del Departamento de Estadística de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

3. PRESENTACION Y COMENTARIO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

3.1. MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA ABORTO EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

3.2. CARACTERISTICAS DE LAS ABORTADORAS EGRESADAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN, 1er. SEMESTRE DE 1983.

MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA ABORTO EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

1. CAUSAS DE EGRESO: (tabla n° 3).

Dentro de las 10 primeras causas de egresos, de los hospitales dependientes de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén, para el año 1.981 (último año procesado), los abortos, sin discriminar la causa, ocupan el tercer lugar.

Tomando por separado el Hospital Provincial Neuquén, cuya área de influencia es urbana y periurbana, y resuelve la más alta complejidad de problemas; los hospitales de nivel IV, con población predominantemente urbana y de mediana complejidad de resolución; y los hospitales de nivel III, con mayor proporción de población rural y de baja complejidad; vemos que hay diferencias marcadas.

Para el hospital Provincial Neuquén, los abortos son la segunda causa de egreso, mientras que para los hospitales de nivel IV son la séptima causa y para los de nivel III son la octava causa.

2. INCIDENCIA DE LOS ABORTOS EN EL PERIODO 1.979-1.983, DISCRIMINADOS POR NIVELES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA: (tablas N° 4, N° 5 y N° 6).

Si bien la población femenina en edad fértil, como los egresos hospitalarios, los embarazos y los abortos aumentan en el período considerado, vemos que $A/MF \times 100$ se mantiene constante (con valores entre 1.2 y 1.3), mientras que $A/EQ \times 100$ tiene una leve tendencia a disminuir (entre 3.8 y 3.5) y la relación $A/E \times 100$ tiende a aumentar (de 12.3 a 13.5).

2.1.- Analizando la incidencia de abortos en las mujeres en edad fértil, según nivel de complejidad del establecimiento de donde egresaron, se observa que, al igual que en el total provincial, en ambos casos, se mantiene durante el período. Comparando Neuquén Capital ($X = 1,8\%$) con el resto de la provincia ($X = 0,9\%$), tenemos que para cada 100 mu-

eres en edad fértil de Neuquén Capital, egresan 2 por aborto, en tanto que en el resto de la provincia, por cada 100 mujeres en edad fértil egresa solamente 1 por aborto. (Gráfico N° 1).

2.2.- El número de abortos por egreso no muestra una tendencia clara en el Hospital Provincial Neuquén, mientras que en los niveles IV y III parece que tiende a disminuir. La relación A/EG x 100, para el año 1.983, en el Hospital Provincial Neuquén, es igual a la media del período (6,2), mientras que para los niveles IV y III, el valor del último año es inferior a la media del período (2,6 para X 2,9 y

valores extremos del período (los mayores en 1.982 y los menores en 1.983). (Gráfico n° 3).

3. INCIDENCIAS DE ABORTOS EN 1983. DISCRIMINADOS POR NIVELES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA: (Tablas N° 7, N° 8, N° 9 y N° 10).

— La mayor cantidad de partos se produce: en el total provincial, hospitales de nivel IV y III, en el mes de septiembre; y en el Hospital Provincial Neuquén en el mes de marzo. La mayor cantidad de partos se ve en: el total provincial y Hospital Provincial Neuquén, en el mes de junio; mientras que

TABLA 3

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN Y LUGAR QUE OCUPAN LAS MISMAS EN LOS HOSPITALES NEUQUEN Y DE NIVELES IV Y III - AÑO 1981 - (C.I.E. 9ª Rev.)-

CODIGO	CAUSA	NIVEL											
		TOTAL PROVINCIAL			HOSP. NEUQUEN			IV			III		
		N°	%	ORD.	N°	%	ORD.	N°	%	ORD.	N°	%	ORD.
650	Parto en condiciones completamente normales	3,942	100	1	1,204	30,6	1	1,281	32,5	1	1,457	36,9	1
009	Infección intestinal mal definida	833	100	2	170	20,4	5	282	33,9	3	381	45,7	3
333,3	Todos los abortos	792	100	3	488	61,6	2	165	20,8	7	139	17,6	8
644	Parto prematuro ó amenaza de parto prematuro	778	100	4	135	17,4	8	284	36,5	2	359	46,1	4
466	Bronquitis y bronquiolitis agudas	688	100	5	90	13,2	14	207	30,5	4	383	56,3	2
482	Otras neumonías bacterianas	508	100	6	183	36,0	3	131	25,8	9	194	38,2	6
486	Neumonía, organismo causal no especificado	412	100	7	44	10,7	9	167	40,5	6	201	48,8	5
959	Otros traumatismo y los no especificados	378	100	8	35	14,9	9	150	40,5	8	165	44,6	7
854	Traumatismo intracraneal de otra naturaleza y de nat.n.a	369	100	9	153	41,5	7	117	31,7	10	99	26,8	15
774	Otras formas de ístericia perinatal	362	100	10	97	26,8	13	204	56,4	5	61	16,8	9

* Por debajo de las 20ª primeras causas.-

TABLA 4

MUJERES FERTILES, EGRESOS, EMBARAZOS, ABORTOS Y RELACIONES A/MF x 100, A/EG x 100 y A/E x 100 - PROV. DEL NEUQUEN PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑOS 1979 a 1983

AÑO	MUJ. FERT.	EGRES.	EMBAR.	ABORT.	A/MF x 100	A/EG x 100	A/E x 100
1979	56789	18767	5767	712	1,3	3,8	12,3
1980	59649	19299	5657	709	1,2	3,7	12,5
1981	62653	22322	6270	822	1,3	3,7	13,1
1982	65807	23347	6392	858	1,3	3,7	13,4
1983	69120	23849	6194	838	1,2	3,5	13,5

1.4 para X 1.7 respectivamente). (Gráfico N° 2). Por cada 100 egresos, fue dada de alta: 1.4 abortadoras de los hospitales de nivel III, 2,6 de los hospitales de nivel IV y 6,2 del Hospital Provincial Neuquén.

2.3.- La incidencia de abortos en las embarazadas aumenta a expensas del Hospital Provincial Neuquén (del 18,5% al 21,5%), no evidenciándose una tendencia definida en los otros nivel de complejidad, los cuales en los últimos años presentan los

TABLA 5

MUJERES FERTILES, EGRESOS, EMBARAZOS, ABORTOS Y RELACIONES A/MF x 100, A/EG x 100 y A/E x 100 - PROV. DEL NEUQUEN HOSPITAL NEUQUEN - AÑOS 1979 a 1983

AÑO	MUJ. FERT.	EGRES.	EMBAR.	ABORT.	A/MF x 100	A/EG x 100	A/E x 100
1979	22490	6720	2249	416	1,8	6,2	18,5
1980	24264	6431	2222	411	1,7	6,4	18,5
1981	26181	7576	2464	488	1,9	6,4	19,8
1982	28253	8293	2595	492	1,7	5,9	19,0
1983	30488	8792	2528	543	1,8	6,2	21,5

en los niveles IV se ve en febrero y en los niveles III en mayo.

— El mayor número de abortos, se registró en octubre, para el total provincial y el Hospital Provincial Neuquén; en abril para los niveles IV y en enero para los niveles III. El menor número se observa en septiembre, para el total provincial y los niveles IV, en julio para el Hospital Provincial Neuquén y en junio para los niveles III.

— La incidencia de abortos por cien embara-

zos, muestra los valores más altos en febrero, para el total provincial, Hospital Provincial Neuquén (diciembre y febrero) y niveles IV; y en enero para los niveles III. Los porcentajes más bajos están dados en septiembre, para el total provincial y los niveles IV; en julio para el Hospital Provincial Neuquén; y en junio para los niveles III.

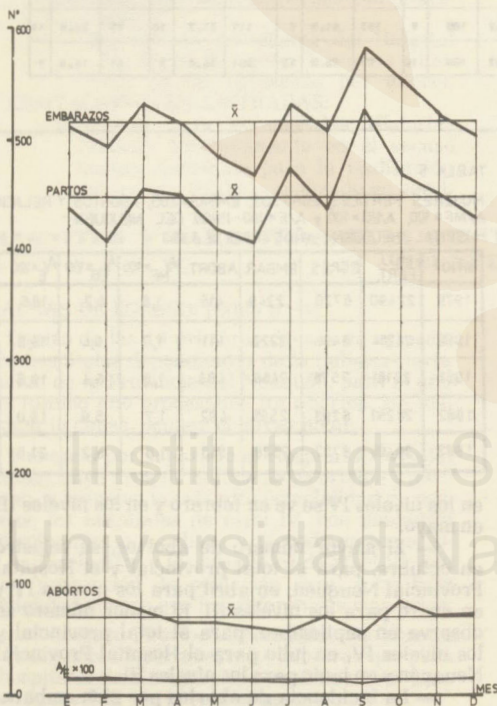
— La distribución de los fenómenos estudiados es similar, tanto para el total provincial como para el Hospital Provincial Neuquén, en ambos períodos semestrales. (Gráficos N° 4 y N° 5).

TABLA 6

MUJERES FERTILES, EGRESOS, EMBARAZOS, ABORTOS Y RELACIONES A/MF x 100, A/EG x 100 y A/E x 100 - PROV. DEL NEUQUEN HOSPITALES DE NIVELES III Y IV - AÑOS 1979 a 1983

AÑO/NIV	MUJ. FERT.	EGRES.	EMBAR.	ABORT.	$A_{MF} \times 100$	$A_{EG} \times 100$	$A_E \times 100$
1979	IV	5656	1804	180	0,9	3,2	10,0
	III	6391	1714	116		1,8	6,8
1980	IV	6226	1786	188	0,8	3,0	10,5
	III	6642	1649	110		1,7	6,7
1981	IV	6898	1983	206	0,9	3,0	10,4
	III	7848	1823	128		1,6	7,0
1982	IV	7005	1874	205	1,0	2,9	10,9
	III	8049	1923	161		2,0	8,4
1983	IV	7303	1888	187	0,8	2,6	9,9
	III	7754	1778	108		1,4	6,1

GRAFICO 4
EMBARAZOS, PARTOS, ABORTOS Y RELACION ABORTOS/EMBARAZOS x 100, POR MES - TOTAL PROVINCIAL - PROV. DEL NEUQUEN - AÑO 1983



3.2. CARACTERISTICAS DE LAS ABORTADORAS EGRESADAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN.

1er. SEMESTRE DE 1983.

3.2.1. INCIDENCIA DEL PROBLEMA ABORTO EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE EMBARAZADAS.

3.2.2. CONDICIONES DE LOS GRUPOS DE EMBARAZADAS EN LOS CUALES ESTABA AUMENTADA LA INCIDENCIA DE ABORTOS.

3.2.3. FACTORES QUE PARECE QUE AUMENTARON LA PROBABILIDAD DE ABORTAR EN LOS AGROPAMIENTOS DE EMBARAZADAS.

3.2.1. INCIDENCIA DEL PROBLEMA ABORTO EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE EMBARAZADAS

INCIDENCIA DEL PROBLEMA ABORTO EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE EMBARAZADAS

1. EDAD:

La mayor incidencia de abortos, en la población de mujeres en edad fértil, se da en Neuquén Capital (1,8%) respecto al resto de la Provincia (0,8%).

El grupo etéreo más afectado es el de 20 a 35 años (2,5%) y el menos afectado es el de 36 a 49 años (0,7%). (Tabla N° 11—Gráficos N° 6, N° 7 y N° 8).

TABLA 11

ABORTOS, MUJERES FERTILES Y RELACION $A_{MF} \times 100$, SEGUN GRUPO ETAREO Y LUGAR DE ATENCION - PROV. DEL NEUQUEN - AÑO 1983

LUGAR DE ATENCION	GRUPO ETAREO	ABORTOS	MUJ. FERTILES	$A_{MF} \times 100$
TOTAL PROVINCIAL	14 a 49	838	69 120	1,2
	14 a 19	121	15 520	0,8
	20 a 35	623	36 015	1,7
	36 a 49	94	17 585	0,5
HOSPITAL NEUQUEN	14 a 49	543	30 488	1,8
	14 a 19	77	6 310	1,2
	20 a 35	411	16 381	2,5
	36 a 49	55	7 797	0,7
NIVELES III Y IV	14 a 49	295	38 632	0,8
	14 a 19	44	9 210	0,5
	20 a 35	212	19 634	1,1
	36 a 49	39	9 788	0,4

El porcentaje de abortos, por grupos etéreos, muestra igual proporción, mientras que la relación A/E x 100, indica que, a mayor edad hay una mayor incidencia de abortos en la población de embarazadas: en las menores de 20 años es del 16,6%; en las de 20 a 35 es del 21,9% y en las mayores de 35 años es del 26,1%. (Tabla N° 12—Gráfico N° 9).

2. SITUACION CONYUGAL:

El mayor porcentaje de abortos se da entre las que tienen pareja (72,1%), pero la mayor incidencia por 100 embarazadas, la tienen las que no tienen pareja (24,7%). (Tabla N° 13—Gráfico N° 10)

3. SITUACION LABORAL:

Este dato es poco confiable dado el alto porcentaje de casos en los cuales se ignora la situación

laboral de las abortadoras (48,1%). Los abortos predominan entre las mujeres que no trabajan (35,3%) en tanto que la mayor incidencia de abortos por embarazadas, se da entre las que trabajan (18,5%).(Tabla N° 14—Gráfico N° 11).

4. GESTAS PREVIAS:

Las que tienen 4 gestas previas y más, son las que tienen el mayor porcentaje de abortos (35,2%) y la mayor incidencia (27,0%).

La relación A/E x 100, aumenta progresivamente con el número de gestas: 13,3% para las nulíparas y 27% para las que tienen 4 gestas y más. (Tabla N° 15—Gráfico N° 12).

5. ABORTOS PREVIOS:

El mayor porcentaje de abortos (51,6%) y la menor incidencia de abortos cada 100 embarazadas (14,5), se presentó en las que no habían tenido ningún aborto. (Tabla N° 16—Gráfico N° 13).

6. HIJOS MUERTOS:

Entre las embarazadas que no tenían hijos muertos se dio el mayor porcentaje de los abortos (86,8%) y la mayor incidencia (21,0%). Entre las que tenían hijos muertos se ve que, a medida que aumenta el número de hijos muertos, disminuye el porcentaje de abortos (de 4,3% a 0,8%) y aumenta la incidencia (10,7% a 20,0%).(Tabla N° 17—Gráfico N° 14).

7. NIVEL DE INSTRUCCION:

Este es otro dato poco confiable por el gran número de abortadoras donde se desconocen este rasgo (50,7%).

El porcentaje mayor de abortos se observó entre las que tenían nivel de instrucción primario (38%) y la mayor incidencia fue entre las universitarias (16,7%).

Si las agrupamos en sin instrucción (las que no tienen instrucción más las que tienen primario incompleto) y con instrucción (al resto), tenemos que el porcentaje de abortos en ambos grupos es similar (14,4% y 14,9% respectivamente). La incidencia predomina en las que no tienen instrucción (14,4%).(Tabla N° 18 y Gráfico N° 15).

8. ANTICONCEPCION:

El antecedente de haber practicado anticoncepción, no figura en el R.E.P. por tal motivo este dato no pudo obtenerse para el grupo de las parturientas. Del total de las 258 historias clínicas de egresos por abortos, en el 26,4% no estaba registrada la práctica de anticoncepción.

En los casos en los cuales este dato pudo recabarse, en el 54,7%, las abortadoras, habían practicado, en algún momento, algún método de anticoncepción, y el 45,3% no lo había hecho (Tabla N° 19).

Analizando la práctica de anticoncepción, según el nivel de instrucción, vemos que a mayor nivel de instrucción hubo una mayor práctica (40% en las que no tenían instrucción; 45% en el nivel primario y 52% en el secundario). (Tabla N° 20).

El mayor porcentaje de abortos se dio, en el grupo de menores de 20 años, entre aquellas que no practicaron nunca anticoncepción (44,6%), mientras que lo opuesto ocurren en las mayores de 20 años (de 20 a 35 años el 42% tuvo práctica anticonceptiva, y en el de mayores de 35 años, la tuvo el 48,3%). (Tabla N° 21).

3.2.2. CONDICIONES DE LOS GRUPOS DE EMBAZAZADAS EN LOS CUALES ESTABA AUMENTADA LA INCIDENCIA DE ABORTOS.

1. EN LA EDAD:

1.1. La Situación Conyugal: El no tener pareja aumenta la incidencia de abortos en las menores de 20 años, en tanto que en las mayores de 35 años, las más afectadas son las que tienen pareja (Tabla N° 22).

1.2. La Situación Laboral: Dato poco confiable, como ya explicamos. Esta característica parece influir poco en el grupo de menores de 20 años (9,3% en las que trabajan contra 8,9% en las que no lo hacen), y más en las mayores (20 a 35 años: 20,2% contra el 11,5% en las que no trabajan y en las mayores de 35 años: 23,8% contra 12,9%). (Tabla N° 23).

1.3. Las Gestas previas: La incidencia de abortos muestra una tendencia a subir con la paridad, hecho más notorio en el grupo de menores de 20 años, que del 12,9% en las nulíparas, pasa al 50% en las que tienen paridad 4 y más. (Tabla N° 24).

1.4. Los abortos previos: Al igual que con las gestas previas, a mayor cantidad de abortos previos, mayor incidencia, hecho que se da por igual en todos los grupos étnicos. (Tabla N° 25).

1.5. El tener hijos muertos: Las abortadoras menores de 20 años no tuvieron hijos muertos. En las de 20 a 35 años la mayor incidencia de abortos se dio entre las que no tenían hijos muertos (22,3%) mientras que en las mayores de 35 años la incidencia fue mayor entre las que tenían 3 ó más hijos muertos (33,3%).(Tabla N° 26).

1.6. El nivel de instrucción: Al igual que la situación laboral, es otro dato poco confiable. Hasta los 35 años, la mayor incidencia de abortos se dio en embarazadas que no tenían instrucción (14,1% en las menores de 20 años y 15,6% entre las de 20 a 35 años).

Lo opuesto se observó en las mayores de 35 años, hubo una mayor incidencia en las que tenían instrucción (20%). (Tablas N° 27 y N° 33).

2. EN EL NIVEL DE INSTRUCCION:

2.1. La situación conyugal: El tener pareja aumentó la incidencia de abortos tanto en las que no tenían instrucción como en las que la tenían (10,9 a 14,9% en las que tenían pareja y no tenían instrucción y de 9,7 a 10,3% entre las que tenían instrucción. (Tablas N° 28 y N° 33).

2.2. La situación laboral: En las embarazadas sin instrucción, el trabajar aumentó levemente la incidencia de abortos (de 14,1% a 15,0%), en tanto que en las que tenían instrucción el hecho de trabajar aumentó al doble la incidencia (de 8,0% a 16,8%). (Tablas N° 29 y N° 33).

2.3 Las gestas previas: La mayor incidencia de abortos se ve en las que tienen 4 y más gestas, tanto para las que no tienen instrucción (18,0%), como para las que tienen (23,8%). (Tablas N° 30 y N° 34).

2.4. Los abortos previos: A mayor cantidad de abortos previos, mayor incidencia de abortos, tanto en el grupo que no tenía instrucción, como en el que la tenía (de 10,2% a 40,0% en el primero y de 7,1% a 37,5% en el segundo). Escapa a esta tendencia las que tienen 3 ó más abortos previos. (Tablas N° 31 y N° 34).

2.5. El tener hijos muertos: En el grupo de embarazadas sin instrucción, la mayor incidencia de abortos se observó entre las que no tenían ningún hijo muerto (15,9%) y entre las que tenían 2 hijos muertos (15,4%). Para el grupo de las que tenían instrucción, la mayor incidencia de aborto estuvo en las que tenían 3 y más hijos muertos (50%), pero con un número muy pequeño de casos; y entre las que no tenían hijos muertos (10,3%). (Tablas N° 32 y 34).

3. FN LA SITUACION CONYUGAL:

3.1. La situación laboral: El trabajar aumentó la incidencia de abortos tanto en el grupo de embarazadas sin pareja (de 4,8% a 19,4%) como en las que tenían pareja (de 11,7% a 17,6%). (Tabla N° 35).

3.2. Las gestas previas: A mayor cantidad de gestas previas, mayor incidencia de abortos, en ambos grupos. En las sin pareja: de 20,4% en las nulíparas, a 50,0% en las que tenían 3 gestas previas; y en las que tenían pareja: las nulíparas tuvieron una incidencia de 9,4% y las que tenían 4 gestas y más, el 27,3%. (Tabla N° 36).

3.3. Los abortos previos: Entre las que tenían pareja, la mayor incidencia de abortos se vio en las que tenían 2 abortos previos (47,2%).

De las que no tenían pareja, la mayor incidencia estuvo en las que tenían 3 y más abortos previos (675,0%). (Tabla N° 37).

3.4. El tener hijos muertos: La mayor incidencia de abortos se dio, tanto en las que tenían o no pareja, en las que no tenían hijos muertos. Con pareja, sin hijos muertos: 19,3%; con hijos muertos: 11,7%. En las sin pareja, sin hijos muertos: 25,2%; con hijos muertos: 13,3% (Tabla N° 38).

4. EN LA SITUACION LABORAL:

4.1. En las gestas previas: En las embarazadas que no trabajan, al aumentar la cantidad de gestas previas aumenta la incidencia de abortos (de 2,3% en las nulíparas a 19,5% en las que tienen 4 y más gestas previas). Entre las que trabajan la mayor incidencia de abortos se da en el grupo que tiene 3 gestas previas (39,1%). (Tabla N° 39).

4.2. Los abortos previos: El tener 3 y más abortos previos mostró la mayor incidencia de abortos en el grupo que trabajaba (50,0%); y en el que no trabajaba la mayor incidencia se dio entre la que tenía 2 abortos previos (38,5%). (Tabla N° 40).

4.3. El tener hijos muertos: La mayor incidencia de abortos se presentó entre las que no tenían hijos muertos, tanto para las que trabajaban (19,1% contra el 13,5%), como en las que no trabajaban (11,4% contra 7,3%). (Tabla N° 41).

5. EN LAS QUE TENIAN GESTAS PREVIAS:

5.1. Los abortos previos: A mayor cantidad de gestas previas mayor posibilidad de abortos previos. La mayor cantidad de abortos previos aumentó la incidencia de abortos en todas las paridades hasta 2 abortos previos, ya que 3 y más abortos previos escapa a esta tendencia. (Tabla N° 42).

5.2. El tener hijos muertos: Hubo mayor incidencia de abortos entre las que no tenían hijos muertos en todas las paridades. (Tabla N° 42).

5.2. El tener hijos muertos: Hubo mayor incidencia de abortos entre las que no tenían hijos muertos en todas las paridades. (Tabla N° 43).

6. EN LAS QUE TENIAN ABORTOS PREVIOS:

6.1. El tener hijos muertos: Entre las que no tenían abortos previos, la mayor incidencia de abortos se dio cuando tenían algún hijo muerto (33,3% contra 15,8%). Cuando tenían abortos previos, la incidencia fue mayor entre las que no tenían hijos muertos, para el caso de 1 (35,1%) y 2 (50%) abortos previos, y entre las que tenían hijos muertos, en el caso de 3 y más abortos previos (57,1%). (Tabla N° 44).

3.2.3. FACTORES QUE PARECE QUE AUMENTARON LA PROBABILIDAD DE ABORTAR EN LOS AGrupamientos DE EMBARAZADAS.

1. LA EDAD:

1.1. Tener menos de 20 años: Parece que aumentó el riesgo de abortar en un 44% en el grupo de las que tenían 3 y más gestas y en un 59% en las que tenían un aborto previo.

1.2. La edad de 20 a 35 años: Parece que aumentó más las posibilidades de abortar entre las que tenían instrucción (51%) que entre las que no la tenían (17%). También parece haber aumentado la posibilidad de abortar tanto en las que no tienen pareja (12%) y en las que trabajan (44%) y no trabajan (15%). En esta edad, el ser primípara y no tener abortos previos aumentó el riesgo de abortar en 11% y 24% respectivamente. En las que no tuvieron hijos muertos, el RR fue de 1,21%.

1.3. El tener más de 35 años: aumentó el riesgo de abortar en: las que tenían instrucción (86%), que tenían pareja (48%), que trabajaban (32%) y no trabajaban (19%), que tenían 1 ó 2 gestas previas (7%), que tenían 2 ó más abortos previos (31%) y que tenían hijos muertos (53%). En las que no tenían hijos muertos parece que aumentó la probabilidad en un 24%.

2. EL NIVEL DE INSTRUCCION:

2.1. No tener instrucción: Parece que aumentó la posibilidad de abortar más en las menores de 20 años (163%) y menos en las de 20 a 35 años (36%), más en las que tenían pareja (44%) y menos en las que no tenían (13%), en las que no trabajaban (76%), que tenían 1 y 2 gestas previas (87%), más en las que tenían 1 aborto previo (49%) y menos en las que no tenían aborto (44%). El tener hijos muertos parece que aumentó la probabilidad de abortar en 55%.

2.2. Tener instrucción: Parece que aumentó el riesgo de abortar entre las que tenían más de 35 años (136%), en las que trabajaban (12%), en las nulíparas (25%) y entre las que tenía 3 y más gestas previas (21%).

3. LA SITUACION CONYUGAL:

3.1. No tener pareja: Parece que aumentó la posibilidad de abortar en las menores de 20 años (64%) y en las de 20 a 35 años (38%), en las que trabajaban (21%), tanto para las nulíparas (130%), las que tenían 1 y 2 gestas previas (82%) y menos en las que tenían 3 y más gestas previas (18%). En las que no tenían abortos previos, aumentó menos el riesgo de abortar (25%) que en las que tenían 1 aborto previo (113%) y las que tenían 2 y más abortos previos (32%).

En las que tenían hijos muertos, el RR fue de 1,31% y en las que no los tenían fue de 1,14%

3.2. Tener pareja: Parece aumentar la probabilidad de abortar en las mayores de 35 años (13%), en las que no tienen instrucción (37%) más que en las que tienen instrucción (7%). En las que no trabajaban, el tener pareja parece que aumentó el riesgo de abortar en un 250%.

4. LA SITUACION LABORAL:

4.1. Trabajar: Parece aumentar la probabilidad de abortar en todos los grupos de embarazadas, influyendo más en: las mayores de 35 años (85%), que tienen instrucción (110%), que no tienen pareja (308%), que son nulíparas (228%), que tienen 1 aborto previo (93%) y que tienen hijos muertos (85%).

4.2. No trabajar: No parece aumentar la posibilidad de abortar en ninguno de los agrupamientos de embarazadas.

5. EL NUMERO DE GESTAS PREVIAS:

5.1. La nuliparidad: Solamente parece que aumenta, levemente, el riesgo de abortar en las embarazadas que no tienen hijos muertos (5%).

5.2. El tener 1 ó 2 gestas previas: Parece aumentar la probabilidad de abortar en las menores de 20 años (24%), en las que no tienen pareja (11%) y en las que tienen un aborto previo (8%).

5.3. Tener 3 gestas previas y más: Parece que no aumenta el riesgo de abortar, solamente en las que tienen un aborto previo y en las que no tienen hijos muertos. Su acción parece ser más marcada en las menores de 20 años (149%), en las que tienen instrucción (191%), que tienen pareja (101%), que no trabajan (130%), que tienen 2 ó más abortos previos (67%) y que tienen hijos muertos (70%).

6. EL NUMERO DE ABORTOS PREVIOS:

6.1. No tener abortos previos: No parece aumentar la probabilidad de abortar en ninguno de los grupos.

6.2. Tener un aborto previo: Únicamente no parece aumentar el riesgo de abortar en las que tienen algún hijo muerto. La mayor probabilidad de abortar parece que la producen en: Las menores de 20 años (246%), que no tienen instrucción (162%), que trabajan (111%), que tienen 1 ó 2 gestas previas (120%) y que no tuvieron hijos muertos (87%).

6.3. Tener 2 ó más abortos previos: Parece aumentar la probabilidad de abortar en todos los agrupamientos de embarazadas. Los mayores riesgos relativos se dan en: las menores de 20 años (3,27%) y en las mayores de 35 años (3,64%), en las que tienen instrucción (4,11%), en las que no trabajan (3,99%), que tienen 3 y más gestas previas (3,14%) y tienen hijos muertos (9,60%).

7. TENER HIJOS MUERTOS:

7.1. Tener hijos muertos: Parece que aumenta la probabilidad de tener abortos en las que no tienen instrucción (85%), que no tienen pareja (90%) más que en las que tienen pareja (65%), en las que tienen 3 y más gestas previas (136%) más que en las que tienen 1 ó 2 gestas previas (61%) y en las que tienen 2 ó más abortos previos (4%).

7.2. No tener hijos muertos: Parece aumentar el riesgo de abortar en las de 20 a 35 años (85%) más que en las mayores de 35 años (49%), en las que no

trabajan (157%) más que en las que trabajan (41%) y en las que no tuvieron ningún aborto previo (377%) que en las que tuvieron un aborto previo (240%).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

— CONCLUSIONES:

Respecto a la magnitud y características del problema aborto, se comprobó que los abortos son la tercer causa de egreso del total de egresos provinciales correspondiendo, para el Hospital Provincial Neuquén, el segundo lugar dentro de todas las causas, y para los hospitales de nivel IV y III, el séptimo y octavo lugar respectivamente.

La relación A/EQ x 100 tiende a disminuir, en el período 1979-1983, a expensas de los hospitales de nivel IV y III.

La mayor incidencia de abortos, en la población de mujeres fértiles, y en la población de embarazadas, se da en las zonas urbanas y periurbanas.

La relación A/E x 100, tiende a aumentar, en el período estudiado, debido al incremento evidenciado por el Hospital Provincial Neuquén.

Al analizar las características de la población de abortadoras egresadas del Hospital Provincial Neuquén, en el 1er. semestre de 1983, se encontró que:

- La mayor cantidad de abortos se produjo en las embarazadas que tenían: de 20 a 35 años, que tenían pareja, que no trabajaban, con nivel de instrucción primario, que tenían 4 y más gestas previas, que no tenían abortos previos ni hijos muertos y que en algún momento habían practicado anticoncepción.

Los rasgos de este grupo son similares a los rasgos de la población de embarazadas, estudiadas en el mismo período y a los detectados en las parturientas estudiadas en el Diagnóstico de Situación Perinatal de la Provincia del Neuquén.

- La mayor incidencia de abortos, expresada por la relación A/E x 100, se observó en las mujeres fértiles mayores de 35 años, que no tenían pareja, que trabajaban, con nivel de instrucción primario, con 4 y más gestas previas, con 2 abortos previos y sin ningún hijo muerto.

- Las condiciones de los grupos de embarazadas en las cuales se dieron los mayores incidencias fueron: el hecho que trabajara, la paridad 4 y más y el tener 2 abortos previos, para todos los grupos. El no tener pareja aumentó la incidencia en las menores de 35 años, mientras que el tener pareja la incrementó en las mayores de 35 años y en las que no tenían instrucción más que en las que la tenían. No tener instrucción mostró incidencias mayores en la mayoría de los grupos, excepto en las mayores de 35 años y las que tenían 1 y 3 y más hijos muertos, en las cuales la mayor incidencia se dio entre las que tenían instrucción.

Lo aquí encontrado es, en general, comparable a la bibliografía consultada. La mayor diferencia se vio en la incidencia de abortos por edad y paridad, donde el estudio del CELADE comenta que en el grupo de 35 a 49 años tiene mayor incidencia de abortos que el grupo de 20 a 34 años, a igual nivel de paridad, siendo, en nuestro caso lo opuesto, igual que en Panamá. En cuanto a la incidencia de abortos por edad según nivel de instrucción en los

egresos del Hospital Provincial Neuquén se da una situación semejante a la Ciudad de Lima: en el grupo de 20 a 34 años, la incidencia de abortos es mayor en las que no tienen instrucción, y en el de 35 a 49 años, es mayor entre las que tienen instrucción.

- Los factores que parece que han aumentado el riesgo de abortar son:

- Abortos previos 2 y más: parece haber aumentado la probabilidad de abortar en un 170%.

- Abortos previos 1: parece haberla aumentado en un 71%.

- Trabajar: parece haberla aumentado en un 69%

- No tener hijos muertos: parece haberla aumentado en un 68%.

- Gestas previas 3 y más: parece haberla aumentado en un 64%.

- No tener pareja: parece haberla aumentado en un 33%.

- Tener más de 35 años: parece haberla aumentado en un 27%.

- No tener instrucción: parece haberla aumentado en un 26%.

- Tener entre 20 y 35 años: parece haberla aumentado en un 14%.

Los restantes factores no parecen haber aumentado la posibilidad de abortar en los distintos grupos de embarazadas.

Como en la incidencia, hay determinadas condiciones de los grupos que parecen aumentar el riesgo de abortar dentro del mismo. Por ejemplo, para un riesgo relativo de 2,70 en las que tuvieron 2 y más abortos previos, si en esta embarazada se da la condición de menor de 20 años, aumenta a 3,27; si es mayor de 35 años, es de 3,64; si tiene instrucción, es de 4,11; si trabaja es de 3,22 y si no trabaja es de 3,99; si tiene 3 y más gestas previas es de 3,14 y si tiene hijos muertos es de 9,60.

- Recomendaciones:

Dado que se han encontrado características y condiciones en las cuales se dio la mayor incidencia de abortos, y factores que parecen aumentar la probabilidad de abortar, en las embarazadas, nos parece conveniente que, al hacer la programación de salud, se tengan en cuenta estos hechos. Para ello sugerimos:

- Mejorar los registros de las pacientes internadas por aborto, y, como se trata de una embarazada, proponemos que se utilice el mismo protocolo que para las parturientas (Historia Clínica Perinatal, los formularios que correspondan).

- Aplicar a la información de este trabajo algunas pruebas de confiabilidad.

- Aplicar a los datos pruebas de significación estadística, y eventualmente aumentar la muestra.

- Comprobar si los factores tienen relación directa con el daño, o si son influidos por la presencia de otros.

- Tener en cuenta, además de la asociación con el daño, la frecuencia de su presencia dentro de la población.

Para la confección de las normas de atención correspondientes, será necesario, también, el análisis de las causas de que algunos hechos se produjeron.

Para la confección de las normas de atención correspondientes, será necesario, también, el análisis de las causas de que algunos hechos se produjeron.

BIBLIOGRAFIA:

—GASLONDE, S. *Studies on Fertility and Abortion in Asunción, Bogotá, Buenos Aires, Lima y Panamá*. Scientific Publication N° 306 (OPS - OMS) (9-25). 1975.

—MONREAL, T. *Factores Determinantes de la Tendencia del Aborto Ilegal en Chile*. Boletín de la OPS (206-216). Marzo 1979.

—SMITH, E.S.O. *Programas de Planificación de la Familia en el Reino Unido, Alemania Occidental, Dinamarca y Suecia y sus repercusiones en Canadá*. Boletín de la OPS (35-49). Julio 1979.

—MILANESI, L. BERQUO, E.S. y SILVA, E.P. *Estudio Prospectivo de la Fecundidad en el Distrito de San Pablo*. Boletín de la OPS (237-143). Marzo de 1972.

—VIEL, B. *PATTERNES of Induced Abortion in Chile and Selected other Latin American Countries*. Scientific Publication N° 306 (ops-OMS) (1-8). 1975

—ORDONEZ, B.R. *Induced abortion in México City: summary conclusions from two studies conducted by the Mexican Social security Institute*. Scientific publication N° 306 (26-29).

—SWINTEE, B.A. *Prospective Abortion Study in Santiago - Chile*. Scientific publication N° 306 (30-38). 1975.

—PULLA SANMANIEGO, L.; FOCACCIA, G.; CRAVCHIK, S. y COVATTI, C. *Aborto séptico*. Casuística del Hospital Neuquén, 1er. semestre de 1973.

—Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén. *Diagnóstico de Situación Perinatal. Período Junio 1979-Diciembre de 1980*.



ATENCION ODONTOLOGICA EN
CUYIN MANZANO

CENTROS DE SALUD PERIFERICOS

UNIDADES ASISTENCIALES PARA EL AREA PROGRAMATICA VIEDMA

FICHETTI, Miguel Angel
LUPPI, María Alejandra

CURI ANTUN, Wallish
Asesor Docente: PARADISO J.C.

Director Hospital Artemides Zatti, Viedma.
Jefa del Departamento de Odontología,
Ministerio Salud Pública.

Codirector Hospital Artemides Zatti, Viedma.
Decano de la Universidad Nacional del
Comahue, regional Viedma. Médico clínico.

INTRODUCCION:

Desde hace más de una década funcionan, en el Area Programatica del Hospital «Artemides Zatti» de Viedma, Río Negro, diversos centros de salud periféricos (CSP), creados con el objeto de mejorar la accesibilidad de la población marginada geográficamente.-

En estos CSP hemos detectado una serie de disfuncionalismos; quizás el más notable sea la falta de adecuación del recurso humano médico, al tipo de prestación requerida.- Existe una gran proporción de especialistas (el médico general o de familia es prácticamente inexistente), lo cual implica por una parte el mal uso del recurso humano, formado para otra función, y por otra la incapacidad de estos efectores para responder a la índole de problemas que presenta este nivel primario de atención.

Sumado a ésto, la organización de la asistencia es deficiente: falta de normas, discontinuidad, horarios reducidos y rechazo de pacientes.-

Como consecuencia, la demanda espontánea de la población subsidiaria del CSP es muy reducida, produciéndose una notoria sobrecarga del nivel central (hospital regional).-

Es necesario definir un modelo de organización, cuyos recursos humanos, físicos y tecnológicos garanticen mayor capacidad resolutive.- (2)

Siendo las necesidades de salud satisfechas en un 70% en el nivel primario, es evidente que se debe tender a la formación de un tipo de médico consustanciado con la estrategia de atención primaria.-

En este nivel de atención como en otros, la capacitación en servicio resulta adecuada tanto a las necesidades de los profesionales como a las posibilidades del sector salud. Por otra parte, la docencia es el estímulo más importante para una mejor asistencia.- (8) (10)

En el presente trabajo nos proponemos demostrar los déficits que presenta el primer nivel y elaborar una propuesta de optimización fundamentalmente a través de la capacitación en servicio.-

MATERIAL Y METODOS:

La investigación se realizó en el Area Programática Viedma y comprendió el estudio de tres establecimientos del nivel primario (ver cuadro I).-

I - Centro Periférico Urbano (IPPV): ubicado a 1 Km. del hospital cabecera. Sirve al barrio homónimo construido a raíz de un plan de viviendas en un área de 48 manzanas, sin asfalto, cuenta con

redes de agua, gas y luz eléctrica, tiene una población de 3.470 habitantes, de composición socio-económica no marginal, con características de clase media baja (obreros, empleados públicos y cuenta-propistas).-

II - Centro Periférico Periurbano «Mi Bandera»: enclavado en el barrio del mismo nombre, este se constituyó en gran parte como consecuencia de un plan de erradicación de una villa

CUADRO I

VARIABLE	I.P.P.V.	MI BANDERA	EL JUNCAL
Población	3.470	2.500	1.720
Sup. del Area	48 manzanas	43 manzanas	20.000 Has.
Nivel socio-económico	Media Baja	baja y Marginal	Media y Baja
Agua corriente	SI	NO	NO
Gas por red	SI	NO	NO
Electricidad	SI	28	28
Distancia al Hosp. Cabecera	1 Km.	5 Km.	12
Teléfono	SI	NO	NO
Transporte	SI	SI *	SI *

* Con Marcada Insuficiencia en la frecuencia

de emergencia, a lo que se sumó el asentamiento espontáneo de población inmigrante de la «Línea Sur» rionegrina. Es un barrio separado del casco urbano de la ciudad por una zona no edificada, aproximadamente 2 Km., marginado geográficamente, con dificultades marcadas al acceso de agua, luz, gas, teléfono y transporte. Otras característi-

EDAD	I.P.P.V.	MI BANDERA	EL JUNCAL
0-4	449	527	211
0-9	506	462	192
10-14	477	258	212
15 y 1	2038	1253	1.105
TOTAL	3470	2500	1720

CUADRO II

cas del barrio son: la falta de asfalto y aceras, irregularidad en la traza, construcciones precaria (bloques, ladrillos, chapas, madera y cartón), en su mayoría sin instalaciones sanitarias básicas. La población de 2.489 habitantes es de bajo nivel socio-económico, con altos niveles de desocupación y subocupación,-

III -Centro Periférico Rural «El Junca»: sito en área IDEVI que surge a partir de un plan de colonización y desarrollo proyectado por el Instituto de Desarrollo del Valle Inferior (IDEVI) y financiado por la Provincia y el BID, consistente en parcelas de 30 a 120 has. con un sistema de riego por canales, destinadas a la producción agrícola y ganadera. Cada parcela cuenta con una unidad habitacional con servicios de luz, sin agua corriente ni red de gas, con notorias carencias de transportes y comunicaciones.-

El CSP se encuentra ubicado en una zona de servicios que incluye: escuela, cooperativa de consumo, estación de servicio, centro para inmigrantes, Centro de Materiales y Maquinarias y Centro Recreativo e Iglesia, a una distancia de 11 Kms del hospital cabecera.-

La superficie es de 20.000 has., con una población dispersa de 1.720 habitantes, con tendencia a la emigración como consecuencia de las dificultades económicas vigentes (falta de crédito, maquinarias, inadecuadas vías de industrialización y comercialización de la producción).-

Como primer paso de la investigación se preparó una planilla de relevamiento del área en estudio con la información correspondiente a:

- = población
- = superficie
- = servicios
- = ubicación del CSP

Estos datos se obtuvieron de Municipalidad, Dirección de «Estadísticas y Censos», de la Provincia e IDEVI. Los datos específicos de salud se recabaron mediante observación en terreno, registros de estadísticas hospitalarias y del Supervisor de Área. Esta actividad fue seguida de dos encuestas realizadas a:

- a) concurrentes al CSP a los fines de evaluar su grado de satisfacción,;
- b) médicos que prestan servicios en los CSP, con la finalidad de conocer el grado de compromiso con esta modalidad de atención y su opinión de las falencias y virtudes que prestan estos centros en la actualidad.-

RESULTADOS:

Hemos observado que el estado edilicio y equipamiento de los CSP estudiados son adecuados para este primer nivel de atención (ver cuadro III).

En cuanto al recurso humano, el tiempo de atención según la especialidad es insuficiente y la distribución horaria inadecuada, como se demuestra en cuadros IV y V; el análisis comparativo de los cuadros V y VII (N° de pacientes por día, por especiali-

dad y hs. médicas) por ejemplo: IPPV CL. Médica, dónde el profesional concurre 2 hrs. por semana y atiende 20 pacientes.- Esto nos demuestra un tiempo escaso de dedicación por paciente.-

Del cuadro II se desprende que sólo el 43% de la población del área en estudio es menor de 14 años, no obstante el gráfico I, indica que la mayor proporción de consultas son pediátricas, lo que creemos expresa una tendencia común (mayor N° de consultas proporcionales en pediatría).- Además, en adultos (por ejemplo: Clínica Médica) existe una marcada retracción de la demanda que atribuimos en parte a la baja oferta (ver gráfico I, cuadro V).-

Con respecto a la opinión de los médicos que atienden en CSP (cuadro VIII) se observa, que el 73% de los encuestados prefiere trabajar en el hospital. Casi todos consideran que la tecnología básica existente en los CSP es adecuada, que la atención en los mismos es útil, que habría que incrementar la atención, que la misma debe efectuarse por médicos generalistas, así como que se realizan actividades de Educación para la Salud, aunque refieren que la provisión de medicamentos es insuficiente.- Conocemos, por otra parte, que en la modalidad actual, no existe ninguna forma de capacitación en los Centros Periféricos, los que se basan exclusivamente en el trabajo individual.-

OPINION DE MEDICOS QUE ATIENDEN EN LOS CENTROS PERIFERICOS AREA PROGRAMATICA

VIEDMA RIO NEGRO 1985

CUADRO VIII

OPINION	SI	NO
* HOSPITAL	11	-
* PERIFERICO	8	-
TECNOLOGIA ADECUADA	12	1
ACTIVIDAD EN PERIFERICO	11	4
INCREMENTO DE ATENCION	12	2
HORARIOS ADECUADOS	8	6
SASTIFASE LA DEMANDA	7	7
o ESPECIALISTA	5	
o MEDICINA GENERAL	12	
BRINDA EDUCACION PARA LA SALUD	10	5
ADECUADA PROVISION DE MEDICAMENTOS	2	12

* LUGAR PREFERIDO

o MODALIDAD DE OFERTA SUGERIDA

En cuanto a la opinión de los pacientes encuestados, (40 en total), que concurren a los CSP, se puede decir que el 77,5% de los mismos están satisfechos con la atención. Cabe aclarar que no se encuestó a quienes, residiendo en el barrio, no concurren al CSP y que la encuesta fue realizada por personal de éste, lo cual nos hace suponer que puede haber, en muchos casos, respuestas condicionadas.

DISCUSION Y PROPUESTAS:

El análisis efectuado deja al descubierto deficiencias de los CSP referidas a la calidad de atención, oportunidad, capacitación del recurso humano y satisfacción de la demanda, y como consecuencia se produce sobrecarga y disfuncionalidad hospitalaria. Es necesario por lo tanto efectuar una modificación del sistema jerarquizando la puerta de entrada al mismo (consultorios externo y centros periféricos).

Los Centros de Atención Primaria de la Salud requieren un médico con formación general aunque, con un sólido fundamento científico, y que por otra parte sea capaz de constituirse en eje del equipo de salud.-(9)

Estimamos que para la formación de este médico deben modificarse los sistemas actuales. Se propone que desde la Facultad de Medicina y con integración a los Servicios de Salud se pueda poner al alumno en contacto con la realidad médico-social precozmente. En cuanto a la capacitación de post grado, planteada la dificultad de adaptar el recurso humano existente a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, consideramos de interés el modelo de capacitación en Centros Periféricos, llamado Unidad Docente Asistencial (UDA). Esta propuesta aspira a constituir un nuevo modelo de equipo de salud, cuyos miembros:

- 1.-Piensen y actúen con el concepto de salud, más que con el de enfermedad, aplicando técnicas de prevención y promoción a la vez que resuelven los problemas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.-(15).
- 2.-Piensen y actúen en relación a la familia y la comunidad, tanto como con el enfermo individual.(15)
- 3.-Utilicen en forma eficaz los recursos financieros y materiales disponibles (15)
- 4.-Se adecúen a las normas de salud y enfermedad del Area Programa y a las prioridades pertinentes.-

La actividad se desarrollará en el ámbito del CSP IPPV, seleccionado por contar con los recursos necesarios (cuadro I y II), para esta experiencia piloto.-

La unidad Docente Asistencial estará integrada por:

Un instructor y tres médicos residentes de medicina general. El instructor será un médico general con dedicación exclusiva (Ley 1.904, Prov. R. N.), que tendrá categoría de jefe de servicio con las siguientes funciones:

OPINION DE LOS PACIENTES QUE CONCURREN A LOS CENTROS PERIFERICOS .

AREA PROGRAMATICA

VIEDMA RIO NEGRO 1985

CUADRO IX

OPINION	SI	NO
VIENE SEGUIDO AL PERIFERICO	31	9
VA SEGUIDO AL HOSPITAL	10	30
ESTA CONFORME CON LA ATENCION	40	-
LE CUESTA MUCHO LLEGAR AL PERIF	3	37
LE CUESTA MUCHO LLEGAR AL HOSP	27	13
HORARIO DE ATENCION ADECUADA	31	8
DERIVAN SEGUIDO A EL HOSPITAL	9	31
ESTA EL MEDICO EN LOS HORARIOS PREV	38	2
FACIL ACCESO A LA CONSULTA	38	2
PERIFERICO	36	-
HOSPITAL	16	-
AGUA CORRIENTE	24	16
ELECTRICIDAD	32	6
RED DE GAS	5	35

*SATISFACCION SEGUN LUGAR

- a).-Planificar, programar y normalizar las actividades.
- b).-Supervisar y evaluar las actividades programadas.
- c).-Efectuar Actividad Docente Asistencial.
- d).-Coordinar las acciones extra-muros.
- e).-Integrar el jurado de selección de los postulantes.-

El ingreso de los médicos a la UDA, se hará a través de una selección similar a la de residencias médicas y tendrá un régimen de dedicación exclusiva. En cuanto al contenido de la enseñanza, dado el tipo de patología observado, creemos que la formación debe considerar las siguientes aptitudes y hábitos: pediatría (que constituye en la actualidad la mayor parte de las consultas), tocoginecología, clínica médica, cirugía y nociones elementales de las otras especialidades.-

La duración de la residencia será de dos años.-

El programa de actividades propuesto es el siguiente:

Se implementarán dos consultorios en los cuales sendos residentes atenderán la demanda programada (por citación), durante 5 o 6 hs. por día

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN LA
U.D.A. AREA PROGRAMA VIEDMA
RIO NEGRO 1985**

CUADRO X

ACTIVIDAD DIARIA	8-9	9-12	12-14	14-16	16-18	18-20
INTERNACION HOSPITALARIA	R1,2					
CONSULTORIO PROGRAMADO I		R1		R1		
CONSULTORIO PROGRAMADO II		R2		R2		
CONSULTORIO DE GUARDIA		R3				
INTERNACION DOMICILIARIA					R4	
VISITA DE ESPECIALISTAS DISCUSION DE CASOS, REUNION BIBLIOGRAFICA (2)					R5	
GUARDIA HOSPITALARIA (SABADO)		R3				
HORA DE DESCANSO		R6				

REFERENCIA

R RESIDENTE 1, 2, 3.

(1) SI NO HAY PACIENTE SE INCORPORA A 2

(2) PEDIATRIA : LUNES
CLINICA : MARTES
CIRUJANO : JUEVES
TOCGINECOLOGO : VIERNES
OTROS ESPECIALISTAS : MIERCOLES

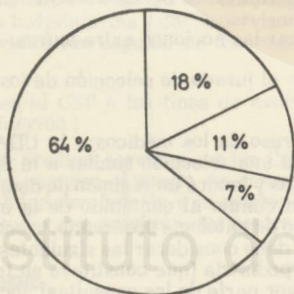
**PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN ESPECIALIDAD EN
RELACION AL TOTAL ...**

ENERO-JUNIO 1985 CENTROS PERIFERICOS

AREA PROGRAMATICA

VIEDMA RIO NEGRO 1985..

GRAFICO I



ESPECIALIDAD	CONSULTAS	%
CM	765	18
PEDIATRIA	2765	64
T.6	468	11
M.6	288	7
TOTAL	4285	100

de lunes a viernes, en dos turnos. El paciente será citado a la hora de atención para evitar esperas. El tercer residente cumplirá sus funciones en el consultorio de guardia (6hs.), atendiendo la demanda espontánea para evitar rechazo de pacientes, atenderá además la internación domiciliaria.-

Los residentes rotarán por los consultorios antes descriptos en forma programada. Al finalizar la jornada se dispondrá de un tiempo (aprox. 1 1/2 hrs.) para la discusión de los pacientes atendidos, revisión de H.C., actualización de tratamiento y reuniones bibliográficas.-

El programa contempla la visita periódica de especialistas para consulta de casos específicos con un propósito asistencial y docente (ver cronograma de actividades).-Cada 15 días, se efectuarán reuniones con psicólogos, sociólogos y asistentes sociales para discutir problemas que afectan a la comunidad.-

Para ampliar su capacidad resolutive en emergencias médicas, se prevee una rotación por el Servicio de Guardia del Hospital, una vez por semana, (por ej: 12 hrs. los días sábados). Esta actividad, se completa con el seguimiento de los pacientes internados en el hospital que fueron derivados por la UDA. Estas concurrencias, además de cumplir su papel docente, permiten la integración de la unidad con el hospital cabecera.-

Se espera un aumento progresivo de la demanda con la implementación de esta modalidad de atención. Actualmente se atienden en el CSP de IPPV 91 pacientes por semana, con 21 horas médicas mal distribuidas (ver cuadro V). Con la UDA se podrá ofrecer 90 horas médicas semanales con 150 consultas programadas a las que debe sumarse aquellas del consultorio de guardia.-

Como se advierte a lo largo de esta propuesta los elementos utilizados para llevarla a cabo (infraestructura, tecnología básica, recurso humano) cuenta, con el fin de que el costo sea el mínimo posible.

En cuanto a los recursos materiales, el nuevo tipo de actividad habrá de requerir:

- 1.-Adecuación de la infraestructura.
- 2.-Archivo de H.C. por orden alfabético en el N° de H.C. hospitalaria en aquellos pacientes que la tengan. Esta H.C. será remitida al hospital en caso de internación del paciente.-
- 3.-Creación de una biblioteca básica que funcionará en la sala de reuniones grupales la cual podrá nutrirse de la biblioteca del Colegio Médico Zona Atlántica en pleno funcionamiento.-
- 4.-Vehículos para visitas domiciliarias, donado por la comunidad.-

Al egresar estos primeros residentes, pasarán a ser los instructores de futuras UDA a implementarse en los restantes CPS, los que actuarán como agentes multiplicadores de esta experiencia.-

RESUMEN:

El presente trabajo describe el estado actual de la atención en los CSP dependientes del Area Programa del Hospital «A.Zatti» de Viedma.-

Para ello se tomaron tres CSP analizando su funcionamiento en base a sus recursos humanos, físicos y tecnológicos, datos estadísticas del registro hospitalario y encuestas realizadas a pacientes y médicos de estos Centros y observaciones personales en terreno. Dicho análisis revela serias deficiencias en el funcionamiento de estos CSP. Creemos posible modificar esta situación enfocando uno de los problemas, que es el recurso humano médico, para ello proponemos una nueva modalidad de capacitación en servicio desarrollada en el Centro Periférico con el objeto de jerarquizar a éste como puerta de entrada al sistema dentro del marco de la estrategia de atención primaria de la Salud. Se comenzará con un plan piloto para capacitar a tres médicos que estarán a cargo de un instructor, en lo que podríamos llamar una residencia de medicina general orientada a la Atención Primaria de la Salud.-

La actividad se llevará a cabo en lo que se ha denominado Unidad Docente Asistencial, con dos consultorios de atención programada y uno de guardia, se completa con visitas periódicas de especialidad al CSP y por otra parte el cumplimiento de actividad de 12 hrs. en el Servicio de Guardia del Hospital Cabecera, además del seguimiento por los médicos de la UDA de aquellos pacientes internados en el mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Acuña HR: participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. Bol. OSP 1.977; 32:993-97.
2. Anónimo: Extensión de cobertura de los servicios de salud con la estrategia de Atención Primaria y de participación de la comunidad. Bol. OSP 1.977; 82:477-503
3. Castellano Robayo Y: Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol. OSP 1.977; 82:478-482
4. Ferrari AJ, Ferrari JO: Planificación Sanitaria rural en el Plan de Salud Nacional.
5. Guerrero de Macedo C: Brasil, un plan de vasto alcance para los servicios básicos de Salud. Salud 2.000. Foro Mundial de la Salud 1982; 3:285-290.
6. Mazzei E: Generalistas y especialistas en Medicina Interna. Med. Alemana 1978.
7. Pacey A: Los sondeos al servicio del desarrollo de la Salud. Planificación Sanitaria. Foro Mundial de la Salud 1982. 3(1):42-52.
8. Paradiso JC: El consultorio externo como unidad Docente Asistencial de Atención Primaria. Medicina (Bs.As.) 1983; 43:222-226.
9. Paradiso JC: La educación Médica Continua en el Interior del País. Medicina (Bs.As.) 1983; 43:105.
10. Seminario Argentino de Educación Médica. Conclusiones y recomendaciones. Atención Primaria de la Salud. Rosario 1979

11. Stephen WJ: La Atención Primaria Médica y el porvenir de la profesión médica. Foro Mundial de la Salud 1981; 2:365-385

12. Vargas Tentori F: Atención Primaria de la Salud y estrategia para extender los servicios a la población marginada. Bol. OSP. 1980; 90:1

13. Vargas Tentori F: Extensión de la cobertura. Atención Primaria de la Salud y participación de la comunidad. Definiciones y conceptos operativos. Bol. OSP 1.977; 82(5):386-396

14. Vazquez JR: Programa de educación continua. Rev. Arg. TBC y enfermedades pulmonares 1.978; 38:17-28

15. Velazco C: Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria. Seminario Argentino de Educación Médica. Rosario 1.979



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
EN CUYIN MANZANO

Durante 1985 se realizó el PRIMER Curso Regional de Administración Sanitaria, dictado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y con el auspicio de los gobiernos de Río Negro y Neuquén.

El mismo estuvo destinado a profesionales de la salud con cargos de conducción y contó con la presencia de veinte agentes de la provincia de Río Negro y veinte de la provincia del Neuquén. Los módulos se dictaron durante una semana mensual en la ciudad de Gral. Roca y/o Allen alternando mes por mes con la ciudad de Neuquén.

Digno de destacar también es el hecho que se utilizó el recurso docente regional, contando con la

colaboración de la Universidad Nacional del Comahue al efecto.

Las monografías o trabajos finales del curso versaron sobre problemáticas sanitarias locales y/o regionales por el cual **MR** consideró de interés publicarlos dado que dichos tópicos son extensivos a cualquier punto del país. Por otro lado pueden llegar a presentar una óptica distinta de un mismo problema, por lo cual es válido disponer de otras opiniones.

Iremos publicando en sucesivos números los trabajos o sus resúmenes en función de la extensión de los mismos.

Exitos

COSTOS HOSPITALARIOS Y PRESUPUESTO DE SALUD

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION PARTIDAS DEL PRESUPUESTO POR FINALIDAD - 1984

FINALIDAD	TOTAL	%	EROS. CORRIENTES	EROS. DE CAPITAL
ADMINISTRACION GENERAL	2.157.220,-	14,12	1.821.727,-	365.493,-
SEGURIDAD	732.439,-	4,74	640.045,-	42.394,-
SALUD	1.942.276,-	12,58	1.126.883,-	815.393,-
BIENESTAR SOCIAL	2.322.276,-	15,04	346.403,-	1.975.873,-
CULTURA Y EDUCACION	3.496.471,-	22,48	2.950.116,-	566.355,-
DESARROLLO DE LA ECONOMIA	4.648.947,-	30,11	503.926,-	4.145.021,-
DEUDA PUBLICA	35.000,-	0,23	35.000,-	-
GASTOS A CLASIFICAR	75.000,-	0,49	50.000,-	25.000,-

SUB TOTAL	15.439.631,-		7.804.100,-	7.935.531
ECONOMIAS	400.000,-			
TOTAL	15.039.631,-			

FUENTE: LEY PICAL N° 1544)

VALORES EN PESOS ARGENTINOS

Lic. RUBEN ROMERO
Licenciado en Administración
Director de Administración de la
Subsecretaría de Salud
del Neuquén

Dr. RUBEN FERREYRA
Médico especialista en oncología
radiante
Jefe del Servicio de Oncología
Radiante del Hospital
Dr. Castro Rendón de Neuquén

Definición y análisis del problema

En el intento de definir un estudio de costos para el Sector de Salud, debe partirse de la base del sistema como tal y del mecanismo de interconexión que articula los distintos efectores (Hospitales, Centros de Salud, etc.), ya que no existen desde ese punto de vista dos Hospitales comparables o similares en función de los gastos que demanda.

En parte, la idea es elaborar un estudio de costos, que actúe sólo como un elemento más en la comprensión de la realidad de funcionamiento de ese Hospital o efector.

El esquema presupuestario usado en la Provincia (y también en la Sub-Secretaría de Salud), resulta inadecuado y desactualizado, pero esta herramienta de análisis no debe desperdiciarse por ser en la actualidad, la única que brinda datos válidos para sacar conclusiones para el sector y el único elemento formal que registra información pertinente y sistemática referida a gastos.

La totalización provincial en la presentación del presupuesto de salud, crea la dificultad de no poder tener una visualización más acotada (por zonas, por ej.) de la realidad provincial.

Es evidente que la observación del presupuesto de salud por zonas, crea la posibilidad de fomentar una mentalidad con criterios de descentralización de los gastos y en consecuencia de la consideración de los recursos con la misma pauta. Además, la elaboración, asignación y registro de la ejecución del presupuesto por zonas o por Hospitales, a pesar de tener los mismos problemas, como instrumento da a los directores o responsables de efectores, una idea de su costo de funcionamiento.

VER CUADRO N° 1

Desde el punto de vista económico, el presupuesto es la única herramienta legal con que se cuenta para intentar introducirse al tema de un

análisis de costos; su valorización y funcionalidad de respuestas al manejo contable y establece participación de los distintos sectores con insumos necesarios para funcionar, pero tiene en la realidad grandes limitaciones para la toma de decisiones, porque atendiendo el proceso inflacionario quedará rápidamente desactualizado, más aún si se sanciona a destiempo (en el mes de Octubre/85, se sancionó el presupuesto 1985).

VER CUADRO N° 2

CUADRO N° 2

ESTADO DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE SUBSECRETARIA DE SALUD AL 31.12.84

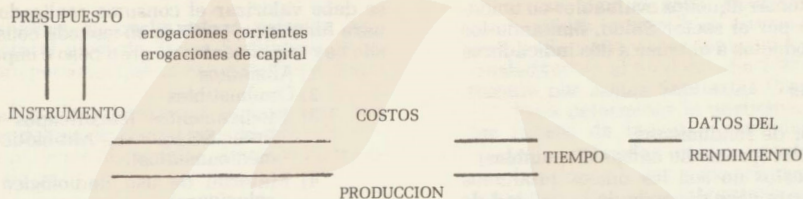
PARTIDA	CREDITO INICIAL	%	EJECUTADO	%
* EROGACIONES CORRIENTES	955.797,-	99,84	1.367.668,94	95,07
PERSONAL	803.797,-	83,96	971.072,24	66,63
BIENES	126.000,-	13,16	370.398,77	26,48
SERVICIOS	24.000,-	2,51	44.995,88	3,16
TRANSF. CORRIENTES	2.000,-	0,2	1.202,10	0,08
* EROGACIONES DE CAPITAL	1.500,-	0,16	27.183,69	1,93
BIENES	1.500,-	0,16	27.183,69	1,93
TOTAL	957.297,-	100	1.414.852,63	100

(FUENTE: PRESUPUESTO LEY PICAL 1544)

VALORES EN PESOS ARGENTINOS

Por otra parte la desagregación presupuestaria por Ministerios y unidades de organización dentro de cada uno de estos por rubros, como erogaciones corrientes y de capital, no informa o no resulta claro verlo, respecto de las actividades cumplidas por los sectores ni de su calidad, por lo que una estimación de costos desde esa perspectiva no se ajusta a los términos reales, del mismo modo no es posible evaluar su eficacia.

Otra visión de presupuesto podría ser de mayor utilidad si con el mismo pudiera elaborarse una herramienta para evaluar al sector desde el punto de vista de los costos en relación a la producción u objetivos y a partir de allí hacer un seguimiento de los mismos para concluir en un dato del rendimiento.



Dentro del esquema corriente del presupuesto (cuadro 1) es posible desglosar algunos ítems, que en Sector Salud no son de fácil análisis pero sí fundamentales para la visión global de los hospitalarios.

Así por ejemplo, de las erogaciones de capital, las de Trabajos Públicos, no tienen asignación presupuestaria para la unidad de organización, Sub-Secretaría de Salud, ya que la ejecución es realizada por el Ministerio de Economía y Obras Públicas. Esta visión centralizadora con más la eventual ausencia de coordinación intersectorial, agrega una nueva dificultad en el análisis del presupuesto como herramienta válida.

En otro punto del Presupuesto de Salud Pública, en lo atinente a Costos de Funcionamiento, existen los componentes de gastos de mantenimiento edilicio y de mantenimiento de automotores, que son erogaciones provenientes del Ministerio de Bienestar Social, por lo que no son controlados desde el Sector Salud en ninguno de sus niveles y dicha imputación sí está contemplada dentro del presupuesto de salud.

Queda a cargo de la Sub-Secretaría del Sector, la asignación presupuestaria para mantenimiento de equipos específicos de uso hospitalario fundamentalmente y está a disposición de las dependencias sectoriales como partidas para ser usadas directamente.

Desde el punto de vista de la ejecución del presupuesto, que es conocida por el sector en forma mensual, se puede detectar el mal funcionamiento del mismo, debido a que la asignación de crédito se realiza con gran demora en relación a las necesidades de ejecución o gasto, más aún si se tiene en cuenta que el sector, a diferencia de otros estamentos provinciales, es un prestador de servicios comunitarios que no pueden ser diferidos.

De todos modos, en la ejecución presupuestaria existe por ley provincial la autorización a gastar una doceava parte del mismo por mes, hasta la sanción por el Poder Legislativo del presupuesto definitivo, siendo esto lo único previsto para resolver la falta de crédito.

Además se nota uno de los desfases más importante, ya que lo gastado a cuenta, supera el crédito asignado (ya que este se desactualiza) por presupuesto.

VER CUADRO N°2

Todo lo expresado apunta a visualizar las limitaciones del presupuesto como herramienta de análisis para los costos que genera el área de Salud Pública.

Por ello, el sector, a efectos de tener una

cuantificación estimativa de los gastos con relación a los resultados, puntualmente analiza costos (costos del Programa de Vacunación ó Materno-Infantil) por Programa, ó los Hospitales hacen un seguimiento de ciertos indicadores de costos, como por Ej. consumo de medicamentos, como intento de valoración para tener una idea global que será siempre incompleta y aislada de realidad de los gastos.

Un avance en el intento de darle al presupuesto un valor real es el de realizarlo con la técnica de Presupuesto por Programa, que básicamente parte del concepto de Programas por Actividades y presupuestos en base a los mismos, lo que daría la herramienta más válida que es la de tener una visión de las actividades y su costo.

Con la situación actual se confecciona el presupuesto sin tener noción de las actividades programadas y en la práctica se tiene en cuenta el presupuesto del año anterior al que se le agrega una estimación de porcentaje de aumento de las actividades con el agregado de la estimación por inflación.

La elaboración de un presupuesto por Programa obliga necesariamente a descentralizar la programación de las actividades y dar un elemento de control de los gastos y al mismo tiempo puede no perderse del conjunto la idea de seguir lineamientos centrales de la programación.

PROPOSITO

Con la información que se cuenta, elaborar un instrumento que evalúa los costos de un hospital relacionandolõ con alguna información de producción.

Utilizar algún indicador de costos como elemento de control y aporte en la toma de decisiones.

Relacionar los gastos generales con los, de personal para tener una valoración de la división del gasto sectorial y potencialmente considerarlo en la programación hospitalaria.

La información desde el presupuesto no está acopiada en función de un cálculo de costos para monitoreo permanente por lo que este intento es dificultoso por la dispersión de los datos y porque hay registros (Ej. registro patrimonial) que no están pensados en función de la amortización de bienes de capital, por lo que resulta en esta etapa imposible evaluar la participación de ese costo en el costo global de la actividad hospitalaria

PROCEDIMIENTO INVESTIGACION

En la herramienta de costos se apuntó fundamentalmente a tomar aquellos evaluables en unidades económicas por el sector Salud, limitando los resultados o productos a obtener a dos indicadores de producción:

- 1) Consultas
- 2) Egresos
y a un indicador de rendimiento:
Camas disponibles (promedio camas disponibles)

De hecho estos no son los únicos productos evaluables, en este caso depende de la calidad de la información disponible, fueron seleccionados por ser los más confiables en el sentido de la disponibilidad y los más acotados por zona y hospital en relación al total anual y a los datos provinciales mensuales.

El objetivo de contar con una herramienta de costos, es no sólo tener información oportuna sino, sobre todo, mejorar la eficacia y reducir la utilización innecesaria de servicios.

Está técnica como elemento aislado en sí mismo no tiene valor, sino como un parámetro más para el que toma decisiones. Deberán ser compatibilizados los resultados con otros elementos de la realidad.

Para establecer costos de producción se debe fijar como principio básico una moneda constante para evaluar, a efectos de evitar las distorsiones del proceso inflacionario.

A continuación se hará una desagregación de los costos intervinientes, partiendo de la clasificación presupuestaria siguiente:
(debido a la complejidad de la prestación de los servicios de Salud, la estimación del costo de ejecución representa una dificultad ya que involucra costos diferentes).

CLASIFICACION

A-COSTOS DIRECTOS

- 1) Personal (sueldos)
- 2) Bienes de funcionamiento
- 3) Servicios

B- COSTOS INDIRECTOS

- 1) Gastos de Administración
- 2) Amortización de unidades, equipos y edificios.

Se propone evaluar el costo promedio de funcionamiento de una unidad de organización (Zona, Hospital, Servicio), teniendo como únicos productos Consultas y Egresos y como indicador de rendimiento Camas Disponibles.

En el rubro del PERSONAL, se deberán considerar:

- 1) Sueldos abonados en moneda constante para un período standar (año, mes) en monto bruto
- 2) Sumatoria de los aportes patronales o su porcentaje
- 3) Beneficios al personal (casa habitación, etc) no considerados en el sueldo

Por la magnitud de este componente del costo total, las desagregaciones pueden ser múltiples y dependen fundamentalmente del objeto de análisis. En el rubro de BIENES DE FUNCIONAMIENTO, se debe valorizar el consumo realizado necesario para funcionar, también en moneda constante, y en ello hay componentes de gran peso e importancia:

- 1) Alimentos
- 2) Combustibles
- 3) Medicamentos (clasificados en los rubros: Soluciones, Antibióticos y otros medicamentos).
- 4) Material de uso Radiológico (placas y soluciones).
- 5) Artículos de limpieza
- 6) Material de curaciones
- 7) Oxígeno
- 8) Librería
- 9) Mantenimiento de edificios
- 10) Mantenimiento de equipos
- 11) Otros (textiles etc.)

A fin de evaluar el consumo de los bienes en un período preestablecido se debe realizar el cálculo considerando la existencia inicial más la compra en el mismo período y la existencia final (stock final). Dependiendo de la intención del análisis el consumo se podrá desagregar en consumo efectivo y descarte cuando se considere que éste último ocurre por pérdida de calidad o utilidad.

En el rubro SERVICIOS se deben tener en cuenta como de mayor peso los siguientes:

- Luz (energía eléctrica)
- Gas Natural ó envasado
- Comunicaciones
- Viáticos y movilidad
- Transporte y almacenes
- Retribuciones a Terceros
- Otros (publicidad, ceremonial, pasajes, etc.)

La información necesaria para valorar este componente del costo, surge normalmente del gasto histórico para un período determinado establecido en moneda constante.

B- COSTOS INDIRECTOS

1) Gastos de Administración, se trata de valorar el personal de la tarea administrativa y contable con la salvedad de que en los casos de evaluación de hospitales pueden generar gastos directos (desde los rubros personal y librería. por ej.).

No así en los casos de evaluación de costos por Servicios que se considerarán como gastos indirectos.

Como valor arbitrario puede decirse que la administración de lo producido cuesta en un 5% el costo total para el sector ó área en análisis.

2) Amortización de Edificios, Equipos y Unidades, se refiere a la parte del bien que se pierde en cada período de utilización de ese bien de capital, a ese efecto es necesario conocer exactamente la dotación de bienes de capital, su valor original en moneda constante, sus plazos de amortización (medidos en años) y el valor residual de cada uno de los bienes al momento de efectuar el análisis

MATERIAL Y METODOS

Este análisis de costo estará referido acotándolo hasta el nivel de Zonas Sanitarias, salvo para el rubro personal que se extiende hasta hospitales.

El total de la información se hará con esa premisa por debajo de la cual ha sido dificultoso avanzar por no tener disponibles, datos de distribución hospitalaria.

Se comenzó la recolección de la información con la evaluación de los gastos de personal tomando como base los sueldos abonados en el mes de Julio de 1.984 y proyectándolo como gasto total para el mismo año. Se clasificó como gasto total del personal y se lo estratificó (VER CUADRO 8 Y 9) según personal profesional con su peso relativo respecto del total de la dotación del personal.

La valoración de lo abonado fue el pagado en sueldo bruto (monto bruto); los aportes patronales fueron incluidos en lo abonado para ese mes y año. Se tomó el gasto de personal, con las características anteriores, acotadas por Zonas Sanitarias, por hospital y por Nivel Central, incluyéndose por separado lo correspondiente al Hospital Provincial Neuquén.

El gasto de personal para el Nivel Central quedó consignado como un ente administrativo por separado sin prorratarlo para cada uno de los efectores ó zonas.

Se tabuló por Hospital y Zona el por ciento del gasto de personal relativo a profesionales y no profesionales. No se estratificó el personal no profesional en diferentes categorías. (Ver Cuadro N° 8).

Respecto de los bienes de funcionamiento se tomó el gasto realizado en los rubros combustibles, comestibles y servicios para el mes de Julio de 1.984 y se lo convirtió a valor de la fecha trasladándolo al total del año 1.984. Este gasto fue tomado por Zonas Sanitarias (Ver Cuadro N° 5).

Para determinar la participación del resto de los rubros de bienes y servicios se evaluó las compras realizadas en el corriente año de los bienes más importantes como son medicamentos, material de radiología y laboratorio y la participación de cada una de las zonas en los insumos, se proyectó a lo ejecutado en el presupuesto 1.984 en bienes y servicios.

Como dato ilustrativo se muestra en el cuadro la participación de las Zonas Sanitarias y el Hospital Neuquén en el consumo de material radiográfico (placas radiográficas), donde puede apreciarse el por ciento de participación del Hospital

DISTRIBUCION DEL GASTO DE FUNCIONAMIENTO DE SUBSECRETARIA DE SALUD - AÑO 1984

CUADRO N° 5

ZONAS	PERSONAL	PROD. QUIMICOS Y MEDICINALES	COMESTIBLES Y LECHE	COMBUSTIBLES	SERVICIOS PUBLICOS	OTROS BIENES Y SERVICIOS	TOTAL
ZONA I	3.439.607.	353.140	320.089	70.382	58.943	407.036	4.649.197
ZONA II	1.962.572	137.424	284.774	60.222	25.826	256.383	2.724.198
ZONA III	1.426.753	139.790	198.055	59.137	18.593	210.778	2.063.106
ZONA IV	1.582.314	139.790	219.753	56.568	76.519	250.030	2.324.974
H. P. N.	6.242.831	1.595.162	519.222	19.237	84.600	1.025.362	9.486.414
NIVEL CENTRAL	1.059.066	—	—	19.865	18.084	119.285	1.216.300
TOTAL	15.713.143	2.365.306	1.538.890	285.411	282.565	2.868.874	22.454.189

FUENTE : LEY PROV. N° 1544

VALORES EN U\$S JUL'84

CUADRO N° 8

COMPOSICION DEL COSTO PERSONAL
SUBSECRETARIA DE SALUD - AÑO 1984

ZONAS	COSTO PERSONAL	% COSTO	N° DE AGENTES	% N° AG.
HOSP. PROV. NEUQUEN	5.198.346,-	39,73	619	38,94
ZONA I	2.864.904,-	21,89	464	22,06
ZONA II	1.634.775,-	12,49	268	12,74
ZONA III	1.188.554,-	9,08	195	9,27
ZONA IV	1.316.820,-	10,07	208	9,89
NIVEL CENTRAL	881.054,-	6,74	149	7,10
TOTAL	13.083.753,-	100	2.103	100

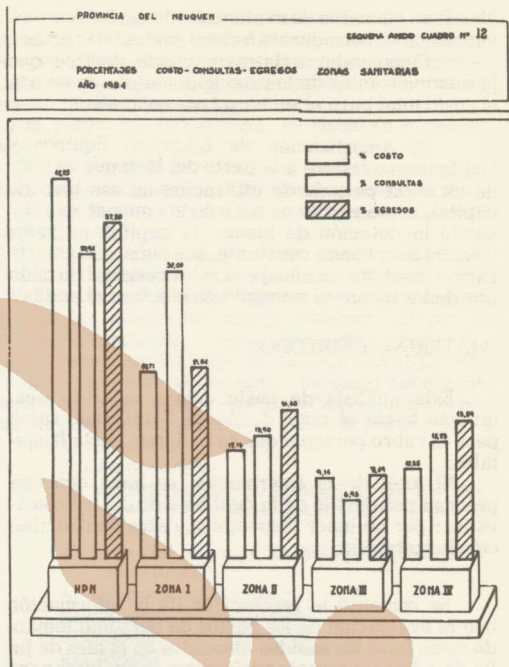
VALORES EN U\$4 JUL '84

Neuquén en el consumo global del total provincial.

La relación porcentual observada se mantiene cuando observamos la participación del mismo en el consumo de material de laboratorio.

En líneas generales para todos los bienes de funcionamiento se observó la misma relación entre Hospital Neuquén y las distintas Zonas Sanitarias.

Para el caso particular de la distribución de gastos por Zonas y Hospital Neuquén en lo referido a Mantenimiento de Equipos y Edificios, se decidió no consignarlo como afectado en los costos de funcionamiento porque dicha información y su asignación presupuestaria no depende del Sector Salud, sino que es manejada desde el Nivel Ministerial. El



gasto en este rubro como el del parque automotor es atendida presupuestaria y financieramente desde el Ministerio de Bienestar Social.

Puede apreciarse en el cuadro (5) de distribución de gastos de funcionamiento para 1.984 que

CUADRO COMPARATIVO DE GASTOS, PRODUCCION y RENDIMIENTO
POR ZONAS SANITARIAS AÑO 1984

CUADRO N° 12

ZONAS	COSTO		CONSULTAS		EGRESOS		CAMAS DISPONI.	
	U\$S (7/84)	%	N°	%	N°	%	N°	%
ZONA I	4.649.197	20,71	273.366	32,00	5.284	21,04	174	21,00
ZONA II	2.724.198	12,13	118.746	13,90	4.168	16,60	152	18,77
ZONA III	2.053.106	9,14	59.208	6,93	2.383	9,49	106	13,09
ZONA IV	2.324.974	10,35	113.070	13,23	3.916	15,59	139	17,16
H. P. N.	9.486.414	42,25	289.948	33,94	9.362	37,26	239	29,51
NIVEL CENTRAL	1.216.300	5,42	-	-	-	-	-	-
TOTAL	22.454.189	100	854.338	100	25.113	100	810	100

FUENTE : SUBSECRETARIA DE SALUD

la participación porcentual para el rubro medicamentos y productos químicos da valores en todo similares a lo visto para material radiológico y de laboratorio, así el Hospital Neuquén pesa con un 67,44% y los siguientes para:

Zona I :	14,92%
Zona II :	5,82%
Zona III :	5,91%
Zona IV :	5,91%

La información desde la Sub-Secretaría de Salud según la clasificación de los medicamentos en soluciones, antibióticos y otros medicamentos, da cifras de porcentajes para el total provincial, con la siguiente relación:

Soluciones = 5,0% del total medicamentos
Antibióticos = 43,5%

Siendo aquí los de uso general los que más pesan con un 30,8% del total y los de uso restringido con un 4,8%.

Para los tuberculostáticos se observó un valor de 5,8%.

En el ítem de otros medicamentos, los anestésicos cuentan con un 6,4% del total de medicamentos y los citostáticos con un 7,8% siendo estos dos los que dan valores porcentuales más altos.

Otros medicamentos en forma variables como sigue:

Analgésicos y antiinflamatorios	= 2,7%
Corticoides	= 2,2%
Antihipertensivos	= 1,4%

Para el rubro Alimentos y Leche pudo observarse la siguiente distribución:

Hospital Neuquén :	33,74%
Zona I :	20,80%
Zona II :	18,31%
Zona III :	12,87%
Zona IV :	14,28%

La cifra total en U\$S Julio/84 para este rubro fue de: 1.538.890

En el orden de los costos de producción y rendimiento (ver cuadro) se aprecian como resultantes lo referido al porcentaje de ocupación que para el total provincial es del orden de 65% con una contribución por parte del Hospital Provincial Neuquén del 87,1% y la siguiente para cada Zona Sanitaria:

Zona I :	64,6%
Zona II :	61,6%
Zona III :	42,9%
Zona IV :	47,9%

Resulta importante comparar la relación existente entre gastos de funcionamiento para el Hospital Provincial Neuquén y Zona Sanitaria I, con los indicadores de producción y rendimiento.

En el caso del Hospital Provincial Neuquén insume el 42% del costo de funcionamiento provincial para producir el 34% de las consultas y el 37% de los egresos del total provincial, con un rendimiento de 239 camas disponibles como promedio, en cambio en Zona I, con una producción muy similar de consultas (273.366) ó el 32%), y produciendo el 21% de los egresos provinciales participa sólo en un 21% de los costos.

Al relacionar los gastos con la producción del Hospital Neuquén para con el resto de las Zonas Sanitarias, debe tenerse presente el tipo de producto y las condiciones del egreso, así como el indicador cama disponible. Creemos que puede ocurrir la inducción a errores al pretender comparar las Zonas Sanitarias entre sí, si no se conocen con precisión las condiciones de cada uno de ellos.

El objetivo de relacionar los gastos con algunos muy selectos indicadores de producción, deja abierta la posibilidad de que el responsable de una zona u hospital avance más allá de términos de análisis de costos por Servicios, teniendo presente premisas que se discuten más adelante.

Para hacer un intento de avance en lo que las cifras del cuadro 12 muestra, creemos necesario tener presente varios aspectos:

1— Analizar el costo unitario de consultas y egresos por Zona.

2— Tipificar las distintas calidades de egresos y consultas, ya que unificando la producción en sólo dos indicadores (tal cual se ha hecho en este estudio) cuando los efectores tienen características totalmente disímiles, pudiera inducir a error.

3— Analizar los niveles de producción en relación al objetivo del efector y relacionarlo con su capacidad instalada y recursos disponibles.

4— Ver si de acuerdo a la complejidad del Hospital no se generan otros productos que no se consideraron en este caso.

5—Chequear distintos indicadores de rendimiento hospitalario (consultas médicas en relación con horas médicas) para vincularlos también con los costos.

CONCLUSIONES.

Dada la necesidad actual de valorar los costos sanitarios compatibilizados con la decisión de mantener un nivel de Servicios, fundamentalmente para la comunidad, un estudio de esta naturaleza tiene actualidad e importancia creciente.

En este estudio se relacionó gastos históricos con lo producido en un período dado, a sabiendas de los riesgos que se corren en las conclusiones que surgen de dicha relación.

Aún así se tiene impresión de haber avanzado en el conocimiento de la realidad sanitaria de la Provincia, por lo que creemos conveniente, tal cual lo expresado al comienzo del trabajo, se elabore, asigne y registre la ejecución del presupuesto en seis (6) unidades de organización, a saber:

- NIVEL CENTRAL
- HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN
- ZONA I
- ZONA II
- ZONA III
- ZONA IV

Con esta modalidad se conocerá en forma sistemática y mensual el gasto realizado en las distintas Zonas.

Este estudio persigue investigar la estructura del gasto, tanto de acuerdo a las partidas tradicionales de personal y otros gastos de funcionamiento, como según Sector ó Zona geográfica de actividades al cual fue destinado, lo cual permite evidenciar hasta qué punto la asignación de fondos se corresponde con la actividad.

BIBLIOGRAFIA

1) PLANIFICACION DE LAS FINANZAS EN EL SECTOR EN PUBLICO DE LA SALUD-MANUAL PARA PAISES EN DESARROLLO—E.P. MATCH y B. Abel—Smith- Edición Organización Mundial de la Salud—GINEBRA 1.983

2)FORO MUNDIAL DE LA SALUD 1.983.n° 2-Vol 1
1.981, Vol 2-N° 1
1.983, Vol 4-N° 4
1.984, Vol 5-N° 1
1.984, Vol 5-N° 3
1.985, Vol 6-N° 2

3)BOLETIN OFICINA SANITARIA PANAMERICANA—VOL 95, N° 1— Oct./83.
NEUQUEN, DICIEMBRE /85



biochemical s.a.c.i.f.i.

- **RECETAS ESPECIALIZADAS**
 - Prótesis cardíacas y Traumatológicas.
 - Cateteres Cardíacos. Cook
 - Tubos endotraqueales portex.
 - Ortopedia
 - Suturas atraumáticas Ethicon

SU NECESIDAD BIOMEDICA ENCONTRARA LA RESPUESTA ADECUADA.

**RAPIDEZ Y EFICIENCIA.
PIDA PRESUPUESTO
O COTIZACION
ATENDEMOS MUTUALES**

- **Equipamiento hospitalario**
- **Consumo médico**
- **Consumo de laboratorio**
- **Consumo de enfermería**

MTRO. GONZALEZ 221 - T.E. 25992-24103
8300 NEUQUEN

TALLER PROTEGIDO:

UNA HERRAMIENTA DE PARTICIPACION DESDE LAS NECESIDADES DE SALUD DE UNA COMUNIDAD

Esta actividad en el área de San Martín de los Andes está estrechamente vinculada al Grupo de Alcoholismo, que comenzó sus tareas, hace más de seis años, en las instalaciones del Hospital Ramón Carrillo de la localidad.

Surge a partir de una sentida necesidad de salud. Si bien no disponemos de estudios epidemiológicos que cuantifiquen el grado de riesgo, hay índices indirectos que aseveran nuestro diagnóstico: vinculación del alcohol en prácticamente todos los delitos y faltas, accidentes de trabajo y de tránsito, desnutrición, en el área escolar trastornos de conducta y aprendizaje en niños con familiares directos afectados y deserción escolar, también delincuencia infantojuvenil, abandono y maltrato de niños, prostitución, desocupación y subocupación. Es decir que la disfunción está relacionada con dificultades individuales (física y mentales), familiares y sociales.

La respuesta del equipo de salud tradicionalmente no ha diferido de la de la comunidad no sensibilizada en general: en primer lugar la negación; luego, ante la aparición de las primeras complicaciones una aproximación paternalista o tecnocrática, para posteriormente, al agudizarse la crisis, proceder autoritariamente, o directamente rechazar a las personas involucradas.

Era pues necesario buscar otras alternativas; la respuesta mencionada no solamente era insuficiente sino que contribuía a agudizar el problema.

El enfoque del alcoholismo exige también una respuesta integrada en todos los ámbitos mencionados: individual, familiar y comunitario, no fácil de desarrollar teniendo en cuenta nuestra formación fundamentalmente analítica y disociadora. Es decir que el cambio debía operarse también en nosotros como equipo de salud.

Dicho cambio comenzó a operarse cuando comenzamos de desarrollar entrevistas familiares, y se agudizó con el abordaje grupal interfamiliar, que es la modalidad operativa actualmente privilegiada. El mismo se caracteriza por el intercambio de experiencias en un ámbito de reflexión; el miembro con la experiencia de la recuperación ayuda a quien sufre la crisis, lo mismo sucede entre los familiares. De esta manera, espontáneamente, se produce una corriente de solidaridad y comprensión que no está dirigida solamente a los integrantes presentes (la necesidad de emprender tareas de prevención exige la

integración de instituciones y miembros de toda la comunidad), ni tampoco se limita al tomar vino o no tomar: este hecho está estrechamente vinculado a factores de todo tipo, como toda conducta.

La actividad trasciende los muros hospitalarios, integra a las escuelas, comisarías, juzgado, fuentes de trabajo, clubes de servicio, instituciones culturales, asociaciones científicas, sociedades de fomento, etc., buscando el desarrollo de la tolerancia y la comprensión a través del conocimiento, teniendo como meta el logro de la comunidad autorresponsable.

El grupo está conducido por los coordinadores, miembros antiguos que se han capacitado asistémicamente para dicha tarea, apoyados por el equipo técnico que actúa como facilitador.

Posteriormente aparecen en nuestra zona sanitaria IVA., constituida por las poblaciones de Las Coloradas, Aluminé, Villa la Angostura, Junín y San Martín de los Andes, inquietudes para crear grupos similares, lo que se ha concretado en Aluminé y Junín de los Andes, y se siguen desarrollando actividades de motivación en las restantes. Aquí también el grupo original tuvo mucho que ver, a través del apoyo brindado por los componentes a quienes les interesó el proyecto.

La actividad exige una integración de los distintos niveles de trabajo de prevención en salud. Desde la prevención primaria (antiguas promoción y prevención de la salud), aspecto prioritario de la tarea, cobra especial relevancia la utilización de los medios de comunicación masiva (en nuestro caso la radio). También se han hecho obras de teatro, una por un equipo interdisciplinario de Aluminé donde participaron integrantes del grupo de alcoholismo, del hospital, maestros y alumnos de la escuela secundaria. Otra obra la escribieron y representaron alumnos de 6° grado de una escuela primaria de Junín de los Andes. También se realizaron dos películas; la primera: "Hospital sin paredes", del área de San Martín de los Andes, con la participación de los equipos de alcoholismo y de área de programa del hospital y de toda la comunidad, que también la financió; la segunda se tituló "El Muro de Cristal", de mucho mayor desarrollo técnico que la primera, dirigida por un realizador regional, apoyada por la Dirección Provincial de Cultura, Salud Pública provincial, Lotería La Neu-

quina, los equipos de salud y las comunidades de Las Coloradas, Junín y San Martín de los Andes. Estos instrumentos audiovisuales, facilitan, en especial por reflejar la problemática regional, la tarea de la prevención del alcoholismo a nivel comunitario.

En lo que hace a la prevención secundaria (antigua asistencia), se trabaja apoyando al equipo formal de salud, incluyendo la motivación en los pacientes internados para la concurrencia a los grupos, priorizando la detección precoz.

La prevención terciaria (o rehabilitación) tiene como meta el desarrollo de la potencialidad existente en los pacientes y familias afectados por la disfunción, disminuyendo en todo lo posible los daños que pudieran resultar. No se refiere la actividad exclusivamente al tema del alcohol. El tema de los vínculos familiares y sociales cobra aquí excepcional relevancia. También el "para qué" se ingiere la droga: hay aspectos culturales (creencias) que funcionan como facilitadoras de la ingesta: quita la vergüenza, el frío, el hambre, dá vigor físico, es estimulante sexual, etc., que es necesario abordar para el entendimiento y posterior definición.

Con respecto a los aspectos de la resocialización, en su momento el grupo entendió que era necesario estimular en cada miembro el desarrollo de los aspectos creativos. En general el alcohólico tiene una pobre imagen de sí mismo, estrechamente vinculada a la imagen que le devuelve la sociedad. Esto no solamente ocurre con el alcohólico, sino con todo discapacitado.

Definido este aspecto, el grupo resolvió implementar un taller artesanal, hace aproximadamente tres años. Este taller, dirigido por los coordinadores, cumplía la función de estimular en los alcohólicos en vías de recuperación las potencialidades existentes ya mencionadas, por un lado, y por otro era un medio para que la comunidad expresara su solidaridad con sus miembros afectados: concepto de comunidad autorresponsable.

Pensábamos, incluso, que de tener éxito, podía convertirse en un factor eficaz para resolver problemas económicos inmediatos de los participantes, aunque más no sea temporariamente hasta que cada uno pudiera hallar su propia respuesta.

Conseguimos un local con un alquiler bajo, bastante difícil de obtener en esta zona, turística por excelencia, y con valores inmobiliarios particularmente elevados.

También nos prestaron algunas máquinas: tornos, sierra sinfín, etc., herramientas, algunos comercios y clubes de servicio aportaron lo suyo, el Ministerio de Bienestar Social nos facilitó algunos motores, la Municipalidad local nos eximió de impuestos y colaboró en tareas de instalación junto con el EPEN, y está en trámite la cesión de un terreno de muy alta calidad por parte del Municipio, por mencionar algunos ejemplos de colaboración interinstitucional, que facilitaron notablemente lo que al comienzo pareció una utopía.

Pero un taller con objetivos sanitarios, no es competitivo comercialmente, sobre todo si se su-

man una serie de errores por nuestra parte: los coordinadores debían oficiar de maestros artesanales, por no poder pagar un sueldo a alguna persona capacitada para ello, solamente podían dedicarle sus horas libres, pues no podían abandonar sus respectivos empleos (quero hacer notar que las últimas vacantes de agentes sanitarios han sido cubiertas por miembros del grupo de alcoholismo), la falta de rentabilidad en un medio competitivo, deficiencias organizativas, la dificultad de participación comunitaria en actividades permanentes y otras limitaciones no visualizadas que indudablemente existieron, originaron que no pudiéramos hacer frente a los gastos de mantenimiento. Lógicamente, el dueño del local nos lo pidió, pues hay actividades que le resultaban más rentables. En este caso, paradójicamente, el local mencionado, actualmente está dedicado a la distribución de vinos de una provincia limítrofe.

Esto ocurrió a pesar del apoyo que resultó insuficiente de diversos grupos y personas, entre los que resalta el que brindó (y brinda) el grupo de adolescentes del hospital local, y el de la Dirección Provincial de Cultura, que nos hizo llegar, ya cerrado el taller, un par de becas para maestros artesanales.

Actualmente estamos abocados a la tarea de la reapertura. Está en trámite a nivel Municipalidad la cesión de un terreno en una zona suburbana de alto riesgo, que facilitaría enormemente dicho trámite.

Otro error a subsanar consiste en que de reabrir el taller no estará dirigido exclusivamente a alcohólicos; también participarán discapacitados en general, y en especial jóvenes subocupados o desocupados (prevención de delincuencia infantojuvenil). Por un lado, se extendería la cobertura a otros grupos de alto riesgo; por otro lado, se evitaría la rotulación de "borrachos" a los que concurren al taller.

La idea principal del proyecto es implementar no solamente un local, sino una conciencia de participación, para con aquellas personas que atraviesan una crisis, en un espacio de comprensión y respeto, en un medio solidario. Con estos elementos, cada uno podrá definir por sí mismo su situación.

Desde el equipo formal de salud, todo esto permitirá evitar o reducir sensiblemente las internaciones, y en especial las derivaciones para situaciones límites, por complicaciones de todo tipo, lamentablemente aún existentes, que provocan la desinserción del paciente de su familia y de su medio social.

Considero que la modalidad operativa del taller deberá estar definida por sus integrantes, como corresponde a un grupo de autogestión, siendo las distintas instituciones facilitadoras de ello, pero responsables a partir de la participación.

Integrar el enfoque individual, el familiar y el comunitario, es una vieja aspiración de las instituciones del medio, pero solamente será posible en la medida que desarrollemos la conciencia de comunidad autorresponsable.

Wille Arrúe

RELATO SOBRE LOS TRABAJOS REALIZADOS EN UN AÑO DE EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL DE NIVEL COMPLEJIDAD III

(Hospital de Area Aluminé) 1985

**Dra. Romay, Estela Susana, médica general Dra. Gales, Laura, médica general
Dr. Bon, Aurelio Aquiles A, médico general;
Dr. Rodríguez Bay, Héctor María, director hospital rural Aluminé.**

Antes de comenzar el relato de esta experiencia, creemos válido aclarar a todos, que los que trabajamos en el hospital de Aluminé, somos médicos generales que estamos tratando de introducirnos en una nueva disciplina para mejorar nuestros conocimientos y lograr una mejor atención de nuestra comunidad.

La experiencia comenzó en este hospital hace tres años aproximadamente, pero debido a cambios en el plantel médico he podido recién tener continuidad desde hace dieciocho meses.

Las tareas que se realizaron son:

a) Entrevistas familiares: Es muy rara en nuestra experiencia la consulta familiar "Damlé" (demanda espontánea), generalmente se presenta el paciente problema y es en ese momento donde se trata de captar el núcleo familiar para su tratamiento.

Se realizan citas con frecuencia, de acuerdo al problema presentado, pueden ser una o dos veces por semana, quincenal o mensual.

De los casos que exceden nuestra capacidad, se citan para la reunión mensual que coordina el equipo de Atención Primaria en Salud Mental de la Zona IV*, y con ellos vemos a estos pacientes, no como derivación sino como interconsulta.

Si bien no tenemos un modo objetivo de evaluación de esta actividad, subjetivamente hemos notado que los resultados son satisfactorios en un alto porcentaje.

Los problemas que más frecuentemente vemos son:

1°) Crisis vitales: *Crisis migratorias

*Ausencia de uno de los integrantes de la familia, temporal o definitiva.

*Crisis Generacional de la adolescencia.

2°) Alcoholismo.

b) Grupo de alcohólicos. Funciona en forma regular desde agosto de 1984, y está formado por un médico, un alcohólico recuperado o líder, se reúnen en las instalaciones del hospital semanalmente. A él ingresan pacientes de consultorio externo e internados y su grupo familiar, dicho ingreso es selectivo, quedan excluidos aquellos que presentan desestructuración severa de su personalidad. Por no ser útil por él ni por el grupo.

La forma de trabajar es un manejo no directivo de las charlas en donde no hay temas pre-establecidos, sino que surgen de la espontaneidad de los concurrentes y cuando la oportunidad lo permite se aclaran conceptos técnicos sobre el alcoholismo enfermedad. Se utilizan con

frecuencia las dramatizaciones de un problema determinado con cambio de roles alternantes.

Se elaboró una obra de teatro sobre alcoholismo en donde el grupo fue invitado a volcar ideas en la argumentación la que fue realizada por personal del hospital.

Se utilizaron también juegos didácticos para investigar la atención y memoria de los pacientes.

c) Educación para la salud:

El año 1985 fue el segundo período de realización de charlas de educación para la salud a nivel de escuela secundaria habiéndose tomado como temas base (que incluso coincidieron con lo solicitado por los alumnos) la educación sexual, el alcoholismo y la drogadicción. En cuanto al desarrollo de las charlas en el primer año se realizó tipo magistral pudiendo ver que los resultados al cabo de un año no fueron los esperados por lo que este año se realizó en forma coloquial y de debate. Lo que se vio fue un gran interés por los temas tanto en docentes como en alumnos que llevaron a solicitar la programación de nuevas charlas sobre otros temas.

d) Reuniones comunitarias:

Se realizaron reuniones con debates sobre un problema comunitario, como es el alcoholismo en la comisaría y en la escuela primaria con participación de la población. Estos debates se basaron en los comentarios posteriores a la proyección del film "El muro de Cristal" y la obra de teatro "Juan el Leñador", los resultados fueron satisfactorios ya que se han visto cambios de actitud por parte de las fuerzas de seguridad (y en escuelas) con respecto al alcohólico y una preocupación de la comunidad de cómo colaborar con el hospital y con el enfermo alcohólico y su recuperación.

e) Talleres de docentes:

Se trataron de realizar diversos talleres como parte de actividad interdisciplinaria sobre ciclo de familias, el cual estaba programado para realizar dos reuniones mensuales, una con los médicos del lugar y otra con el grupo de apoyo de San Martín de los Andes, lamentablemente esta experiencia fracasó por falta de concurrencia.

Una tarea que sí tuvo éxito fue un taller de sexología realizado por una jornada completa, que fue dirigido por una especialista del CEFYP (Centro de Estudios Familiares y Parejas) y tuvo

como concurrentes a personal docente y de salud. También se realizó ese mismo día (luego del taller) un cambio de opiniones sobre drogadicción, a cargo de otra profesional del mismo centro.

f) Trabajos con agentes sanitarios:

Se trabajó con ellos en cuanto a la formación técnica de los mismos, sobre temas de la constitución de las comunidades, la influencia de la familia en ella y viceversa, todos estos temas comentados por una asistente social. También se realizó en estos momentos un pequeño ciclo

de sexología, habiendo participado en el de la familia que realizábamos los médicos del hospital. También se plantean problemas familiares y sociales que surgen en la comunidad donde trabajan.

g) Por último el grupo operativo intrainstitucional se lleva a cabo generalmente entre profesionales del hospital, ampliándose cuando así lo deseen, el resto de los trabajadores del hospital; funciona al modo de grupo Balint y como prevención en Salud Mental de los médicos que desarrollamos esta experiencia.

CONGRESO PATAGONICO DE SALUD MENTAL

**Presentado en Gral. Roca (Río Negro)
Noviembre de 1985**

**Experiencia Atención Primaria Salud
Mental Zona IV**

**Relato del agente sanitario Abel Jofré
(Hospital R. Carrillo San Martín de los
Andes**

**(Realizado por el equipo de agentes
sanitarios del Hospital R. Carrillo
San Martín de los Andes**

En nuestra actividad, tradicionalmente los agentes sanitarios tenemos a nuestro cargo actividades de promoción y prevención de la salud física: saneamiento ambiental, especialmente mejoramiento de los sistemas de agua, basura y excretas, promoción del control de niños y embarazadas, mejoramiento de viviendas, promoción de huertas y granjas, detección de algunas patologías, primeros auxilios y derivación al hospital en casos de urgencia.

Nuestra es una actividad relativamente nueva dentro del trabajo del equipo de salud, y la población creía que cumpliríamos otras funciones, como por ejemplo entregar cosas.

También los equipos de salud tenían bastante desconocimiento de la tarea del agente sanitario, pues estaban acostumbrados a la curación y la rehabilitación.

Solamente el tiempo, el conocimiento y el respeto fue transformando la cosa, y el trabajo se fue haciendo más efectivo.

En el recorrido permanente, domiciliario o en las escuelas de los parajes, tomamos conocimiento de los diversos problemas, pero también, y fundamentalmente, observamos las posibilidades de soluciones. Es así que nos comentan los pobladores por dificultades por el alcoholismo, madres abandonantes, problemas entre vecinos, deserción escolar, etc.

Nos movemos en el terreno solos, pero cuando creo que puedo ayudar al poblador, o a la familia, entre mate y mate, reflexionamos juntos, y con el conocimiento del lugar, de la gente, y el apoyo que encuentro, de ser necesario, en las instituciones locales: docentes, equipo de salud, juez, etc.

También somos requeridos permanentemente por dichas instituciones, probablemente porque tenemos el conocimiento mencionado.

Participamos en una reunión semanal con el equipo de Atención Primaria, formado por agen-

tes sanitarios, supervisor intermedio, médico general orientado en Salud Mental, psicólogo y una socióloga.

Este equipo se suele agrandar cuando tratamos un problema definido, con maestros, representantes de juntas vecinales o de otras instituciones.

Con el equipo básico enfocamos las dificultades observadas (aclarar que prácticamente no tenemos rechazos), lo que hemos hecho, y las alternativas para definir futuras conductas, que puede ser la derivación si el problema nos desborda.

La definición de las alternativas elaboradas está a cargo de cada familia del paraje, que de esta manera se va haciendo cargo de la situación.

Hace 5 años que trabajo de agente sanitario, y compruebo que con el tiempo vamos desarrollando con la población de la que formo parte, responsabilidades y derechos en lo que hace a salud. Ya el control de niños sanos ha dejado de ser, afortunadamente, la entrega o la búsqueda de un par de kilos de leche en polvo, sino que cada vez más hay un interés por otros aspectos de la salud, por ejemplo crecimiento, maduración desde lo físico, también cómo ayudar a un adolescente, la importancia de elegir el momento del nacimiento de un hijo para una joven o pareja, prevenir a una maestra nueva que el que los niños no hablen no quiere decir que no la escuchan, despertar el interés de algún funcionario ante una necesidad sentida.

Observar los problemas, pensar con los pobladores, no solamente por la comunidad, sino también por nosotros mismos, pues somos parte de ella, es nuestra tarea, sirviendo como agente facilitador de vínculos.

Por ejemplo, en mi paraje pude contribuir a la instalación de un puesto sanitario, pero también una escuela, participo activamente de un grupo de granja y huerta, conducido por el INTA, y soy miembro de la cooperadora de la escuela donde van mis hijos y los hijos de mis vecinos. Sinceramente no se que hago por ser padre, o por ser agente sanitario.

Nuestro trabajo se va reconociendo lentamente a medida que la población, el equipo de salud y las instituciones del lugar lo van conociendo, y nos van conociendo, y también nosotros mismos vamos encontrando cómo hacer las cosas, y eso es Atención Primaria, y eso es participación.

ALCOHOLISMO: ACERCA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO

SEPARATA N° 1

Serie ALCOHOLISMO

Tema: **Sobre el diagnóstico**

Identificación del problema

Generalmente la dependencia al alcohol es negada por el sujeto que no admite beber demás, atribuyendo sus dificultades a los "nervios" o a los "problemas" o afirmando que **no es un vicioso**: "bebe cuando quiere y para cuando quiere..."

Esta situación también es ocultada o negada por la familia, que juzga al alcoholista como una persona con problemas, sin voluntad o sin vergüenza y **NO COMO UN ENFERMO**.

Asimismo muchas veces se asisten personas o familias donde existe alcoholismo sin que surja una queja o pedido claro para tratarlo.

Por lo tanto se debe sospechar alcoholismo cuando hay:

- aliento etílico en la consulta;
- diarreas repetidas;
- gastritis crónica;
- hemorragia digestiva;
- cirrosis;
- pancreatitis;
- hipertensión;
- anemia;
- polineuropatía;
- convulsiones;
- nerviosismo;
- irritabilidad;
- labilidad afectiva;
- Insomnio;
- inapetencia;
- pérdida de peso;
- escoriaciones;
- contusiones;
- fracturas repetidas;
- ausentismo día lunes;
- desempleo prolongado;
- criaturas golpeadas;
- vínculos familiares alterados.

HABIENDO SOSPECHA DE ALCOHOLISMO: se debe investigar con respeto y franqueza el uso de alcohol y otras señales.

- 1 Consume bebidas alcohólicas diariamente?
- 2 Ha pensado o intentado parar de beber?
- 3 Por la mañana presenta náuseas o temblor?
- 4 A veces bebe antes del desayuno?
- 5 Se siente a veces culpable por beber?
- 6 Fue criticado por su forma de beber?
- 7 A veces no recuerda lo que le pasó, después de haber bebido?
- 8 Cuando comienza a beber, no consigue parar fácilmente?
- 9 Personas próximas (familiares, amigos, etc.) le aconsejaron dejar de beber?
- 10 Perdió compañera (novia o esposa) o empleo por causa de la bebida?

MAS DE DOS respuestas afirmativas confirman diagnóstico de ALCOHOLISMO.

La presencia de UNA de las situaciones abajo descriptas da CERTEZA DIAGNOSTICA DE ALCOHOLISMO.

- temblor grosero, alucinaciones y convulsiones en bebedor habitual que esté privado de alcohol.
- temblor y náuseas matinales que disminuyen con un trago en ayunas.
- hepatitis alcohólica.
- alcoholemia por encima de los 150 mg.x100ml. sin embriaguez notoria.
- uso de alcohol a pesar de contraindicación profesional conocida por el paciente.
- uso de alcohol a pesar de contraindicación social, conocida por el paciente: inminente pérdida de empleo, abandono conyugal, etc.

Establecido el diagnóstico es importante:

- 1 Abordar el problema claramente con el paciente, familiar o ambos;
- 2 Mostrar que se trata de una enfermedad, no un problema moral;
- 3 Promover la motivación para iniciar tratamiento;
- 4 Evaluar la situación médica, psicológica, familiar, ocupacional y de ingesta.
- 5 Registrar el diagnóstico.

SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO

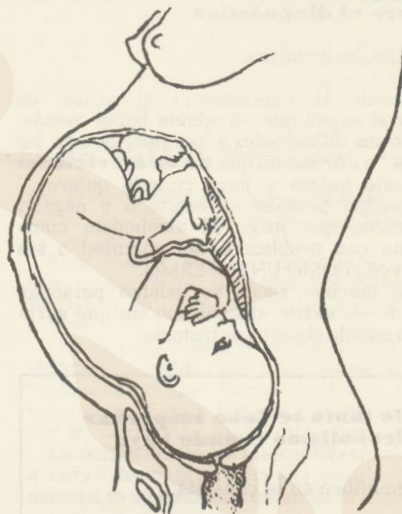
Tomado de "Donde no hay Doctor"
de David Werner

EL EMBARAZO

Señas de embarazo:

Todas estas señas son normales:

- ♦ Pasa el mes sin bajar la regla. (Con frecuencia ésta es la primera seña.)
- Ganas de vomitar, especialmente en la mañana. (Es peor durante el segundo y tercer mes del embarazo.)
- A veces orina con más frecuencia.
- Crece la barriga.
- Crecen los pechos.
- 'Paño' (manchas oscuras) de la cara, la barriga y las chichis.
- Durante el quinto mes, el niño comienza a moverse en la matriz.



Aquí se ve la posición normal del niño en la matriz a los 9 meses.

Cómo Mantener Buena Salud durante el Embarazo:

- ♦ Es muy importante **comer bien**. El cuerpo necesita comidas ricas en proteínas, vitaminas y minerales, especialmente el hierro. (Lea el Capítulo 11.) No se necesita evitar ninguna comida.
- ♦ **Use sal yodada** para tener más seguridad de que el niño nazca bueno y sano y que no sea tontito. Pero para evitar hinchazón de los pies y otros problemas, no debe usar mucha sal.
- ♦ **Mantenga limpio el cuerpo**. Báñese seguido. Lávese la dentadura todos los días.
- ♦ En el último mes del embarazo, es quizás mejor **no tener sexo** con el marido, para evitar que se rompa la fuente y así introduzca una infección.
- ♦ **Evite medicinas** cuando sea posible. Algunas medicinas pueden dañar al niño en el vientre. Por lo general, tome medicinas solamente cuando las receta el médico o trabajador de salud. (Si un médico le va a recetar una medicina, infórmele de que está embarazada o de que existe la posibilidad.) Puede tomar calmantes y antiácidos en moderación si los necesita. Las vitaminas y las pastillas de hierro hacen provecho—y no dañan si se toman en la manera indicada.
- ♦ **No fume ni tome** bebidas alcohólicas durante el embarazo. El fumar y tomar son malos para la salud de la madre y dañan al bebé en el vientre.
- ♦ Quédese lejos de los niños con **rubéola** (una clase de sarampión breve; vea pág. 312).
- ♦ Siga **trabajando y haciendo ejercicio** como de costumbre, pero sin cansarse mucho.

Señas de Peligro en el Embarazo:

1. **Hemorragia:** Si una mujer empieza a sangrar durante el embarazo, aunque sea poquito, es una seña de peligro. Probablemente está abortando (perdiendo el niño). La mujer debe quedarse acostada y mandar a buscar ayuda médica. Una hemorragia que viene en los últimos meses del embarazo, después del sexto mes, puede ser '*placenta previa*'—es decir que la *placenta* (lo demás) está tapando el canal por donde nace el niño. Sin ayuda médica especial la mujer se puede desangrar. Trate de llevarla inmediatamente a un centro de salud u hospital.

2. **Anemia avanzada:** La mujer está débil, cansada, y tiene la piel muy pálida o casi transparente. (Vea las Señas de Anemia, pág. 125). Sin tratamiento, lleva el peligro de morir en el parto o después. En este caso una buena dieta no es suficiente para corregir la condición a tiempo. Se debe consultar a un médico o trabajador de salud, y usar pastillas (no inyecciones) de hierro (sulfato ferroso, pág. 385). Si es posible, debe tener su hijo en un hospital, en caso de que necesite que le pongan sangre.

3. **Hinchazón** de los pies, manos y cara, con dolor de cabeza, tarantas, y a veces dificultad en ver, son señas de **intoxicación (envenenamiento o toxemia) del embarazo**. Otras señas importantes son el aumento rápido de peso, presión muy alta, y mucha proteína en la orina. Si le es posible, vaya con una partera o trabajador de salud para que le examine la orina y le mida la presión de la sangre.

Tratamiento de la INTOXICACIÓN DEL EMBARAZO:

- ◆ Quédese acostada.
- ◆ Coma alimentos ricos en proteínas, pero con poca sal. Evite comidas saladas.
- ◆ Si no se mejora pronto, le falla la vista, se le hincha más la cara o le dan convulsiones (ataques), busque ayuda médica rápido. Su vida está en peligro.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES DEL EMBARAZO:

Si solamente los pies se hinchan, probablemente no es grave. Pero de todos modos, esté pendiente de otras señas. Use muy poca sal.



Si tiene dolor de cabeza o dificultad en ver,

y

si la cara y las manos también empiezan a hincharse, posiblemente padece de INTOXICACIÓN DEL EMBARAZO.

¡BUSQUE AYUDA MÉDICA!

Para ayudar a prevenir la INTOXICACIÓN DEL EMBARAZO: coma muchos alimentos nutritivos y procure comer suficientes proteínas (vea pág. 110). Use poca sal.

VISITAS PRENATALES (DURANTE EL EMBARAZO)

Muchos trabajadores de salud y parteras piden a las mujeres embarazadas que hagan regularmente visitas *prenatales* para examinarse y hablar con ellas sobre su salud. Si usted está embarazada y puede asistir a estas visitas antes del parto, aprenderá muchas cosas que le ayudarán a prevenir problemas y tener un niño sano.

Si usted es una partera, podrá dar un servicio muy valioso a las futuras madres (y futuros niños) al invitarlas a asistir regularmente a tales visitas prenatales—o al ir a visitarlas en sus casas. Es importante que se visiten **una vez al mes por los primeros 8 meses** de embarazo y **una vez a la semana durante el último mes**.

Las visitas prenatales deben incluir los siguientes temas:

1. Intercambio de información

Hable con la madre sobre sus problemas y necesidades. Pregúntele cuántos embarazos ha tenido, cuándo tuvo el último niño, y si tuvo algún problema durante cualquier embarazo o parto. Platique de lo que ella misma puede hacer para proteger su salud y la de su niño:

- ♦ **Comer bien**—alimentos ricos en proteínas, vitaminas, hierro y calcio (vea Capítulo 11).
- ♦ **Cuidar la higiene y el aseo personal** (Capítulo 12).
- ♦ **Usar poca o ninguna medicina** durante el embarazo (pág. 53).
- ♦ **No fumar o tomar bebidas alcohólicas** (pág. 148).
- ♦ **Hacer ejercicio y descansar** lo suficiente.
- ♦ **Vacunarse contra el tétano**. Con esta vacuna se previene el tétano (mozusuelo) en el recién nacido. (Se pone al 6^{to}, 7^{mo} y 8^{vo} mes si es la primera vez. Si ha sido vacunada antes, sólo se pone una inyección durante el 7^{mo} mes.)

2. Nutrición

¿Se ve mal alimentada la madre? ¿Está anémica? Hable con ella de cómo puede comer mejor. Si está anémica, trate de conseguirla pastillas de hierro—preferiblemente con ácido fólico y vitamina C. Déle consejos de cómo calmar los mareos (pág. 248) y agruras (pág. 128).

¿Está ganando peso normalmente? Si es posible, pésela cada vez que lo visite. Normalmente ella debe ganar de 8 a 10 kilos (18 a 22 libras) durante los 9 meses de embarazo. Si deja de ganar peso es mala señal. Si aumenta de peso de repente durante el último mes es señal peligrosa. Si usted no tiene báscula, trate de tantear su cambio de peso al mirarla.

O haga una balanza sencilla.

ladrillos,
adobes u
otras cosas
de peso
conocido.



3. Problemas menores

Pregúntele a la madre si tiene cualquiera de los problemas comunes del embarazo. Explíquele que estos problemas no son graves y déle consejos en su manejo (vea pág. 248).

4. Señas de peligro y riesgo especial

Busque cada una de las señas de peligro en la página 249. Cuente el **pulso** de la madre en cada visita. Así sabrá su pulso normal por si acaso tiene algún problema después (por ejemplo el choque debido a intoxicación del embarazo o hemorragia grave). Si usted tiene un aparato para medir la **presión de la sangre** (vea pág. 126), mídala. También, anote su **peso**. Esté pendiente de las siguientes señas de peligro:

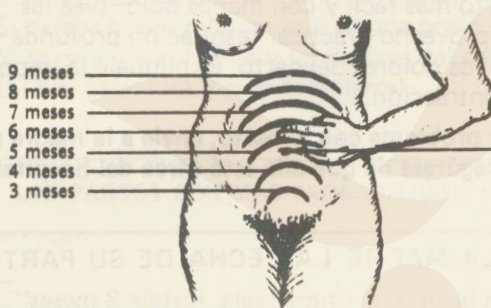
- aumento de peso repentino
 - hinchazón de las manos y la cara
 - aumento en la presión de la sangre
 - anemia grave (pág. 125)
 - cualquier hemorragia (pág. 249)
- } señas de intoxicación del embarazo (pág. 249)

Algunas parteras tienen tiritas de papel especial u otro método para medir la cantidad de azúcar y proteína en la orina. Mucha proteína puede ser seña de intoxicación del embarazo. Mucho azúcar es seña de diabetes (pág. 127)

Si aparece cualquier seña de peligro, ayude a la madre a conseguir atención médica pronto. También busque las Señas de Riesgo Especial, pág. 256. Si encuentra alguna, la madre debe dar a luz en un hospital.

5. Crecimiento y posición del niño en el vientre

Tiente el vientre de la madre en cada visita, y también enséñele cómo hacerlo.



Normalmente la matriz llega 2 dedos más arriba cada mes.

A los 4 meses y medio, generalmente llega al nivel del ombligo.

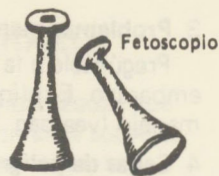
Cada mes apunte cuántos dedos mide la matriz abajo o arriba del ombligo. Si la matriz parece muy grande o crece demasiado rápido, puede tener más agua de lo debido. En este caso, es muy difícil sentir al niño dentro. Demasiada agua en la matriz aumenta el riesgo de una hemorragia peligrosa durante el parto, y puede indicar que el niño está deforme.

Trate de sentir la posición del niño en la matriz. Si parece que está atravesado, la madre debe ir con un doctor **antes** del parto, ya que puede necesitar una operación. Para revisar la posición del niño, vea página 257



6. El pulso del corazón del niño

Después del quinto mes, fíjese si el niño se mueve y trate de escuchar el latido de su corazón. Quizás puede oírlo al poner el oído contra el vientre de la madre, pero así es difícil. Es más fácil si se usa un *fetoscopio*. (Se puede hacer uno de loza, madera o un embudo.)



Si el pulso del niño se oye más fuerte abajo del ombligo en el último mes, está con la cabeza hacia abajo y probablemente nacerá de cabeza.

Si el pulso del niño se oye más fuerte arriba del ombligo, está con la cabeza hacia arriba y posiblemente nacerá de nalgas.



Si tiene un reloj con segundero, cuente los pulsos del niño. De 120 a 160 por minuto es normal. Si es menos de 120, algo anda mal. (O quizás usted contó mal o escuchaba el corazón de la madre. Revise el pulso de la madre. El corazón del niño es muy difícil de escuchar. Se necesita práctica.)

7. Alistando a la madre para el parto

Cuando se acerque el parto, visite a la madre seguido. Si ya tiene hijos, pregúntele cuánto tardaron los otros partos y si tuvo algún problema. Hable con ella de cómo se puede tener un parto más fácil y con menos dolor (vea las siguientes páginas). Quizás le hará provecho practicar respiración profunda y lenta para que pueda hacer esto durante los dolores del parto. Explíquele la importancia de esperar con calma entre cada contracción.

Si sospecha que habrá cualquier problema con el parto, envíe a la madre a un centro de salud o a un hospital. Asegúrese de que ella esté cerca del hospital antes de que empiecen los dolores.

CÓMO PUEDE TANTEAR LA MADRE LA FECHA DE SU PARTO:

Empiece con la fecha en que le vino la última regla, réstele 3 meses y luego súmele 7 días.

Por ejemplo, supongamos que su última regla empezó el 10 de mayo.

El 10 de mayo menos 3 meses es el 10 de febrero, más 7 días es el 17 de febrero.

Es probable que el niño nazca más o menos el 17 de febrero.

8. Apuntando los datos de las visitas prenatales

Para hacer comparación del estado de la madre mes por mes, vale la pena apuntar los datos de cada visita. Para esto, puede usar una hoja como la página siguiente. Cámbiela de acuerdo con su situación. Será mejor que la hoja sea más grande. Cada madre puede guardar su propia hoja y traerla para cada visita.

ALISTANDOSE PARA EL PARTO

El parto es cosa natural. Cuando la madre está sana y todo va bien, el niño puede nacer sin que nadie le ayude. En un parto normal, **cuanto menos se meta la partera, más probable es que todo salga bien.**

De todos modos, hay partos difíciles, y a veces se pone en peligro la vida de la madre o su hijo. **Si hay cualquier señal de que el parto va a ser difícil, es mejor que lo atienda una partera muy capaz o un médico partero.**

Señas de Riesgo Especial que Urgen que un Médico o Partera Bien Capacitada Atienda el Parto:

- Si la mujer empieza a sangrar antes del parto.
- Si hay señas de intoxicación del embarazo (vea pág. 249).
- Si la mujer padece de una enfermedad crónica o aguda.
- Si la mujer está muy anémica, o si no se cuaja normalmente su sangre (cuando se corta).
- Si es menor de 15 años, mayor de 40 años, o si tiene más de 35 años y es su primer embarazo.
- Si es muy baja o tiene caderas angostas (vea pág. 267).
- Si ha tenido dificultades grandes o hemorragias graves con otros partos.
- Si tiene diabetes o mal de corazón.
- Si tiene hernia (desaldillado) del vientre.
- Si parece que va a tener gemelos (cuates). Vea pág. 269.
- Si parece que el niño no está en una posición normal en la matriz.
- Si se revienta la fuente y los dolores del parto no empiezan en pocas horas. (Si hay calentura, hay más peligro.)

LOS PARTOS CON MÁS PROBABILIDAD DE TENER PROBLEMAS SON:

el primer parto

y

los últimos partos después de haber tenido muchos hijos



COMENTARIOS

Tomado de la Revista "ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA" (Volumen 82 - 6/1984)

ATENCIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA EN ÁREAS RURALES

Debe definirse la Pediatría con sentido amplio como la Medicina para los Niños practicada por todo el equipo de Salud, y este concepto se hace aún más necesario cuando se la ejerce en áreas rurales.

El Area Rural como concepto es bien definido y comprensible, en su contraposición al área urbana y periurbana, pero la delimitación entre ellas puede presentar dificultades. ¿Dónde termina la ciudad, y dónde comienza el campo?. El Area Rural comprende la población dispersa del campo o la montaña y las agrupaciones humanas pequeñas, según criterio, hasta de 2.000 habitantes y según otro de hasta 20.000 personas, aunque en realidad lo que importa son las condiciones en que viven y no la cantidad exacta de sus habitantes. La disparidad de criterios explica las grandes divergencias y dificultades para comparar estadísticas, pero hechas estas salvedades daremos algunas cifras aproximadas, de acuerdo con datos de la OMS/OPS.

En 1970 se calculaba la población mundial total en unos 3.500 millones, con 71% de la población rural; para el año 2000 se habrá duplicado la cantidad total de habitantes, pero la proporción de los rurales descenderá hasta el 59%.

América Latina, con unos 350 millones en 1970 y cerca de 40% rural, superará los 600 millones en el año 2000 con alrededor de 30% rural, pero diferenciado según los países. El Cono Sur (Chile, Uruguay y Argentina) estarán por debajo del 20% rural, en cambio otros (Haití, Honduras, Bolivia, Costa Rica, Guatemala) rondarán el 60%, y México y Brasil se ubicarán entre el 35% y el 40%. Estas diferencias existen también dentro de cada país, habiendo departamentos y provincias en que se llega al 80% de población rural. Neuquén tiene 255.714 habitantes (1981) con un promedio de 14,2% rural, variando entre 6,0% en zona sanitaria I y 70,5% en zona III al norte.

Las principales características de la Población Rural, citadas en la publicación del CLAP/OPS/, OMS 713, 1977, son entre otras:

- Dispersión geográfica considerable;
- Comunicaciones difíciles y variables;
- Accesibilidad limitada a los servicios de salud:
 - Difícil acceso físico;
 - Cobertura programada insuficiente;
 - Información inadecuada sobre el Servicio de Salud.

La misma publicación agrega más adelante a las anteriores:

- Estancamiento económico;
- Tradiciones culturales desfavorables al desarrollo y progreso;
- Subempleo y falta de alternativas laborales;

- Condiciones de vida mediocres (vivienda; agua, excretas, alimentación);
- Predisposición a enfermedades y Desnutrición;
- Enseñanza escolar insuficiente;
- Injusticia Social con distribución desigual de la tierra;
- Rígida estructura social de clases;
- Representación e influencia insuficiente o nula en los órganos de conducción o decisión.

Enfoque de la Atención Pediátrica Primaria en el Area Rural

Carlos Alberto Alvarado, gran impulsor de la medicina rural en nuestro país, esquematizaba las modalidades de cobertura médica en la teoría vertical, con gran concentración de recursos accesibles solamente a la población que pudiera acercarse a ellos, y la teoría horizontal, con distribución de los recursos de baja complejidad al alcance de toda la población y posterior desarrollo de las complejidades crecientes de acuerdo a las necesidades. Es la antítesis del hospital grande versus los centros periféricos y puestos sanitarios, siendo en realidad que el primero debe existir como recurso de derivación y apoyo para los segundos, donde se atiende al paciente en primera línea y se soluciona su problema o se deriva a interconsulta más especializada en caso necesario. Es atención médica regionalizada y escalonada de acuerdo a niveles de complejidad creciente, como una pirámide.

Correspondiendo a este esquema, la Provincia de Neuquén tiene más de 100 puestos sanitarios y consultorios periféricos distribuidos en todo su territorio, 25 hospitales de área de nivel III según la escala nacional, 4 hospitales cabecera de zona de niveles IV a VI de la escala, y un hospital de alta complejidad de nivel VIII creciente en la capital provincial, siendo cada vez menor el número de casos que requieren la derivación a centros universitarios para su diagnóstico y tratamiento. Las derivaciones intra o extraprovinciales se cumplen por tierra (ambulancia, a veces barco o caballo en sus etapas iniciales) o por avión sanitario, de acuerdo al carácter y urgencia del caso.

En el campo como en la ciudad el principal responsable y determinante de la salud del niño es su FAMILIA, incluyendo en este concepto a la comunidad con sus hábitos ancestrales, vivienda, alimentación, medicina tradicional o folklórica, creencias, tabúes, etc.

Es fundamental conocer lo mejor posible estas características, que de alguna manera han permitido a la población rural sobrevivir en condiciones de vida difíciles a través de la historia, algunas costumbres son más naturales e incluso más acertadas que las que pretenden imponerles el equipo de salud, como el parto en cuclillas o de rodillas, alimentación en base a productos del lugar aparentemente "indigestos" pero siempre disponibles, aceptación de la madre soltera, fidelidad al marido alcohólico a pesar de los múltiples trastornos bio-psico-

socio-económicos, aceptación de la muerte humana como fenómeno natural, mayores lamentaciones ante la muerte de una cabra, vaca o caballo que son su fuente de subsistencia, trabajo y transporte, etc. Otros aspectos son menos favorables al progreso: poca estimulación de los niños por su propia apatía, fatalismo ante las condiciones de vida precarias ("somos pobres" en vez de "estamos pobres", expresión de la experiencia negativa de generaciones) que dificulta el mejoramiento social, frecuencia del incesto y embarazo de adolescentes que desdibuja el esquema familiar y dificulta la inserción social duradera, reticencia en requerir prestaciones de salud, incluso en aceptarlas cuando son ofrecidas (muchas veces por experiencias negativas, atropello de sus costumbres por el equipo de salud, cambios frecuentes en éste, mensajes contradictorios, referencias negativas de otros pacientes, etc.), recurriendo en cambio a su medicina tradicional que tiene sus aciertos pero también sus limitaciones, especialmente en situaciones de gravedad o urgencias.

Recordar siempre que la educación para la salud debe ser un proceso Bilateral/Bidireccional de enseñanza-aprendizaje, y que en el medio rural el agente de salud, en especial el médico, debe comenzar por escuchar y aprender antes de hablar y enseñar, a riesgo de perjudicar, confundir y alejar a quienes pretende ayudar, atraer y orientar, malogrando su propio esfuerzo y el de los demás integrantes del equipo de salud, así como el de los que lo precedieron y los que lo sucederán en la tención de esa comunidad.

Después de la Familia es el AGENTE SANITARIO el principal responsable de la salud del niño, como lo es de la salud de la comunidad en general. El Agente Sanitario procede generalmente de esa misma comunidad o de otra semejante en el aspecto cultural y social, estando en las mejores condiciones para interpretar sus necesidades y transmitir los conocimientos, es decir para atenderla integralmente con sus prestaciones de salud. El A.S. recibe una formación básica en primeros auxilios, saneamiento ambiental, vacunaciones y educación para la salud, con énfasis en acciones preventivas de promoción y protección de la salud materno-infantil: control del embarazo, detección de factores de riesgo, derivación oportuna para el parto, atención de emergencia del parto domiciliario, lactancia materna, alimentación de la madre y del niño* prevención y tratamiento de la diarrea, potabilización del agua de bebida, eliminación de excretas y de basura, etc. Está munido de un manual de procedimientos para orientarse en cada caso y situación que se presenta. Sus tareas principales, luego del RECONOCIMIENTO GEOGRAFICO y del CENSO DE POBLACION, son la VISI-

TA DOMICILIARIA y la RONDA por su distrito o sector, desarrollando acciones preventivas y detectando patología para tratarla o derivarla. Además está disponible para consultas espontáneas. Participa activamente de la VISITA MEDICA Y ODONTOLOGICA PROGRAMADA, para la cual él mismo cita y presenta a los pacientes. En todo momento deriva al hospital base a las embarazadas a término, a los pacientes para estudio y a las emergencias o problemas que superen su competencia.

El Agente Sanitario es el principal representante del equipo de salud ante la población Rural y de su acción depende el buen éxito de todos los programas de salud. El busca activamente a los habitantes en su domicilio para promocionar y proteger su salud, no se queda pasivamente esperándolos cuando ellos se sientan enfermos, aunque también atiende la demanda espontánea y soluciona problemas primarios de salud, derivando los más importantes a la visita médica programada y los más urgentes directamente al hospital.

Actualmente hay más de 100 agentes sanitarios trabajando en la Provincia del Neuquén y continúan formándose otros para reforzar la atención rural.

El SUPERVISOR INTERMEDIO apoya la acción de los agentes sanitarios con recorridos periódicos, evaluando su trabajo, corrigiendo errores y recogiendo sugerencias e iniciativas para mejorar el sistema. Generalmente es un auxiliar de enfermería con experiencia rural y entrenamiento adecuado, o un agente sanitario que se haya destacado y reúna las condiciones necesarias. Se calcula aproximadamente un supervisor intermedio por cada 5 ó 6 agentes sanitarios, habiendo en este momento cerca de 20 trabajando en la provincia, distribuidos en todas las zonas sanitarias.

EL MEDICO GENERALISTA es el profesional que mayor responsabilidad directa tiene en la salud de la comunidad rural, comprendidos los niños. Carlos Alberto Alvarado escribió hace unos años: "El Supervisor Médico es el más difícil de normatizar y requiere un más largo tiempo y paciencia para convencerlo de que su principal misión no es salir a ver enfermos y hacer medicina ambulante, sino inspeccionar y valorar el trabajo del Agente Sanitario y del Supervisor Intermedio...", a lo que habría que agregar y apoyarlos como consultor de los casos derivados o citados.

En la Provincia del Neuquén los supervisores médicos son generalistas que han cursado la residencia rural (a la cual acceden por concurso) de 30 meses de duración, capacitándose en pediatría, tocoginecología, clínica médica, cirugía general, administración sanitaria, saneamiento ambiental, psiquiatría básica y especialidades médicas críticas. Desde este año se denomina Residencia en Medicina Familiar, pues se ha acentuado dicho enfoque y se ha enriquecido el programa con un entrenamiento práctico de esa orientación, que por otra parte se está intentando extender a todas las actividades de salud de la Provincia.

* Control de peso, talla y vacunas de los niños menores de 5 años, con mayor frecuencia en los desnutridos.

Los médicos rurales egresan de la residencia con una sólida formación para la atención primaria materno-infantil, estando en condiciones de prestar servicios de salud a toda la familia sin limitación de edad o especialidad, pudiendo recurrir a la consulta especializada o a la derivación de acuerdo a las normas y a su propio criterio médico.

Terminada la residencia, el médico es destinado a un hospital cabecera de área donde comparte su actividad asistencial, en consultorio e internación, con la supervisión de las tareas del agente sanitario y supervisor intermedio a quienes apoya como consultor en las visitas programadas, acompañado por el odontólogo.

Luego de cumplir un periodo generalmente de tres años en hospitales de nivel III, el generalista que lo desea tiene la oportunidad de orientarse a una de las especialidades básicas, pediatría, tocoginecología, clínica médica o cirugía general, para lo cual realiza otro curso de un año de capacitación espe-

cializada lineal intensiva y luego es destinado a uno de los hospitales cabecera de zona de nivel IV. Allí puede dedicarse a la especialidad elegida, aunque comparte la guardia general y las salidas programadas al área rural con los demás colegas.

Como escalón básico de este sistema de atención pediátrica rural está el PEDIATRA propiamente dicho, quien actúa normatizando la atención, enriqueciendo los contenidos con las adquisiciones que su actualización le va brindando (P. ej. estimulación temprana, detección precoz de defectos sensoriales, vigilancia del crecimiento y desarrollo infantiles, etc.), atendiendo el consultorio pediátrico, evacuando las interconsultas de los generalistas y también participando en las visitas programadas al área rural.

Dr. JULIO ARCE

Presidente Filial Alto Valle de Rio Negro y Neuquen

Presidente Subcomisión Pediatría Rural



Colectiva
de Lanús

En la nota gráfica
vemos a Olga (Mañares
(Agente Sanitario Trafal)
y Carlos Palma
(Chofer en Angostura)

Extractos Bibliográficos

Tomado de "Saúde Oficial, Medicina Popular", Carlos Gentile de Mello y Douglas Carrara, Ed. Marco Zero, Río de Janeiro, 1982.

"La salud, en la realidad, es un problema de naturaleza social, que depende de cómo las personas se alimentan, cómo viven, cómo se visten, en que condiciones trabajan, cómo se divierten. En otras palabras, la salud se correlaciona con el nivel de vida. Estimase que en el año cero de la Era Cristiana la esperanza de vida del hombre al nacer, no pasaba de veinte años. Transcurridos 1.750 años, en los países desarrollados, la vida media del hombre aumentó de veinte para, apenas, 29 años. Entretanto, doscientos años después, en 1950, la vida ya pasaba los sesenta años.

¿Qué había ocurrido en ese período para prolongarla? Será que habrían sido hechos descubrimientos espectaculares en el ámbito de la ciencia médica permitiendo prevenir o tratar las enfermedades? La respuesta es negativa. Recordemos que los descubrimientos de Luis Pasteur, que dieron inicio a la «era microbiológica» de la medicina acontecieron entre 1857 y 1863, cuando quedó demostrado que los microorganismos son los agentes responsable de las enfermedades infectocontagiosas, y fue en 1882 que Roberto Koch aisló el bacilo de la tuberculosis. Pero la verdad es que los métodos eficaces de combate a esos males, sobre todo los medio aplicados en masa, solamente tuvieron aplicación muchos, muchos años después. Hoy no hay duda al respecto; el hecho que marcó decisivamente la mejoría del nivel de vida del hombre en la tierra fue la llamada Revolución Industrial, que tuvo su inicio en Inglaterra, con los grandes descubrimientos e invenciones: la máquina de vapor, en 1769; el telar mecánico de hilados en 1767; la locomotora y el ferrocarril en 1828. Los programas de protección y recuperación de la salud, y notablemente aquellos que son financiados con recursos retirados compulsivamente de la población, deberían tener como objetivo exclusivo o prioritario, atender los intereses de la salud de la población. En realidad, no es eso lo, que acontece. La asistencia médica sanitaria o médico asistencial es determinada por factores e intereses que merecen ser destacados para mostrar cuanto la sociedad disipa en esos programas, comprometiendo en último caso el interés de la población.

1) Mantención de la mano de obra: la sociedad como un todo, tiene todo el interés de mejorar el nivel de vida de la población. En otras palabras, se torna imprescindible que sean producidos bienes y servicios para consumo del pueblo: viviendas, alimentos, transporte, educación, ropa, bebidas, automóviles. Para tanto, es indispensable que haya trabajadores en condiciones de ejecutar esas tareas. Es de toda con-

veniencia que la mano de obra en actividad esté en condiciones de salud para producir más. Por eso mismo se crean los sistemas de seguridad social, para cuidar de la salud de ese segmento de la población. Mientras que el Ministerio de salud se ocupa de los problemas que afligen a la población económicamente inactiva, económicamente marginal, que no está empenada en el esfuerzo productivo, que no produce bienes y servicios o que produce en cantidad tan diminuta que nada o poco representa para el llamado Producto Bruto Interna o para la elevación de la renta nacional.

Esto explica, en gran medida, la abundancia de recursos financieros que manejan las obras sociales, en comparación con el pauperismo del Ministerio de salud.

2) Industria farmacéutica: poca gente se da cuenta de los gastos de la sociedad con productos farmacéuticos. En 1958 las erogaciones del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra registraron en números redondos, 72 millones de libras en servicios médicos clínicos, y 74 millones en farmacia. En el mismo año, en los Estados Unidos, del total de las erogaciones en asistencia médica, 26% se destinaron a medicamentos y 29% a servicios médicos. La industria, en su casi totalidad multinacional, utiliza los métodos más tradicionales y los más modernos para condicionar la utilización de medicamentos, dirigiendo su propaganda no sólo para los profesionales de la salud, médicos, enfermeros, farmacéuticos, sino por igual, al público general, en la prensa, en la radio, y en la televisión. Hoy un paciente que sale de un consultorio, después de una consulta, sin una receta, sin una prescripción de medicamentos, no deja de manifestar su disconformidad, traduciendo esa actitud del médico como desinterés por su caso. Un respetado farmacólogo del Brasil afirma que del total de medicamentos comercializados y consumidos, cerca del 30% realmente mejoran la salud de la población, contribuyendo efectivamente para curar enfermedades y salvar las vidas de las personas; 20% en virtud de los efectos colaterales, de la acción iatrogénica, perjudican más de lo que benefician la salud; y 50% de los medicamentos se destinan pura y exclusivamente a producir lucros financieros para sus fabricantes.

Uno de los más prestigiosos e insistente estudiosos del problema de la industria farmacéutica, ha denunciado reiteradamente años seguidos, la venta libre de productos que son

prohibidos de fabricar y vender en su países de origen

3) Industria de equipamientos: la medicina en los últimos tiempos, incorporó a sus métodos de diagnóstico y de tratamiento, prácticas modernas, especializadas, sofisticadas, que exigen la utilización de costosos equipamientos e instalaciones. Parece evidente que nadie va a estar en desacuerdo con la introducción de los descubrimientos que pueden beneficiar la salud de la población. Lo que no se puede aceptar, es el empleo de esos instrumentos en función de los intereses de sus fabricantes.

Unos de los más conceptuados cirujanos vasculares del Brasil, llega a afirmar que quien orienta la medicina moderna es la industria porque la industria actuando como tal, con sus técnicas de marketig, con su agresividad, con su interés en vender, sugestionada, aconseja, demuestra, ofrece financiamientos, e induce a los hospitales, las facultades, los profesionales de la salud, los profesores y a los alumnos, a la utilización de un arsenal que bien utilizado, puede beneficiar la salud de la población. Pero, en la práctica, ninguno puede dudar que tales equipamientos son adquiridos y funcionan en régimen de espantosa ociosidad, y más que esos, empleados innecesariamente, y aún peor, en perjuicio de los propios pacientes. Más aún, utilizando esos métodos carísimos al mismo tiempo en que la sociedad admite la existencia de millares de personas desprovista de cualquier tipo de recursos en el área de la salud.

Durante una visita al interior del Brasil, un ministro de Salud quedó escandalizado ante un diagnóstico de ascaris lumbricoides, un parásito común de la región, realizado a través de una fotografía hecha en el duodeno por endoscopia peroral, cuando podría haber sido hecho con un simple y rutinario exámen de materia fecal.

4) Empresas hospitalarias: la influencia de las redes hospitalarias en los programas de salud es mucho mayor de lo que puede parecer a primera vista. No es por acaso que un consultor de la O.M.S. haya repetido que en el campo de la salud, los recursos destinados al sector se escurren consumidos por un sistema de prestación de servicios desvirtuado en su finalidad, concentrado y sofisticado en demasía, en contradicción con la estructura de las necesidades y orientado, prioritariamente, para los intereses de los productores de servicios y de insumos y de otros bienes de salud. Los empresarios hospitalarios representan un determinante tan decisivo en el panorama del sector salud, que estamos viviendo una política de salud que incluye entre sus prioridades, la hospitalización.

Imponese, en el más breve plazo, una campaña nacional de deshospitalización, por dos motivos principales. Primero porque la asistencia médica en régimen de internación es la modalidad de costo más elevado de la prestación de ser-

vicios de salud. Por eso mismo la hospitalización debe ser medida de excepción cuando no sea posible o recomendable el tratamiento en ambulatorio o en residencia, y más que eso, la hospitalización ha sido la norma preferencial en otra razones para cumplir, con más amplitud, la política de privatización de prestación de servicios de salud.

La deshospitalización se recomienda, aparte de eso, teniendo en cuenta que el hospital es un local insalubre por vocación. Un paciente, a partir del momento en que es hospitalizado comienza a sufrir una serie de agresiones, las más variadas, sometiendo a riesgos mucho mas elevados que si estuviese en su propia residencia.

Entre las agresiones peculiares de un hospital, podemos referir las siguientes: a) agresión quirúrgica, que varía de acuerdo con el tipo de intervención, con la edad del paciente, con el estado general del enfermo; b) agresión anestésica, sujeta al riesgo de muerte y de paro cardíaco; c) agresiones de métodos de diagnóstico y de tratamiento; d) agresiones micribianas, sabiéndose que la flora microbiana hospitalaria es más virulenta y más resistente que la flora microbiana de la comunidad; e) agresiones medicamentosas por los efectos colaterales; f) agresiones psicológicas de las mas diversas.

Desgraciadamente predomina, especialmente en el área de la medicina oficial, la política de atribuir prioridad al tratamiento en régimen de internación. En la esfera de la asistencia psiquiátrica, por ejemplo, aún persiste la orientación condenada por Philippe Pinel, en el siglo pasado, precisamente en el año 1793, cuando asumió la dirección de la Salpetriere, cuando el llamado sistema asilar fue sustituido por la prestación de asistencia al enfermo mental sin apartarlo del medio social o solamente apartarlo cuando eso sea considerado absolutamente indispensable. La situación actual se encuentra en un estado tan desolador, beneficiando a los empresarios hospitalarios, que la red de sanitarios o colonias del sector privado integra lo que se convino denominar de "industria de la locura".

5) Empresas médicas: también conocidas como Medicina de Grupo, obedecen a una perfecta lógica empresarial. Reciben pagos mensual fijo en función del número de personas bajo su responsabilidad. Los lucros, a dividir entre los socios, resultan de la diferencia entre la receta que es fija, y las erogaciones, que pueden ser reducidas, en la medida en que se restringen las acciones diagnósticas y terapéuticas.

La medicina de grupo prospera en función de los convenios firmados con las empresas empleadoras, transfiriendo la responsabilidad de la asistencia médica a los empleados de esas empresas, y sus dependientes. Resaltan entre tanto, una serie de casos clínicos y quirúrgicos que permanecen en la esfera de la responsabilidad de la Prevención Social, tales

como: tuberculosis, cirugía cardiovascular, microneurocirugía.

La preferencia de las grandes empresas empleadoras, de la industria, del comercio y productoras de servicios, por los convenios con la Prevención Social, se explica, en gran medida, por la preocupación en reducir el número de falta de los empleados al trabajo.

Se trata en realidad de una perspectiva equivocada, pues el ausentismo está lejos de constituir un problema que puede ser resuelto por la pericia médica, por la fiscalización, por el policiamiento médico. Está comprobado que el ausentismo, hasta el rotulado ausentismo por enfermedad, es cuestión más compleja y está directamente relacionado con la política de personal de la empresa.

Se sabe que dejan de comparecer más frecuentemente al servicio los trabajadores de menores salarios, los que trabajan en condiciones desfavorables, los que residen más distantes del lugar de trabajo, los que están sometidos a jefes inadecuados.

En 1978 un ministro de Hacienda, concordando con la aterradora facilidad con que firman un certificado médico apartando un funcionario del trabajo, esos profesionales no se preocupan en estar, de esa manera, colocando un trabajador fuera de servicio y participando, así, activamente, de la inflación. En otras palabras, los médicos como resultado de su «bondad» contribuyen para el proceso inflacionario.

Un estudio realizado en Francia concluyó que el ausentismo por enfermedad no se distribuye uniformemente entre los trabajadores. El es siempre mayor entre los trabajadores de menor salario. Es mayor entre los trabajadores más jóvenes y entre los viejos. Es mayor entre los trabajadores de sexo femenino.

Mayor entre los casados que entre los solteros. Entre los que tienen hijos Entre los que residen en lugar distante del empleo. los que trabajan en condiciones desfavorables.

Por otro lado el ausentismo por enfermedad es menor entre los trabajadores que reciben, de la empresa, mayor atención y mejor asistencia social. Es menor en las empresas que ofrecen mejor remuneración. En las empresas que prestan asistencia alimentaria. En las empresas que ofrecen transporte a sus empleados. En las empresas donde hay nítida preocupación por el bienestar de los empleados. Y para sorpresa de mucha gente, en las empresas que no exigen certificado médico para la justificación de falta al trabajo.

Un estudio realizado por un psiquiatra de una gran empresa norteamericana, concluyó que el ausentismo está íntimamente ligado al relacionamiento entre jefes y subordinado.

En resumen, los problemas personales dentro

del ambiente de trabajo pesan enormemente en la decisión en cuanto a ir a trabajar o no en determinado día.

No obstante, aún persiste la idea equivocada de que el ausentismo puede ser reducido tan solamente a través de un control riguroso. Hay quien hasta recomienda que toda justificación de falta al trabajo debe ser registrada en la cartera profesional del trabajador, lo que sería una orientación para el aprovechamiento de ese empleado en nuevas empresas, creando así, un estigma como si la culpa fuese personal e intransferible.

6) Asociaciones médicas: parece evidente que dentro del modelo social y político en que vivimos, las más diversas categorías profesionales se organizan con el objetivo definido de defender sus respectivos intereses, que con sideran legítimos. Es claro que la defensa de los intereses de los médicos no significa, necesariamente desatender a los intereses de los enfermos, los intereses de la salud de la población, aún porque no hay incompatibilidad entre esos dos intereses.

Hay un ejemplo, entretanto, de repercusión internacional, muy significativo para demostrar la importancia de las entidades médicas en los programas de protección y recuperación de la salud. Cuando el científico norteamericano Jonas Salk, descubrió, entre 1954 y 1955, la vacuna inyectable contra la poliomielitis, que llevó su nombre, la inmunización contra esa enfermedad fue ampliamente diseminada en los Estados Unidos, a través de la clínica privada, en los consultorios médicos, procurada, por la población mediante el pago de los respectivos honorarios.

Algunos años despues, otros científicos, un virólogo de origen ruso y naturalizado norteamericano, Albert Sabin, descubrió otra vacuna contra la parálisis infantil, considerada mucho más eficaz que la vacuna Salk. Presentaba la ventaja adicional de ser empleada por vía oral, dispensando, por eso mismo, la aplicación de una inyección. El hecho implicaría, por motivos obvios, en transferencia de los programas de inmunización, de la clínica particular para los órganos de salud pública, y no se justificaría que un cliente pagase honorarios médicos para que su hijo recibiese, sobre su lengua, dos gotitas de la vacuna Sabin. La Asociación médica Norteamericana, toda poderosa, dificultó, al máximo, la introducción de la vacuna Sabin en los Estados Unidos, cuya población solamente se benefició transcurridos cinco años del descubrimiento, después de haber sido inmunizados todos los niños de la Unión Soviética, con resultados espectaculares, mientras la poliomielitis no era erradicada en el país donde la Sabin nació.

LAS EXPECTATIVAS, LOS TEMORES Y LA JUSTICIA

Cristo pocas veces dio satisfacción inmediata a las necesidades mentales y físicas de la gente, de manera que esas oportunidades pueden caracterizarse como ocasionales y, generalmente, individuales. En una oportunidad calmó el hambre de una multitud con panes y peces. Contrariamente, de un modo habitual, tanto individual como masivo, desnudó, orientó o atendió las necesidades espirituales de su pueblo; necesidades que, a diferencia de las psíquicas y biológicas, no dependen de prestaciones a brindar por el sistema y sus organizaciones sino que descansan, finalmente, en la conciencia personal, y para los religiosos en la unión de cada hombre con su creador.

En nuestros días, en los grupos que toman las decisiones más globales de las organizaciones, incluyendo a las del sector salud, grupos que se consideran a sí mismos como primerísimos agentes de cambio, se afirma comúnmente que no hay que «Crear» falsas expectativas, ni demasiadas expectativas. Estas afirmaciones se justifican, suele argumentarse, por la prudencia (discernir los objetivos alcanzables) y/o la compasión (no provocar sufrimientos a los demás).

Quedan así soslayados los grados de necesidad, urgencia y justicia envueltos en la expectativa en cuestión, así como los temores de quedar desplazados que esos grupos de decisión pudieran tener ante las reacciones que acompañan a las expectativas insatisfechas.

Cristo fue un revolucionario, y para muchos el mayor. Las expectativas que despertó conformaron uno de los pilares en las inquietudes y transformaciones que de él se nutrieron. Las dimensiones de las expectativas que «él creó» (y aquí el verbo contempla al menos las creencias de buena parte de los mortales) no tienen parangón con las satisfacción que para ellas procuró. Ni él ni los demás hombres que la historia ha consagrado paradigmas de agentes de cambio, se paralizaron por el temor ni racionalizaron sobre la prudencia y la compasión que deben primar sobre la justicia de aspiraciones y reclamos a veces acuciantes, que renuevan la historia.

IV-84

Leopoldo Mario Borini

TALON DE SUSCRIPCION

Nombre y Apellido

Domicilio

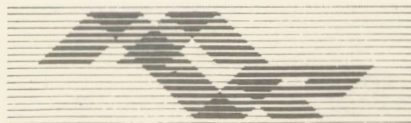
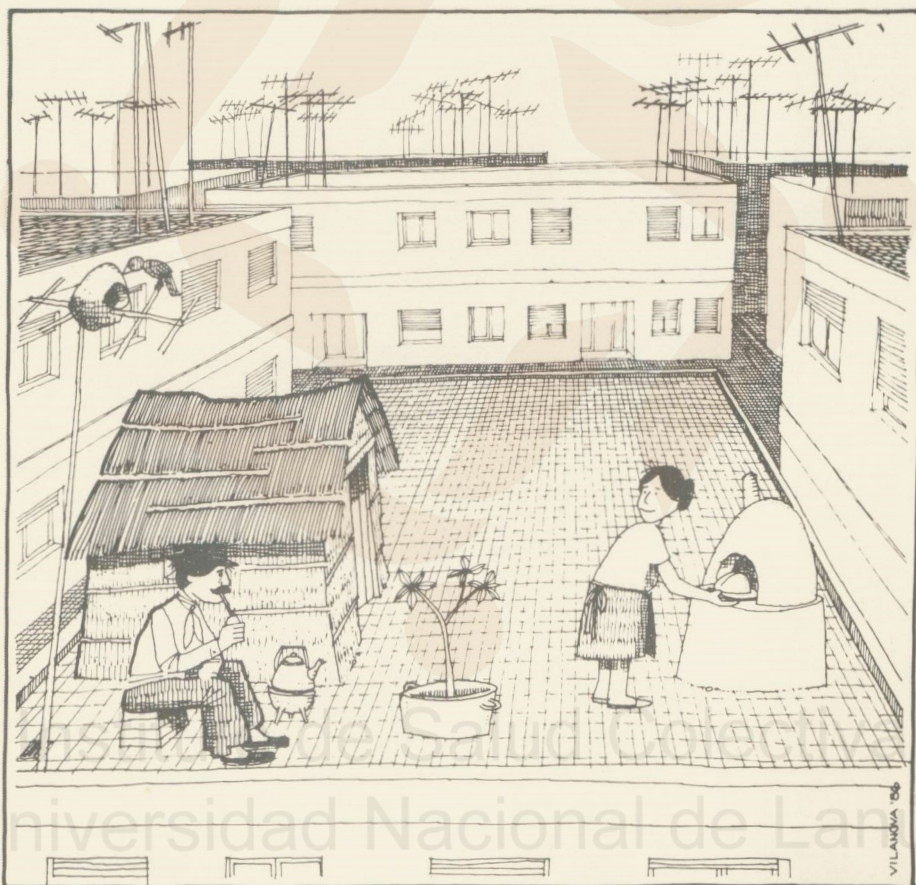
Profesión y Cargo

Acompañó cheque/giro N° por

★ en concepto de suscripción voluntaria por cuatro (4) números de MR (Medicina Rural)

3^{er} CONGRESO NACIONAL DE VIVIENDA Y HABITAT RURAL NEUQUEN

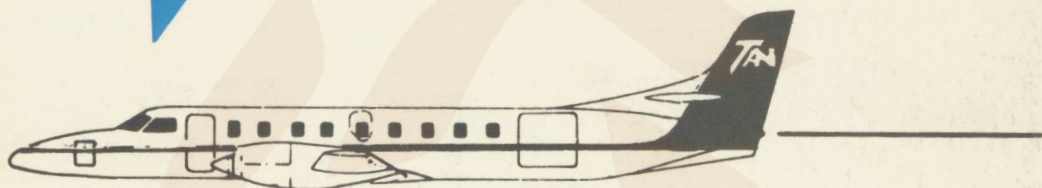
NOVIEMBRE 6, 7, 8 Y 9 DE 1986
AUDITORIO MUNICIPAL



ASOCIACION ARGENTINA
DE LA VIVIENDA RURAL
REGION PATAGONICA
SGTO. CABRAL 635 - NEUQUEN
ADHESION ISSARA

ASOCIACION ARGENTINA DE LA VIVIENDA RURAL

TAN



TRANSPORTES AEROS NEUQUEN

OFICINAS CENTRALES: Belgrano 380
TEL. 24834-31401/ 11/ 21 -
Internos 5184 al 86

CASA DEL NEUQUEN EN BS. AS.
Cangallo 685 - T.E. 450-233/ 469-265

BARILOCHE: Agencia LADE:
Mitre y Villegas T.E. 22355 - 23562

OFICINA AEROPUERTO NEUQUEN: TEL. 30096
OFICINA CARGAS: Libertad 55 - T.E. 31401/ 11/ 21
Interno 5182

Y SUCURSALES DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA

ESQUEL: Agencia LADE
25 de Mayo 777 T.E. 2227

**VUELOS A: ZAPALA — CHOS MALAL — CAVIAHUE —
RINCON DE LOS SAUCES — SAN RAFAEL (MENDOZA) —
MENDOZA — CHAPELCO — Y AHORA TAMBIEN:
BARILOCHE (RIO NEGRO) — ESQUEL (CHUBUT)**

T.A.N. Transportes Aéreos Neuquén

Ofrece sus servicios no regulares de pasajeros y/o cargas a cualquier lugar del país o países limítrofes, con sus modernos aviones biturbohélice, cabinas presurizadas de 8 a 20 plazas. Tripulaciones experimentadas para vuelo *en cualquier condición de tiempo, de día o de noche.*

Consultas: Belgrano 380 - T.E. 31401 Int. 5184 - T.E. 24834
Aeropuerto Neuquén T.E. 23418 Particulares: 24400 - 23601

Servicio Autorizado por Disposición N° 14/ 83 de la D.N.T.A.C.