

MAR



Nº 20 - Noviembre 1991

ENFERMERIA Y EL MEDICAMENTO

SALUD BUCAL EN ESCOLARES

ALCOHOLISMO EN CHOS MALAL

SALUD PERINATAL

PERCEPCIONES SOBRE LA NOCION DE SALUD

BIOLOGIZACION DE LO SOCIAL

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Revista de la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén



DIRECCION
Julio A. Siede

CONSEJO DE REDACCION
Adriana Baggio
Estela Cereseto
Gabriel Jeréz
Adrián Lamnel
Marcelo Ríos
Gabriela Rollansky

ASESORES CIENTIFICOS
Juan Bertinetti
Mario Bafini
Malco Elder
Luis Olarte
ILUSTRACIONES
Estela Cereseto
Gabriela Rollansky
Marcelo Ríos

ARTE Y DIAGRAMACION



Entre Ríos 378 - 1° Piso - NEUQUEN
San Martín 25 - 1° Piso - ALLEN

IMPRESO EN
Gráfica VALENTINA
Ruta 22 - Colonia Valentina - NEUQUEN

SMR

PRESIDENTE
Luis Olarte

SECRETARIO
Pedro Suarez

TESORERO
Ricardo Santani

DIRECTOR DE PUBLICACIONES
Carlos Garay

SUMARIO

4 ENFERMERIA Y EL MEDICAMENTO

Errores en la Ejecución de la Prescripción Medicamentosa

5 PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN ESCOLARES - HOSPITAL SAN MARTIN DE LOS ANDES

Informe Sobre Avances Obtenidos Durante el Período 1987 - 1990

11 EL ALCOHOLISMO EN CHOS MALAL

Magnitud e Importancia. Su Enfoque Desde Distintos Niveles de Análisis

20 SALUD PERINATAL

Epidemiología del Bajo Peso al Nacer y Utilidad de la Historia Clínica Perinatal Simplificada en la Provincia del Neuquén

32 PERCEPCIONES SOBRE LA NOCION DE SALUD

33 BIOLOGIZACION DE LO SOCIAL

35 CORREO DE LECTORES

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores, **MR** no hace suyas necesariamente las opiniones vertidas en ellos.
Está permitida la reproducción parcial o total del material sin previa autorización, mencionando la fuente y enviando una copia a la Redacción.

EDITORIAL

Intentar desde este editorial enmarcar en la realidad la salida de este número 20 de MR, es un desafío por demás complejo. Es que la dinámica, mundial, nacional y provincial, se han vuelto difíciles de analizar, aún para los más capaces o arriesgados. Los sucesos del Golfo Pérsico, la caída del muro de Berlín y el colapso del socialismo soviético marcan vertiginosas redefiniciones en un primer mundo del que seguimos excluidos a pesar de las declamaciones oficiales.

Los argentinos, mientras tanto, apenas salidos del estupor y la bronca por un indulto que premió a los asesinos de una generación de militantes políticos y sindicales, nos encontramos con la ratificación en las urnas de la política económica más feroz y abiertamente dependiente que nos podíamos imaginar y la consolidación de un proyecto de ajuste salvaje que, por definición, sólo pagarán los sectores más castigados de nuestra sociedad.

Ante este panorama y la falta de alternativas a la vista, la primera reacción es el desánimo. Alentados por los comunicadores sociales del establishment, el próximo paso sería cerrar los ojos a las necesidades reales y urgentes de aquellos para los que decimos producir servicios. Los que hacemos MR queremos intentar la comunicación, aún desde nuestra propia perplejidad. Desde una Sociedad pluralista y democrática, que nuclea a casi setecientos trabajadores de la salud y como lo viene haciendo desde hace más de 10 años, nuestra revista seguirá sosteniendo la necesidad de un desarrollo científico al servicio del pueblo y un sector de Salud que no debe esquivar los deberes que al Estado le competen.

Este número 20 muestra un nuevo formato, más capacidad en sus páginas, una tirada más amplia y algunas secciones nuevas. Pero no cambia, ni cambiará, la intención de seguir siendo como hasta ahora, un espacio para poner en común, desde el hospital, el barrio o el área rural, la producción y el pensamiento de todos los que seguimos con ganas de trabajar por la Salud de nuestra gente.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

EL CONSEJO DE REDACCION

ENFERMERIA Y EL MEDICAMENTO

INTRODUCCION

Elegimos este tema ya que es una "Alerta Roja" en nuestro camino, lo cual nos hace detenernos y pensar qué errores cometemos en nuestra actividad hospitalaria.

Es importante que el personal de Enfermería reflexione sobre los hábitos y errores encontrados en la administración de los medicamentos.

El medicamento, como objeto portador de poder, capaz de influir en la salud de los individuos, y por lo tanto de la colectividad, es uno de los grandes logros de este siglo. Cuando son adecuadamente utilizados permiten y facilitan la recuperación del estado funcional físico-psíquico característico del hombre sano; cuando se abusa o, lo que es igual, se hace un mal uso de su poder, se da lugar a efectos denominados "adversos", alejados de las respuestas terapéuticas beneficiosas clínicamente, efectos tóxicos capaces de dar lugar a alteraciones orgánicas y psíquicas graves, alejados del fin perseguido en el desarrollo de los medicamentos: **CURAR CON ELLOS.**

En estudios realizados en otros países (España, E.E.U.U.) se han observado los siguientes errores:

- Administración a una hora incorrecta. Se considera correcto un intervalo de más o menos 30 minutos.
- Errores de dosis.
- Omisión.
- Número de tomas superior a las prescritas.
- Administración de un medicamento no prescrito.
- Administración por vía incorrecta.
- En los preparados por vía oral se observó que el líquido a beber no siempre fue agua, dándose leche, jugos o caldos.
- En la preparación de soluciones el líquido utilizado se midió "Ad libitum".
- Un 70% de los casos, llega el personal de enfermería a prescribir por iniciativa propia; siendo los fármacos más

ERRORES EN LA EJECUCION DE LA PRESCRIPCION MEDICAMENTOSA

prescritos los analgésicos y tranquilizantes.

- Falta de conocimientos farmacológicos y la biodisponibilidad de los medicamentos al ser administrados con las comidas, lácteos o administración simultánea de varios medicamentos.
- Error en la transcripción de la indicación médica a la tarjeta (cuando se trabaja con el sistema de tarjetero).
- Enfermería suele dar la medicación oral para que la tome el mismo paciente, no comprobando que ello sea un hecho real.

PRESCRIPCION MEDICAMENTOSA

- Error en la prescripción médica y caligrafía.
- Realizar la prescripción oralmente.
- No precisar la dosis y vía del medicamento.

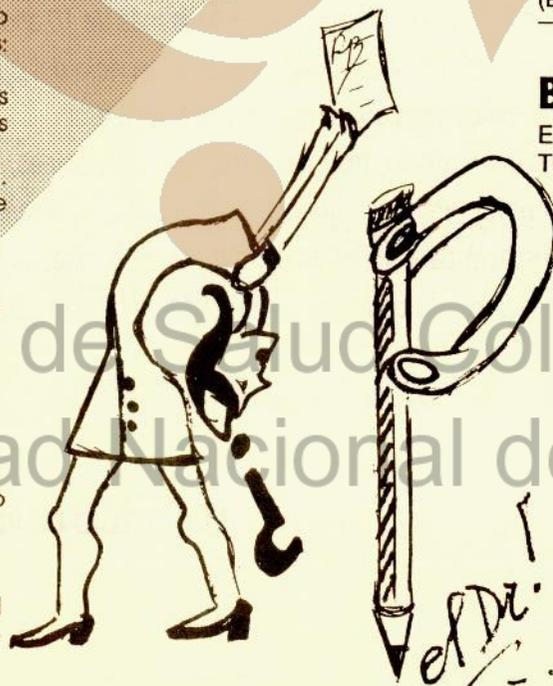
CONCLUSIONES

Es responsabilidad del Personal de Enfermería la administración adecuada de los medicamentos y la vigilancia de sus efectos en el paciente. Por lo tanto, conociendo los errores descriptos más comunes debemos poner énfasis en corregir los mismos.

Diana Ancina
Sandra Farías
Angela Puliafito
(Enfermeras - Hospital Zapala)

Bibliografía

Enfermería Científica, Tomo 3, Ed. Ciencia y Técnica S.A.



PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN ESCOLARES

HOSPITAL SAN MARTIN DE LOS ANDES

COMENTARIO INICIAL

El H.Z.S.M.A. desarrolla un programa de atención de la salud bucal destinado a niños en edad escolar, que se inicia en el año 1972.

Desde sus comienzos y hasta 1984, el contenido del mismo se concentra básicamente en el aspecto asistencial, mediante actividades de recuperación destinadas a tratar la patología instalada, con un criterio altamente conservador, especialmente en lo que respecta a las piezas dentales permanentes.

Salvo variantes periódicas, que agregan valor cualitativo a las prestaciones (incorporación del formocresol en el tratamiento pulpar de dientes temporarios y permanentes jóvenes, endodancia convencional, cambios de silicatos y acrílicos por composites, etc.), el programa (y sus resultados) se mantiene relativamente estático, tornándose el logro de coberturas adecuadas en un problema cada vez más crítico con el transcurso del tiempo, debido al incesante incremento de la matrícula escolar (entre 1974 y 1989 se habilitaron en la planta urbana de San Martín de los Andes seis nuevos edificios escolares), no acompañado en la misma proporción por el aumento del recurso profesional (2 odontólogos hasta mediados de 1979, 3 hasta 1987 y 4 desde entonces hasta la fecha).

En 1985, coincidiendo con la incorporación de la Provincia al Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional (PRECONC), instrumentado por la Facultad de Odontología de la U.B.A. y la Dirección Nacional de Odontología, comienza a producirse una transformación importante en el perfil operativo de los programas, materializada luego en un saludable cambio que pone su acento en las acciones

INFORME SOBRE AVANCES OBTENIDOS DURANTE EL PERIODO 1987 - 1990

preventivas (control de la infección mediante la técnica de inactivación de caries, uso de selladores y fluoruros de alta concentración) y, lo que es más relevante, se asume como estrategia válida, la complementación con el sector Educación, promoviendo la participación activa de los docentes en el cuidado de la salud bucal de los chicos. San Martín de los Andes comienza a operar con esta modalidad en 1986, implementando un subprograma preventivo-asistencial en consultorio para los escolares de primer grado (actualmente con 378 niños bajo control) y un subprograma preventivo intraclases consistente en la práctica conducida de un cepillado dental diario y un enjuagatorio semanal con FNa al 0,2 % que comienza con primer grado, sumándose en 1988 el Nivel Inicial (Jardín de 4 y 5 años) y que en la actualidad comprende el primer ciclo de siete escuelas primarias, dos jardines y una escuela especial (todas ellas urbanas), más ocho escuelas rurales, cubriendo un total de 1957 alumnos.

Hasta el momento, para posibilitar la ejecución de las actividades, se han dictado siete cursos de capacitación, adiestrándose a 105 docentes y 6 agentes sanitarios.

A los efectos de estimar el impacto del Programa, mediante la detección de modificaciones en la situación de salud-enfermedad de esa población infantil, se realizaron observaciones basadas en los registros de los exámenes bucales practicados en las escuelas, algunas de las cuales ya fueron adelantadas en una comunicación anterior. Recordaremos que, de acuerdo a las normas provinciales vigentes, se tipifican cuatro situaciones de salud-enfermedad, expuestas en el siguiente código:

- 1) S.E.C. (sin experiencia de caries).
Se trata de niños que nunca padecieron enfermedad.
- 2) L.C. (libres de caries).
Niños con todas sus caries tratadas.
- 3) B.A.C. (baja actividad de caries).
Presentan 1 a 3 activas.
- 4) A.A.C. (alta actividad de caries).
Presentan 4 caries o más (hasta 15 o 16 según los casos).

También pueden diferenciarse, partiendo de la categorización descripta, dos segmentos que contienen el total de las poblaciones examinadas:

- a) Niños con 0-3 caries (S.E.C. + B.A.C.).
- b) Niños con 4 o más caries (A.A.C.).

OBSERVACIONES EFECTUADAS

- A) Evolución de la salud bucal en una cohorte promedio de 350 alumnos entre 1987 y 1989.
- B) Estado de la salud bucal en tres poblaciones (1º, 2º y 3º grados) de 353, 379 y 322 alumnos respectivamente, año 1989.
- C) Estado de la salud bucal en tres po-

blaciones de 1º grado, de 356, 353 y 325 alumnos respectivamente, años

1988, 1989 y 1990.

actividades preventivas anteriores en el preescolar, ingresa al programa con un 50% de los niños presentando A.A.C. y el otro 50% con 0 - 3 caries.

Durante ese año realizan cepillado y enjuagatorios fluorados en la escuela, y son asistidos en los consultorios del hospital, dándose prioridad a los con A.A.C.

A comienzos de 1988 el examen demuestra que la población con más de 4 caries ha disminuido en 15 puntos (35%) que se han trasladado a la población de 0 - 3 caries. El aumento de alumnos con B.A.C. (+ 10 puntos) y L.C. (+ 9 puntos) se producen a expensas de la A.A.C.

Es difícil determinar en estas modificaciones el peso relativo de las acciones preventivas de las curativas. Las bocas examinadas revelaron que la mayoría de los B.A.C. lo eran por caries en piezas temporarias (p.e. pérdidas de obturaciones provisorias), pero se encontraron gran cantidad de caries detenidas (dentina clínicamente sana) y manchas blancas remineralizadas. Creemos que esto puede atribuirse en parte a la acción de las inactivaciones con I.R.M. o similar y, en parte, a la acción tópica del fluor, reforzando el barrido

reduce a un 24%, mientras que 0 - 3 caries alcanza un 76%. En este caso parece cobrar mayor fuerza la hipótesis de que la modificación de los valores son el resultado casi exclusivo del subprograma de prevención álica.

Observación (B)

En este caso son observadas tres cohortes diferentes cursando paralelamente en un mismo año:

- 1º grado que ingresa con un año de experiencia previa en actividades preventivas (Jardín de 5 años durante 1988),
- 2º grado que ha recibido asistencia y prevención el año anterior, y
- 3º grado con asistencia en 1º y sólo prevención en 2º.

La similitud en la modificación de los porcentajes con respecto a la población objeto de la observación (A), estimamos refuerza las presunciones acerca del valor de los factores que inciden en estos cambios. En efecto, acciones similares determinan cambios similares en una población observada longitudinalmente entre 1987 y 1989, y en tres poblaciones observadas transversalmente en 1989.

Observación (C)

Esta muestra pretende poner de relieve los resultados obtenidos solamente con acciones preventivas conducidas por docentes en el Nivel Inicial. De los alumnos que ingresan a 1º grado en 1988, sin experiencia en el Jardín, presentan A.A.C. 57% y 0 - 3 caries 43%. El 1º grado de 1989 con sólo un año previo de prevención (Jardín de 5 años) se compone de un 47% de A.A.C. y 53% de 0 - 3 caries. Finalmente, la matrícula de 1990, con dos años de prevención (Jardín de 4 y 5 años) tiene un 40% de A.A.C. y 60% de 0 - 3 caries.

En otros términos, la diferencia entre no haber realizado prevención sistemática y haberlo hecho durante dos años, se manifiesta en un descenso de 17 puntos en la A.A.C. (disminución de la incidencia).

RESULTADOS OBTENIDOS

Observación (A) - (ver gráficos Anexo I)

Grados Años	1º 1987	2º 1988	3º 1989
S.E.C.	15%	11%	9%
L.C.	5%	14%	18%
B.A.C.	30%	40%	49%
A.A.C.	50%	35%	24%
TOTAL	100%	100%	100%

Observación (B) - (ver gráficos Anexo II)

Grados Años	1º 1989	2º 1989	3º 1989
S.E.C.	11%	6%	9%
L.C.	10%	16%	18%
B.A.C.	32%	43%	49%
A.A.C.	47%	35%	24%
TOTAL	100%	100%	100%

Observación (C) - (ver gráficos Anexo III)

Grados Años	1º 1988	1º 1989	1º 1990
S.E.C.	7%	11%	13%
L.C.	8%	10%	15%
B.A.C.	28%	32%	32%
A.A.C.	57%	47%	40%
TOTAL	100%	100%	100%

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Observación (A)

La población de 1º grado en 1987, sin

sistemático de placa bacteriana. En 1989, tras haber continuado con las actividades de prevención intraclases y sin haber, prácticamente, recibido asistencia sistematizada (programa) en consultorio, la población con A.A.C. se

COMENTARIO FINAL

Las consideraciones expuestas arriba, apuntan a destacar el valor de la prevención realizada en forma continua y programada, como componente insustituible en la consecución y mantenimiento de la salud bucal.

En ese sentido la decisión de viabilizar estos criterios por medio del trabajo conjunto con el sector Educación, constituyó un giro metodológico de especial importancia. La coordinación interinstitucional como instrumento empleado para el abordaje y resolución de problemas de salud, ha demostrado su eficacia en muchos países desarrollados.

En las escuelas de San Martín de los Andes, decenas de maestros cumpliendo,

no sin esfuerzo, con la tarea de desarrollar en los chicos la cultura del autocuidado responsable, son coprotagonistas de estos desarrollos que hoy se vislumbran.

Las actividades educativas se encuadran en un subprograma compuesto por tres etapas (una para cada ciclo), de las cuales las dos primeras se encuentran en ejecución y la tercera debería comenzar el año próximo. Las ideas que lo conforman se transcriben sintéticamente en el Anexo IV.

Somos conscientes que, si bien se lograron progresos alentadores, es mucho más lo que resta aún por obtener. Creemos insoslayable a tales fines, seguir contando con los recursos indispensables y obtener otros de los que aún carecemos en el sector Salud. Desea-

mos que la Educación incorpore formal y efectivamente, a partir de la participación consensuada de los niveles operativos locales y con el aval ya existente en los estamentos máximos de decisión, los objetivos y contenidos del programa a su planificación educativa anual.

Estos requisitos, más la integración de otros ámbitos organizados de la comunidad, nos permitirán soñar con un escenario ideal en que la destrucción temprana de las piezas dentarias de nuestros niños y su correlato de deterioro de la salud general, sean sólo un mal recuerdo del pasado.

San Martín de los Andes, 20 de abril de 1990.-

EVOLUCION DEL ESTADO DE SALUD BUCAL DE UNA COHORTE PROMEDIO DE 350 NIÑOS ENTRE 1987 Y 1989 - S. M. DE LOS ANDES

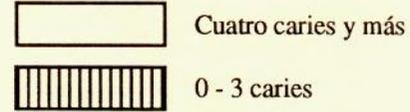


REFERENCIAS

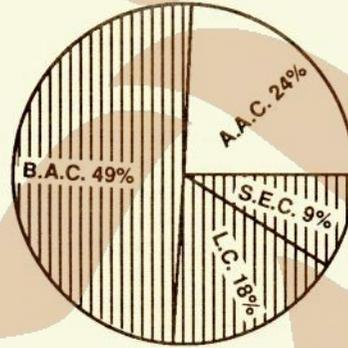
- Cuatro caries y más
- 0 - 3 caries

ESTADO DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 1º, 2º Y 3º GRADOS
AÑO 1989 - S. M. DE LOS ANDES

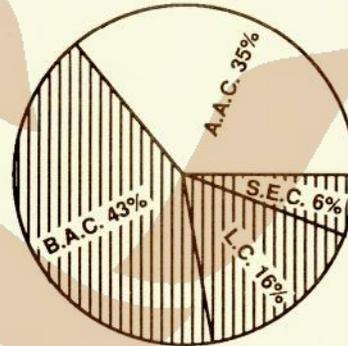
REFERENCIAS



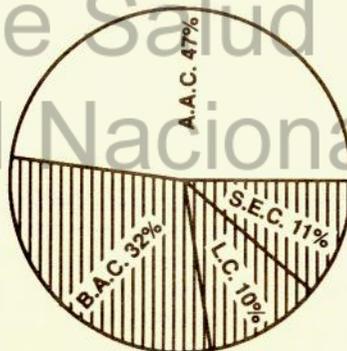
1989
3º GRADO



1989
2º GRADO



1989
1º GRADO



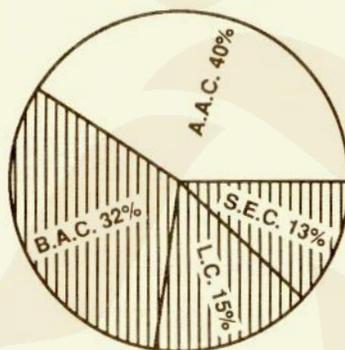
Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

ESTADO DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 1º GRADO
AÑOS 1988 - 1989 - 1990 - S. M. DE LOS ANDES

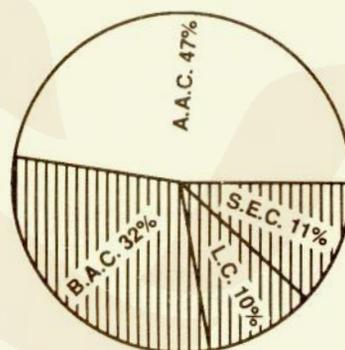
REFERENCIAS

- Cuatro caries y más
- 0 - 3 caries

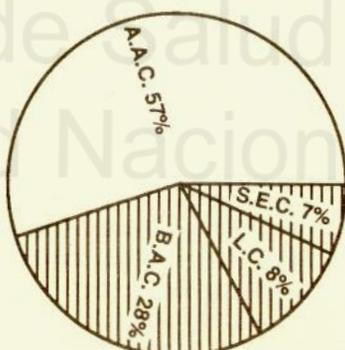
1990
1º GRADO



1989
1º GRADO



1988
1º GRADO



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

ANEXO IV**ETAPAS EDUCATIVAS PROGRAMADAS EN SALUD BUCAL PARA ESCOLARES**

NIVEL DE EJECUCION	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1º CICLO Y NIVEL INICIAL (1era. etapa)	Enseñanza y práctica del CEPILLADO. Enseñanza y práctica del BUCHE FLUORADO. Inducción a dieta no cariogénica.	Aprendizaje de técnicas. Adquisición del hábito. Reducción de factores de riesgo.
2º CICLO (2da. etapa)	Contenidos educativos de salud bucal a cargo de docentes.	Incorporación de información. Refuerzo del hábito.
3º CICLO (3era. etapa)	Valoración de la SALUD BUCAL. Ejecución de actividades de PROMOCION.	Análisis y síntesis. Generalización. Transferencia.

PROPOSITO GENERAL:

CUIDADO RESPONSABLE Y SOLIDARIO DE LA SALUD BUCAL

DOCTORES:

**José Daniel Korin,
María Cristina Silvestrini y
Gertrudis Steinbrunn**

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

EL ALCOHOLISMO

EN CHOS MALAL

INTRODUCCION

El motivo por el cual se realiza este trabajo es investigar la situación de nuestra institución (El Hospital de Area Chos Malal) frente al alcoholismo. Medir el impacto en Chos Malal, partiendo de la experiencia de casi cuatro años de tareas sobre este problema, para poder avanzar en un futuro abordaje. Se nos presentan distintos enfoques según escuelas y corrientes disciplinarias que plantean definiciones teóricas y técnicas del alcoholismo; algunos hacen hincapié en el deterioro biológico, otros en su trascendencia en lo grupal y social, o se pone énfasis, ya en la conducta compulsiva que lleva a la ingesta, ya en la dependencia, en la desintegración familiar, etc.



Estos enfoques promueven formas de operativizar la oferta sobre el problema

MAGNITUD E IMPORTANCIA SU ENFOQUE DESDE DISTINTOS NIVELES DE ANALISIS

TRABAJO PRESENTADO DURANTE EL II CURSO DE
ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN
NEUQUEN

siempre cabalgando en la realidad histórica de las instituciones, generando compartimientos estanco que fragmentan la posibilidad de obtener efectos.

Es indudable que el problema que acarrea el alcoholismo supera ampliamente estos enfoques, que por parciales, generan distorsión. Se provoca así -y en esto expresamos nuestra opinión- la sensación de problema no abordable, y quizás sea por esta razón que hospitales de pequeña y mediana complejidad no lo tengan en cuenta, situación que es muy frecuente en nuestro país.

Ahora bien, este análisis no puede ser realizado desde la institución de Salud hacia el problema, sino más bien, a nuestro entender, considerando a la institución como parte del problema.

Finalmente, para construir una oferta desde Salud, sería fundamental basar la misma en recursos y en realidades locales adecuados a los intereses de la comunidad.

Este trabajo consta de tres partes. En la primera de ellas se presenta una definición del alcoholismo acorde con

las distintas corrientes teóricas y con nuestra experiencia. A continuación se presentarán datos locales para caracterizar el alcoholismo en Chos Malal con la intención de objetivar el impacto para la población. Es nuestra intención plantear posteriormente una visión más abarcativa del problema, que debe ser investigada, y que tiene como finalidad buscar propuestas operativas concretas.

MARCO TEORICO

Es posible definir al alcoholismo, como a todo proceso de Salud-Enfermedad, desde distintos niveles de análisis. Es decir, desde lo individual, lo grupal y lo general, lo que implica diferentes condicionantes-determinantes.

Hacer un análisis desde un nivel individual implica observar las características particulares, biológicas, sociales, espaciales, etc.

En el aspecto grupal se tomaría en cuenta la ubicación de los individuos con propiedades "homogéneas", que tienen mayor o menor posibilidad de relacionarse con el problema: significa considerar estratos sociales, sistemas productivos, situaciones demográficas, en resumen lo que epidemiológicamente sería la forma de enfermar y morir de los grupos humanos.

En el aspecto general se enfoca al alcoholismo desde las grandes relaciones determinadas histórica y socialmente, incluidas variables económicas, políticas, etc.

Cada nivel de análisis tiene un espacio de acción, y cuanto mayor es el espacio de explicación y definición tanto mayor es el poder necesario para actuar.

Es muy importante recalcar que los niveles de análisis no son excluyentes.

El espacio general incluye al grupal y éste al individual. Esto implica que se puede dar una respuesta en salud en lo singular aún cuando se tenga la capacidad de identificar y explicar problemas a nivel general.

De las definiciones

A nivel individual se comienza a definir al alcoholismo como enfermedad a partir de la década del '40. Este término se ha tomado como un gran avance para concientizar y educar, tratando de desvirtuar la idea de vicio o costumbre con lo que se identifica socialmente al consumo de alcohol. En la práctica, este hecho genera un impacto apreciable, en individuos que al tomar conciencia de enfermedad tienden a la recuperación abandonando la ingesta, con resultados variables. No obstante, en la comunidad y aún dentro de las Instituciones de Salud, el definir al alcoholismo como un vicio está muy arraigado.

Desde el plano de análisis grupal se plantea que el alcoholismo es un instrumento que cumple múltiples funciones y engloba tanto a los que beben como a los que no lo hacen. Dentro de esta conceptualización se toma en cuenta la estratificación social como elemento para examinar epidemiológicamente el problema, y queda abierta la propuesta de investigación para determinar la funcionalidad que cumple la alcoholización para los distintos grupos sociales.

A un nivel general se menciona que el alcoholismo responde a hechos ideológicos y económicos que favorecen su producción y reproducción (Industrias, Estado, Programas de Salud, etc.). Históricamente en este nivel de análisis el alcoholismo ha cumplido funciones de dominación, como en la conquista del desierto donde fue una verdadera herramienta de penetración.

De los registros

En relación a los registros no hay datos fidedignos de morbilidad y mortalidad por alcoholismo, y se observa que los

mismos se refieren a sus complicaciones. En Argentina figura como séptima causa de muerte representado por la cirrosis hepática.

Los datos obtenidos por egresos de pacientes internados por alcoholismo son muy escasos en hospitales generales y se encuentran con valores más altos en servicios de Salud Mental o en hospitales psiquiátricos, pero adolecen también de subregistros. Como dato de consulta ambulatoria es casi inexistente.

En todos aquellos hospitales donde se ha tratado de ordenar el registro aparece como una de las principales causas de egreso en los servicios de clínica médica (Ejemplos: Hosp. Neuquén, San Martín de los Andes, Chos Malal, General Roca).

Se estima que el médico, además de tener una relación muy dificultosa con este tipo de pacientes, diagnostica sólo uno de cada cien casos de alcoholismo. No habría, como se ha dicho en repetidas oportunidades, parámetros epidemiológicos directos o confiables. Las dificultades de los registros observados en el plano individual se acrecientan si se analiza el problema desde los grupos, ya que hay pocas experiencias

	Definición	Registros	Abordajes
Individual	Enfermedad	- Prevalencia - Morbimortalidad - (Según características individuales)	- Asistencia individual o T. grupal. - Psicoterapéutica. - A. Anónimos.
Grupo 1	Proceso de Alcoholización	- Estratos sociales. - Lugar en el S. productivo (según características grupales)	- Por grupos naturales o artificiales de riesgo. - Según estigmatización social.
General	Fenómeno Histórico Social Económico	- Econométricas. Consumo per Capita. - Encuentas generales DAO.	- Políticas. - Programas.

al respecto. En este nivel se hace hincapié fundamentalmente en la relación del problema con el grupo de varones en edad económicamente activa y de estrato social bajo.

Se puede concluir que es necesario realizar investigaciones a nivel local para adecuar registros que caractericen a los distintos grupos en relación al problema.

En un nivel general los registros nos marcan los efectos económicos del alcoholismo o tasas globales de consumo que permiten compararlo entre países (Argentina se encuentra en el octavo lugar). Surge de los registros que el alcoholismo es un problema importante, pero siendo muy impactantes los datos generales, éstos no se visualizan claramente, en forma homogénea en la detección individual.

La existencia de excelentes registros de mortalidad y morbilidad para medir tasas no asegura la existencia de programas. Sería fundamental que éstos apoyaran una vigilancia epidemiológica compartida con la participación activa y la organización comunitaria, para llegar a un diagnóstico sobre la situación real de este proceso de salud-enfermedad en la población.

De los abordajes

Se construyen desde algunas instituciones de Salud Pública respuestas que aparecen como ofertas de servicios, que van delimitando la demanda, al menos parcialmente, para buscar una solución al alcoholismo como enfermedad. Tanto la oferta como la demanda es mínima e inexistente inclusive desde una perspectiva curativa. Se menciona que un hospital que no trabaja en alcoholismo le está diciendo a la comunidad que el problema no existe o que no le incumbe, vale decir que no entra en el área de responsabilidad sanitaria estatal. Esto contribuye de hecho a reforzar los mecanismos de negación. (Dr. J. Pellegrini).

La falta de datos a un nivel grupal se correlaciona con una falta de abordajes en este nivel.

Pareciera que mientras la bibliografía sobre alcoholismo acentúa notablemente que los pacientes llegan tardíamente al tratamiento, existe paradójicamente una marcada incertidumbre en la práctica médica de qué hacer con los pacientes que pueden llegar a ser detectados tempranamente.

La relación médico-paciente es descripta como muy dificultosa.

Al no existir planificación de las acciones en los tres niveles de atención de Salud (prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación) se observa que las actividades son informales y faltas de coordinación entre los distintos subsectores e instituciones y aisladas, respondiendo a esfuerzos personales del profesional de turno (Conclusiones II Jornadas Patagónicas de Alcoholismo y Fármacodependencia).

En nuestro país las obras sociales no brindan cobertura para este problema. Se menciona que la única institución que aparece desarrollando una estrategia continua y en aumento es Alcohólicos Anónimos.

Dimensión del problema en Chos Malal

No obstante las dificultades universalmente reconocidas para el trabajo con datos en relación a este tema se

analizaron los siguientes registros: a) Egresos del Hospital Zonal Chos Malal desde el año 1984 hasta 1988. b) Datos obtenidos de los Agentes Sanitarios en relación a la población urbana y periurbana. c) Medición del alcoholismo oculto. d) Magnitud del consumo en la población.

Consideramos que es conveniente mencionar que dado el subregistro y falta de diagnósticos en relación al alcoholismo y sus complicaciones, es dificultoso contar con estadísticas precisas. Debe haber una elaboración previa donde los efectores normaticen el registro, viendo, de esta manera, cómo toma importancia este diagnóstico.

Asimismo, quizás sea el momento de buscar fuentes de información originales y valiosas. En este sentido y sobre los datos del presente trabajo aportado por Agentes Sanitarios se creó la categoría "alcoholista conocido", como aquel que es reconocido socialmente como individuo con problemas a causa del alcohol (Internaciones, violencia, detenciones, etc.)

Esta categorización no es compatible, quizás, con otras definiciones basadas fundamentalmente en la cantidad de alcohol ingerido, sino que valora el impacto social del problema.

Otra manera original de medir el alcoholismo sería el cálculo de consumo de la población, tomando conocimiento de la cantidad de alcohol que se comercializa en una comunidad, y transformándolo en consumo per cápita de alcohol etílico. Se presentaron algunas dificultades para obtener los datos de los comercios.

Para medir el alcoholismo oculto se utilizó la encuesta DAO (Detección del Alcoholismo Oculto) en pacientes Internados en nuestro servicio de Clínica Médica en el año 1987.

NOTA: Por razones de espacio no publicamos en la presente el desarrollo estadístico completo ni tablas y gráficos, que pueden ser solicitados a esta publicación.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos respaldan la idea preconcebida de que el alcoholismo es un importante problema pa-

ra la comunidad de Chos Malal.

Una de las limitaciones que tienen las conclusiones a las cuales arribamos en este trabajo es que el mismo se basa en indicadores institucionales, y está realizado por dos agentes de salud, y por lo tanto no tenemos elementos para visualizar cuál es la idea que la población tiene sobre la magnitud del problema.

Faltarían instancias que permitan una "vigilancia epidemiológica compartida", para la búsqueda de las mejores alternativas.

El alcoholismo es abordado por la Institución de Salud en Chos Malal en forma limitada, sin actividades programadas y bajo el concepto de enfermedad.

A partir de generar una oferta, aunque la misma no sea constante, se observó en los datos un aumento de la demanda; la demanda no asistida y la potencial no se pudieron evaluar específicamente, pero se infiere que son de gran magnitud.

Evidentemente, es importante estandarizar y normalizar los registros y terapéutica, para mejorar la calidad asistencial y es importante hacer un replanteo de la actitud de la institución hacia el problema. Esto último tiene un peso en los Hospitales de mediana y baja complejidad, donde desde el análisis volvemos a demostrar que la asistencia se basa en el voluntarismo.

Un paso muy importante por lo ya referido, es institucionalizar el problema. Lo que habría que analizar en un futuro es si en las comunidades o grupos sociales es necesario institucionalizar el alcoholismo por el mecanismo de rotular de enfermo al alcohólico, limitando la visión o si habría otra forma de hacerlo para poder abordarlo en otras instancias y no sólo en las consecuencias.

En comunidades como la nuestra el rótulo puede tener una gran carga social y habría que investigar si el mismo ocasiona efectos negativos. Presumimos que es así por lo observado en los grupos de rehabilitación donde hemos trabajado. Si bien por pobreza en los registros no podemos presentar una información estadística al respecto, se visualiza en estos grupos la concurrencia de pobladores que son aceptados por ellos mismos, por la institución y por

la comunidad, como alcohólicos o enfermos y la ausencia de individuos "no conocidos" o de determinados estratos sociales. Abundan los relatos de los trastornos laborales que genera la concurrencia al grupo.

El impacto que tiene sobre los varones en edad económicamente activa se repite en nuestra localidad. Habría que hacer un avance en las investigaciones para delimitar por grupos o estratos los efectos y riesgos del alcoholismo, para clarificar los determinantes y condicionantes en un nivel de análisis grupal de esta problemática.

Aparentemente los servicios fluctúan su consideración a este problema de acuerdo a su problemática interna y no de acuerdo a los posibles cambios de magnitud del problema o necesidades de la población.

Observamos que la institución cuenta con información confiable como la de los Agentes Sanitarios, pero que por problemas de la constitución del Equipo de Salud, tanto la utilización de datos como la posibilidad de abordajes originales se encuentran muy limitados.

La no existencia de un programa provincial no es motivo para que, dados los tiempos y recursos institucionales, no se puedan emprender tareas efectivas en los niveles locales y zonales. Habría que ver como se comportan determinados factores favorecedores del consumo a un nivel general en la localidad de Chos Malal (comercialización, reglamentación, la historia del norte del Neuquén, etc.).

El fondo ideológico de la cuestión está en la propuesta de cambio de la institución que trabaja con la enfermedad, para lograr la institución que trabaja con el Proceso de Salud-Enfermedad.

PROPUESTA PARA UN REPLANTEO DEL PROBLEMA

PROCESO DEL ALCOHOLISMO

Sería útil descubrir una metodología que permita ver la realidad cotidiana y

referirla a niveles más complejos de redefinición, asistiendo las necesidades sin dejar de plantear el análisis, en un continuo intercambio con la población de la cual formamos parte.

La falta de una definición clara sobre el problema del alcoholismo nos ha provocado en la práctica encontrarnos en situaciones conflictivas, contradictorias y a menudo paralizantes.

Es fundamental definir este problema con un criterio unificador y clarificador, basado en la realidad observada, en nuestra comunidad. En resumen, una definición es importante para saber desde dónde, cómo y con quién trabajar cuando se aborda el problema.

Concluimos luego del análisis en Chos Malal, que el alcoholismo es tomado desde un nivel de definición individual como una enfermedad, a la cual se asiste en sus consecuencias biológicas, no siendo abordado en otros niveles y aspectos. Esto lleva concretamente a no solucionar el problema desde la institución donde trabajamos y en la cual se notan las limitaciones dadas por su propia estructura y funcionamiento (Modelo biologista individualista, falta de participación, rigidez y control, etc.). Ahora bien, sería importante poder encontrar un modelo de definición o al menos de descripción del problema del alcoholismo, que permita superar algunas de las falencias mencionadas para avanzar un poco más sobre el problema, tomando a la institución como parte del mismo.

Tenemos como marco de referencia lo que se ha denominado "Proceso de alcoholización" (Menendez y colaboradores), en el sentido de que se fundamenta que el alcoholismo como todo proceso de salud-enfermedad se encuentra histórica y socialmente determinado.

En este complejo proceso, nuestro nivel de intervención ocurre sobre los cambios en el comportamiento de las personas dependientes o bien sobre el daño orgánico ocurrido. No es casual, entonces, que en la práctica cotidiana se genere frustración.

El proceso de alcoholización es tomado como marco que engloba lo que denominamos Proceso del Alcoholismo. La diferencia fundamental estriba en que este último tendría carácter de

modelo descriptivo aplicable en la práctica, para abordar el problema individualmente, en grupos y comunidades, y desde cualquier institución.

Definimos proceso como la "evolución de un fenómeno a través de varias etapas conducentes a un determinado resultado o manifestación dinámica de una situación que desemboca en una transformación sucesiva de la misma".

En el proceso de alcoholismo son los individuos, los grupos, las comunidades, las instituciones, etc., las que se van transformando sucesivamente, mostrando determinados resultados, según el momento y el objeto analizado.

Representamos el proceso de alcoholismo como se muestra en la matriz general (GRAFICO 1).

En la misma se observan dos planos. En el plano horizontal se diferencian tres niveles, en el centro un nivel de transformación individual o grupal que muestra diversos momentos que sigue el individuo o los grupos en relación con el alcohol.

Por debajo del mismo, sin un orden jerárquico, se ubica el nivel de los procesos productivos. Perteneciente a este nivel desdoblamos un tercero que denominamos nivel institucional, a los fines de tener una instancia de análisis en relación a nuestro punto de acción.

En el plano vertical actúan condicionantes, determinantes y resultantes, que provocan efecto en los distintos niveles; hay resultantes que se convierten en condicionantes y determinantes de otras situaciones.

Sin perder de vista nuestro objetivo de tener un modelo operativo, hacemos un análisis esquemático del proceso de alcoholismo a nivel individual (GRAFICO 2).

Por los datos obtenidos en la tarea diaria y por lo expuesto en la primera parte, dividimos el proceso individual en dos etapas: la denominada "etapa I" muestra un individuo que recibe múltiples condicionantes y determinantes, que tiene posibilidades de conciencia de riesgo y de generar alternativas ante el problema.

Una "etapa II" que comienza con la fase de dependencia psicológica, con gran dificultad de la conciencia de riesgo, donde hay múltiples resultantes

desde el individuo al medio, y donde la opción es la recuperación.

En el nivel institucional, que se relaciona con las dos etapas, se observa un ordenamiento de las distintas instituciones de acuerdo a la evolución cronológica del individuo y al momento en que cada institución tiene relación con el proceso individual del alcoholismo.

Nos interesa remarcar que en Chos Malal la institución de salud se encuentra en relación con el proceso acotadamente, en el momento en el que el individuo presenta dependencia orgánica, daño o cuando hay que cumplir algún trámite legal por infracciones (peritaje, etc.).

El nivel de proceso productivo debe ser analizado localmente para ver cómo se insertan los individuos de Chos Malal en ambas etapas de este nivel.

Habría que realizar registros que permitan ir caracterizando las distintas etapas, y a su vez serían investigaciones a nivel de la etapa I que faciliten identificar causas y caracterizar, a partir de los individuos, distintos grupos.

"Es decir, se necesita disponer de una teoría de lo social, que proporcione los elementos teóricos y metodológicos necesarios para la exploración que se propone. Este señalamiento puede parecer obvio, pero la revisión de la literatura médica existente muestra que cuando se quiere estudiar lo social en el proceso salud-enfermedad pareciera que los investigadores consideraran que para esto basta el sentido común." (Laurent Cristina).

No está en discusión desde qué disciplina y con qué técnica se aborda el problema, ya que lo fundamental estriba en llegar a un acuerdo en los efectos de este modelo descriptivo, homogeneizar la información y superar niveles explicativos para cada lugar de trabajo.

Hablar del proceso de alcoholismo es superar el concepto de alcoholismo como enfermedad, ya que ésta es sólo una parte del complejo proceso; es plantear que no sólo el equipo de salud es responsable del abordaje, ya que se pueden identificar instancias donde se presentan otras múltiples alternativas de intervenciones.

Cuando hablamos de una investiga-

ción profunda en la etapa II no cabe duda de que la misma debe estar hecha con la comunidad. Una nueva práctica no depende sólo de una interpretación del proceso salud-enfermedad, sino que descansa sobre bases sociales que la pueden impulsar y sostener". (Laurent Cristina)

La corriente que sostiene que la enfermedad puede ser analizada fecundamente como un proceso social está en la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad en la práctica.

Si analizamos el proceso de alcoholismo en los grupos humanos (Ver GRAFICO Nº 3), observamos en el nivel de transformación de los grupos por este proceso diferentes momentos que nos cuesta caracterizar por no poseer información en cuanto al comportamiento de los grupos: tampoco tenemos claro cómo se ubica nuestra institución de salud en relación a este proceso grupal, ya que no existen datos al respecto.

Estas dificultades quizás están basadas en una falta de interpretación debido a las características de nuestra formación.

Consideramos que el nivel grupal de alcoholismo tiene tres momentos que denominamos "grupo homogéneo", "grupo de riesgo" y "grupo dependiente". Estos tres momentos grupales pueden ser sobre grupos naturales, o sea aquellos que existen en la realidad, determinados histórica y socialmente, con un equilibrio ecológico mantenido por sus propias reglas (comunicación, pautas culturales, estrato social, etc.), o sobre grupos artificiales, a los que definimos como los que construimos para su estudio e intervención.

Es fundamental mencionar que pensamos que cuanto más se parezca el grupo artificial a un grupo natural, mayor será la posibilidad que este grupo tenga de intervenir sobre el proceso de alcoholismo, de acuerdo a sus propias pautas.

De no ser así, los denominados grupos de riesgo o grupos dependientes se transformarían en un simple objeto de análisis e intervención, lo que no sería otra cosa que transportar a un nivel grupal nuestro modelo individual científico, no participativo.

Definimos al grupo de riesgo como aquel que tiene algunas características que

potencialmente pueden llevarlo a un deterioro pero que fundamentalmente carece de organización social, que le permita superar el riesgo.

Incluimos en el grupo dependiente aquellos grupos que presentan pautas que están en directa relación con el uso del alcohol, donde éste cumple importantes funciones para el momento del mismo. Esta población cuenta con un alto número de individuos alcoholizados.

Toda nuestra interpretación del problema del alcoholismo como proceso de alcoholismo debe ser demostrada en trabajos sucesivos, que apoyan la consistencia de este modelo, pero cualquiera fuera el resultado de las mismas consideramos que se debe seguir avanzando para la solución de este problema.

No queremos terminar el trabajo sin mencionar que con el mismo no sólo cumplimentamos una instancia de este curso, sino que además nos ha sido muy útil para:

- Tener por primera vez indicadores concretos de la magnitud del problema en Chos Malal.
- Sentar las bases para actividades planificadas.
- Comenzar a generar desde nuestra perspectiva y ámbito de trabajo un nuevo enfoque quizás en la forma de un modelo descriptivo que dé cabida a diferentes corrientes explicativas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARRUE, Wille. El equipo de salud y la comunidad. Una experiencia neuquina en atención primaria de la salud mental. Revista M.R. Sociedad de Medicina Rural. Año 1984, Nº 12, pág. 43 - 52.

ARRUE, Wille y KALINSKI, Beatriz. El alcohol, la cultura y la región. Cuadernos Médico Sociales. Edit. Cess, Año 1987, Nº 42, pág. 31 - 39.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos Médico Sociales. Edit. Cess, Año 1987, Nº 42, pág. 15 - 23.

CORNAGLIA, Carlos Luis. De la institución la-

trógena a la institución terapéutica. Temas de psiquiatría social. Año 1985, pág. 15 - 23.

COMITE TECNICO ASESOR SOBRE ALCOHOLISMO (C.O.T.E.S.A.L.). Recopilación sobre información básica de acciones desarrolladas. Ministerio de Salud y Acción Social. Año 1986.

COMITE TECNICO ASESOR SOBRE ALCOHOLISMO (C.O.T.E.S.A.L.). Uso indebido del alcohol. Ministerio de Salud y Acción Social. Año 1988.

ESCUDERO, José Carlos. Problemas de salud de la población argentina. Revista Salud y Sociedad. Año 1986, Nº 12 y 13, pág. 12 - 13.

GILLONE, Alicia. Estrategias para un programa provincial de salud mental. Ministerio de Bienestar Social de la Provincia del Neuquén, Año 1987.

IUSEF, Jorge. Tratamiento psicológico en alcoholismo. Revista MR, Edit. Sociedad de Medicina Rural. Año 1985, Nº 13 y 14, pág. 22 - 24.

LAURELL, Asa Cristina. Los usos de la epidemiología, en Breilh P., Jaime, Enseñanza y usos de la epidemiología. Sespas. Año 1982, pág. 51 - 56.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad

como proceso social. Cuadernos Médico Sociales. Cess, Año 1982, Nº 19, pág. 7 - 14.

LAURELL, Asa Cristina. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales. Cess, Año 1986, Nº 37, pág. 3 - 18.

MENENDEZ, Eduardo. Mortalidad en edad productiva, políticas de salud y participación popular. El caso de la alcoholización en México. Cuadernos Médico Sociales. Cess, Año 1988, Nº 44, pág. 37 - 49.

MENENDEZ, Eduardo. Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la Atención Primaria de la Salud. I Seminario-Taller de investigación en ciencias sociales y salud, Secyt, Año 1986, pág. 87 - 96.

MENENDEZ, Eduardo. Estratificación social y condiciones de morbi-mortalidad. Algunas reflexiones sobre la crisis y recuperación de esta relación. II Seminario-Taller de investigación en ciencias sociales y salud. Secyt, Año 1986, pág. 206 - 254.

MUSSO, Ricardo. Aportes a la atención primaria en la salud mental. Revista M R, Edit. Sociedad Medicina Rural, Año 1985, Nº 13 y 14, pág. 28 -

29.

OPEZZI, Mónica. El modelo médico hegemónico. Revista M R, Edit. Sociedad de Medicina Rural, Año 1989, Nº 18, pág. 2 - 3.

PELLEGRINI, Jorge. Un servicio de Salud Mental en un Hospital General.

PELLEGRINI, Jorge. Los grupos institucionales de alcoholismo (GIA) en Río Negro. Trabajo presentado en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, mayo de 1988.

PESSINO, L. Oscar. Epidemiología del alcoholismo. Revista de la Universidad de Córdoba, Año 1987, Pág. 5 - 10.

RITSON, E. B. Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Año 1985.

VERTOLOTE, J. M. Alcoholismo, en Vidal-Alarcón, Manual de Psiquiatría. Edit. Médica Panamericana. Año 1986. Pág. 370 - 386.-

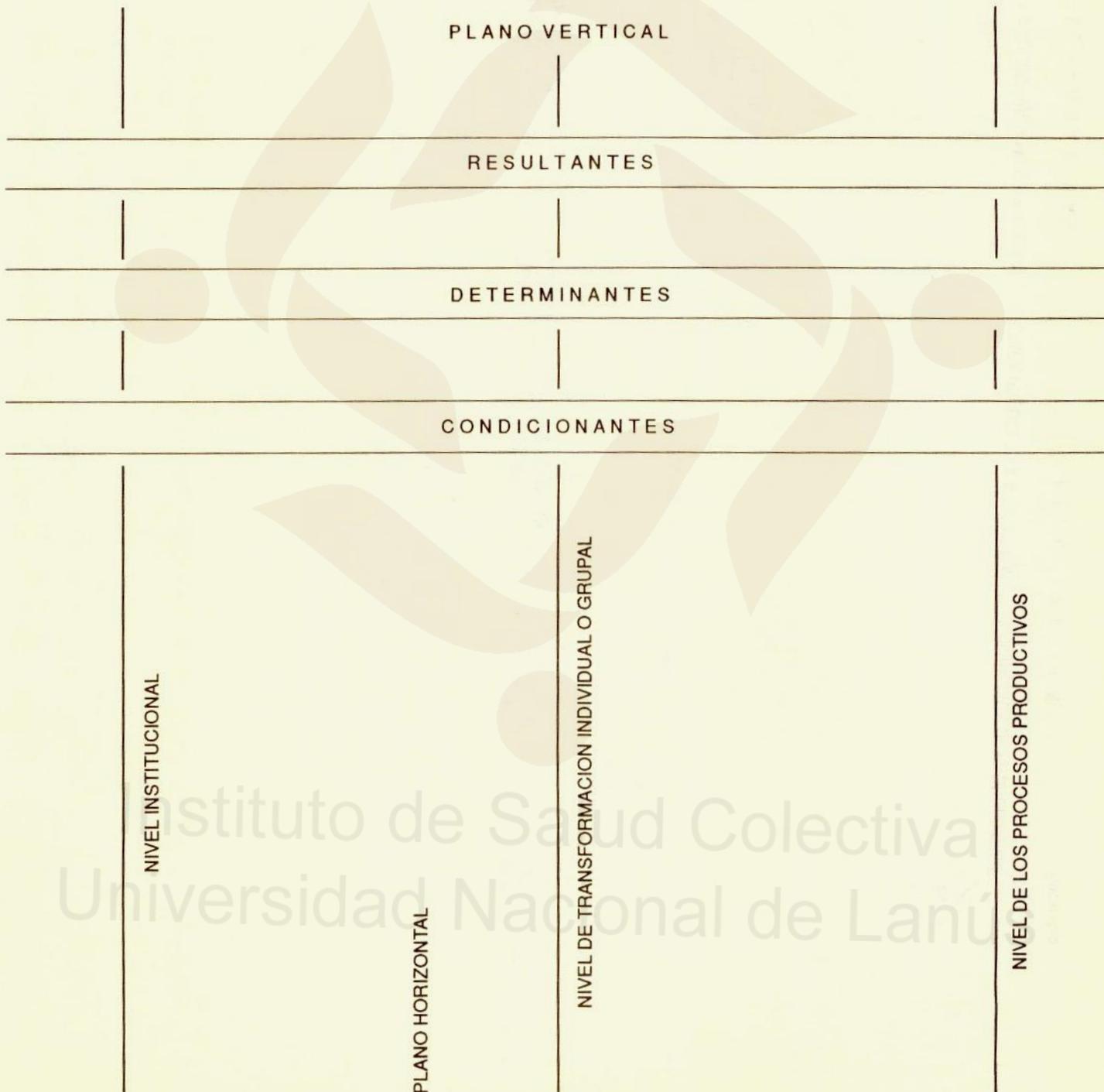
AUTORES:

Dr. Alejandro González Vottero
Lic. Hermosilia B. Sosa



GRAFICO 1

EL PROCESO DE ALCOHOLISMO MATRIZ GENERAL



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

EL PROCESO DE ALCOHOLISMO A NIVEL INDIVIDUAL

GRAFICO 2

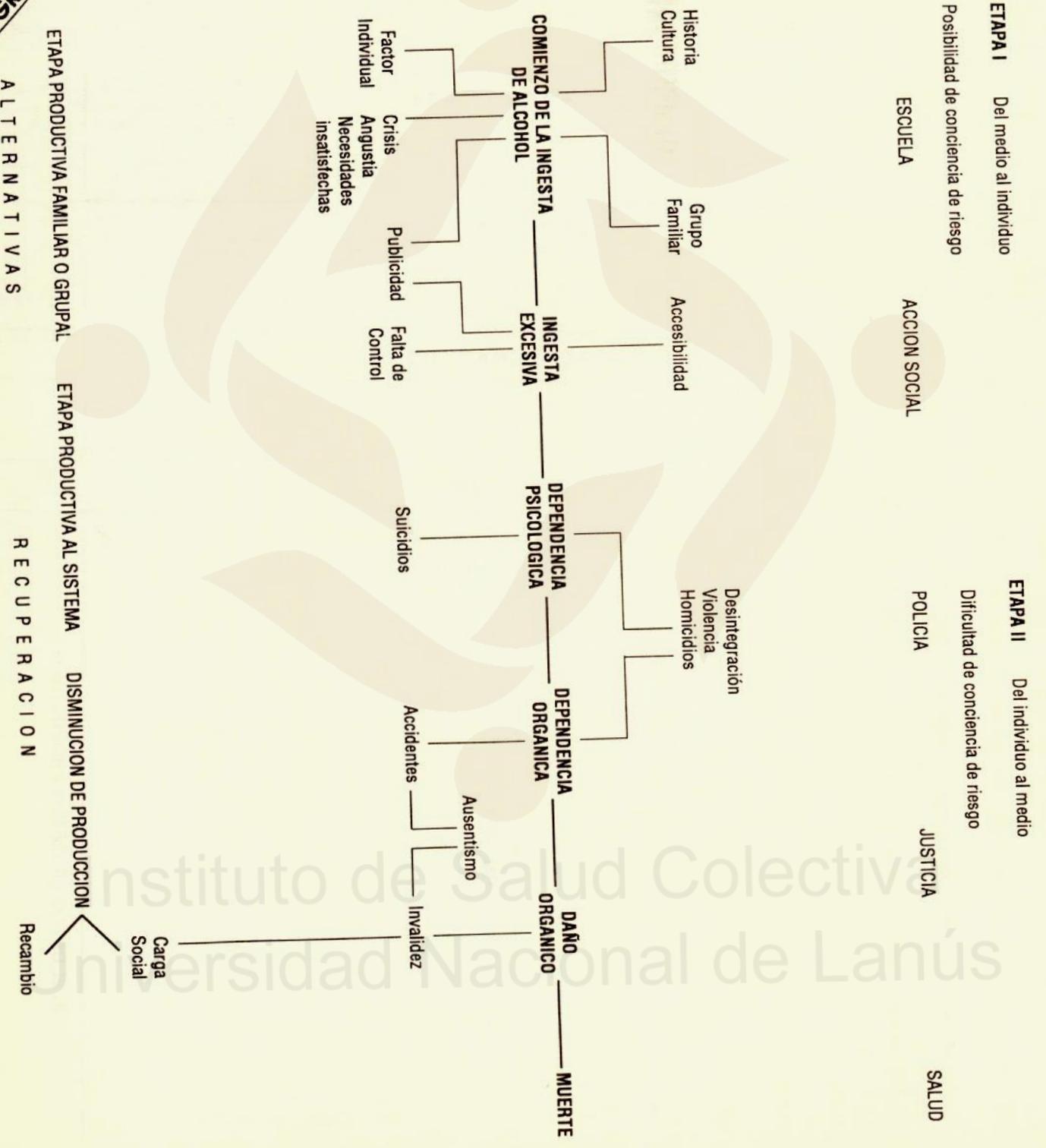


GRAFICO 3

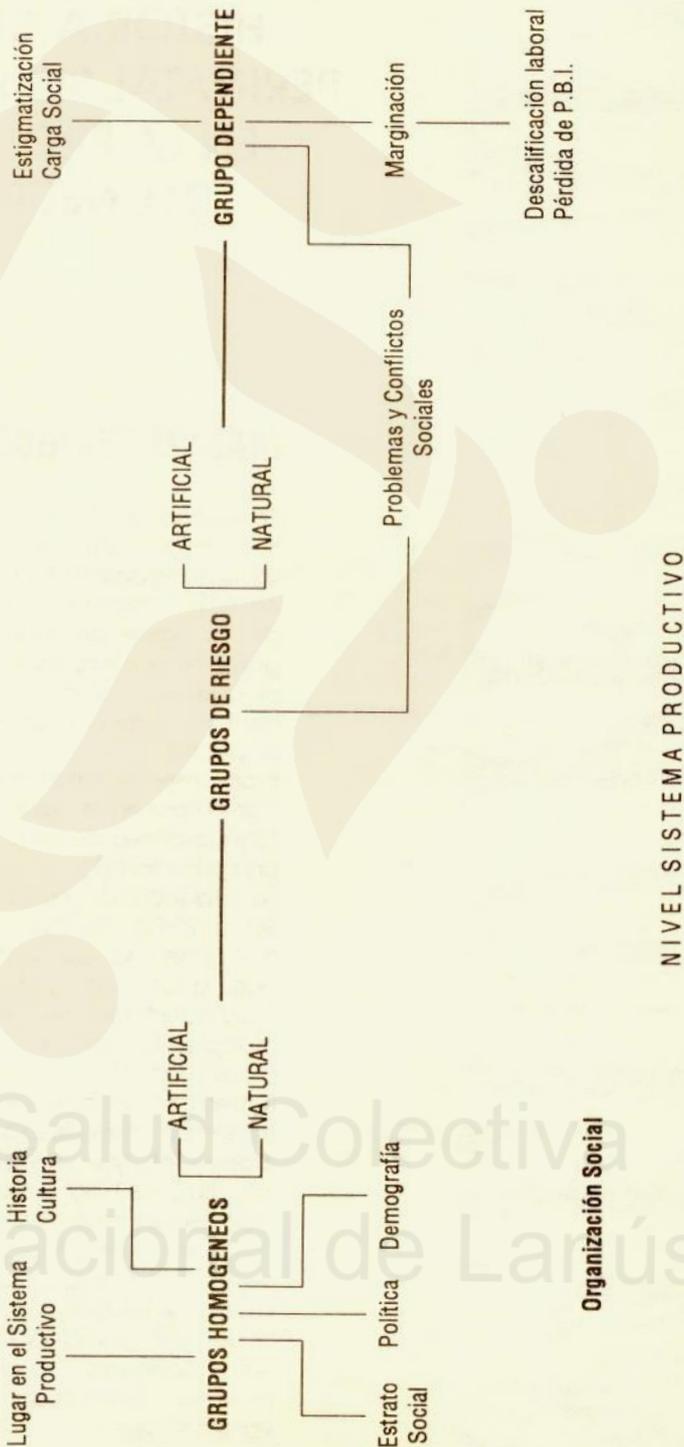
EL PROCESO DE ALCOHOLISMO A NIVEL DE GRUPOS

ETAPA II

ETAPA I

NIVEL INSTITUCIONAL

Desorganización Social
Pérdida de la Libertad



EPIDEMIOLOGIA DEL BAJO PESO AL NACER Y UTILIDAD DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

MARCO TEORICO

Se reconoce a la salud maternoinfantil, particularmente en lo que hace a la sobrevivencia y desarrollo de los niños, como un factor crítico para el progreso social de los países de América. Diferentes gobiernos americanos han manifestado que los programas de salud pueden contribuir significativamente al desarrollo pacífico de estos pueblos y que los programas de salud maternoinfantiles, con énfasis en la sobrevivencia, crecimiento y desarrollo de los niños constituyen una prioridad (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca la importancia que tiene un peso adecuado al nacer para la sobrevivencia, crecimiento y desarrollo saludables de los niños y de los múltiples factores involucrados en su promoción (1).

El peso al nacer es el condicionante más importante de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo neonatal e infantil (OMS 1980). Además es una medida excelente del estudio de salud, de nutrición y de las condiciones socioeconómicas de una población (2) (18). Los lactantes que no lograron un adecuado crecimiento y desarrollo intrauterino tienen alto riesgo de morir durante el primer año de vida y riesgo significativo de morbilidad durante la niñez (3) (15).

Definiciones y Terminología

- Bajo peso al nacer (BPN): recién nacido con peso menor a 2.500 gramos.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN): peso al nacer menor de 1.500 gramos.
- Peso deficiente al nacer (PDN): peso al nacer entre 2.500 y 2.999 gramos.
- Prematurez (RNPre): edad gestacional menor de 37 semanas.
- Bajo peso para la edad gestacional (GPEG): peso al nacer menor al percentilo 10 correspondiente a su edad gestacional.
- Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU): insuficiente desarrollo y crecimiento somático durante la gestación.
- Mortalidad neonatal precoz (MNNP): ocurrida antes de los 7 días de vida.

Justificación y Propósitos

Debido a que se reconoce en el peso del nacimiento un indicador esencial para la evaluación y control de los programas de salud maternoinfantil y nutricional, es importante que los registros del peso al nacer sean efectuados rutinariamente tal que la población de riesgo pueda identificarse.

En la provincia de Neuquén está sistematizado el registro de estos datos para todos los nacimientos ocurridos en establecimientos de la esfera oficial a través de la historia clínica perinatal diseñada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP); sin embargo, el último informe difundido sobre datos extraídos de dicha historia es de 1981 sobre información recogida en los años 1979-80 y procesada en el Centro Único de Procesamiento Electrónico de Datos del Ministerio de Acción Social de la Nación en Buenos Aires, República Argentina.

Desde fines de 1987 se utiliza en la provincia la nueva Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS), elaborada en el CLAP, que consta de una sola carilla y deja de lado aquellos datos "que no habían demostrado realmente relevancia estadística" (fuente: CLAP). Además, entre sus objetivos, está el de po-

der ser procesada a niveles locales para disponer en forma rápida de sus conclusiones.

ESTUDIO DESCRIPTIVO (4º)

ESTIMACION DE RIESGO (5º)

EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA

Al analizar la HCPS encontramos distintos tipos de dificultades:

- Dificultades con el marco conceptual de la HCPS
- Dificultades en el procesamiento de la CPS
- Dificultades técnicas con el formulario de la HCP

A) DIFICULTADES CON EL MARCO CONCEPTUAL

Encontramos muy pocas variables para construir indicadores sociales. La que impresionaba ser significativa -falta de alfabetización- no lo fue.

Con respecto a otros indicadores que figuraban en la historia clínica de los años 1979/80 (tareas de la madre, tipos de trabajo de la madre, instrucción del cónyuge, nivel ocupacional del cónyuge, hacinamiento), éstos no fueron incluidos en la HCPS "por no haber demostrado realmente relevancia estadística" (CLAP). Tampoco figura alcoholismo, que en la bibliografía aparece asociada con bajo peso al nacer. No se carga en el programa la ganancia de peso en el embarazo cuando el BPN se asocia en gran medida con problemas nutricionales. El peso previo al embarazo y la ganancia de peso durante el mismo son dos variables independientes que afectan el crecimiento fetal. Parece necesario también buscar otros tipos de indicadores sociales que pueden tener relación con BPN y los eventos perinatales. Tal vez la migración reciente (aunque no se trate de anal-

fabetos), el trabajo extenuante durante el embarazo (aunque no se realice fuera del hogar) y otros puedan relacionarse con situaciones perinatales desfavorables, entre ellas el BPN.

B) DIFICULTADES DEL PROCESAMIENTO DE DATOS

Además de los datos que no se cargan al programa, como por ejemplo ganancia de peso en el embarazo (ya citado) u origen de las embarazadas, que dificulta localizar áreas claves en la distribución del B.P.N. debido a la regionalización y el sistema de derivación (el parto se carga al hospital en que ocurre) encontramos dificultades graves en los programas, a saber:

- Los distintos programas arrojaron diferentes cifras totales del número de partos y del B.P.N.
- El programa de estimación de riesgo trabaja incluyendo la mortalidad fetal tardía.
- No existe programa para diferenciar edad gestacional por peso, salvo el de detección de variables, que implica la entrega de análisis individual de las 6.063 Historias Clínicas.
- El procesamiento fue demasiado lento debido a la falta de llenado de los datos en el H.C.P.S. y rechazo consecuente por el Programa de Consistencia que obligó a la devolución de las H.C.P.S. a sus hospitales de origen para su modificación y nueva carga. Por ejemplo, el 24 de Junio de 1989 en el 20,7% de las historias clínicas del Hospital Neuquén faltaban datos del embarazo, en el 19% faltaban datos sobre patología del embarazo, en el 11,2% faltaban datos sobre antecedentes. Esto determinó que recién en Octubre se pudiera obtener información fluida, es decir diez meses después del cierre del período estudiado, contradiciendo uno de los principios del SIP, que es la pronta disponibilidad de la información recibida. Esto motivó la realización de una encuesta para analizar las dificultades técnicas con el formulario de la H.C.P.S.

C) DIFICULTADES TECNICAS CON EL FORMULARIO DE LA H.C.P.S.

Hubo consenso en general entre los encuestados en que la H.C.P.S. es útil para

mejorar la atención de los pacientes (79%), que es un buen instrumento para evaluar la calidad de la atención perinatal (89%) y que el buen llenado de la misma es importante para el análisis de la salud perinatal de la provincia (79%). Sin embargo, la calidad de los datos vertidos en la H.C.P.S. contradice estas aseveraciones. A modo de ejemplo, en casi 880 historias no estaba correctamente asentado el dato "patología materna".

No hubo una correcta información sobre la técnica del llenado de la H.C.P.S.

El 25% de los residentes no la tenían y el 50% de los mismos manifestaban dificultades por esa causa. También falló la revisión y el control de lo actuado. El 62% de los médicos residentes no pudo estar presente en esas reuniones de evaluación. Estos datos son de suma importancia, puesto que consideramos que los médicos residentes, junto con las obstétricas constituyen la primera línea en la atención de las pacientes y en quienes recae la confección de la mayoría de las H.C.P.S.

Coincidente y agravante con esta falta de información técnica y de auditoría, el 80% de los médicos residentes refirió que no se les supervisó el llenado de la H.C.P.S. durante las guardias. Tampoco existe supervisión para otros efectores.

Con respecto al exceso de trabajo, hay una clara diferencia entre las repuestas de los médicos obstetras por un lado y la de los médicos residentes y parteras por otro. Esto posiblemente se deba a las distintas actividades y responsabilidades que asume el médico obstetra jefe de guardia durante la misma.

La hora en que se debe llenar la H.C.P.S. parece no interferir con la calidad del mismo, pero sí el olvido del carnet perinatal por parte de la paciente.

Más de la mitad de los encuestados se quejan de la diagramación de la H.C.P.S., su diferencia con el carnet perinatal, la presencia de datos abigarrados, algunos excesivos y otros faltantes. Con respecto a la interpretación de las causas del mal llenado por parte de los encuestados, algunas son coincidentes con los datos obtenidos en las preguntas objetivas (déficit de información,

diagramación deficiente), pero de algunas causas se hace una interpretación un

tanto diferente:

- Si bien al 86% de los encuestados el olvido del carnet perinatal le dificulta la tarea, sólo el 7% refiere que a esto pueda atribuirse el mal llenado (y no como única causa)
- Si bien no existe la supervisión, sólo el 4% cree que el mal llenado se deba a la falta de supervisión.
- El 18% atribuye al exceso de trabajo un factor importante para el mal llenado.
- Pero el 39% de los encuestados cree que las distintas actitudes que se pueden categorizar como "negligencia" constituyen la base para el mal llenado.
- El 11% lo atribuye a falta de estímulo para desempeñar adecuadamente la tarea.

Conclusiones y Propuestas

- 1- Se hace imprescindible mejorar la información técnica para quienes deben llenar las H.C.P.S.
- 2- Se sugiere la presencia del manual de instrucciones en el consultorio de recepción para ser consultado oportunamente.
- 3- La supervisión ha sido deficiente y creemos que se hace imprescindible su ejercicio si se quieren corregir oportunamente los datos y disponer de ellos en un tiempo prudencialmente corto, cual es uno de los objetivos del sistema informático perinatal.
- 4- La presencia del personal en reuniones de auditoría o evaluación mejorará la calidad del registro.
- 5- Una mejor organización de funciones y distribución de responsabilidades en la guardia tal vez permita que el jefe de guardia supervise la H.C.P.S. y no la llene, proceso en el que el 93% refiere tener problemas por exceso de trabajo.
- 6- Se hace necesario estudiar una diagramación más natural y funcional de la H.C.P.S., ya que su confección de ítems apiñados dificultó su llenado a más del 50% de los encuestados y figuró (junto con la negligencia) en el segundo lugar en la interpretación de causas de mal llenado realizados

por los mismos.

- 7- Si bien no se preguntó específicamente, consideramos que aún más difícil que llenar la H.C.P.S. es buscar los datos ya registrados en ella.
- 8- Creemos que la categorización "negligencia" está muy relacionada con la de "falta de estímulo" y motivación. El llenado mecánico de los datos, sin una devolución pertinente de la información, sin saber qué ocurre a nivel poblacional, desconociéndose la información de los últimos ocho años, con una H.C.P.S. engorrosa y difícil de llenar constituye sin duda un fuerte obstáculo para el logro de los tres objetivos fundamentales: **mejorar la atención de los pacientes, evaluar la calidad de atención perinatal y analizar la salud perinatal de la Provincia del Neuquén.**

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Habiendo analizado distintos aspectos del B.P.N. estamos en condiciones de formular las siguientes propuestas en las distintas áreas:

A) Información:

- a) Mejorar la calidad de los registros, con lo que se logrará:
 - Mejor diagnóstico de situación.
 - Mejor calidad de atención.
 - Agilizar el procesamiento de datos.
- b) Devolución de la información a nivel local para:
 - Aumentar la motivación de los efectores.
 - Mejorar el conocimiento de su problemática.
 - Tener bases para la programación local.

B) Tipos de Estudios:

- Complementar enfoque de riesgo con enfoque poblacional.
- Análisis de regresión múltiple para determinar el peso de las diferentes variables.
- Priorizar grupos poblacionales de alto riesgo.
- Buscar nuevas variables socioculturales, socioeconómicas y biológicas.

- Profundizar la investigación sobre la diferente distribución geográfica del B.P.N. (Cutral Co, Rincón de los Sauces, Las Lajas, Zapala) para saber si se debe a:

- Sistema de regionalización y origen de las embarazadas.
- Incidencia del B.P.N. en clínicas y sanatorios.
- Análisis de la composición poblacional de esas localidades.

C) Calidad de Atención:

- a) Lograr la capacitación precoz de la embarazada para cumplir con los programas de extensión de cobertura.
- b) Mejorar los controles de la embarazada:
 - Capacitación y concientización del grupo de salud.
 - Derivación oportuna de la embarazada.
- c) Suplementación nutricional en base a calorías.
- d) Trabajo interdisciplinario.

D) Educación para la salud:

- Educación alimentaria.
- Educación sexual.
- Planificación familiar.
- Niveles de alarma para la prevención del parto prematuro.

E) Políticas Intersectoriales:

- Promoción de la mujer.
- Promoción de la familia.
- Posibilidad de planificación familiar.
- Políticas económicas compensatorias equitativas.
- Desarrollo social progresivo.

RESUMEN

El peso de nacimiento es un indicador de la salud y nutrición de la madre previo al embarazo y durante el mismo. Predice en cierto grado la salud y sobrevivencia del niño. Pensamos que la estructura actual de los servicios de salud puede ser mejorada para lograr la disminución de los factores de riesgo individual. Para la mejoría de los llamados factores potenciales se hace necesaria la implementación de una estrategia poblacional donde intervenga el equi-

po interdisciplinario pero donde las medidas a implementar sean claramente políticas. Los patrones de distribución del peso al nacer son muy dinámicos y reflejan el grado de éxitos y fallas de los planes y programas sociales, económicos y de salud.

NOTA DE LA REDACCION: Por razones de espacio el trabajo monográfico original ha debido ser reproducido parcialmente. La biblioteca de la S.M.R. cuenta con el original, que está a disposición de los interesados en completar su lectura.

la PARTE ESTUDIO DESCRIPTIVO

RESULTADOS

Durante el año 1988 se inscribieron en el Registro Civil del Neuquén 10.771 nacimientos, algunos de los cuales ocurrieron fuera de ese año y fueron inscriptos por la ley 2.358 del año 1.988, de amnistía para el Registro de Personas.

En el sector oficial de salud ocurrieron 7.116 partos. De estos, 6.063 produjeron recién nacidos vivos que fueron registrados mediante H.C.P.S. (No se pudieron obtener los datos de la Zona Sanitaria IV por falta de registro de los mismos).

De estos recién nacidos vivos, 509 corresponden RN con BPN, lo que determinó una tasa de incidencia del 8,39% en la población estudiada. Hubo 70 RN de MBPN lo que determinó una tasa de incidencia del 1,15%; y 17 menores de 1.000 gr. con una tasa de incidencia del 0,28% (Tabla N° 2 y Gráfico N° 1).

Con respecto al total de BPN al 3,3% correspondió al grupo de 500 a 999, 10,4% al de 1.000-1.499; 21,8% al de 1.500 a 1.999 y 64,5% al de 2.000 a 2.499. (Gráfico N° 2).

Contribución de los RN Pretermino al BPN

Se tomaron las 512 RN que el programa informa con bajo peso al nacer. Llama la atención que este número difiere de los 509 que entrega el programa de

Estadística básica del SIP en 511. Hubo 264 RN prematuros (51,56%) y 248 RN de término (48,43%). En esta clasificación no se discrimina el retardo de crecimiento intrauterino ya que dentro del grupo de prematuros de BPN incluimos aquellos pretérmino que presentan además bajo peso para su edad gestacional. (Gráfico N° 3) (Tabla N° 3).

Distribución Según Nivel de Complejidad

Ochenta RNBPB proviene de los hospitales nivel III (15,71% del total), 137 (26,91%) de los niveles IV, y 292 (57,36%) en el Hospital de mayor complejidad (nivel VIII), el Hospital Provincial Neuquén. (Tabla N° 4 y Gráfico N° 4).

Distribución Geográfica

Se toman en cuenta los nacimientos según lugar de ocurrencia independientemente del lugar de origen de la embarazada, el que lamentablemente no se carga al programa.

Zona Sanitaria I: Sobre un total de 1.437 RN vivos, 94 fueron de BPN lo que hace una tasa de incidencia del 6,54%. En estas zonas se destaca Plottier, con 7 RNBPB sobre 183 RNV y una tasa de 2,47% y en el otro extremo Rincón de los Sauces con 9 sobre 95 y una tasa de 9,47% y Cutral Co con 47 de 486 y una tasa de 9,67%. (Tabla N° 6 y 3).

Zona Sanitaria III: Ocurrieron 44 nacimientos de BPN de 618 RNV, con una tasa de incidencia de 7,11 %. Los extremos fueron Chos Malal con una tasa de 8,13% (31 de 381) y Buta Ranquil con una de 4,8% (5 de 104). (Tabla N° 7 y 14).

Ciudad de Neuquén: Se registraron 3.061 RNV ocurridos en el Hospital Neuquén (el único del sector oficial con maternidad durante ese período). Hubo 292 con BPN, lo que significó una tasa de incidencia del 9,53%. (Tabla N° 12).

Morbilidad Neonatal

Sobre 512 RN de BPN 340 presentaron una o más patologías. Esto resultó en una tasa de incidencia de patología del 66,4%. En la población general de RN vivos (incluyendo al BPN) la tasa fue de 17,66%. (Tabla N° 7).

Mortalidad Neonatal Precoz

La mortalidad neonatal precoz (MNP) para la Provincia del Neuquén fue del 10,3 o/oo. La misma tiene una relación inversamente proporcional con el peso al nacer. Si se incluye el RN < de 1.000 gr. la tasa fue del 8,6 o/oo. En el grupo de BPN la tasa específica de mortalidad precoz fue del 91,8 o/oo, con un extremo en el RN < de 1.000 gr. con una tasa del 18,5 o/oo. (Tabla N° 9 y Gráfico N° 5).

Mortalidad Neonatal Precoz. Distribución Geográfica

De acuerdo con el análisis de la MNP en las zonas sanitarias se encontró una tasa del MNP del 74,4 o/oo para la Zona I, 42,2 o/oo para la Zona III y 133,0 o/oo para la ciudad de Neuquén (Tabla N° 10).

Mortalidad Neonatal Precoz Según Niveles de Complejidad

En los nacidos en los niveles III la tasa específica de mortalidad neonatal precoz fue del 83,0 o/oo; en los niveles IV fue del 51 o/oo y en el Hospital Neuquén (Nivel VIII) fue del 113 o/oo. (Tabla N° 11). Llama la atención la tasa de Centenario (Nivel III) con 200 o/oo.

Discusión

No se advierten cambios en la incidencia del BPN respecto a la última publicación oficial de la Provincia del Neuquén (9). En los años 85/86 hubo un leve descenso en dicha tasa (7,6%) (16); pero actualmente se aumentó al 8,39%. Con respecto al RCIU y a la prematuridad como grupos componentes del BPN no podemos crear conclusiones exactas ya que trabajamos con un corte a las 37 semanas de edad gestacional, encontrando que con un 50% de los BPN eran prematuros y casi un 50% eran de término.

En cuanto a la distribución geográfica no es posible determinar con exactitud la procedencia real de la embarazada, ya que este dato no es procesado en la HCPS. Sin embargo, se pueden hacer algunas especulaciones. El Hospital de Cutral Co (Zona I) que prácticamente no recibe derivaciones por su ubicación geográfica tiene una tasa de incidencia del BPN del 967%, mayor que la del

Hospital Neuquén, centro de derivación provincial (9,53%).

Estas tasas son similares a las de Rincón de los Sauces (Hospital nivel 3 de la Zona I) que presenta una de 9,47% y constituyen las tasas más altas de la provincia. En contraposición a esto tenemos que en las bajas la tasa fue del 0,91%.

Se podría interpretar estas diferencias a la distinta estructuración socioeconómica, características poblacionales y medios de producción de las distintas áreas: Cutral Co y Rincón de los Sauces crecidas al ritmo de la explotación petrolífera y Las Lajas con una población compuesta, entre otras, por empleados públicos y militares.

Loncopué, cercano a Las Lajas, con cantidad similar de partos tiene una incidencia de BPN de 7,2%.

Clinicas de la Seguridad Social, una parte de la población, la de menor riesgo social, tendría sus partos en las mismas incidiendo de esa manera en el aumento del bajo peso en el nivel oficial. Esta posibilidad no existe en Rincón de los Sauces.

Una tercera posibilidad es que se cumpla adecuadamente la regionalización en Las Lajas, derivándose la embarazada de riesgo al Hospital Zonal (Zapala), que también tiene una alta incidencia de bajo peso (9,27%); aquí cabe la salvedad que Zapala se encuentra a 1.000 mts. sobre el nivel del mar y que además existe atención de la Seguridad Social.

Se analizó solamente la mortalidad neonatal precoz ya que ésta está estrictamente vinculada al proceso de atención del sector salud (20).

Un análisis futuro sería tomar en este grupo la mortalidad neonatal tardía y la postneonatal donde intervendrían más factores socioeconómicos y ambientales. Comparando con los años 1979-1980, si bien la tasa de incidencia del BPN se mantuvo, la tasa de MNP disminuyó del 100 o/oo al 91,8 o/oo.

Comparando con los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (8), tenemos más alta mortalidad en los grupos de menor peso; pero es más baja en nuestro grupo de 2.000 a 2.499 gr. También más favorables.

Se entiende que por encima de 1.500 gr. la mortalidad neonatal es, en buena

parte, técnicamente evitable. Las cifras de Buenos Aires según sus autores son "muy optimistas debido al subregistro de muerte", cosa que no sucede con nuestra población (Programa de falta del llenado).

Con respecto a la distribución geográfica de la mortalidad precoz, la mayor se encontró en la ciudad de Neuquén donde se encuentra el centro de derivación provincial y de la Zona Sanitaria I. Esto se correspondería con una adecuada regionalización.

Analizando la mortalidad neonatal precoz según niveles de complejidad, llama la atención la alta tasa en los niveles III. Esto es debido a la mortalidad en Centenario (tasa 200 o/oo). Si se excluye Centenario de la muestra, la tasa de los niveles III sería del 38,4 o/oo, y esto sería compatible con una adecuada regionalización y derivación de acuerdo a niveles de complejidad.

Si bien la muestra es escasa, la mayor proporción de muertos en Centenario (3/7) es en el grupo de 1.000 a 1.499 gr., que por la complejidad de ese Hospital y la cercanía a Neuquén (15 km) sería fácilmente derivable. La no ocurrencia de esto significaría falta en la regionalización, falta de capacitación del sistema hacia la embarazada o falta de educación sanitaria sobre niveles de alarma para la detección de la amenaza del parto prematuro.

En los Hospitales de Cutral Co y Rincón de los Sauces si bien encontramos tasas muy altas de BPN, la mayoría están en el peso de 2.000 a 2.499 gr. y la mortalidad fue relativamente baja. Esto podría conducir a un fallo optimismo si se tiene en cuenta solamente el aspecto perinatal, ya que en este grupo estarán los futuros desnutridos, discapacitados y alrededor del 20% de la mortalidad postneonatal.

IIa PARTE ESTIMACION DE RIESGO

RESULTADOS

Para este programa se ingresaron 6.313 historias clínicas. Este número no coincide con el número total de nacidos

vivos -6.063-, que entrega el programa de Estadística Básica del Sistema Informático Perinatal (SIP), interpretándose que en el análisis no se descontaron los fetos muertos en la etapa perinatal.

Factores Preconcepcionales

a) Socio-Económico-Culturales:

No encontramos asociación entre analfabetismo y bajo peso al nacer (RR 0,77), pero sí encontramos con embarazo en adolescente (madre menor de 18 años), hábito de fumar, peso habitual menor de 50 Kg. y estado civil soltera o pareja inestable, todos ellos con RR > de 1 confirmado por I de C y X² (Tabla N° 15).

b) Biológicos:

No encontramos asociación con anemia crónica, diabetes ni cardiopatía, pero sí con talla menor de 150 cm., hipertensión arterial previa al embarazo, antecedentes de algún RN anterior muerto, y antecedentes de algún RN anterior con peso menor de 2.500 gr., RR > 1 y confirmado por I de C y X². (Tabla N° 16).

Factores del Embarazo Actual

No se encontró asociación con infección urinaria, otras infecciones ni hemorragia del primer trimestre de la gestación. Si se encontró con número de consultas menor de tres, embarazo múltiple (gemelaridad), amenaza de parto prematuro, preeclampsia, hemorragia del segundo trimestre y del tercer trimestre de la gestación. RR > 1 y confirmado por I de C y X². (Tabla N° 17).

Factores que Pueden Obligar a la Interrupción del Embarazo Actual

Se encontró asociación con hemorragia del tercer trimestre de la gestación, eclampsia y rotura prematura de membranas. RR > 1 y confirmado por I de C y X². (Tabla N° 18).

Luego de analizar los factores de riesgo asociados al BPN, nos interesó saber con qué frecuencia esos determinados factores se encontraban presentes en la población estudiada. Los factores que estuvieron más frecuentemente presentes en la población (más de un 10%), no fueron justamente los del embarazo actual ni las complicaciones del mismo, sino los factores preconcepcionales. (Tabla N° 19).

DISCUSION

Dentro de los datos disponibles no encontramos nuevos factores que puedan considerarse de riesgo, salvo hemorragia del segundo trimestre (RR 5,61; OR 10,23; $X^2 = P < 0,0005$). Esto probablemente se deba a que en el programa de Estimación de Riesgo del SIP, se entrega conjuntamente nacidos vivos con fetos muertos en el período perinatal y dicha patología es condicionante de mortinatalidad. Otra posibilidad es la dificultad de consignar una fecha de última menstruación confiable. No se encontró asociación con un factor clásico como la infección urinaria (condicionante de parto prematuro). Lo más llamativo en nuestra población fue la falta de asociación con analfabetismo, uno de los pocos factores sociales que incluye la HCPS, el que a priori suponíamos como factor importante-trazador o marcador, ya que el mismo correspondería a grupos sociales realmente postergados o marginados. El analfabetismo disminuyó del 13,5 en los años '79/80 al 6,0% en el '88. Este factor por sí sólo no pareció influir en la tasa de incidencia de BPN. Convendría investigar el nivel educacional de la población migratoria que pensamos que en su mayoría no es analfabeta, pero tiene una alta proporción de necesidades básicas insatisfechas. Con respecto a la incidencia de los factores de riesgo aumentado en relación al número de la población estudiada, encontramos que las variables más frecuentemente halladas fueron peso y talla desfavorables, los cuales hacen pensar en factores nutricionales y genéticos. Estos datos pueden ser cuestionados, ya que en estas variables fue donde encontramos la mayor falta de datos en el llenado de la HCPS. (21,5 y 24,3%, respectivamente). Esto lleva a pensar en la poca importancia que les concedieron al llenado de estos ítems en la HCPS o en los controles perinatales, como también a controles tardíos, donde no se obtuvo con precisión la información.

Todo esto podría interpretarse además, como un indicador de déficit en la calidad de atención.

Otras proporciones importantes fueron embarazo en adolescentes (11,8% de la población general), número de consultas menor de tres (15,9%), anteceden-

tes de hijos menores de 2.500 gr. (14,4%), soltera o unión inestable (16,8% de la población).

Si analizamos la Tabla N° 20, observamos de la tasa de incidencia del BPN se mantiene estable (leve descenso en el año 1985/86), los embarazos sin o mal controlados, según número de controles, han disminuido notablemente, si bien persisten estables los embarazos en adolescentes y en madres solteras o con uniones inestables. Se podría especular que estos últimos son factores de más peso en la incidencia del BPN, a que en los años '85/86 se dió un período de cierta estabilidad económica que redundó en mejores situaciones para un peso favorable al nacer, pero lo que queda más en claro es que la mejoría en la accesibilidad al control prenatal, por sí sólo, no sirvió para disminuir la incidencia del BPN.

Clásicamente se describen como factores potenciales de riesgo a los preconcepcionales y como factores reales a los propios del embarazo actual (20). Entendemos que esta descripción es puramente biológica y orientada a la resolución del caso individual, ya que algunos de los llamados factores de riesgo real se dan con mayor frecuencia en la población que tiene riesgos potenciales. Por citar un ejemplo, preeclampsia/eclampsia y embarazo en la adolescente.

Se hace necesario entonces tener en cuenta un enfoque poblacional más que uno de riesgo, o por lo menos que el análisis sea complementario.

Un factor real con un RR muy alto como embarazo múltiple (en nuestra población el más alto RR = 6,55 y RA = 0,45), con una Fracción de Impacto Potencial o Riesgo Atribuible poblacional (FIP %) de 10 y una prevalencia en la población estudiada del 1,9%, pierde peso a nivel general ante falta de unión estable, con un RR 1,63, con prevalencia del 16,8% y una FIP del 10,11%.

Debemos acordar con Rose que "un gran número de personas de bajo riesgo puede originar más casos de una enfermedad que el reducido número que tiene riesgo elevado". (21).

AUTORES:

VIDELA, Alberto D. (Médico Pediatra Neonatólogo - Servicio de Neonatología, Hospital Neuquén)
IGLESIAS, Nelson (Médico Cirujano Pediatra - Servicio de Pediatría, Hospital Neuquén)
VILCHES de CHANAMPA, Adoración (Médica Pediatra - Servicio Neonatal, Hospital Neuquén)
GARCIA, Ana María

- 1.- RICE PUFER, R; SERRANO C. V.: "Patterns of Birthweights". Scientific Publication 504. Pan American Health Organization - Washington, U.S.A.; 1.987.
- 2.- PACIN, Mirta B.: "Desarrollo e Interpretación del Indicador Peso/Longitud para la Evaluación del Estado Nutricional del Recién Nacido De Término". Universidad de San Carlos de Guatemala - INCAP - Guatemala; 1989.
- 3.- BEHRMAN, R. E.: "Preventing Low Birthweight: a Pediatric Perspective". J. Pediatr. 107-6: 842-850; 1985.
- 4.- SCHUARCZ, R.; DIAZ A. G.; FESCINA R. H.; BELITZKY R. y Col.: "Epidemiología del Bajo Peso al Nacer y Mortalidad Perinatal en Maternidades de América Latina". Publicación Científica 915. Clap-OPS/OMS. Montevideo, Uruguay; 1981.
- 5.- SHAPIRO, S.; MC CORMICK M. C.; STARFIELD B. H. y Col.: "Relevance of Correlates of Infants Deaths for Significant Morbidity at One Year of Age". AM J Obstet Gynecol: 137: 797-800; 1980.
- 7.- SCHWARCZ R.: "Importancia del Bajo Peso al Nacer en la Salud Materno-infantil". Publicación Científica 1112 - Clap OPS/OMS, Montevideo, Uruguay, 1986.
- 8.- SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: Experiencia de Tres Años de Uso en los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Publ. Cient. Clap, 1183; Montevideo, Uruguay; 1989.
- 9.- Diagnóstico de Situación Perinatal. Ministerio de Bienestar Social. Subsecretaría de Salud. Neuquén, Argentina; 1981.
- 10.- ALVAREZ, Isabel T. Comunicación Personal.
- 11.- Informe de la Dirección General de Información y Control. Ministerio de Salud Pública, Provincia del Neuquén; 1988.
- 12.- Tecnologías Perinatales. Publicación Científica N° 1166 - CLAP-OPS/OMS.
- 13.- SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL. Manual de Uso. CLAP-OPS/OMS, Montevideo, Uruguay; 1986.
- 14.- KOOPS, B. L.; MORGAN L. J.; BATTAGLIA F. C.: "Neonatal Mortality Risk in Relation to Birthweight and Gestational Age Update". J. Pediatr 101: 969-977; 1982.
- 15.- BULGARELLI, F.; GARIBALDI, C.; LEONFANTI, F.: Diseño y Aplicación de una Metodología de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. (Trabajo Final del Curso Regional de Administración de Servicios de Salud, 1981).
- 16.- GARIBALDI, M. C.: Informe Diagnóstico de Situación Perinatal 79/80 - 85/86 e Impacto de la Regionalización Perinatal. Nota 126 (bis) a Direc. Asoc. Hospital Provincial Neuquén. 1987.
- 17.- Mejoramiento Ambiental de Asentamientos Humanos en Oasis de Riesgo - Lic. M. R. COLANTUONO; SAINT Lary, B.; ANGUITA, J.; MESTRE, V. H. y Cols. Boletín Geográfico N° 15; UNC; 1986.

INCIDENCIA DE BPN EN DIFERENTES PAISES

	PAIS	AÑO			
		1970	1973	1982	1984
AMERICANA	BRASIL			9%	
	CHILE			9%	
	C. RICA	9,1%		8,5%	6,6%
	CUBA			9,2%	7,9%
	MEXICO			11,7%	
	EE. UU.			6,9%	
ASIA	URUGUAY			8,3%	7,8%
	INDIA			30,4%	
	JAPON		4,7%	5,2%	
EUROPEA	HUNGRIA		10,4%	11,3%	
	AUSTRIA		5,4%	5,6%	
	SUECIA		3,6%	4%	
OCEANICA	N. ZELANDIA		4,7%	5,3%	

TABLAS

RN VIVOS CON PESO (2500 gr.)
CONTRIBUCION DE LOS RNPRET Y DE RNT

	N	%
RNPRET (2500 gr.)	264	51,66
RNT (2500 gr.)	248	48,53
EDAD GESTACIONAL CONSIGNADA	512	100

COMPOSICION DEL BPN EN LOS DIFERENTES
NIVELES DE COMPLEJIDAD

PESO	COMPLEJIDAD			%
	III	IV	NEUQUEN	
500/999	1	0	16	3,33
1000/1499	12	5	36	10,41
1500/1999	11	28	72	21,80
2000/2499	56	104	168	64,40
TOTAL	80	137	292	100
%	15,71	26,91	57,36	



TASAS DE MORTALIDAD - ZONA SANITARIA I

ZONA SANITARIA I	N= NAC. VIVOS	N= BAJO PESO	N= MUERTES BAJO PESO	TASA BRUTA MORTALIDAD	TASA ESPEC. MORTALIDAD
RINCON DE LOS SAUCES	95	9	0	0	0
SAN PATRICIO DEL CHAÑAR	75	4	0	0	0
CENTENARIO	302	20	4	13,24 o/oo	200 o/oo
SENILLOSA	70	0	0	0	0
CUTRAL CO	486	47	2	4,11 o/oo	42,5 o/oo
PICUN LEUFU	51	3	0	0	0
PLOTTIER	283	7	1	3,53 o/oo	142,8 o/oo
PIEDRA DEL AGUILA	75	4	0	0	0
NEUQUEN	3061	292	33	10,78 o/oo	113,01 o/oo
TOTAL	4498	386	40	8,89 o/oo	103,62 o/oo

TASAS DE MORTALIDAD - ZONA SANITARIA II

ZONA SANITARIA II	N= NAC. VIVOS	N= BAJO PESO	N= MUERTES BAJO PESO	TASA BRUTA MORTALIDAD	TASA ESPEC. MORTALIDAD
EL HUECU	41	2	0	0	
LONCOPIE	97	7	1	10,30 o/oo	142,85 o/oo
LAS LAJAS	109	1	0	0	
BAJADA DEL AGRIO	20	1	0	0	
MARIANO MORENO	40	1	0	0	
ZAPALA	636	59	2	3,14 o/oo	33,89 o/oo
TOTAL	943	71	3	3,18 o/oo	42,25 o/oo

TASAS DE MORTALIDAD - ZONA SANITARIA III

ZONA SANITARIA III	N= NAC. VIVOS	N= BAJO PESO	N= MUERTES BAJO PESO	TASA BRUTA MORTALIDAD	TASA ESPEC. MORTALIDAD
CHOS MALAL	381	31	3	7,87 o/oo	96,77 o/oo
ANDACOLLO	61	5	0	0	0
LAS OVEJAS	36	2	0	0	0
EL CHOLAR	22	0	0	0	0
TRICAO MALAL	14	5	0	0	0
BUTARANQUIL	104	5	0	0	0
TOTAL	618	44	3	4,87 o/oo	68,18 o/oo

MORBILIDAD NEONATAL COMPARATIVA ENTRE POBLACION GENERAL DE RN Y BPN

POBLACION	PATOLOGIA		
	N	1 o más PATOLOG.	TASA %
POBLACION GENERAL	6063	1071	17,66
POBLACION (2500 gr.)	512	340	66,40

TASA DE MORTALIDAD PRECOZ POR PESO Y POR ZONA

ZONA	PESO											
	500/999		1000/1499		1500/1999		2000/2499		2500/2999		3000/3499	
	NV	MN	NV	MN	NV	MN	NV	MN	NV	MN	NV	MN
ZONA I	1	1	12	4	13	0	68	2	284	1	599	1
ZONA II	1	1	3	1	13	1	54	0	217	1	373	1
ZONA III	0	0	0	0	11	2	33	1	162	0	262	1
H. NEUQUEN	16	10	36	14	72	6	168	3	567	3	1199	5
TOTAL	18	12	51	19	109	9	323	6	1230	5	2433	8
TASA	666 o/oo		372,5 o/oo		82,5 o/oo		18,5 o/oo		4,06 o/oo		3,2 o/oo	

TASA ESPECIFICA DE MNP EN EL BPN SEGUN ZONAS SANITARIAS

ZONAS	NACIDOS VIVOS	MUERTOS	TASA o/oo
ZONA I	94	7	74,4
ZONA II	71	3	42,2
ZONA III	44	3	68,2
H. NEUQUEN	292	33	113,0

MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ DEL BPN SEGUN NIVELES DE COMPLEJIDAD

NIVEL	VIVOS	MUERTOS	TASA o/oo
NIVEL IV	137	7	51
NIVEL III	72	6	83,3
CIUDAD NEUQUEN	292	33	113,0

INCIDENCIA DEL BPN EN LOS DIFERENTES HOSPITALES ZONA I

HOSPITAL	N. VIVOS	BAJO PESO	% BAJO PESO
RINCON DE LOS SAUCES	95	9	9,47
SAN PATRICIO DEL CHAÑAR	705	4	5,33
CENTENARIO	302	20	6,62
SENILLOSA	70	0	----
CUTRAL CO	486	47	9,67
PICUN LEUFU	51	3	5,88
PLOTTIER	283	7	2,47
PIEDRA DEL AGUILA	75	4	5,33
SUBTOTAL	1437	94	6,54
NEUQUEN	3061	292	9,53
TOTAL (Incluyendo Hospital Neuquén)	4498	386	8,58

INCIDENCIA DEL BPN EN LOS DIFERENTES HOSPITALES ZONA II

HOSPITAL	N. VIVOS	BAJO PESO	% BAJO PESO
EL HUECU	41	2	4,87
LONCOPIUE	97	7	7,21
LAS LAJAS	109	1	0,91
BAJADA DEL AGRIO	20	1	5,00
MARIANO MORENO	40	1	2,50
ZAPALA	636	59	9,27
TOTAL	943	71	7,52

INCIDENCIA DEL BPN EN LOS DIFERENTES HOSPITALES ZONA III

HOSPITAL	N. VIVOS	BAJO PESO	% BAJO PESO
CHOS MALAL	381	31	8,13
ANDACOLLO	61	5	9,19
LAS OVEJAS	36	2	5,51
EL CHOLAR	22	0	----
TRICAO MALAL	14	1	7,14
BUTA RANQUIL	104	5	4,80
TOTAL	618	44	7,11

**ANALISIS DE RIESGO
FACTORES PRECONCEPCIONALES SOCIOCULTURALES**

	RR	OR	IC del OR al 95%	X ² p=	RA	FIP %
ALFABETIZACION	0,77	0,75	NS	> 0,15	---	---
EDAD < 18 AÑOS	1,55	1,63	S	< 0,0005	0,05	5,61
EDAD > 34 AÑOS	1,17	1,19	NS	> 0,15	---	---
HABITO FUMAR	1,52	1,60	S	< 0,002	0,04	4,59
ESTADO CIVIL SOLTERA/INESTABLE	1,63	1,72	S	< 0,0005	0,05	10,11
PESO HABITUAL < 50 Kg.	1,60	1,68	S	< 0,0005	0,05	11,70

ANÁLISIS DE RIESGO FACTORES PRECONCEPCIONALES BIOLÓGICOS

	RR.	OR.	IC del OR al 95 %	X ² p=	RA	FIP %
ANEMIA CRÓNICA	0,57	0,55	NS	= 0,1	---	---
DIABETES	0,61	0,59	NS	---	---	---
CARDIOPATÍA	1,39	1,44	NS	---	---	---
HIPERTENSIÓN PREVIA	1,95	2,15	S	< 0,014	0,09	11,11
ANTECEDENTES NAC. M	1,64	1,75	S	< 0,01	0,06	2,24
ANTECEDENTES NAC. < 2.500 grs.	1,84	1,97	S	< 0,0005	0,07	10,46
TALLA < 150 cm.	1,35	1,39	S	< 0,008	0,03	7,50

ANÁLISIS DE RIESGO FACTORES OBSTÉTRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

	RR.	OR.	IC del OR al 95%	X ² p=	RA	FIP %
Nº DE CONSULTAS < 3	1,93	2,07	S	< 0,0005	0,07	12,65
EMBARAZO MÚLTIPLE	6,55	12,89	S	< 0,0005	0,45	10,00
AMENAZA PARTO PREMAT.	4,45	6,24	S	< 0,0005	0,27	15,51
INFEC. URINARIA	1,21	1,23	NS	< 0,20	---	---
OTRAS INFECCIONES	1,39	1,45	NS	> 0,31	---	---
HEMORRAG. 2º TRIMESTRE	5,61	10,23	S	< 0,0005	---	---

ANÁLISIS DE RIESGO COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS QUE PUEDEN OBLIGAR A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

PATOLOGÍA	RR.	OR.	IC de OR al 95 %	X ² p=	RA	FIP %
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	2,74	3,24	S	< 0,0005	0,14	10,00
PREECLAMPSIA	1,52	1,59	S	< 0,001	0,05	4,44
ECLAMPSIA	3,72	5,08	S	< 0,001	0,25	11,11
HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE	3,26	4,18	S	< 0,0005	0,20	2,21

PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACION ESTUDIADA

FACTOR DE RIESGO	FREC. REL. (%)
EMBARAZO EN ADOLESCENTE	11,8
HABITO DE FUMAR	9,9
UNION INESTABLE O SOLTERA	16,8
PESO HABITUAL MENOR DE 50 Kg.	22,1
TALLA MENOR DE 150 cm.	21,4
NUMERO DE CONSULTAS MENOR DE TRES	15,9
HIPERTENSION PREVIA	1,1
ANTECEDENTE DE RN MUERTO	3,0
ANTECEDENTES DE RN MENOR DE 2500 gr.	14,4
EMBARAZO MULTIPLE	1,9
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	5,0
RPM	6,3
PREECLAMPSIA	8,7
ECLAMPSIA	0,23
HEMORRAGIA DEL 3er TRIMESTRE	0,94

MODIFICACION TEMPORAL DE ALGUNOS INDICADORES DE SALUD PERINATAL

	AÑOS		
	79/80	85/86	88
EMB. EN ADOLESCENTE	12,0		11,8
FUMADORA	10,8		9,9
UNION INESTABLE	16,6		16,8
MENOS DE TRES CONTROLES	40,4		15,9
ANALFABETISMO	13,3		6,0
BPN	8,3		8,4

Las condiciones en que se encuentra este hospital son lamentables. Falta de todo e incluso hemos llegado a casos extremos de desnutrición

Y usted... ¿Cuánto hace que está internado?

No. Yo soy el médico



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Fantana y los médicos
Ed. de La Flor.

PERCEPCIONES SOBRE LA NOCIÓN DE SALUD

Una planificación adecuada está basada en percepciones adecuadas. En este artículo revisaremos diferentes tipos de percepciones posibles de la noción de "salud" con el objeto de señalar algunas de ellas. La utilidad de tal reconocimiento estriba en que ese es un paso previo a la integración de las distintas percepciones, por ejemplo, en tareas de planificación.

Es sabido que la noción de salud difiere según sea utilizada por cada uno de los distintos subsistemas que componen los (en sentido amplio) Sistemas de Salud. Expresan visiones parciales del problema, versiones que tienen el sesgo del sector.

Son conocidas y reconocibles las expresiones provenientes del subsector oficial, la de los prestadores de Obras Sociales, las de las Asociaciones Profesionales, etc. En ocasiones son complementarias, otras veces están simplemente en oposición.

La misma utilización de los términos "sistema" o "sector", en lugar de "subsistema" o "subsector" como habitualmente corresponde, revela la mayor o menor conciencia de quien los usa acerca de lo abarcativo (o negador) de sus conceptualizaciones.

También registraremos diferencias entre las percepciones de salud de los altos funcionarios del Estado, y los correspondientes a los vecinos de un barrio que lucha por condiciones mínimas de vivienda, servicios, "salud", etc.

Intentar integrar estas dos perspectivas es fundamental, si se piensa que es un gran problema en nuestro país la brecha entre Estado y Sociedad.

Cada sector social posee su propia cosmología. En los partidos políticos también podemos relevar distinciones.

Un estudioso presumiblemente cercano al peronismo renovador (D. Frankel) clasifica los paradigmas de Salud en "liberal", "desarrollista", y "participativo", siendo este último el sustentado por el autor. (1). Otra estudiosa, funcionaria del gobierno radical (M. Lores Arnaiz) los clasificó a su vez en "fascista", "crítico", y "otras recetas (Cuba y Nicaragua)". Siendo el del centro, el defendido en esta oportunidad. (2). No hace falta resaltar

que no hay ninguna correspondencia entre las categorías utilizadas por cada autor para la clasificación, obstáculo que debería salvarse para lograr acuerdos entre los partidos, si decidieran oír ambas autorizadas voces. Según Pierret, (3) para una población dada, el paradigma de salud en general, está en permanente transformación. Hacia mediados del '70, por ejemplo, aparece el paradigma "prevención", que agregó a las anteriores nociones generales sobre salud, la de poder ser también un resultado, el final de un proceso. De modo que salud y comportamientos de la vida cotidiana quedan mutuamente implicados. Y si bien en un nivel naïf no se sabe lo que es la salud, en un 2º nivel, más técnico, hay un conocimiento más formalizado, más científico. Hay un conocimiento elaborado por los técnicos y procesado por la población, en ida y vuelta permanente. Hay un 3º nivel, todavía, antropológico, donde el proceso salud-enfermedad está vinculado con los sistemas familiares, con lo político, con lo religioso. Siempre es una problemática del Actor Social.



Las percepciones del proceso de salud enfermedad son un lugar donde se puede leer el funcionamiento social. Cuando las personas hablan de salud, hablan de toda su vida, la alimentación, la enfermedad, la medicina, los niños, la vivienda. Pero cada grupo social de-

sarrolla su propia lógica alrededor del concepto de salud, ordena un conjunto de significaciones con núcleo en ese concepto.

J. Pierret, en su interesante trabajo, distingue cuatro paradigmas: Para el primer grupo, de entre un 40% y un 50% de la muestra, la salud se vincula con el orden, es el silencio de los órganos, la ausencia de enfermedad, y la medicina sólo corrige, la prevención no tiene sentido. Para el 2º grupo, de un 20% de la muestra, la salud es lo más importante de la vida, es un capital, que se hereda y adquiere durante la infancia, y luego se va gastando. La atención médica es importante, y las obras sociales muy valoradas. El 3º grupo, de más de un 15%, es opuesto al 2º; salud es un resultado, sostiene nociones como calidad de vida (en este grupo eran más frecuentes las mujeres y la clase media) y practican la "vida sana", aerobismo, etc.; la prevención es fundamental, pero la noción de salud es individualista. En el 4º grupo, de algo menos de 15% (donde hay más hombres jóvenes) la salud tiene un sentido político, es una noción colectiva, y tiene que ver con equipamientos, planes, etc., recuerda la noción de funcionarios que sostienen que el Estado debe ser subsidiador; la equidad social se vincula con equipamientos.

De modo que, a nuestro entender, si de planificar se trata, es necesario tener en cuenta que nuestra noción de salud, muy probablemente, sea parcial, y que otros subsistemas sostendrán sus propias versiones o perspectivas. Las que hemos expuesto son sólo algunos ejemplos de las muchas perspectivas posibles.

Distintas percepciones del fenómeno salud, pueden estar en oposición, o pueden ser sinérgicas, porque no hay percepciones verdaderas y percepciones falsas, las hay útiles o no útiles, según los fines que se persigue. En otro estudio, sobre planes de salud locales que efectivamente funcionaron, se vió que lo que tenían en común era que, además de incluir todos los sectores y variables significativos, habían logrado ser consensuales. Y ello sólo pudo ser posible integrando las percepciones de los diversos sectores implicados, sin exclusiones. Porque como decía un médico algo lunfardo, "todo excluido se vuelve contra".

BIBLIOGRAFIA

- 1) Frankel, D. Hacia un Modelo Participativo en Salud. Cuaderno Médico Sociales, Nº 44, Junio, 1988.
- 2) Lores Arnaiz, M. "Paradigmas imperantes en salud". Relato presentado en el Encuentro Regional de San Martín de los Andes, del Area de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la Salud, SECYT, 1987.
- 3) Pierret, J. "Percepciones sobre Salud". Relato presentado en el encuentro citado.

Dr. Lino GUEVARA
Médico Psiquiatra
Neuquén

BIOLOGIZACION de lo SOCIAL

A mediados del siglo XIX, concretamente en 1859, se publica el libro "El origen de las especies", de Carlos Darwin, en una situación política caracterizada por la expansión y la hegemonía europea.

Darwin intentaba explicar el problema de la adaptación de las especies y construir una teoría general de la evolución. Su principal mecanismo de explicación es "la selección natural"; ésta significaba esencialmente la muerte de los individuos menos adaptados y la supervivencia de los mejores preparados para la lucha por la vida.

La nueva perspectiva filosófica propuesta desde el evolucionismo darwiniano, no sólo provoca una ruptura con la vigente visión teológica del mundo y del hombre, sino que impregna al resto del mundo científico.

Se genera entonces una perspectiva biológica-evolucionista, la cual será apropiada por la práctica médica, y también por otras ciencias como la Antropología, donde se planteará recurrentemente la determinación biológica, no sólo de la enfermedad, sino también de la organización social.

La mirada médica, referirá entonces a la biología como nivel de análisis y como determinante autónomo de la enfermedad.

Este biologismo de carácter individualista tiende a la anulación permanente de las condi-

ciones sociales como condicionantes reales de la salud/enfermedad. En este sentido lo social pierde especificidad y se lo tiende a biologizar.

La biología es tomada como la ciencia que puede explicar toda la realidad viviente, incluyendo al hombre y su devenir social.

Dentro de esta línea de pensamiento, desde la Antropología aparecerá el concepto de "raza", tomado desde la biología para tratar de explicar en forma científica las diferencias entre los grupos humanos; estas desigualdades van a ser interpretadas por categorías biológicas, siendo consideradas permanentes por su carácter hereditario.

Las características tomadas en cuenta, eran los rasgos físicos promedio de cada grupo, según los caracteres morfológicos; además de establecer una clasificación de grupos humanos, funda una jerarquización; aparece el concepto de raza superior y razas inferiores.

La explicación histórica de la aparición de este concepto es el inicio del período de expansión colonial de los pueblos europeos, los que buscan una justificación para la violencia y la opresión, declarando inferiores a aquellos pueblos a los que se esclavizaba y explotaba, expulsando de la humanidad a estos grupos humanos.

Este concepto de raza es una construcción intelectual; lo que observamos en la realidad son

individuos con distintas características físicas, no individuos de distintas razas.

Los científicos rechazan el concepto de raza porque no constituyen entidades naturales, porque son categorías construidas artificialmente y que fuerzan la realidad, y que por las diferencias entre las distintas razas son mínimas, no fundamentando la subdivisión de la especie humana.

Dentro del enfoque biológico se plantea, por lo tanto, una continuidad lineal al hombre, en la medida en que están sujetos a procesos básicos idénticos.

Sin embargo, desde la perspectiva de las ciencias sociales esto es así ya que hay ruptura del animal al hombre. Podemos demostrar lo anterior a través de las teorías que explicitan el paso de la naturaleza a la cultura, desde dos enfoques: 1) desde el materialismo histórico y el proceso de trabajo; 2) la prohibición del incesto.

1) el hiatus entre naturaleza y sociedad está dado por el trabajo. El hombre se separa del resto de los animales cuando comienza a producir sus medios de subsistencia. Esto, por supuesto, no significa que los animales no satisfagan sus necesidades vitales, sino que la forma de realizarlo es instintiva. En cambio, en el hombre, la acción es premeditada, conciente. 2) La prohibición del incesto, está presente en todo grupo social, es decir, la prohibición del

matrimonio entre parientes cercanos, definidos éstos por cada cultura.

Es un fenómeno que presenta al mismo tiempo el carácter distintivo de los hechos de la naturaleza, universalidad de los instintos, tendencias, y los caracteres distintivos de la cultura, la coercitividad de las leyes y de las instituciones.

Esta regla, que por serlo, es social, es presocial en dos sentidos: por su universalidad, y por el tipo de relaciones a las que impone su norma.

Esta reglamentación de las relaciones entre sexos, constituye el desborde de la cultura en el seno de la naturaleza.

En esta prohibición es en donde opera el tránsito de la naturaleza a la cultura.

Tiene el carácter formal de la naturaleza (universalidad), y es cultura por que impone su regla en el seno de fenómenos que no dependen en principio de ella.

Entonces, proponemos desde las ciencias sociales, definir al hombre: "como un producto histórico que en el proceso de satisfacción de sus necesidades, crea cultura y transforma su propia naturaleza; como ser social, que paulatinamente se estructura en una síntesis integrada de naturaleza y sociedad en la que esta última no es un factor superficial que modifique características no esenciales del ser humano, sino que combina fundamental y sustancialmente la primitiva condición de ser natural" (Bleger, J.).

Destacamos en el ser humano "su condición de ser concreto, esto es que pertenece a determinada cultura, a determinada clase social, grupo étnico, religioso, y que esta pertenencia no es casual o aleatoria, sino que integra su ser y su personalidad"

"Su condición de ser social, por lo cual es un ser humano, que sólo llega a ser tal por la incorporación y organización de experiencias con los demás individuos"

"Porque el medio ambiente del ser humano es un ambiente social, del que provienen los estímulos fundamentales para la organización de sus cualidades psicológicas"

"Porque el hombre es el único de los seres vivos que puede pensarse a sí mismo como objeto, utilizar el pensamiento, concebir símbolos universales, crear un lenguaje, prever y planificar su acción, utilizar instrumentos y técnicas que modifican su propia naturaleza" (Bleger, J. - Psicología de la Conducta).

A partir de todas estas consideraciones se propone que al estudiar al ser humano desde cualquier disciplina científica, no se lo debe abordar en abstracto y aislado de su pertenencia a ciertos grupos sociales, y en un momento histórico determinado.

Lic. Mónica Opezzi
Lic. Virginia Salgado

Yo sé que el hospital está atravesando por una situación de crisis, doctor. Pero no me tranquiliza pensar que mi Arturo tenga que compartir la habitación con un enfermo de hepatitis.

La habitación, no. La cama.



Fontanarrosa y los médicos
Ed. de La Flor

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

DESEMPOLVANDO ARCHIVO

ACTA DE DEFUNCION

El infrascripto, Eusebio Rodriguez, Alcande, certifico que don Manuel Chico que muerto lo tengo de cuerpo presente tapao con un poncho al parecer rezuno le sorprendió la muerte al salir del baile de Don Rufino "El Catalan", de la quebrada de Doña Pepa lugar muy conocido y de pública voz y fama en el pago. Interrogao el cadaver por tercera vez y no habiendo el infrascripto obtenido respuesta categorica alguna resuelve darle sepultura en el campo de los desaparecidos conforme cuadra su circunstancia fisica de que certifico. Nota: hago constar de que el finao era muy amante de la bebida y muy dao a las galanterias amorosas, por cuya circunstancia tenia una cicatriz en la quijada izquierda producido por un cucharón de grasa caliente que le arrojó al rostro de la cara la hija de la parda Nicolasa, no se sabe por que safaduría. Vale.-

(Hallado en el archivo de la Municipalidad de La Matanza: Libro nº2 - Fº 98 del año 1881.)



tales frente a los cuales tomar posición, temas aparentemente coyunturales (indulto, privatizaciones, conflictos laborales, etc.) que van configurando los distintos matices con que se está estructurando ésta, LA GRAN CRISIS que vivimos. Estos condicionantes externos por lo tanto nos obligan a abordar aquellos temas que permanecen relativamente actualizados pese al paso del tiempo y los acontecimientos que se suceden.

(Sabemos que la "falta de recursos" muchas veces es esgrimida para justificar la inacción que hace cómplices a quienes intentan ocultar su cobardía tras un discurso progresista; por eso deseamos dejar muy bien aclarado este punto).

- a modo de contexto:

"el sistema que programa la computadora que alarma al banquero que alerta al embajador que cena con el general que emplaza al presidente que intima al ministro que amenaza al director general que humilla al gerente que grita al jefe que prepotea al hijo que patea al perro" (Eduardo Galeano)...

- a modo de propuesta:

... ese sistema coherentemente injusto, coherentemente perverso, coherentemente inhumano, ese sistema tiene fisuras. Es nuestro propósito que esta revista sea una de ellas. Sea éste un llamado a la solidaridad para evitar que nos entrapemos en nuestra tarea.

La Dirección
Agosto 1990

Debido al tiempo transcurrido sin la aparición de la revista, este número no tiene cartas para publicar. En su lugar, consideramos importante dar a conocer el editorial del Nº 20, escrito por Adriana MARCUS, que no se publicó en su momento.

EDITORIAL Nº 20

Este Nº 20 de "M R" intenta ser un reencuentro con la gente que la lee, y espera retomar el ritmo necesario para mantener un "diálogo" con los lectores.

- a modo de disculpa:

Si bien la S M R se propone debatir y desarrollar un proyecto sanitario que responda

a las necesidades del pueblo y realizar propuestas concretas dentro del ámbito de la provincia del Neuquén, las prioridades dispares en el manejo de los escasos recursos de nuestras asociaciones intermedias por un lado y la crisis por otro han determinado que al momento de preparar el presente material, la "M R" Nº 19 de Octubre de 1989 (confeccionada en Abril de ese año) aún no haya visto la luz. Este hecho, ajeno a la voluntad de la Dirección -y, suponemos, de los lectores- imprime a la revista un perfil no buscado en cuanto a lo formal (calidad, cantidad de páginas, frecuencia de edición) y sobre todo a su contenido. En este último sentido quedan fuera de debate temas fundamen-

PUBLICACION DE TRABAJOS DE INVESTIGACION Y ARTICULOS EN GENERAL

***M R** es una publicación periódica destinada a la difusión de temas relacionados con la salud. Invitamos a todos los lectores y en especial a los socios de la Sociedad de Medicina Rural de Neuquén, a enviarnos el material que consideren de interés para su publicación.*

La aceptación definitiva de los trabajos científicos y de los artículos de opinión y ensayos estará supeditada a lo aconsejado por los asesores científicos de la revista.

Los artículos publicados podrán ser reproducidos citando la fuente de origen.

Con el fin de tomar menos arduo el trabajo de redacción, deagramación y armado de la revista, rogamos a los que envíen material para publicar que cumplan con las siguientes normas:

- 1.- Enviar el material mecanografiado a doble espacio por línea y margen de no menos de tres centímetros, en un sólo lado del papel.*
- 2.- El título del trabajo deberá ser lo más breve posible. Los nombres del autor y los coautores se pondrán a continuación del título, luego se anotará el nombre de la institución a que pertenecen. Debe proporcionarse asimismo, la dirección postal del autor.*
- 3.- La redacción de los artículos deberá ser clara.*
- 4.- La lista de referencias o bibliografía constará en hojas aparte al final del artículo o trabajo y tendrán el siguiente orden:
a) Apellido e iniciales del nombre de los autores citados.
b) Título del trabajo o del libro.
c) Nombre completo del libro o revista, de la casa editorial y/o institución que representa, volúmen, páginas y fecha y lugar de publicación.
d) Las referencias deberán aparecer en el texto por orden numérico consecutivo, que será el mismo orden en que se agruparán al final del trabajo.*
- 5.- Las figuras, gráficos, cuadros e ilustraciones se incluirán en hojas aparte, numeradas consecutivamente.*

Es intención del consejo de redacción publicar los trabajos y artículos en forma íntegra. En caso de ser necesario se introducirán, con el consentimiento de los autores, las modificaciones que se consideren convenientes en la redacción y extensión de los mismos, sin alterar su significación.

*El material a publicar debe ser enviado a:
Revista **M R** c.c. 705, Neuquén, C.P. 8300, República Argentina.*

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

FICHA DE SUSCRIPCION

Si desea recibir periódicamente esta publicación, complete la siguiente solicitud y envíela por correo. El importe debe enviarlo por giro postal o telegráfico a "Sociedad de Medicina Rural de Neuquén", Casilla de Correo 705, Código Postal 8300, NEUQUEN.

Apellido y Nombres:

Dirección Postal

Calle: Número: Teléfono:

Localidad: País: Código Postal:

Ocupación:

Institución a la que pertenece:

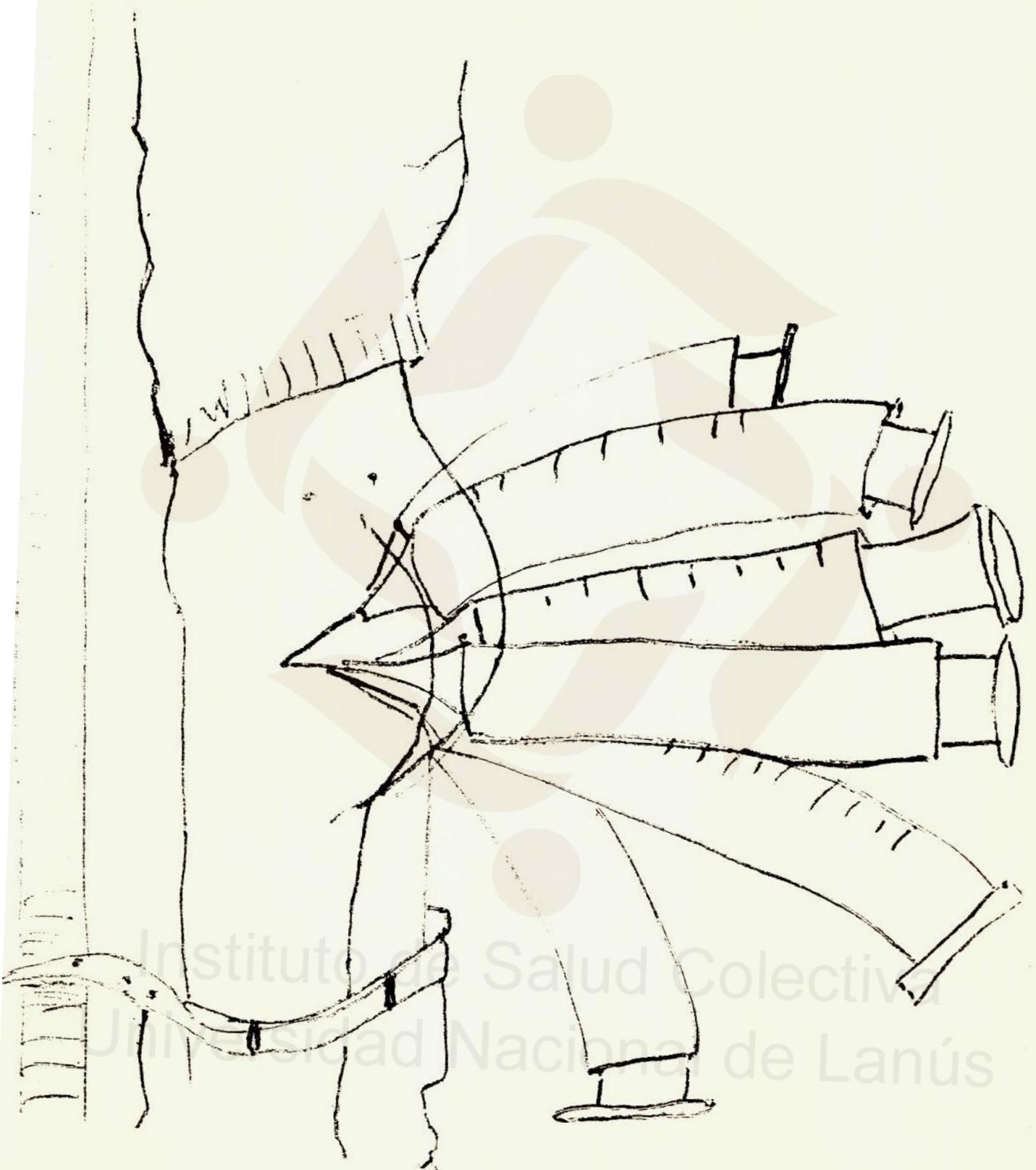
- Deseo recibir: 1 número
2 números
3 números

Valor de la Suscripción

- 1 número U\$S 4
2 números U\$S 7,5
3 números U\$S 10
(O su equivalente en Australes)

* Sin previa solicitud, los socios recibirán su ejemplar en forma gratuita.





"LA SALUD, REPITO, NO CONSTITUYE UN FIN EN SI MISMA PARA EL INDIVIDUO NI PARA LA SOCIEDAD, SINO UNA CONDICION DE VIDA PLENA Y NO SE PUEDE VIVIR PLENAMENTE SI EL TRABAJO ES UNA CARGA, SI LA CASA ES UNA CUEVA, Y SI LA SALUD ES UNA PRESTACION MAS DEL TRABAJADOR".

RAMON CARRILLO.-

