

ABRIL-MAYO-JUNIO 1982 - AÑO 2 - N° 6

MIR



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

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



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

cirugia • química • ortopedia

AL SERVICIO DEL

PROFESIONAL

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

MINISTRO GONZALEZ 221 - TE. 24103-25992-23998

CP. 8300 — NEUQUEN

EDITORIAL



SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL PROVINCIA DEL NEUQUEN

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE:
Dr. Rodolfo Arienti

SECRETARIO:
Dr. Ricardo López

TESORERO:
Dr. Carlos Francisco

DIRECCION
PUBLICACIONES
Dr. Alberto Bonnet

MR

DIRECTOR
Dr. Malcolm Elder
SECRETARIO
REDACCION
Dr. Miguel Yrigoyen
ASESORES
CIENTIFICOS
Dr. Julio Arce
Dr. Carlos Pianciola
Dr. Norberto Kurchan
Dr. Julio Raby
Dr. Daniel Echeverría
Dra. María E. Chiessa
Dr. Horacio Lores

Reg. Prop. Int. En Trámite
Tirada de este N° 2.000 Ejem.

ASESOR
PERIODISTICO
Carlos A. Fernández

Dirección Postal
C.C. 705 (8300) NEUQUEN

**DISTRIBUCION
GRATUITA**

Impreso en:
GRAFICA MODELO
Mitre 536 - T.E. 22690

El tránsito hacia la madurez de toda institución está caracterizado por etapas de mayor o menor impulso, influenciadas en muchos casos por situaciones externas que aportan factores estimulantes o depresivos. Pero también deben existir en forma intrínseca, ciertas conductas favorables hacia esa madurez. En nuestra Sociedad de Medicina Rural este camino debe estar sellado por tres signos claros, cuales son, en primer lugar la participación plena, comunicativa, activa y polémica de todos nuestros ciento sesenta miembros diseminados en nuestra querida provincia. Los canales están abiertos para esa intervención responsable y en la próxima Asamblea Anual Ordinaria se tratarán estas características que actualmente se manifiestan en forma deficiente. En segundo lugar, nuestra opción preferencial por la Atención Primaria de la Salud, como una estrategia clara hacia el objetivo de lograr para el año 2000, salud para todos, y no "salud para todos en 2000 años". Y en tercer lugar la búsqueda de permanente comunicación con instituciones y organismos afines tanto provinciales y nacionales como internacionales, con quienes el intercambio permitirá un mutuo enriquecimiento.

Entendemos que las Segundas Jornadas de Medicina Rural realizadas en Zapala en diciembre constituyeron un paso acertado hacia la referida madurez. Prueba de ello son la profundidad y seriedad con las cuales se han tratado los tres temas de la reunión. La efectiva participación de todos los concurrentes a las sesiones y el nivel homogéneo logrado en el tratamiento de los mismos, además de las lógicamente interesantes conclusiones, han merecido el elogio de hasta el más novel o escéptico de los presentes. A aquellos que no han concurrido por uno u otro motivo, les brindamos en este número el comentario, los contenidos y las conclusiones de los temas estudiados, invitándoles desde ya a reservar un lugar para el próximo evento.

No es fácil producir hechos conducentes a la implementación de una adecuada Atención Primaria de la Salud. Capacitarse para ello en forma constante es una necesidad, una aspiración y un desafío.

"Aprende el ave a volar cuando vuela a contraviiento", y por lo tanto nuestra habilidad, destreza, y conocimiento debe ser desarrollada y sostenida y nuestra convicción fortalecida a sabiendas de que, la capacitación para la Atención Primaria de la Salud es enfrentada sujeta a menosprecio por aquellos que defienden los grandes intereses del academicismo, el cientificismo, la tecnología capital intensiva, y el despilfarro, e ignorada por aquellos que equivocan las

prioridades en salud. Nuestra capacitación debe centrarse en la relación médico-paciente personalizada, es decir con una mutua identificación y compromiso, la observación clínica y terapéutica del hombre y su familia, la relación capacitante equipo de salud-comunidad y la tecnología humano-intensiva, simplificada. Nuestra ciencia será un medio y no un fin. Nuestro objetivo y nuestra convicción es, en esencia, ser justos.

La Dirección

AL GRAN PUEBLO ARGENTINO SALUD ¡

Sin dudas, las circunstancias actuales protagonizadas por nuestra Nación y nuestro Pueblo, nos impulsan a emitir unas líneas en tal sentido. Entendemos que la recuperación de nuestras islas constituye la expresión de un país que debe ser soberano en todos sus aspectos. Entendemos que la presencia colonialista debe finalizar para siempre. Entendemos que el conflicto debe desembocar en una paz justa y honorable a la mayor brevedad, a fin de evitar la pérdida de valiosas vidas. En el derecho que nos otorga el realizar, gran parte de los integrantes de nuestra Sociedad sus tareas en las zonas de frontera, y en nuestro deber como ciudadanos profesionales de la salud, hacemos llegar nuestra palabra en forma pública, con la única intención de expresar nuestra incondicional defensa de la Salud y de la Vida.

Neuquén, Mayo 1982

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

(Dr. Horacio Lores)

**Presentación efectuada en
las 2ª Jornadas de
Medicina Rural en Zapala**

**(Ex-Médico Rural - Ex-Director de los
hospitales de Andacollo, Villa La Angostura y Bouquet Roldán, Médico Sanitarista y Asesor Científico de MR)**

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto recientemente la realización de esfuerzos tendientes a alcanzar la meta "salud para todos en el año 2000", produciéndose como consecuencia múltiples estudios y reuniones científicas vinculados con este tema. La resultante de ellos es que la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD constituye la estrategia primordial para poder lograr esa finalidad. Por otra parte se observa que la misma no se aplica únicamente en países subdesarrollados sino que también es llevada a cabo en los países desarrollados.

Ello se debe en gran medida a la comprensión de que el gran crecimiento de los establecimientos sanitarios, con concentración de recursos humanos especializados y tecnología de alta complejidad, no ha sido suficiente para resolver muchos

de los problemas de salud de la comunidad. Por otra parte, en los últimos años se ha producido la participación cada vez mayor de múltiples disciplinas en el campo de la salud, dejando de ser ésta "patrimonio exclusivo" de la medicina. Los problemas sanitarios requieren actualmente ser abordados con una adecuada intervención de muchos sectores de los campos médico, social, educativo, económico, etc., que influyen sobre los mismos y que deben actuar integradamente para ser eficaces.

La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD no es una simple cuestión de extensión de cobertura sino que significa algo más trascendente, una actitud en la atención del fenómeno salud-enfermedad que pone énfasis en el hombre como una integridad bio-psico-social y en la familia como unidad

de cuidados, oponiéndose a una especialización a ultranza que con criterio reduccionista fragmenta al hombre para un mejor estudio de sus partes componentes, olvidando la mencionada integridad y generando una medicina despersonalizada.

A continuación, teniendo en cuenta que la SALUD es un hecho vinculado íntimamente a la situación política, económica y social, haremos un sucinto análisis de la misma en nuestro tiempo. Así podremos correlacionar algunas nítidas características con el tema que estamos tratando.

En el aspecto demográfico se aprecia una franca tendencia a la migración hacia los centros urbanos donde vive el setenta por ciento o más de la población. Este fenómeno trae aparejado el proceso de periurbanización, con formación de muchas poblaciones marginales con problemas socio-económico-sanitarios, con escollos para acceder a la atención médica y muchas veces con dificultades de adaptación por el desplazamiento de las pautas culturales ocasionada por el desarraigo. Por otra parte las poblaciones rurales, sobre todo las dispersas, presentan también una compleja problemática social y sanitaria caracterizada por la carencia de servicios básicos y el aislamiento lo que genera falta de estímulo para continuar viviendo en esas regiones.

En lo económico han prevalecido en los últimos años la inflación, la caída del valor real del salario, la recesión y la desocupación.

En el campo social se observa inestabilidad de la familia, aumento del trabajo femenino, actitudes sexuales más liberales con incremento de nacimientos fuera del matrimonio y del embarazo en adolescentes. Los índices de analfabetismo y de deserción escolar son muy elevados. La extensión de las comunicaciones masivas produce aumento de expectativas en la población y cuando éstas no se cumplen se incrementan la desesperanza y la frustración. Hay persistencia de grupos muy vulnerables afectados de pobreza y desnutrición. Por otra parte la gente reclama el ejercicio del derecho a la salud y a mínimas condiciones que permitan una vida digna.

En cuanto a los aspectos médicos la tendencia a la especialización y superespecialización en los profesionales, la incorporación irracional de tecnología compleja y de altísimo costo y el desarrollo de grandes organizaciones son los más relevantes. La relación médico-paciente, sustento primordial del acto médico, tiende a desaparecer, produciéndose una medicina despersonalizada y mecanizada con una mengua de los principios éticos médicos. La demanda se va constituyendo más de acuerdo con los intereses de los prestadores que con las reales necesidades de la población. Todo ello conduce a que solo una pequeña proporción de los problemas de salud encuentren solución bajo las actuales condiciones, quedando sin resolverse la mayoría de ellos.

Una consecuencia desgraciada de lo expresado ha sido el desplazamiento del médico general perdiendo la familia a su orientador y guía para la solución racional de sus problemas de salud. El médico, desde el ámbito de su formación primero y desde el sistema de salud después, se ve impulsado hacia la especialización.

La toma de conciencia de esta realidad ha hecho que en los últimos años se observe un cambio que orienta la mira hacia el logro de una mayor racionalidad y justicia en las acciones de salud

procurándose que todos los individuos puedan alcanzar una asistencia indispensable, con acceso a todos los sectores de un sistema integrado y estratificado según los problemas a resolver y con una adecuada participación de la comunidad ya que ésta no debe ser mera receptora pasiva de los mensajes que se le dirijan. Así ha ido madurando esta concepción de ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD que requiere, además de la extensión de los servicios sanitarios, de una integración multisectorial planificada en la cual los aspectos de salud se complementen con otros que hacen al bienestar de la comunidad.

El campo de la ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD abarca la promoción de salud y prevención de enfermedades (educación, control de grupos prioritarios, control de enfermedades transmisibles), el diagnóstico y tratamiento de las patologías agudas habituales, el control de las patologías crónicas compensadas, el diagnóstico de las patologías graves para su derivación a otros niveles del sistema, el saneamiento básico del medio y la recolección y primer análisis de la información demográfica, estadística y epidemiológica.

De acuerdo a todo lo expresado podemos intentar definir a la ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD diciendo que es una estrategia para lograr la cobertura de toda la población (rural, periurbana y urbana) con acciones programadas e integradas destinadas a la atención de los problemas de salud, con tecnología de aplicación simple y de bajo costo, como primer escalón de un sistema estratificado según niveles de resolución de problemas de salud, constituyendo además la puerta de entrada para aquellos que requieran el pasaje a otros escalones del sistema.

Preferimos utilizar los términos "tecnología de aplicación simple" a "tecnología de baja complejidad" por cuanto esto último es muy discutible ya que, por ejemplo, la tecnología para elaborar una vacuna es sumamente compleja pero la simplicidad de su aplicación y su uso masivo hace que sea un elemento del nivel de atención primaria. También preferimos decir "niveles de resolución de problemas" en lugar de "niveles de complejidad" por razones similares y para obviar el sentido peyorativo que puede darse a los términos "atención de baja complejidad o poca complejidad".

Llegamos a este punto es necesario aclarar que con la concepción expuesta de ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD no se trata de "inventar" una nueva especialidad ni un nuevo subsector sino de dar acceso a un nivel adecuado de salud a aquéllos que carecen de él y de encauzar las necesidades de los que tienen acceso a algún sistema de atención médica. Los riesgos que representan la tendencia a la especialización a través del mayor prestigio social y de más altas remuneraciones hace que el modelo observado de atención primaria generado espontáneamente en la población tienda a distorsionarse y desdibujarse. Acceder en forma unilateral a la tendencia de mayor costo y menor cobertura sin equilibrarla con la otra de primer nivel, bajo costo y amplia cobertura lleva al caos pues proporciona un elemento más de irracionalidad a la crisis social de nuestro tiempo. El desfasaje de la atención primaria se produce por la falta de políticas explícitas visualizables en hechos concretos. En las

areas rurales hay carencia de servicios y en las urbanas los recursos no están organizados. En las primeras es necesario por lo tanto implantar servicios y desarrollar los existentes vinculándolos a una red. En las segundas se requiere coordinar los subsectores prestadores de servicios por medio de programas prioritarios y normas básicas homogéneas jerarquizando su labor, delimitando bien sus funciones y ponderando las mismas a igual nivel que las de mayor prestigio del sistema (remuneración adecuada, posibilidades de capacitación, vinculación con la red de establecimientos, etc.).

El recurso humano necesario para el nivel de atención primaria ofrece a nuestro criterio la posibilidad de una graduación de acuerdo a la disponibilidad del mismo. Creemos que no hay una sola solución sino que cada región debe buscar la suya en función de sus posibilidades. Agente Sanitario, Asistente Social, Técnicos en Saneamiento Ambiental, Enfermera, Odontólogo y Médico, constituyen una lista no exhaustiva del personal que puede actuar en este nivel. Debe promoverse la incorporación de recursos comunitarios (líderes, personas responsables para determinadas tareas y familias capaces de colaborar y solucionar problemas bajo supervisión). En lo referente al recurso médico creemos que puede haber tres modelos, a saber:

- a) médico generalista.
- b) médico generalista de adultos y médico generalista de niños.
- c) médico generalista de adultos, médico generalista de niños y tocoginecólogo.

En las regiones donde el recurso profesional es escaso debe tenderse al modelo a) pero en nuestro país, donde los pediatras representan el 11% del total de médicos, es posible alcanzar el modelo b). Puede incluso en ciertas áreas proponerse el modelo c), agregando el médico tocoginecólogo al nivel de atención primaria. Entendemos que esta última propuesta constituye la máxima disociación que admite el nivel de atención primaria en cuanto al recurso médico por cuanto una mayor fragmentación implicaría perder de vista a la familia como "unidad de cuidados".

El médico generalista debe tener buena formación clínica y sanitaria, debe conocer las caracte-

rísticas de la población, sus hábitos, patologías prevalentes y situación socio-económica. Necesita motivación para promover el desarrollo de la comunidad y del equipo de salud así como capacidad de integración con otros sectores.

Recalcamos la importancia de estimular la participación comunitaria buscando la autorresponsabilidad del individuo, la familia y la comunidad para que sean activos participantes de un proceso de aprendizaje y cambio de comportamientos y condiciones de salud. Deben emplearse para ello recursos y técnicas educativas apropiadas a las condiciones locales, estableciendo metas educativas posibles de alcanzar y evaluables. Debe precisarse además cuales serán las responsabilidades que los miembros de la comunidad compartirán con el personal de salud.

Respecto a la tecnología, la misma debe ser incorporada cuando sea adecuada a las condiciones locales para que pueda ser operada y mantenida correctamente y sin riesgos para la comunidad y cuando sea accesible económicamente para que no se comprometan otras prioridades. Este es un nivel de "desconcentración" de tecnología de simple aplicación y de uso indiscriminado, mientras que la tecnología de aplicación compleja y uso restringido debe "concentrarse" en otros niveles del sistema.

La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD presenta aún múltiples facetas poco conocidas a con elevado grado de incertidumbre. Ello requiere que las mismas sean estudiadas en profundidad para encontrar las técnicas, normas y procedimientos que las aclaren y permitan su ejecución (por ejemplo la participación comunitaria, la integración de la familia a los programas y la coordinación e integración multisectorial).

Señalemos por último que la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD requiere de una decisión política que la ponga en marcha y la sostenga, sabiendo de antemano que habrá que enfrentarse con los defensores de la "alta complejidad" de los grandes centros, tanto los que en ellos prestan servicios como los usuarios, que creen beneficiarse por producir y consumir "atención de alto nivel".

Proponer a una más justa distribución de los recursos requiere este compromiso.
Neuquén, Diciembre de 1981.

TEMA: ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Coordinador: DR. HORACIO LORES

CONCLUSIONES DE LOS TRABAJOS GRUPALES

1) En el año 1971 se inició en la Provincia del Neuquén una programación de salud con énfasis marcado en las actividades de atención médica básica y saneamiento ambiental consideradas prioritarias.

Se regionalizó el sistema, se determinaron las áreas programáticas de los hospitales y se extendió la cobertura en las zonas rurales y urbanas. Pareciera que, luego de una década, estas actividades se han consolidado y desarrollado más en las zonas rurales que en las urbanas, a pesar de que en estas últimas se produjo un gran crecimiento con formación de barriadas con necesidades básicas de salud.

a) Comparte el grupo este parecer? En caso de respuesta negativa se solicita fundamentarla. En caso de respuesta afirmativa, a juicio del grupo:

b) Qué posibles causas han llevado a esta situación?

c) Qué medidas deberían adoptarse para perfeccionar la atención primaria en los núcleos urbanos?

d) Deberían adoptarse estrategias distintas en los medios urbano y rural para extender la cobertura y abordar los problemas de salud de los grupos más necesitados?

e) Cómo pueden integrarse al sistema de salud

los médicos generalistas en las grandes áreas urbanas sin perder su condición de tales?

RESPUESTAS

a) Todos los grupos respondieron afirmativamente.

b) Explosión demográfica en las áreas urbanas.

—Actividad distinta en el profesional en el área rural y en el área urbana (falta de inclinación por este tipo de tareas en las áreas urbanas, por múltiples factores).

—Carencia de personal de terreno en el área urbana.

—Falta de concientización del equipo en el área urbana.

—Falta de adecuación de los recursos a las necesidades de la población.

—En las áreas urbanas hay mayor absorción de recursos por los servicios muy complejos en detrimento de la atención primaria.

—La medicina estatal tiene mayor peso en las áreas rurales que en las urbanas en relación con los otros subsectores; en muchas zonas el Estado es el único prestador y ello facilita el desarrollo de este tipo de acciones. En las áreas urbanas los subsectores prestadores no actúan coordinadamente y los profesionales tienen múltiples ocupaciones.

—El desarrollo del Programa de Salud Rural ha favorecido la internalización de la concepción de Atención Primaria de la Salud en el personal y comunidad de dichas áreas.

—En las áreas urbanas no hay suficiente continuidad en la atención por parte del equipo de los centros periféricos y por lo tanto no hay conocimiento adecuado de la comunidad a servir ni integración con ella.

—Desconocimiento por parte de la población de la estructura de la oferta de salud, lo que genera falsas expectativas con canalización hacia los centros más complejos.

c) Tomar decisiones políticas que orienten hacia la APS.

—Hacer un correcto diagnóstico de la situación de salud y programar las actividades de acuerdo a ello.

—Adecuar los recursos físicos (centros periféricos) y humanos (integración del equipo de Atención Primaria dando especial importancia a los agentes de terreno).

—Difundir en todo el personal de salud el conocimiento de la Atención Primaria de la Salud.

—Capacitar y motivar al personal para que valore la trascendencia de la APS.

—Asegurar la interrelación de los centros de

Atención Primaria con los de más alta complejidad.

d) La estrategia debe ser la misma, adecuándose la modalidad operativa y los recursos a poblaciones que son diferentes.

e) Jerarquizando y remunerando adecuadamente al médico generalista y ofreciéndole posibilidades de capacitación continua.

—Mejorando la infraestructura física y los recursos humanos de los centros periféricos para estimular la atención en ellos.

—Permitiendo la orientación del médico generalista hacia clínica de adultos, de niños y tocoginecología.

—Promoviendo la coordinación e integración de los subsectores prestadores de salud para una mejor utilización de los médicos generalistas.

—Otorgando al médico generalista posibilidades de atención de pacientes verticales y horizontales mediante la organización de los servicios para que ello ocurra.

2) Puede establecer alguna diferencia entre los conceptos de Atención Médica Básica utilizado entre 1970 y 1975 aproximadamente y el más reciente de Atención Primaria de la Salud?

RESPUESTA

—La Atención Médica Básica es una parte de la Atención Primaria de la Salud, concepto más amplio que engloba además al saneamiento básico del medio ambiente, participación comunitaria, desarrollo de la comunidad y coordinación e integración multisectorial.

3) En los trabajos y reuniones científicas que analizan el tema de la APS se da gran trascendencia a la participación comunitaria. ¿Qué modalidades de participación puede proponer el grupo en las áreas rurales y urbanas de nuestra Provincia?

RESPUESTAS

—Constituir grupos comunitarios conformados por jefes de hogares, líderes comunitarios y personas representativas para que colaboren con las actividades de salud, vinculados a los centros de salud.

—Educar a la comunidad utilizando sobre todo la infraestructura de los centros de salud, las escuelas y los medios de comunicación, promoviendo sobre todo el autocuidado responsable.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Coordinador: Dr. Horacio Lores

Panelistas: Dr. Julio Raby. Srta. Enfermera María Alicia Jara.

SERVICIO BIBLIOGRÁFICO

MONICA SOLIS

LIBROS Y REVISTAS TECNICO - CIENTIFICAS

CASILLA DE CORREO 722

8300 - NEUQUEN

FACTORES QUE INCIDEN SOBRE LA FECUNDIDAD EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Presentado en las Segundas
Jornadas de Medicina Rural en Zapala

Dr. Jorge Olden GOROSITO
ex-médico residente rural,
ex-director del Hospital Rural
Rincón de los Sauces y actual
Subdirector del Hospital de
Cutral C6, Neuquén

NOTA: Las tablas 4-5-6-8-14 y 16 han sido excluidas por razones de espacio. **LA DIRECCION**

MATERIAL Y METODO

Se realizó la tabulación manual de los certificados de todos los nacimientos vivos producidos en la provincia del Neuquén durante los años 1979 y 1980, considerando el número de gestaciones y relacionándolo con edad materna, instrucción materna y paterna, condición laboral materna y paterna, de acuerdo a los datos registrados en los mencionados certificados. Como el estudio está dirigido esencialmente al medio rural, se excluyó de la muestra a los nacimientos cuyas madres se domiciliaban en el departamento Confluencia y en el área urbana de Zapala.

Con criterio comparativo se utilizaron datos del Censo Nacional de Población y Viviendas del año 1980, y del Diagnóstico de Situación Perinatal de la Provincia del Neuquén, elaborado por la Subsecretaría de Salud del Neuquén sobre los nacimientos ocurridos en el período 1 de julio de 1979 al 31 de diciembre de 1980.

Por razones geográficas, socio-culturales y económicas se agrupó a los 15 departamentos estudiados en 4 zonas, sobre las cuales se realizó el análisis. Se remite al lector interesado en un estudio más detallado, a las tablas donde se especifican los datos discriminados por departamento.

Las zonas fueron denominadas Norte (dptos. Minas, Chos Malal, Pehuenches y Norquén), Centro (dptos. Loncopué, Picunches, Zapala y Aluminé), Este (dptos. Añelo, Picún Leufú, Collón Curá y Catán Lil) y Sur (dptos. Huiliches, Lácar y Los Lagos).

ANALISIS DE LA MUESTRA

En la tabla 1 se compara la muestra estudiada y el total de mujeres entre 15 y 49 años, por departamentos, según Censo '80. El total de la muestra es el 32,3% de las mujeres censadas en 1980.

TABLA 1

Relación entre la población femenina de 15 a 49 años según censo '80 y tabulación propia, por departamentos, Pcia. Neuquén:

Departamento	Censo '80	Tabulación	Porcentaje
ALUMINE	772	295	38,2
AÑELO	433	109	25,2
CATAN-LIL	368	99	26,9
COLLON-CURA	368	121	32,9
CHOS MALAL	1577	542	34,4
HUILICHES	1418	467	32,9
LACAR	2910	869	29,9
LONCOPUÉ	788	309	39,2
LOS LAGOS	508	117	23,0
MINAS	910	309	34,0
NORQUIN	623	222	35,6
PEHUENCHES	670	299	44,6
PICUNCHES	932	304	32,6
PICUN LEUFU	394	106	26,9
ZAPALA (área rural)	1047	264	25,2
TOTAL PROVINCIAL	13718	4432	32,3

Fuentes: Censo '80
Elaboración del autor

con un rango que va del 23% (dpto. Lagos) al 44,6 (dpto. Pehuenches).

Es de destacar que en el lapso de 2 años la tercera parte de las mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años han tenido un embarazo terminado en nacimiento vivo.

Cabe reiterar que el estudio se realizó sobre el número de gestaciones de aquellas mujeres que tuvieron un nacimiento vivo durante los años 1979 y 1980, de acuerdo al departamento de residencia de la madre.

Es llamativo al alto porcentaje de madres solteras (16,3% para la provincia, alcanzando hasta el 19,2% en la zona Norte. Puede considerarse este dato como un indicador indirecto de la desprotección social con que la mujer debe afrontar esta instancia importante en su vida.

TABLA 2

Porcentajes de madres solteras por zona, prov. Neuquén.

NORTE	19,2%
CENTRO	18,6%
ESTE	17,0%
SUR	11,6%
PROVINCIA	16,3%

Fuente: Elaboración del autor

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El promedio general de la muestra estudiada demuestra que cada mujer que ha tenido un nacimiento vivo en el lapso estudiado tiene 3,7 gestaciones, incluyendo el último nacimiento.

Si se toma en cuenta el número de gestas por padre la relación promedio es de 4. Correlacionando este dato con el porcentaje de madres solteras ya mencionado, podemos inferir que la mujer forma su pareja, legalmente o no, a partir de sucesivos embarazos, sin significar ésto una relación causa-efecto.

Correlacionando el número de gestaciones con la edad de la madre se observa, como era dable esperar, el paulatino aumento de acuerdo al grupo etáreo. El grupo de mayores de 46 años es ínfimo en el total (0,23%), por lo que el descenso en la relación gestas/madre puede considerarse aleatoria.

Llama la atención que la mujer promedio alcanza la mitad de su vida fértil (30 años) habiendo tenido ya 3 gestaciones, número que duplica al final del período fértil.

Cabe destacar que aquellas mujeres menores de 15 años que han tenido un parto en el lapso estudiado presentan un promedio de gestaciones mayor que 1, por lo que a temprana edad el 20% de dichas mujeres presentan más de 1 gestación.

TABLA 3

Relación entre gestas y madres, según edad materna, por Zonas, provincia del Neuquén, años 1979/80.

ZONA	TOTAL		Menor de 15 años		16 a 30 años		31 a 45 años		46 años y más		
	Gesta	madre	Gesta	madre	Gesta	madre	Gesta	madre	Gesta	madre	
NORTE	Nº	5426	1372	52	43	2819	946	2539	380	16	3
	%	100	100	0,96	3,13	51,95	68,95	46,79	27,70	0,30	0,22
Relación		4,0		1,2		3,0		6,7		5,3	
ESTE	Nº	1693	435	15	13	872	296	797	124	9	2
	%	100	100	0,89	2,99	51,51	68,05	47,08	28,51	0,52	0,45
Relación		3,9		1,2		2,9		6,4		4,5	
CENTRO	Nº	4435	1172	49	43	2382	804	1998	321	6	4
	%	100	100	1,10	3,67	53,71	68,60	45,05	27,39	0,14	0,34
Relación		3,8		1,1		3,0		6,2		1,5	
SUR	Nº	4843	1453	32	27	2863	1086	1935	339	13	1
	%	100	100	0,66	1,86	59,12	74,74	39,95	23,33	0,27	0,07
Relación		3,3		1,2		2,6		5,7		1,3	
TOTAL	Nº	16397	4432	148	126	8936	3132	7269	1164	44	10
	%	100	100	0,90	2,84	54,50	70,67	44,33	26,26	0,27	0,23
Relación		3,7		1,2		2,8		6,2		4,4	

Fuente: Elaboración del autor.

Se relacionó el número de gestas de acuerdo a la actividad laboral materna y paterna. El elevado porcentaje de mujeres amas de casa (87%) impide sacar conclusiones significativas de esta relación.

Es escaso el número de padres desocupados en la muestra estudiada, coincidiendo con los datos recogidos en el Diagnóstico de Situación Perinatal (tablas 7, 8 y 9).

Es significativa la diferencia entre la relación de gestas por padre según éste tenga trabajo con relación de dependencia o sin ella. Los padres con trabajos sin relación de dependencia (crianceros y peones rurales en su mayoría) tienen más de 1 embarazo más en su pareja que los padres que trabajan en relación de dependencia.

TABLA 9

	PROVINCIA		HOSP. NEUQUEN		HOSP. ZONALES		HOSP. LOCALES	
	N	F.R. %	N	F.R. %	N	F.R. %	N	F.R. %
SIN OCUPACION	118	1,9	43	1,8	36	1,9	39	1,9
OBRAERO NO ESTABLE	1666	26,2	511	21,0	599	31,8	556	27,2
OBRAERO ESTABLE	3298	51,8	1365	56,1	874	46,4	1059	51,8
EMPLEADO O COMERCIANTE	1.006	15,8	403	16,5	279	14,8	324	15,9
PROFESIONAL O TECNICO	274	4,3	11,3	4,6	96	5,1	65	3,2
TOTALES	6.362	100	2435	100	1884	100	2.043	100

NIVEL OCUPACIONAL DEL CONYUGE
Fuente: Diagnóstico de Situación Perinatal.

TABLA 7

ZONA	TOTAL		Desocupado		Relación Dependencia		S/Relación Dependencia		
	Gestas	padre	Gestas	padre	Gestas	padre	Gestas	padre	
NORTE	Nº	4820	1108	49	14	1973	521	2798	573
	%	100	100	1,02	1,26	40,93	47,02	58,05	51,72
Relación		4,3		3,5		3,8		4,9	
ESTE	Nº	1485	361	7	2	436	126	1042	233
	%	100	100	0,48	0,56	29,36	34,90	70,16	64,54
Relación		4,1		3,5		3,5		4,5	
CENTRO	Nº	3883	954	36	10	1496	434	2351	510
	%	100	100	0,93	1,05	38,52	45,49	60,55	53,46
Relación		4,1		3,6		3,4		4,6	
SUR	Nº	4479	1285	48	9	2492	816	1939	460
	%	100	100	1,07	0,70	55,64	63,50	43,29	35,80
Relación		3,5		5,3		3,1		4,2	
TOTAL	Nº	14667	3708	140	35	6397	1897	8130	1776
	%	100	100	0,95	0,94	43,61	51,16	55,44	47,90
Relación		4,0		4,0		3,4		4,6	

Relación entre gestas y padres, según actividad laboral paterna, por zonas, provincia del Neuquén, años 1979/80.

Fuente: Elaboración del autor.

TABLA 10

Relación entre gestas y madres, según instrucción materna, por zonas, provincia del Neuquén, años 1979/80.

ZONA	TOTAL		Analfabeta		Primaria Incompleta		Primaria Completa		Secundaria Incompleta y más		
	Gesta	madre	Gesta	madre	Gesta	madre	Gesta	madre	Gesta	madre	
NORTE	Nº	5426	1372	1626	329	2829	675	772	278	199	
	%	100	100	29,97	23,98	52,14	49,20	14,23	20,26	3,66	
Relación		4,0		4,9		4,2		2,8		2,2	
ESTE	Nº	1693	435	550	109	912	228	135	56	96	
	%	100	100	32,49	25,06	53,87	52,41	7,97	12,87	5,67	
Relación		3,9		5,0		4		2,4		2,3	
CENTRO	Nº	4435	1172	1301	261	2193	539	669	242	272	
	%	100	100	29,33	22,27	49,45	45,99	15,08	20,65	6,14	
Relación		3,8		5,0		4,1		2,8		2,1	
SUR	Nº	4843	1453	791	182	2504	621	962	379	586	
	%	100	100	16,33	12,53	51,70	42,74	19,86	26,08	12,11	
Relación		3,3		4,3		4,0		2,5		2,2	
TOTAL	Nº	16397	4432	4268	881	8438	2063	2538	955	1153	
	%	100	100	26,03	19,88	51,46	46,55	15,48	21,55	7,03	
Relación		3,7		4,8		4,1		2,7		2,2	

Fuente: Elaboración del autor.

TABLA 11

Relación entre gestos y madres, según instrucción materna, por departamentos, provincia del Neuquén, años 1979/80.

FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

ZONA	Departamento	TOTAL Gestos/madre	Analifabeta Gestos/madre	Primaria Incompleta Gestos/madre	Primaria Completa Gestos/madre	Secundaria Incompleta y más
N	MINAS	Nº	528	103	759	166
		%	37,63	33,33	54,10	153,72
O	CHOS MALAL	Nº	542	94	871	233
		%	22,65	17,34	48,45	42,99
R	PEHUENCHES	Nº	924	88	497	136
		%	38,65	29,43	45,31	45,48
E	NORQUIN	Nº	222	44	602	140
		%	23,86	19,82	65,29	63,06
		Relación	4,5	4,6	3,2	2,7
		Relación	4,2	4,3	2,7	1,8

TABLA 12

INSTRUCCION DE LAS EMBARAZADAS Fuente: Diagnóstico de Situación Perinatal.

ZONA	PROVINCIA	HOSP. NEUQUEN		HOSP. ZONALES		HOSP. LOCALES	
		N	F.R.%	N	F.R.%	N	F.R.%
SIN INSTRUCCION	INCOMPLETA	1026	13,5	247	8,8	374	16,2
		3432	45,3	1105	39,3	1048	45,4
PRIMARIA	COMPLETA	2020	26,7	924	32,8	550	23,8
		811	10,7	430	15,5	215	9,3
SECUNDAR.	COMPLETA	218	2,9	86	3,1	86	3,7
		39	0,5	15	0,5	15	0,7
UNIVERSIT.	COMPLETA	28	0,4	7	0,2	19	0,8
		7574	100	2814	100	2307	100
TOTALES							

Relación entre gestos y padres, según instrucción paterna, por zonas, provincia del Neuquén, años 1979/80.

ZONA	TOTAL Gestos padre	Analifabeta		Primaria Incompleta		Primaria Completa		Secundaria Incompleta y más	
		Gastos padre	padre	Gastos padre	padre	Gastos padre	padre	Gastos padre	padre
NORTE	Nº	4820	1108	1298	249	2469	820	251	233
	%	100	100	26,93	22,47	51,22	47,47	17,01	22,65
ESTE	Nº	1485	361	336	63	859	197	211	63
	%	100	100	22,63	17,45	57,85	54,57	14,21	17,45
CENTRO	Nº	3883	954	856	160	2099	463	637	212
	%	100	100	22,04	16,77	54,06	48,53	16,40	22,22
SUR	Nº	4479	1285	475	102	2011	475	1314	430
	%	100	100	10,61	7,94	44,90	36,96	29,34	33,46
TOTAL	Nº	14667	3708	2965	574	7438	1661	2982	956
	%	100	100	20,22	15,48	50,71	44,80	20,33	25,78
Relación		4,0	3,2	4,5	3,1	4,5	3,1	4,5	2,5

TABLA 13

Fuente: Elaboración del autor

ZONA	TOTAL Gestos/madre	Analifabeta Gestos/madre	Primaria Incompleta Gestos/madre	Primaria Completa Gestos/madre	Secundaria Incompleta y más
AÑELO	Nº	427	109	159	33
	%	100	100	30,14	23,62
PICUN LEUFU	Nº	391	106	44	11
	%	100	100	11,25	10,38
COLLON	Nº	476	121	160	25
	%	100	100	33,61	20,67
CATAN LIL	Nº	399	99	40	182
	%	100	100	46,87	40,40
HUILICHES	Nº	1582	467	439	113
	%	100	100	27,75	24,20
LACAR	Nº	2881	869	302	57
	%	100	100	10,48	6,56
LOS LAGOS	Nº	380	117	50	12
	%	100	100	13,16	10,26
TOTAL	Nº	16397	4432	4268	881
	%	100	100	26,03	19,88

INSTRUCCION
DEL CONYUGE

Fuente: Diagnóstico de

Situación Perinatal.

TABLA 15

		PROVINCIA		HOSP. NEUQUEN		HOSP. ZONALES		HOSP. LOCALES	
		N	F.R. %	N	F.R. %	N	F.R. %	N	F.R. %
SIN INSTRUCCION		606	9.8	147	6.3	207	11.3	252	12.6
PRIMARIA	INCOMPLETA	2713	43.9	880	37.5	806	43.9	1027	51.4
	COMPLETA	1923	31.1	872	37.2	520	28.3	531	26.5
SECUNDARIA	INCOMPLETA	634	10.3	317	13.5	182	9.9	135	6.7
	COMPLETA	213	3.4	102	4.4	73	4.0	38	1.9
UNIVERSIT.	INCOMPLETA	49	0.8	19			1.0	11	0.5
	COMPLETA	43	0.7	8	0.3	29	1.6	6	0.3
TOTALES		6181	100	2345	100	1836	100	2000	100

Son interesantes los datos resultantes de relacionar el número de gestas con el grado de instrucción materna y paterna.

Llama la atención que sólo el 33% de las mujeres de la muestra ha completado su ciclo primario (obligatorio por ley), porcentaje que disminuye hasta el 11% en el departamento Catán-Lil.

Es significativo el descenso en la relación gestas/madre a medida que aumenta el grado de instrucción, variable ésta que puede inferirse tiene correlación directa con la fecundidad materna.

La misma relación directa se observa entre el descenso de la razón gestas/padre y el aumento del grado de instrucción de éstos, aunque el porcentaje de padres con educación primaria completa es ligeramente mayor.

TABLAS 13 Y 15

Es ilustrativo observar la correlación entre el tipo de vivienda y la relación gestas/madre, notándose la coincidencia entre los departamentos con mayor porcentaje de viviendas precarias y relación gestas/madre más alta.

CONCLUSION

Analizando los certificados de nacimiento de los años 1979 y 1980 en la provincia del Neuquén se observa una relación de 3,7 gestas por madre y 4 gestas por padre. El 16,3% de las madres son solteras.

La relación gestas/madres aumenta, lógicamente, con el incremento de la edad materna, notándose que se duplica el número de gestas en la segunda mitad del período fértil (31 a 45 años).

No hay correlación significativa entre el número de gestas y la actividad laboral materna; pero se observa un incremento significativo cuando el padre trabaja sin relación de dependencia.

Se observa una relación directa y significativa entre el descenso en el número de gestaciones y el grado de instrucción, ya sea materna o paterna.

El estudio realizado permite inferir la incidencia que tienen los condicionamientos económicos y culturales sobre la fecundidad, debiéndose continuar este trabajo para correlacionarlo con el riesgo de morbi-mortalidad infantil.

TALON DE SUSCRIPCION

Instituto de Salud Colectiva

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL

CASILLA DE CORREO 705

Universidad Nacional de Lanús

Neuquén

Deseo suscribirme a la Revista **MR** durante el año 1982

NOMBRE.....

DIRECCION.....

PROFESION.....

CARGO ACTUAL.....

ASPECTOS ETICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Con especial referencia a la familia rural

Presentación efectuada en las 2.^a Jornadas de Medicina Rural de Zapala

Autor: Padre Graciano Cavalli - Párroco de la Capilla en el Barrio Sarmiento - Centenario - Neuquén

1. Etico
2. Planificación
3. Paternidad responsable
4. Acto conyugal
5. Contracepción
6. Libertad y responsabilidad
7. Familia rural y planificación familiar

ETICO

Voy a dar algunas ideas acerca de las implicancias éticas de la planificación familiar.

Puede suceder que frente a los problemas concretos, el médico se deje llevar por cierto pragmatismo a buscar una respuesta inmediata, fácil, pero que resuelve sólo en apariencia el problema y muy posiblemente vaya engendrando nuevos problemas tal vez más graves.

Es indispensable para llegar a una correcta solución de cualquier problema humano tener en cuenta el aspecto ético, moral del problema; es decir: qué sentido tiene, cuáles valores están en juego, qué decisiones debo tomar para favorecer la madurez y la libertad: lo que es bien o lo que es mal.

Así también al encarar la planificación familiar no se trata simplemente de hablar de métodos anticonceptivos. Se trata ante todo de aclarar qué sentido tiene hablar de planificación familiar; qué valores están en juego en la planificación familiar y cómo se puede favorecer mejor la madurez y la libertad y responsabilidad de los individuos, del grupo familiar y de la sociedad entera; cuál solución concreta al problema de la planificación familiar favorece esa madurez, libertad y responsabilidad personal y social.

Podríamos escuchar a Pablo VI que dice: "El problema de la natalidad, como cualquier otro referente a la vida humana, hay que considerarlo por encima de las perspectivas parciales de orden biológico o psicológico, demográfico o sociológico, a la luz de una visión integral del hombre y de su vocación, no sólo natural y terrena, sino también sobrenatural y eterna" (Humana Vitae, 7).

PLANIFICACION

Pero, es correcto hablar del problema de la natalidad en términos de "planificación familiar"?

—Este término evoca inmediatamente una idea: la de evitar nuevos nacimientos.

Pero, en nombre de qué o de quién evitar nuevos nacimientos? Quién debe decidir? A qué obedecen las campañas de control de nacimientos? Qué finalidad tienen?

Es justo que las Naciones Unidas o Population Council o un Gobierno nacional o un médico, decida que esa familia no debe tener más hijos?

Se puede creer que la pobreza depende exclusivamente o en gran medida del alto crecimiento demográfico? Se puede aceptar que se solucione el problema de la miseria extinguiendo sus víctimas, como pretende la teoría neo-malthusiana?

Todas estas preguntas quieren ayudar a comprender que la cuestión de la natalidad no es simplemente cuestión de métodos anticonceptivos y que la Iglesia católica al tratar la cuestión de la natalidad proclama ante todo la necesidad de realizar la justicia social y de respetar la libertad y la dignidad de la persona.

Dijo el Papa Pablo IV a los miembros de las Naciones Unidas: "Vuestra tarea es hacer de modo que abunde el pan en la mesa de la humanidad y no auspiciar un control artificial de los nacimientos, que sería irracional, con miras a disminuir el número de convidados al banquete de la vida".

Dice todavía Pablo IV en la "Humanae Vitae" hablando de las consecuencias de los métodos de regulación artificial de la natalidad: "Reflexiónese también sobre el arma peligrosa que de este modo se llegaría a poner en las manos de autoridades públicas despreocupadas de las exigencias morales? Quién podría reprochar a un gobierno el aplicar a la solución de los problemas de la colectividad lo que hubiera sido reconocido lícito a los cónyuges para la solución de un problema familiar? Quién impediría a los gobernantes favorecer y hasta imponer a sus pueblos, si lo consideran necesario, el método anticonceptivo que ellos juzgaren más eficaz? En tal modo los hombres, queriendo evitar las dificultades individuales, familiares o sociales que se encuentran en el cumplimiento de la ley divina, llegarían a dejar a la merced de la intervención de las Autoridades públicas el sector más personal y más reservado de la intimidad conyugal" (H.V. 17).

De manera que no se puede reducir la cuestión de la natalidad a dimensiones simplistas como cuando se habla de "explosión demográfica", ni ver el control de la natalidad como la solución de los problemas sociales. Es justamente el contrario. La actuación de una verdadera, y no sólo declamada, justicia social y el respeto de la dignidad y libertad de la persona es la base indispensable para encarar, de una manera digna del hombre, los problemas del hombre.

Así que rechazo este término "planificación" por la significación negativa que se le atribuye por ser sinónimo de limitación de los nacimientos y, además, limitación inducida por organismos, personas y motivaciones extrañas.

PATERNIDAD RESPONSABLE.

Al hablar de la cuestión de la natalidad, el Papa emplea el término: Paternidad responsable; expresión que indica toda otra cosa de la "planificación familiar". Pero también ésta expresión "paternidad responsable" ha sido y es muchas veces empleada en un sentido ambiguo por los que quieren la limitación de los nacimientos de cualquier manera.

Cuando habla de "paternidad responsable" la Iglesia se refiere a diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí.

En relación con los procesos biológicos, paternidad responsable significa: conocimiento y respeto de sus funciones. La inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana.

En relación con las tendencias del instinto y de las pasiones, la paternidad comporta el dominio necesario que sobre aquellas ha de ejercer la razón y la voluntad.

En relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable se pone en práctica: ya sea con la deliberación ponderada y generosa de tener una familia numerosa; ya sea con la decisión, tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido.

Paternidad responsable comporta sobretodo una vinculación más profunda con el orden moral objetivo, establecido por Dios, cuyo fiel intérprete es la recta conciencia.

El ejercicio responsable de la paternidad exige, por tanto, que los cónyuges reconozcan plenamente sus propios deberes para con Dios, para consigo mismos, para con la familia y la sociedad en una justa jerarquía de valores.

Entonces nunca se puede reducir paternidad responsable a la simple cuestión de tener más o menos hijos.

Y cuando se pone el problema de tener o no otros hijos, éste juicio lo deben formar ante Dios los esposos personalmente. No es el presidente de la República, ni el cura, ni el médico quien tiene que decidir: son los esposos personalmente; y si alguien quiere inducirlos a tomar una decisión, los está atropellando, violentando su dignidad de personas.

Pero tampoco los esposos pueden proceder arbitrariamente: en el deber de transmitir la vida humana y educarla, lo cual hay que considerar como su propia misión, los cónyuges saben que son cooperadores del amor de Dios creador y como sus intérpretes. Los esposos para obrar responsablemente deberán regirse por la conciencia, por una conciencia en búsqueda constante y sincera de la verdad y del bien y no por una conciencia embotada por el edonismo o falseadas por ideologías cómodas.

ACTO CONYUGAL

Los esposos, en la armónica organización de su vida conyugal, pueden encontrarse, especialmente hoy día en situaciones en que el número de hijos, al menos provisionalmente, no se puede aumentar y el ejercicio del amor fiel en la plena intimidad tiene sus dificultades para mantenerse.

Cómo pueden los esposos evitar de tener hijos (que por serias razones no deben tener) y al mismo tiempo seguir favoreciendo su amor recíproco?

No hay que olvidar que el amor conyugal es un amor plenamente humano, es decir, sensible y espiritual al mismo tiempo. No es por tanto una simple efusión del instinto y del sentimiento, sino que es también y principalmente un acto de la voluntad libre, destinado a mantenerse y a crecer mediante las alegrías y los dolores de la vida cotidiana, de forma que los esposos se convier-

tan en un sólo corazón y en una sola alma y juntos alcancen su perfección humana.

Es decir que no es ni exclusivamente ni principalmente la unión sexual lo que signifique y acreciente el amor de los esposos, sino que cuenta mucho el fortalecer la voluntad y el compartirlo todo: alegrías y dolores de la vida cotidiana. Quien ama de verdad a su propio cónyuge, no lo ama sólo por lo que de él recibe, sino por sí mismo, gozoso de poderlo enriquecer con el don de sí. Por importante que sea el sexo en el matrimonio, la ley del matrimonio es el amor y no el sexo.

La unión sexual, que se indica muchas veces con la expresión: "hacer el amor", otras tantas puede ser al contrario, "hacer el egoísmo", o también "cometer una injusticia", toda vez que sea un acto impuesto al cónyuge sin considerar su condición actual y sus legítimos deseos.

Es que el acto conyugal tiene su significado: es unitivo y procreador. Por su íntima estructura el acto conyugal, mientras una profundamente a los esposos, los hace aptos para la generación de nuevas vidas, según las leyes inscritas en el ser mismo del hombre y de la mujer. Salvaguardando ambos aspectos esenciales, unitivo y procreador, el acto conyugal conserva íntegro el sentido de amor mutuo y verdadero y su ordenación a la altísima vocación del hombre a la paternidad.

El hombre es administrador de su cuerpo: no tiene un dominio ilimitado sobre su cuerpo en general y tampoco lo tiene sobre las facultades generadoras en cuanto tales, en virtud de su ordenación intrínseca a originar la vida, de la que Dios es principio.

Todos los pueblos siempre reconocieron que al comienzo de la vida existe la acción de un Ser que es superior al hombre y que los cristianos llamamos Dios. Por eso aún los no-cristianos tienen un respeto especial al acto sexual como medio generador de vida. Gandhi, no católico ni cristiano, en su autobiografía dice: "A mi modo de ver, afirmar que el acto sexual es una acción espontánea, análoga al sueño o a la nutrición, surge de la ignorancia crasa. La existencia del mundo depende del acto procreador. Y ya que el mundo es dominio de Dios y reflejo de su poder, el acto procreador debe someterse a la norma que tiende a salvaguardar el desarrollo de la vida sobre la tierra. El hombre que reflexiona sobre estas cosas, aspirará a dominar sus sentidos a cualquier precio y se procurará la ciencia necesaria para promover el crecimiento físico y espiritual de su descendencia. Transmitirá luego los frutos de esta ciencia a sus descendientes, conformándose a ella para su propia edificación. Es mejor obrar apoyándose en su propia fuerza interior y llegar a dominarse por el control ejercido sobre sí mismo".

CONTRACEPCIÓN

Para resolver las dificultades, algunos (o muchos) se atreven a adoptar soluciones inmorales; ni siquiera retroceden ante el homicidio: la interrupción directa del proceso generador ya iniciada y sobretodo el aborto directamente querido y procurado aunque sea por razones terapéuticas, es un homicidio.

También hay que excluir como ya lícita para la anticoncepción la esterilización directa, perpetua o temporal, tanto del hombre como de la mujer; queda además excluida toda acción que, en previsión del acto conyugal o en su realización o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga, como fin o como medio, hacer imposible la procreación.

Pero no es ilícito el uso de los medios terapéuticos verdaderamente necesarios para curar enfermedades del organismo, a pesar de que se sigue un impedimento, aún previsto, para la procreación, con tal, de que ese impedimento no sea, por cualquier motivo, directamente querido.

Si para espaciar los nacimientos existen serios motivos, derivados de las condiciones físicas o psicológicas de los cónyuges o de circunstancias exteriores, es lícito tener en cuenta los ritmos naturales inmanentes a las funciones generadoras para usar del matrimonio sólo en los períodos infecundos y así regular la natalidad sin ofender los principios morales.

LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD

La cosa no es fácil, y eso por muchos motivos.

Antetodo porque el amor y la vida, el crecer en la madurez y en la libertad, es algo entusiasmante, que lleva a las mayores posibilidades de felicidad humanamente alcanzable, pero exige siempre renuncia, sacrificio, dominio de sí.

El recurso a los períodos infecundos, cuando la pareja no alimenta una mentalidad edonista y egoísta, humaniza el matrimonio, al subordinar la vida sexual al amor, por encima del sexo.

La planificación por medios naturales ayuda a la realización de la pareja por el trabajo conjunto de la observación e interpretación. Son los amantes haciendo sus planes juntos, como lo hicieron de novios. Así crece el amor entre los esposos. No hay riesgos de infidelidad porque están acostumbrados a trabajar juntos continuamente: tomar decisiones, afirmar sus valores y mantener una comunicación cada vez más amplia, poniendo su impulso sexual al servicio de un auténtico amor.

Estas parejas notan que su amor no es rutina, ni pasión esclavizante. Notan que se hacen más comprensivos, más libres, más personas. Saben que han escogido libremente la planificación

familiar, pero no como un valor absoluto: es un elemento del cuadro de su vida familiar, que abarca el bienestar físico, mental, espiritual y social de todos los miembros de la familia.

En consecuencia, si viene un hijo "por sorpresa", no lo rechazan como no-deseado (actitud que aún el mismo niño llegará a sentir). Cada hijo es aceptado y amado por sí mismo, como engrandado por esposos cuyo amor no está cerrado esterilmente.

Entre las consecuencias positivas de una regulación de los nacimientos por métodos naturales, se notan:

1. Más armonía entre los esposos;
2. Más seguridad en su vida sexual (algunos dicen que hay relaciones más frecuentes y más placenteras); su actividad no está basada en el supuesto influjo de niveles de hormonas, sino impulsada por el amor.
3. Más tranquilidad en lo moral.
4. Mejor salud, por no tener problemas, que pueden suceder con los métodos artificiales.
5. Menos costo.
6. No hay mutilación ni del cuerpo ni de los espíritus de los esposos: su amor puede continuar edificándose, porque no está limitado a lo físico.

Como desventajas o consecuencias negativas, podemos considerar:

1. Dificultades para algunos matrimonios en adquirir control y autodisciplina, especialmente cuando hay otros problemas (alcoholismo, enfermedades...).

2. Posible disminución en contactos genitales, especialmente en el período de aprendizaje del método natural.

"Que los métodos naturales son menos efectivos, menos seguros!" Habría que preguntarse por qué se gastan cantidades astronómicas para el estudio y la difusión de los métodos artificiales y, en comparación, no se hace casi nada para el estudio y la difusión de métodos naturales. Depende de que los métodos naturales realmente no sirven, como afirman algunos, o depende de que la aplicación de un método natural exige educación al autodominio y a la libertad y los que manejan el poder y la ciencia quieren formar hombres esclavos, robots?

A qué tipo de libertad y responsabilidad se va educando, en su vida sexual y en toda su vida, un hombre cuya mujer toma píldoras o tiene puesta una espiral? Cierto eso no favorece el diálogo en la pareja y hace del gesto de amor un contacto físico puramente.

Por qué no hay ningún médico en la Provincia que se dedique a enseñar a las parejas los métodos naturales? Hay no pocas parejas que estarían dispuestas a ir entrenándose, aceptando la posibilidad de un embarazo imprevisto. Cierto que el médico haría una tarea que no ofrece posibilidad de ganancias, pero podría ser un gran servicio a la humanidad.

El empleo de anticonceptivos artificiales es buscar en la técnica un sustituto del esfuerzo personal indispensable para crecer como personas y como pareja. En las parejas que optan por ese camino falta algo que les impide salir de su dificultad presente: inteligencia, voluntad, amor.

Una de las razones más ventiladas para promover la anticoncepción artificial masiva fue como medio para evitar la necesidad del aborto.

Pero en realidad, siempre ha servido como medio condicionante previo, como etapa inicial para el cambio de mentalidad, que indefectiblemente ha conducido al aumento gradual de abortos y, por ende, a su progresiva aceptación en un medio o conglomerado específicos, hasta llegar a la liberalización completa y a su ACEPTACION como el principal medio de control. Las fallas de la anticoncepción misma, sus inconvenientes crecientes, sus efectos colaterales nocivos, la irresponsabilidad sexual que crea la generalización de la anticoncepción, condicionan en efecto para la aceptación del aborto y su generalización. Sobre este punto no puede continuar equívoco alguno.

La contracepción es en efecto la directa responsable del incremento de los abortos, de su liberalización legislativa y es hacia el aborto masivo y libre hacia donde se dirigen hoy en forma manifiesta y agresiva todas las entidades que difunden el neo-malthusianismo, como claramente lo demuestran todos sus programas oficiales y sus esfuerzos evidentes. De hecho, actualmente, el 64% de la población del mundo vive en regiones en las cuales el aborto es permitido y se utiliza como medio de controlar los nacimientos.

El recurso al aborto como método de control de nacimiento implica el más radical cambio de todas las bases éticas de la civilización occidental, la mayor degeneración de principios y el mayor retroceso de la civilización y la cultura.

En efecto, supone la derogatoria del respeto a la vida, la supresión de los más elementales instintos y sentimientos, la generalización del derecho a imponer la muerte en aras de intereses materiales e individuales de los verdugos, que son los propios padres.

La dicotomía sexo/transmisión de la vida, implantada especialmente por los anticonceptivos artificiales, ha tenido como consecuencia un desenfreno y una irresponsabilidad creciente en el campo de la sexualidad. Este fenómeno social es a la vez generador de aberraciones por hastío y por necesidad de nuevas

experiencias y ansia de nuevas sensaciones. A su vez, tal situación es responsable, por vasos comunicantes, de una desmoralización social general y creciente, del comercio pornográfico, del consumo en aumento de drogas, de la corrupción administrativa, de la degradación inclusive física que está iniciándose.

Un reflejo real de estas situaciones es comprobable en el hecho mismo que se proclame como manifestación del respeto al derecho de la mujer sobre su propio vientre la liberalización del aborto, arrasando con el derecho a la vida de un ser indefenso, considerado como agresor injusto y "no-deseado" que vive en el útero materno y, al mismo tiempo, se establezca también como derecho inalienable, merecedor de las más amplias garantías para su ilimitado ejercicio, el uso indiscriminado de la sexualidad en cualquier edad y condición y que la garantía consista, justamente, en el libre acceso a los medios anticonceptivos y al aborto, como remedio a las fallas y deficiencias de los mismos.

Pablo VI denunciaba algunas consecuencias de los métodos artificiales; decía: "Consideren antes que nada, el camino fácil y amplio que se abriría a la infidelidad conyugal y a la degradación general de la moralidad... Podría temerse que el hombre, habituándose al uso de las prácticas anticonceptivas, acabase por perder el respeto a la mujer y, sin preocuparse de su equilibrio físico y psicológico, llegase a considerarla como simple instrumento de goce egoístico y no como a compañera, respetada y amada. Reflexiónese también sobre el arma peligrosa que de este modo se llegaría a poner en las manos de autoridades públicas despreocupadas de las exigencias morales"; también añade: "Al defender la moral conyugal en su integridad, la Iglesia sabe que contribuye a la instauración de una civilización verdaderamente humana; ella compromete al hombre a no abdicar la propia responsabilidad para someterse a los medios técnicos; defiende con esto mismo la dignidad de los cónyuges" (Humanae Vitae nn. 17-18).

FAMILIA RURAL Y PLANIFICACION FAMILIAR

En cuanto a la familia rural: evidentemente se dan diferentes tipos de familias rurales, con mentalidades distintas, y no se puede generalizar para decir cual es la posición de la familia rural frente a la planificación familiar.

Pero hay algunas pautas culturales que es bien tener presente. Lo que diré es fruto de conversaciones con personas que gastan su vida para la promoción humana y religiosa de la familia rural y los indígenas.

La gente del campo que no tiene contacto habitual con la ciudad no se hace un problema de la natalidad. Todo hijo es bienvenido. El hombre valora a la mujer en cuanto lo hace padre y la mujer se siente orgullosa de tener muchos hijos. La mujer que no tiene hijos, que es estéril, es tenida en menos consideración.

Qué consecuencias tendría el llevar éste problema a éstas familias?

Entre las familias, especialmente indígenas, es un paso más hacia la total destrucción de la raza:

- las han sacado la tierra;
- les han limitado la posibilidad de criar animales y los medios económicos;
- con esto les impiden también tener descendencia.

Hay otra gente de campo que tiene un contacto más frecuente

con la ciudad y saben que en la ciudad se da este problema, pero también saben que hay algo que no está bien.

En señádoles, o imponiéndoles de alguna manera, métodos fáciles de anticoncepción, se les va cambiando la cultura:

—saben que no está bien; pero ahora la civilización se lo permite o se lo impone (el doctor dijo, el doctor sabe...)

—la posibilidad de tener relaciones sin consecuencias hace más frecuente la infidelidad con compadres y amigos;

—se llega a un desmoronamiento de la familia, más fácil y frecuente.

—Favorece la inestabilidad de las parejas, que ya es muy grande. Cambian frecuentemente de trabajo, de médico, de religión, de esposo; por qué? Son desarraigados culturalmente. Hay que ayudarle a arraigarse, darles puntos firmes que los ayuden a vivir: a eso no les ayuda la anticoncepción.

Una pregunta que me hago: la gente del campo, más primitiva, más contemplativa, más confiada en los remedios naturales y desconfiada hacia lo artificial, no está en mejores condiciones para entender y practicar los métodos naturales de anticoncepción? Ciertamente no les será fácil tener cuentas, sobre todo si no saben contar, pero si conocen tantos secretos de la naturaleza, que los civilizados no sabemos más, no les será más fácil a la mujer aprender a conocer su cuerpo, distinguir el moco cervical del flujo vaginal?

Cuando una mujer del campo o de un barrio pide al médico un anticonceptivo, la píldora, la espiral o la atadura de trompas, porque oyó a una amiga hablar de eso como remedio milagroso y solución de todas las dificultades (ojalá no haya sido un médico a presentárselo así), sabe y comprende lo que realmente está pidiendo? El médico que acepta sin más hacer lo que la mujer le pide, obra responsablemente y honestamente?

Las mujeres del campo que practican la anticoncepción pronto se dan cuenta de una cosa: si antes tenían dificultades y problemas con el marido, ahora tienen más todavía: el esposo se vuelve desconfiado y la trata peor y pronto se busca a otra mujer, porque él quiere hijos.

La mujer del campo en general acepta los hijos. Hay pocos abortos. El marido en general no está de acuerdo con que su mujer haga abortos.

Que después dejan los hijos tirados, que no los cuidan, que no los mandan a la escuela, que sufren...!

- Quién no sufre?
- La forma de educar según la civilización es realmente la mejor?
- El médico que impone, por su autoridad social, métodos anticonceptivos que la gente no entiende ni quiere, actúa realmente como persona civilizada o es que quiere ponerse en lugar de Dios para establecer quien debe nacer y quien no?
- Con la aplicación masiva y, muchas veces, inducida, de la contracepción, se ayudan verdaderamente las personas a asumir sus responsabilidades y a crecer en la madurez y libertad o se los trata siempre más como individuos inmaduros, ineducables, irrecuperables, como no-personas?

Haciendo campañas de anticoncepción con la gente del campo parece que se va a surtir el mismo efecto que con la bomba de neutrones: se destruyen las personas, porque total no valen nada, pero se conservan las cosas.

He querido dar elementos de reflexión para que sean tenidos en cuenta en el trabajo de grupos y ayuden a encontrar soluciones dignas de las personas y respetuosas de la dignidad humana.

Bibliografía

BILLINGS J. — **Amarse en cuerpo y alma** - Ed Paulinas 1981

BONOMI G. — **Il segno dei giorni fertili. Nuovo método per la regolazione delle nascite.** - Ed Ancora, Milano 1975.

BONOMI G. — **La regolazione delle nascite. Guida pratica ai métodos naturale,** Centro Studi Pavese di Sessuologia, 1975.

CANNATA-ZUBIZARRETA — **Planificación Familiar,** Buenos Aires 1981

C.E.L.A.M. — **Iglesia, Familia y Paternidad responsable en América Latina,** Bogotá 1977.

C.E.N.P.A.F.A.L. — **Planificación familiar natural, Métodos de auto-observación,** Bogotá 1977.

MARTELET G., — **Amor conyugal y renovación conciliar,** Bilbao 1968.

PABLO VI, **Humanae Vitae,** Paulinas.

THYMA PAUL **El doble control. Nuevo método de planificación natural de la familia,** Bogotá 1977.

ZAVALA-SANZ A., **El problema de los hijos,** Buenos Aires 1970.

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA RURAL

Autor: Asistente Social Alicia Oronoz

Presentación efectuada en las 2^a Jornadas de Medicina Rural en Zapala

La autora se ha desempeñado en distintos organismos e instituciones del Alto Valle de Río Negro y Neuquén

El perfil de la familia lo tienen los que trabajan en el medio rural. Yo me limitaré a dar las herramientas que podemos usar para determinar ese perfil. El hombre se fue agrupando, históricamente, para atender sus necesidades y asegurar su supervivencia. Así podemos hablar de la familia como una estructura específica e individualizada, donde a través de un juego de roles, tradiciones y costumbres comunes, redes vinculares inherentes, lenguaje común, valores normativos se regula y favorece la condición natural del hombre. Esos conceptos en su análisis involucran un enfoque interdisciplinario (sociología antropología, etc), así podremos reconocer los diferentes grupos étnicos que existen en el área rural de la provincia.

En Neuquén podemos detectar cuatro grupos étnicos diferentes.

- El grupo indígena puro.
- El grupo indígena en vías de transculturación.
- La población criolla.
- El grupo urbano.

Grupo indígena puro: prevalece un sentimiento de pertenencia a la tierra heredado de los antepasados como medio concreto y palpable de comunicación de su cultura. Estos grupos han logrado hasta este momento mantener una relativa independencia y han logrado el autoabastecimiento.

Grupo indígena en vías de transculturación: ha creado dependencia de otro grupo para su desenvolvimiento. Pero para la organización familiar responde a valores propios.

La población criolla: es la típica familia rural argentina con una organización similar a la urbana.

El grupo urbano: es el representante de una "civilización y progreso". Que paulatinamente invade e impone su tecnicismo, su desarrollo a los demás grupos mencionados.

La familia

En el análisis de su estructura se puede hablar de tres roles básicos, cuya interrelación configura un sistema funcional específico.

Los roles son: el rol de padre, el rol de madre, el rol de hijo. El rol de padre implica autoridad, poder, información, obtención de alimentos, explicación, vínculo con el mundo externo, justicia, intuición, entrega. Es un liderazgo formal.

La madre sería la distribución de alimentos, ternura, apoyo, educación, elaboración interna de las influencias del exterior.

El hijo comprende el desarrollo, conocimiento de las personas y del mundo, idiosincracia, creación y recreación, libertad y en última instancia crecimiento.

Estos roles son dinámicos, se determinan a través de una dinámica grupal pudiendo la madre ocupar el rol de padre, o el hijo este lugar, etc.

En una reserva indígena el rol de padre le correspondería al cacique, representa la autori-

dad, la ley, la normatización. Sin embargo es la mujer quien implementa esos patrones a través de lo místico, lo religioso, el curanderismo, las costumbres, de allí que el hijo está en manos de la mujer que es quien salvaguarda un poco de la cultura hasta la adultez momento en que se independiza teniendo ya su bagaje cultural incorporado. En este interjuego de roles se solucionan todas las situaciones problemáticas o no que se le puedan ir planteando.

En los casos en transculturación el caso es distintos, pues al encontrarse en un proceso de asimilación de nuevas pautas, han desechado los valores que le son inherentes, carecen de una identidad, lo que le produce miedo, duda y un serio conflicto como grupo para sí y con el exterior. ¿Cuál es el rol de la familia aquí? El conflicto se puede continental dentro de la familia, es una de sus funciones específicas, en la medida que existan los roles diferenciados, que sean estructuras estables con canales de comunicación multidireccionales, la familia podrá resolver sus propios conflictos ante situaciones extrañas. Si pensamos el proceso de crecimiento del ser humano como una alternancia de dos grandes fases, una primera de individuación progresiva y una segunda de socialización, a través del encuentro con los otros, el hombre va determinando su identidad en su relación con el otro incorporando en su medio directo la forma de vida que este le proporciona, es decir su cultura. Cual es en última instancia entonces el concepto de cultura? Yo diría el Hombre es un ser cultural, todo lo que el individuo hace es cultura, y lo hace respondiendo a un esquema valorativo que le da seguridad, el que a su vez tiene una explicación filosófica. En este contexto nuestra actuación profesional también se puede considerar como transmisor de cultura, pero con un aditamento más, vamos con un respaldo de un conocimiento teórico adquirido. Por eso la importancia de las actitudes que debemos tener frente al otro, esta actitud que no es solamente ser transmisor de pautas culturales determinadas, implica capacidad de escuchar, capacidad de respetar la cultura de los otros.

Y en última instancia poder llegar a continental los miedos y las angustias que esa gente nos transmite.

Analizando lo que nos darían los elementos sociales, nos aportan elementos para evaluar la estructura sobre la que suceden los hechos, explicar la trama, analiza el sistema relacionante, el conjunto de canales por los que se llega a la interacción. Los motivos de la intervención social están determinados, en caso de existir patología del vínculo, ausencia o ruptura del mismo, y por otro lado desarrollar o reafirmar nuevos vínculos constituirían una acción preventiva. Así se puede definir la salud social como un estado del organismo que le permite el desplazamiento fluido desde sus necesidades hacia los objetos

de satisfacción gracias a que posee una adecuada red vincular, y enfermedad como un estado que lo incapacita para locomocionar por el mismo hacia esos objetos.

En el ámbito rural el profesional es el recurso más idóneo, a través del cual se canalizan no solo los problemas orgánicos, también los psicológicos, sociológicos, y culturales que son los que componen la problemática. De allí que sea necesario contar con un perfil familiar que sirva como referencia para operar lo más convenientemente posible. Teniendo este perfil podremos aplicar la técnica y la estrategia que creemos más útil para obtener el objetivo que nos hemos propuesto.

Se puede, para sintetizar, definir a la familia como: un grupo humano con un sistema de relaciones cara a cara con un compromiso vincular afectivo con una imagen propia, a través de la cual expresan sus objetivos como grupo y como individuo, que están convenientemente organizados según lineamientos propios de su cultura, con capacidad y recursos para desarrollar soluciones propias. Es la estructura natural más conveniente económica y gratificante para producir el crecimiento de los hombres.

Tal vez a nosotros en el campo nos resulta muy difícil comprender a los otros a través de nuestros valores culturales. Esto da técnica, estrategia, y los objetivos los pone cada uno.

ANECDOTARIO REFLEXIVO

Había llegado un médico nuevo al hospital y al efectuar las primeras visitas al área quise acompañarlo para presentarlo en cada comunidad y en cierto modo hacerle "apoyo logístico". La cuestión es que en un hermoso día de verano llegamos a un paraje donde tenemos un puesto sanitario, a unos 20 km. del pueblo. Apenas comenzamos a descargar de la ambulancia lo habitual en esos casos (medicamentos, leche, etc.), llega un hombre corriendo para avisar que su esposa está por tener familia. Nos señala la casa, en un cerro cercano "junto a aquellos álamos": habría 500 m. de distancia. Sin pérdida de tiempo fui con el vehículo y desde el alambrado junto a la casa una señora nos grita "apúrese doctor, que ya nació". Evidentemente haría entre tres y diez minutos que había nacido, dado que al salir de la casa el esposo para avisarnos, aún no se había producido el parto.

Vale la pena describir la vivienda: una sola habitación de paredes de barro, techo de paja y piso de tierra apisonada; junto a la puerta una estufa de leña prefabricada con restos de un tanque de combustible y sobre todo el fondo de la estancia una mesa, utensilios de cocina y un fogón en el suelo. Nuestra paciente estaba en posición genupectoral, con el pantalón y la bombacha apenas bajados. La niña recién nacida sobre unos trapos, en el suelo y con el cordón sin ligar: con una mano lo pinzé, pedí ropa limpia para secarla y elementos para seccionar el cordón. Por suerte ésta gente había comprado tela de pañales y tenía un par de ellos sin estrenar. Ligué, el cordón con lana, lo corté con un cuchillo flameado, sequé a la niña y la revisé rápidamente. Tras los diagnósticos más obvios-injuria por frío y probable poliglobulia por ligadura tardía del cordón— apareció otro tal vez más grave: prematurez. Por el examen físico no llegaba a las 36 semanas. De cualquier modo, respiraba bien; no se auscultaba cardiológicamente nada anormal de momento, así que, bien envuelta y seca se la dejó a la señora que se encontraba allí para que la tuviera junto a la estufa, y dedicarme a la puérpera. Conseguí un colchón para que estuviera más cómoda y ter-

miné de sacarle la ropa para poder trabajar mejor. A esta altura del relato creo innecesario aclarar que para la emergencia en que actuaba no disponía siquiera de guantes. Prosigo: al palpar el útero lo noté un tanto agrandado aún: levanté la vista para mirar al chofer que desde el principio dominaba la escena desde la puerta y le envié en código visual un mensaje que decía: "me parece que hay otro", respondiéndome en el mismo código y con la velocidad que dan los años de conocimiento mutuo "buena suerte". Entonces me dispuse a efectuar un tacto a mano limpia para evaluar la situación cuando rompió la bolsa y asomé un miembro inferior del segundo gemelar. Fruto de la experiencia, recapitulé todas las maniobras necesarias para estos casos, tardando, calculo, unos cinco segundos; más tiempo no tuve pues la niña nació me atrevería a decir en medio pujo. La luz de alarma que tenía prendida en el cerebro comenzó a titilar más rápidamente al notar en primer término que era aún más pequeña que la primera y además que estaba totalmente deprimida. Como corresponde en éstos casos, le efectué ligadura inmediata de cordón, escado enérgico y veloz y me dispuse a revisarla: por suerte llevo siempre el estetoscopio al cuello. Frecuencia cardíaca en bradicardia extrema: alrededor de 20 latitudes por minuto y el resto de los parámetros CERO. La acomodé sobre el pañal limpio en el colchón y arrodillado sobre ella aspiré profundamente tomando esa fracción de segundo en dar gracias a Dios por SABER lo que tenía que hacer, encomendarme a EL pues sabía que disponía solamente de mis manos, mi boca, en fin: mi cuerpo para hacer frente a esa batalla, y comencé la verdadera lid. Aspirar, masajear, respirar... masajear-respirar... esfuerzos respiratorios nulos... corazón en paro... masajear-respirar... algún latido espontáneo... alguna mueca... masajear-respirar... latidos propios y de una frecuencia aceptable: 80 por minuto... respiración espontánea aún no... masajear respirar... 100 por minuto y respiración autónoma... ¿podrá ser?... SÍ; es. La dejé momentáneamente para evaluar a la puérpera y nuevamente con la mirada le pregunto al chofer cuán-

to tiempo había pasado: 55 minutos. La placenta estaba prácticamente en la vagina; la extraje, masajé el útero y todo lo rápido que aconsejaba la prudencia partimos rumbo al hospital, la madre en la camilla y yo en la cabina con las dos niñas. Ya en el establecimiento, asigné un enfermero para cada niña; canalizé el cordón de la segunda al nacer corrigiéndole la acidosis y la glucemia; hice lo propio con la primera niña y ya en las incubadoras, por el peso (1300 y 1100g.) y por el examen físico, ya estabilizadas, las derivé con una edad gestacional calculada en 35 semanas. El hematocrito de la primera arrojó en nuestro hospital 85% pero de cualquier modo no fue necesario exanguinarla. El colofón médico de éste caso es que en la actualidad han cumplido seis meses con una maduración neurológica óptima y han trepado los percentilos a tal punto que no es necesario comenzar la curva a las 35 semanas de gestación para considerarlas eutróficas.

La primera reflexión que surge es totalmente personal: ¿qué hubiera pasado si yo no hubiese ido en forma casual a esa visita? Porque puedo pensar que no hubo tal casualidad (y lo sigo pensando). Los caminos que EL entrecruza son inscrutables.

En otro orden de cosas, la fase aguda fue manejada sin aparataje. A ver si me sé explicar: las niñas "salieron" gracias a una persona y no gracias a una máquina. Y ésto sin ser peyorativo para con la tecnología: en absoluto. Tal vez parezcan frases egoístas, pero la reflexión final es la de sentirse totalmente satisfecho con uno mismo, en el rol **ocasional** de médico, **permanente** de ser humano, Y **EXCEPCIONAL** al sentirse instrumento del Hacedor. Es quizás en éstas ocasiones cuando uno puede valorar la dimensión del **ser médico**.

DR. RODOLFO

CUANDO CRUCE EL PUENTE

Cuando llegué al puente algo me hizo detener. La sensación de lo que quedaba atrás predominó por instantes, sobre aquello que estaba por venir. ¿Era el recuerdo de aquel fin de junio de 1980 cuando el río crecido turbulento se llevó unos diez metros del terraplén sur? ¿Era para girar con la vista hacia el poniente para ver las cumbres aún nevadas de la Cordillera del Viento, imponente espectáculo que dominaba el fondo del valle? O era esa parte del corazón que quedaba con la ciudad y sus habitantes, apenas cinco kilómetros del lugar donde estaba parado? Ese puente, por debajo del cual pasan gran parte de las aguas caídas en la zona, y por encima del cual cruza la ruta 40 constituyéndose en puerta de entrada de la zona norte, me hizo detener en tiempo y espacio, como obstruyendo mi camino hacia la "urbe", la "civilización" y la "ciencia". Fugazmente como rayos fulgurantes volvieron a mi mente las interminables noches de guardia activa, la llamada de la guardia pasiva por parte del colega, el pujo de esa madre parturienta traída por el agente sanitario, el llanto de su recién nacido, aquella peridural exitosa en la mujer cesareada, la mano extendida temblorosa con la mirada anhelante del alcoholista, la visita programada a la escuela, el puesto y las treinta madres esperando con otros tantos pequeños, el cruce del río a caballo, la lucha contra la nieve en el "llano", la voz de Maruca en la radio contestando el llamado de...Mónica, o el "Cholo", o el "Tano", o del enfermero Remigio, cada uno en su respectivo hospital, la demistificación de Ranquilo, la ambulancia que pudo cruzar y llegar, el vuelo sanitario de los mellizos pretérmino en la incubadora en el helicóptero, el maestro de Pichi Neuquén, la caldera que funcionó todo el invierno, la vacuna que llegó a tiempo, la enfermera que colocó la venoclisis en el lactante deshidratado, la nafta que no alcanzó, el paciente que esperó..., el desnutrido que salió... la madre que amamantó..., el hijo propio que nació y... mil cosas más intensas... Me incliné sobre la baranda y una furtiva lágrima engrosó el caudal

subyacente. El viento soplaba empujándome. Estaba seguro... del esfuerzo insuficiente pero persistente, de la tristeza de lo inconcluso, pero también de la íntima satisfacción de que otros llegaban para continuar y mejorar..., y del deber a cumplir ahora donde otros dejan. Y el viento me llevaba... Seguí mi camino... ¿Con quien me encontraría?

EL GRINGO



Funciones del médico en la atención primaria de salud

Tomado de Educación Médica y Salud

DR. ESMOND J. GARRETT (1)

INTRODUCCION

Con motivo de la importancia y la prioridad que se está otorgando en todo el mundo a la atención primaria de salud, se ha producido un creciente interés por las funciones que debe asumir el médico y por la capacitación que debe recibir para ejercer esa práctica. En efecto, se observa una verdadera preocupación por los numerosos problemas que encierra la formación del médico a fin de darle la oportunidad de adquirir los conocimientos y las destrezas necesarias para desempeñar adecuadamente su profesión, así como por atraer a los médicos que estén bien preparados y dispuestos a dedicarse a la prestación de servicios de atención primaria.

Son numerosas las interpretaciones que se han dado de la atención primaria de salud, y aunque podría aceptarse que hay una comprensión clara de lo que esta significa, cada país decide en última instancia cuál es la modalidad que más le conviene para proporcionar esos servicios a la población. Además, el médico puede definir las funciones específicas que ejercerá al respecto, independientemente del sistema de servicios de atención primaria que se adopte.

Como base para esta presentación, parece necesario establecer un concepto del médico que trabaja en la atención primaria de salud.

Consideramos que el médico en la atención primaria es un profesional de la medicina que proporciona atención continua e integral al paciente, a veces a su familia y en mayor o menor grado a la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad; puede ejercer su práctica en forma independiente (lo que por lo común se denomina medicina general), con uno o más colegas en la práctica en grupo, o en un equipo multidisciplinario con otro personal de profesiones afines, tales como enfermeras de salud pública, parteras, trabajadores sociales, funcionarios de salud ambiental, etc.

El médico de familia constituye una categoría de médico en la atención primaria que ejerce sus funciones alrededor de la unidad familiar, más que en relación con el paciente en forma individual. Ya sea por sí solo como médico general, como parte de un grupo de médicos o como médico de familia, proporciona servicios personales, de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Como miembro de un equipo multidisciplinario, el médico en la atención primaria se preocupa además por el bienestar social y por la higiene ambiental de una comunidad dada.

Para poder enfocar el ejercicio de sus funciones en forma continua e integral, el médico que proporciona atención primaria de salud tendrá

que contar con los conocimientos y las habilidades necesarias para cuidar del individuo sano y enfermo, educar a sus pacientes en materia de salud, y desempeñar las acciones preventivas dentro de su competencia, prestando siempre la debida atención al bienestar físico, mental y social de sus pacientes.

Muchos se preguntarán si se trata de un nuevo tipo de médico; otros dirán que el propósito de todas o casi todas las escuelas de medicina es precisamente capacitar un médico capaz de desempeñar todas esas funciones. En efecto, se asegura con frecuencia hoy día que la atención primaria de salud no es un concepto nuevo y por lo tanto los médicos que la ejercen no constituyen una nueva clase de médico. Si bien es cierto que algunos de los aspectos esenciales de la atención primaria han formado parte de la práctica media desde hace años, el concepto emanado de la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 (1) y aprobado en Alma-Ata en 1978 (2) incluye numerosos elementos nuevos que antes no se habían tomado en cuenta. En consecuencia, es preciso examinar detenidamente las funciones del médico en la atención primaria de salud, así como la capacitación que se debe otorgar al médico para asumir las nuevas responsabilidades.

En la práctica, el médico en la atención primaria de salud tiene que desempeñar numerosas y variadas funciones, algunas de las cuales ya ha estado ejerciendo, pero hay otras que se requieren actualmente como resultado de la Declaración de Alma-Ata. Podemos decir, en síntesis, que este médico tiene que actuar como clínico, como organizador, como supervisor y como profesor.

EL MEDICO COMO CLINICO

La función principal de todo médico es ser un buen clínico. El médico tiene esa función original que cumplir en la prestación de sus servicios. El médico que trabaja en la atención primaria no es una excepción a este respecto: ha de ser un buen clínico. Sin embargo, con relación a otros médicos en el sistema DE SERVICIOS DE salud, desempeña una función particular al proporcionar atención continua e integral a sus pacientes, a la familia y a la comunidad. Es preciso, entonces, que sea competente en una gran variedad de materias para que pueda hacer frente a una serie de problemas que caen dentro del campo de los especialistas. Además, tiene que estar capacitado para mantener la salud de sus clientes, una vez que haya evaluado la situación correspondiente a cada caso. Por lo tanto, las habilidades y destrezas que desarrolle este médico deben permitirle estar al tanto de la dinámica de la atención clínica y de su administración. Pero en gran medida la habilidad más importante que se requiere en el médico de atención primaria se relaciona con la identificación de problemas de

(1) El Dr. Garrett era Profesor del Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica; falleció en julio de 1981.

salud y la administración de sus servicios para resolverlos, es decir, el estudio de cada caso, la elaboración de la historia clínica, el examen físico del paciente y la administración del tratamiento. Además, el proceso de diagnóstico que aplique tiene que desarrollarse dentro del contexto de un enfoque total del paciente para identificar los problemas y hacerles frente, más que dentro de un enfoque orientado hacia la enfermedad únicamente.

Al establecer un contacto con sus pacientes que le permita evaluar todos los aspectos que influyen en su estado de salud, el médico en la atención primaria del sistema de servicios de salud estará capacitado para ofrecer también a sus clientes el beneficio esencial que ofrece el enfoque de la atención de salud basado en la enfermedad que adoptan los especialistas. Por la capacitación que ha recibido, el especialista se limita en su actividad a una parte del cuerpo humano o a un sistema orgánico, y por lo tanto al atender al paciente se orienta únicamente hacia la enfermedad. Sin embargo, es importante añadir que muchos especialistas están empezando a darse cuenta de que la atención de salud incluye algo más que proporcionar atención médica durante la enfermedad.

El médico en la atención primaria, por su parte, debe desarrollar sus habilidades clínicas con un enfoque integral del paciente, o sea que en todo momento ha de estar consciente del bienestar social y mental de sus pacientes. Este enfoque en la provisión de los servicios requiere, por lo tanto, un criterio más humanístico que tecnológico en la atención de salud. Hay que añadir que al desarrollar esta actitud humanística ante la salud y la enfermedad no se debe ni se puede olvidar la tecnología. Sin embargo, en los países del Caribe —como en otros países en desarrollo— hay que estar consciente de que en la utilización de la tecnología se deben tener en cuenta los recursos de personal, financieros y otros que están disponibles en los propios países. En consecuencia, los médicos en la atención primaria y los docentes de las escuelas de medicina que preparan estudiantes para trabajar en los servicios de salud en los países en desarrollo, deben aceptar el reto que implica el proporcionar atención de salud de la mejor calidad posible a los habitantes de estos países con enfoques innovadores que permitan la utilización de los recursos disponibles localmente.

En resumen, el médico en la atención primaria ha de ser un clínico adecuadamente preparado para formular su diagnóstico en el paciente, la familia y la comunidad en función de las condiciones físicas, psicológicas y sociales. Por consiguiente, su formación debe llevarse a cabo en forma tal que le permita adquirir los conocimientos y desarrollar las habilidades y destrezas necesarios para desempeñar esas tareas.

EL MEDICO COMO ORGANIZADOR

El médico de atención primaria debe tener las aptitudes necesarias para planificar, organizar y administrar su trabajo. Como sucede con el médico en el sector privado, ya sea que ejerza solo o en grupo, tendrá que estar capacitado para:

1. Organizar su práctica (por ejemplo, usar un sistema de citas o atender a cada paciente que se presente en la consulta).
2. Planificar el movimiento de pacientes en su consulta (en aspectos tales como el tiempo de espera, etc.).
3. Administrar los recursos de personal y financieros, el equipo y los suministros.
4. Determinar las funciones que desempeñará en las visitas a domicilio y sus responsabilidades para con la familia del paciente.
5. Administrar el pago por los servicios prestados.

El médico que trabaja en el sector público de la atención primaria se enfrenta con muchos problemas que ocurren en la práctica privada, pero las circunstancias pueden ser diferentes. Por ejemplo, en los servicios de salud es más difícil que el médico pueda controlar el número de individuos que se presentarán para recibir atención en un momento dado, o que están necesitados de atención, especialmente en los países en desarrollo. Por lo tanto, tendrá que decidir cómo va a organizarse para poder atender a todos los pacientes y cómo influenciar el flujo de pacientes, de manera que sus servicios sean utilizados de la manera más adecuada posible, desde su punto de vista y el de los pacientes. Además, como miembro de un equipo multidisciplinario, el médico tendrá que coordinar sus actividades con las del resto del grupo a fin de que se proporcionen los beneficios que brinda el bienestar ambiental y social a la comunidad por la que ese equipo debe ser responsable.

Por otra parte, de acuerdo con la Declaración de Alma-Ata, la participación de la comunidad constituye un elemento clave en la atención primaria de salud. A este respecto, el médico, como parte del grupo de salud, tendrá que asumir ciertas funciones y desarrollar ciertas habilidades con respecto a la participación de la comunidad. Aún cuando no tenga que asumir la responsabilidad de dirigir el equipo de salud, tendrá que tener en cuenta la participación de la comunidad y trabajar con esta, aún más en comunidades como las nuestras, donde los médicos son respetados por los miembros de la comunidad y pueden ayudar, por lo tanto, en este proceso esencial.

EL MEDICO COMO SUPERVISOR

El sector privado, el médico debe saber cómo supervisor y administrar su práctica; si no, estaría condenado al fracaso. En ese sentido, continuamente tiene que evaluar su práctica, no solo en función de la atención que presta sino en términos de la eficiencia de dicha práctica. Al proporcionar atención continua e integral al paciente, a la familia y a la comunidad, el médico tendrá que adoptar aquellos métodos que le permitan proporcionar los servicios en la forma más eficiente posible. La supervisión de los registros de pacientes, del equipo, de los suministros, etc., se convierte así en uno de sus principales deberes.

En el sector público, hay otro aspecto más que el médico tiene que tener en cuenta en la atención de salud de la comunidad a la que presta servicio junto con otros miembros del equipo de salud: debe preocuparse por la evaluación de

las necesidades de salud de la comunidad. Por ejemplo, tendrá que estar al tanto no solamente del estado de inmunización de cada paciente sino también de los niveles de inmunización de toda la comunidad.

Por lo tanto, en la formación del médico que va a trabajar en la atención primaria resultan esenciales los conocimientos de epidemiología y las técnicas epidemiológicas. Asimismo, además de nociones de administración, en los programas de capacitación deben incluirse enseñanzas sobre legislación y regulaciones sanitarias.

EL MEDICO COMO PROFESOR

La última función que corresponde desempeñar al médico en la atención primaria es la de profesor. Si se va a proporcionar atención de salud e información en materia de salud a los miembros de la comunidad, el médico tiene una misión que cumplir en la provisión de la información pertinente. Tiene que estar dispuesto a delegar cierta responsabilidad por la atención de salud de los individuos, familias y comunidades, y como un buen maestro, facilitará el proceso si ayuda a la comunidad a estar mejor informada y preparada para cuidarse a sí misma. Es de esperar que en esta forma podrá lograrse que mejoren las condiciones de salud de las comunidades. Cada individuo, cada comunidad, debe asumir entonces la responsabilidad que le corresponde, y el equipo de salud, incluido el médico, proporcionará los lineamientos generales para el mantenimiento y la atención de salud, tomando debidamente en cuenta las creencias y actitudes locales.

Por lo tanto, durante su capacitación el médico deberá desarrollar la habilidad de mantener relaciones personales, así como también adquirir conocimientos en las técnicas y los principios de la comunicación social y de la educación para la salud.

CONCLUSION

El médico tiene funciones bien definidas que cumplir en la prestación de atención primaria de salud. Aporta a los servicios los conocimientos, habilidades y destrezas que permiten la identificación y el manejo de los problemas que presentan los individuos, las familias y las comunidades.

El reto ante el cual se encuentran los médicos de hoy y los profesores de jóvenes médicos y de

estudiantes de medicina es demostrar que la prestación de atención primaria de salud, tanto en las comunidades en desarrollo como en las desarrolladas, puede ser interesante y gratificadora, aunque requiera un esfuerzo especial. Habrá que establecer los mecanismos por los cuales las prácticas relacionadas con la prestación de esa atención adquirirán más importancia en nuestros países, serán más humanísticas, y tendrán en cuenta la tecnología apropiada que se pueda utilizar con los escasos recursos disponibles.

RESUMEN

En este artículo se presentan una serie de consideraciones sobre la atención primaria de salud y sobre la preparación que debe recibir el médico para desenvolverse adecuadamente en el ámbito de dicha atención, prestando servicios al paciente, a las familias y a la comunidad en general.

Destaca el autor que, con motivo de la Declaración de Alma-Ata, se incluyen hoy en la atención primaria de salud nuevas responsabilidades que el médico tiene que asumir a fin de proporcionar servicios continuos e integrales con un enfoque que tome en cuenta no solo las condiciones físicas, sino también las psicológicas y sociales que influyen en el estado de salud. Asimismo, el médico en la atención primaria ha de estar capacitado para cuidar del individuo sano y del enfermo, y proporcionar a la comunidad la información pertinente en materia de educación para la salud, a más de desempeñar las acciones preventivas y curativas que le corresponden.

En otras palabras, el médico tiene que desempeñar funciones de clínico, organizador, supervisor y profesor. Por lo tanto, la formación del médico se debe ofrecer en forma tal que permita adquirir los conocimientos pertinentes y desarrollar las habilidades y destrezas que lo capaciten para desenvolverse adecuadamente en el desempeño de esas tareas.

Se expresa la esperanza de que, especialmente en los países en desarrollo, mejorarán las condiciones de salud si cada individuo, cada comunidad y cada equipo de salud, incluido el médico, acepta la responsabilidad que le corresponde en la atención primaria de salud.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Actas Oficiales 266. Ginebra 1975.
- (2) OMS/UNICEF. Atención primaria de salud. Ginebra, 1978.

RESENA BIBLIOGRAFICA

EXPERIENCIAS Y RECUERDOS DE UN MEDICO RURAL

La presente obra mereció premios de la Fundación Judío Argentina y de la fundación Givré. El Dr. Camilo Canestro (el padre) mereció una mención especial en el concurso al Médico Rural

AUTORES: DR. CAMILO CANESTRO y DR. GREGORIO G. CANESTRO Talleres Gráfico La Arena 1980

1980, otorgado por la Asociación Médica Argentina y la revista Iberoamericana de Infectopatología.

Prologado por el Dr. Horacio Rodríguez Castells,

en ese momento presidente de la Academia Nacional de Medicina y actual Ministro de Salud Pública, quien reflexiona sobre el papel importante del Médico Rural (y general agregaríamos) en amalgamar en beneficio del paciente, la familia y la comunidad la impresionante avanzada Científica de los últimos años. Rescata también su fundamental rol en la implementación de las políticas basadas en la Atención Primaria de la Salud.

El libro se halla dividido en "tropillas", en lugar de los clásicos capítulos, y en "tranqueras"; pues tratan de agrupar el "tropical de recuerdos" de los momentos vividos por el médico padre y recopilados con orgullo y admiración por el médico hijo.

Las tropillas primer y segunda están dedicadas a los Preparativos y el viaje a su destino. En la tercera habla de los primeros pasos, donde menciona el aprendizaje que realiza el médico de el lenguaje del lugar, las tareas, las herramientas, los alimentos que descubre y debe aprender a manejar para lograr la comunicación con sus pacientes.

Así tomamos "Aprendió que el pan no es la bala juguetona que sirve para proyectar la alegría y el desórden de las despedidas de soltero del hospital, sino el fruto de una tierra que se abre generosa a quien le rasgue las entrañas y las riegue con el sudor de sus manos. Aprendió que la lluvia no es la humeda maldición terrestre de los domingos ciudadanos, sino la bendición divina y el premio celestial a nuestros sufridos labriegos. Aprendió que la gente de los campos, en un cuerpo simple y rudo encierra un temple de titanes y un capullo tierno en sus corazones.

En la primer tranquera "Se pregunta porqué existe el médico rural?, se refiere allí a el intenso trajín sin horario y la tácita responsabilidad que asume por la salud de los pobladores de "SU" pueblo. "Si bien el estímulo lucrativo podría ser atrayente, las dificultades y sacrificios no compensaban el precio. Aún hoy, con algunas lógicas limitaciones, dicha premisa conserva su vigencia", nos asevera el autor, y agrega modo de resumen "Por eso si a un médico rural se lo debe rotular de especialista en algo, cabría titularlo como especialista en vidas".

En la tropilla cuarta relata sobre el armamento "del médico rural", estamos en 1925 por lo que por supuesto no falta de la lista el alcohol alcanforado, los mercuriales, ventosas, enemas, éter, el ombredanne, etc. Y la conclusión que su amor y pasión fueron los más efectivos. La tropilla quinta encierra una serie de relatos donde ¡Haga algo Doctor! precede anécdotas como las que aún hoy se viven en los momentos de mayor riesgo, salvo que el inicio y el final quedaban en sus generosas manos. Con una hermosa reflexión sobre el mate transcurre la segunda tranquera, y dice ya sobre el final, "el médico no debe olvidarse que el también **es hombre**" La sexta tropilla enumera el derroche de amor de su relación médica con los pacientes niños.

La tercera tranquera encierra todo el homenaje de esto médicos rurales para sus esposas haciendo una prolija descripción de sus bondades, roles y algunos defectos propios de las tareas y las circunstancias que le toca vivir, así les dice: "Ellas son la imágenes vivientes de un sueño de lucha y amor que nos arrulla palmo a palmo ellas son el alma de nuestro cuerpo". Finaliza en la tropilla séptima convertido en paciente de los super especialistas, con su corazón fatigado, recibiendo un marca-pasos definitivo.

De todas sus conclusiones rescato: "¡Que lindo es haber podido vivir así! ¡Cuántas gracias debo dar por el destino que me tocó vivir!

Al final es un libro para leer, para emocionarse viendo la admiración de un hijo, el amor del esposo, la presencia de la compañera y el reconocimiento de todos. Una rica experiencia para analizar y comparar, un espejo para los jóvenes. Cuando la Salud de la población no esté a cargo de la abnegación de algunos médicos y los expedientes de generosos programas se desempolven, la política de Salud deje de ser solamente declaraciones y pase a ser hechos quizá estos personajes desaparezcan, pues el dolor y el olvido que obligó a su accionar no estarán presentes.

Agradecemos al Colegio Médico del Neuquén habernos hecho llegar tres ejemplares de este libro.

PLANIFICACION NATURAL DE LA FAMILIA

Método de la ovulación Tomado del Prólogo

Autor Dr. JOHN BILLINGS

"El Dr. John Billings es actualmente conocido en todo el mundo por su nuevo método natural para la planificación de la familia. Médico, de origen australiano, ha logrado que su teoría en torno a la transmisión de la vida humana haya acaparado la atención de los ginecólogos, de los gobiernos de diversos países y, en especial, de la Iglesia católica. Su método se está aplicando ya en más de cincuenta naciones, sobre todo del Tercer Mundo.

El médico Billings está despertando un interés sin precedentes. Todas sus afirmaciones se basan en los procesos naturales. La mayor pena del Dr. Billings es constatar que no se haya dedicado, para experimentos que detectan la ovulación, una

mínima parte de los recursos invertidos por las grandes potencias en el estudio de los métodos artificiales anticonceptivos.

Al trazar el autor las líneas de este método de planificación natural, parte de principios morales sanos. Es muy corriente oírle decir: "Todo lo que está de acuerdo con la naturaleza es bueno. Lo que la ataca, es malo". "No podemos servir a Dios sin imponernos alguna disciplina". "No hay cuenta bancaria capaz de sustituir el amor de los esposos".

Este método es una respuesta desafiante al problema demográfico que sacude a nuestro Continente, y, también, a nuestro País. Sale al paso de los burdos interrogantes que plantea la criminal cam-

pañá, conocida por todos. "Ni fecundidad sin amor, ni amor sin fecundidad. Es decir, ni crecimiento silvestre de la población, fruto de un malentendido machismo, ni control veterinario impuesto o sugerido de arriba, al margen de la población humana y de la justicia social. Tampoco la esterilidad irresponsable por motivos egoístas".

Si las nuevas generaciones de novios y esposos, en lugar de incluir en su ajuar de bodas un arsenal de métodos artificiales anticonceptivos, ensayaran este método, que no ofende a la naturaleza ni disminuye el amor, se evitarían muchos disgustos, incomprendiones, y aún separaciones y divorcios...

Aquí también encuentra respuesta uno de los problemas más difíciles y angustiosos de los matrimonios católicos, que fieles a la doctrina de la Iglesia, se ven en la urgente necesidad, por graves motivos de conciencia, de evitar un nuevo embarazo. El sacerdote, sobre todo en su papel de confesor, vive también esta angustia. Conocida es la mente oficial de la iglesia católica: sólo son permitidos, por graves razones, los métodos naturales. Pero, son muchos los matrimonios que dicen, con no poca ironía: "Tenemos uno o dos hijos de Ogino". Pero, ésta es la solución.

Los periódicos del 15 de febrero de 1976, con noticias de las agencias informativas AP y AFP, decían que la Santa Sede adoptó oficialmente y subvencionará este método de control natural de la familia. Y en la edición de "L'Osservatore Ro-

mano" del mismo día, el teólogo Gino Concetti afirmaba que el método es moralmente aceptable y lo suficientemente seguro para regular los nacimientos. Recordaba que los Papas siempre han declarado legítimo el control natural y voluntario de los nacimientos".

LOS DOCTORES JOHN Y LYN BILLINGS ASEGURAN QUE EL METODO DE LA OVULACION PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR

—Permite que todos los embarazos sean planeados.

—Está basado en conocimientos científicos.

—Puede ayudar a muchos matrimonios infecundos a lograr el embarazo.

—Es natural y por lo tanto completamente inocuo.

—Es moralmente aceptable.

—No requiere que los ciclos sean regulares.

—No requiere que se tome ninguna clase de píldoras.

—Ayuda a establecer la armonía física y moral del matrimonio.

—Puede ser usado con éxito por toda mujer que así lo desee.

A MI ESPOSA

"Alzanse sus hijos y la aclaman bienaventurada,
y su marido la ensalza".

Proverbios 31, 28

Normas de Orientación Diagnóstica y Terapéutica en Pediatría - 1980 - Servicio de Pediatría del Hospital Regional Neuquén.

Dedicado a los Médicos Rurales, se señala en la Introducción que "la compilación de estas normas en un volumen representa la intención de atesorar en la palabra escrita la convención y el consenso de los médicos del Servicio de Pediatría del Hospital Neuquén, respecto a determinadas conductas frente a las enfermedades por los que más frecuentemente son consultados. No es su pretensión la de "hacer docencia" fuera de los límites del servicio, aunque podamos, a priori, reconocerle el valor de una mostración de un aspecto del trabajo cotidiano. No se busque entonces originalidad sino más bien la adecuación pertinente de la originalidad de otros a nuestra realidad. No obstante queda dicho, estas Normas son experiencia confrontada y transitoriamente, como todo conocimiento científico, corroborada, a través de la variable de la demanda y de los recursos con que cuenta el Servicio".

Agrega que "...este trabajo es fruto de la amplia participación de un grupo de trabajo, que en su totalidad y a lo largo del transcurso del programa prestó su activa colaboración. No es por lo tanto la redacción y difusión de un contenido que no haya sido sometido a la consulta del grupo. Todos sus capítulos reconocieron ese tamiz. Por otra parte la tarea tuvo una distribución conforme a las orientaciones profesionales expresadas por los miembros del grupo, teniendo en cuenta que la carga de trabajo fuese lo más equitativa posible. Por esta razón el trabajo tiene un valor para todos los médicos del Servicio y por ello mismo tiene la garantía de su cumplimiento y de su utilidad". Valiosa presentación, de permanente consulta

"recordatoria" para los generalistas. Quedamos a la espera de la aparición del segundo Tomo de esta serie.

LOS RELOJES Y LA CIUDAD

Ahí vienen;

Ahí van;

arrastrando sus relojes
los de la ciudad.

Pesadas cadenas de obligaciones
los atan a ellos sin piedad;
Con los nervios los arrastran
destrozándolos sin pensar
ni siquiera un momento
en la suprema libertad.

Así viven

los de la ciudad.

Arrastrando sus relojes

pesados ya

de sus infantiles victorias:

dinero, nombre y propiedad.

Así mueren

los de la ciudad.

Gabriel A. Mutti

AGOSTO EN NEUQUEN...

NIEVE Y ALEGRIA... FIESTA DEL MONTAÑES EN SAN MARTIN DE LOS ANDES...
CONSULTE EN LA DIRECCION PROVINCIAL DE TURISMO O A SU AGENTE DE VIAJES...



ADHESION DE:

LOTERIA
la NEUQUINA

NEUQUEN

Realidad de Futuro



**SEMAFOROS... PAVIMENTO... PUENTES
VEHICULARES... FORESTACION...
SON REALIDADES DEL NEUQUEN DE HOY**

**LA MUNICIPALIDAD CAPITALINA SE
BRINDA EN OBRAS Y SERVICIOS**