

MAR



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



**Hospital
de área
LONCOPIUE**



**Hospital
de área
ANDACOLLO**



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:

Dr. Miguel Irigoyen

SECRETARIO:

Dr. Roberto De Los Santos

TESORERO:

Dr. Marcelo Bortman

DIRECTOR DE

PUBLICACIONES:

Dr. Alejandro González

Vottero

VOCALES:

Dr. Héctor Bonenti, Dr.

Nestor Gerez, Dr. Arturo

Carrillo, Dr. Walter Gon-

zález.

MR

DIRECTOR

Dr. Malcolm Elder

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Miguel Irigoyen, Dr. Jorge

Gorosito, Dr. Armando

Calá Lesina, Dr. Rodolfo

Arienti, Dra. Marta González

Dr. Arturo Garrillo. **ASESO-**

RES CIENTIFICOS: Dr. Horacio

Lores, Dr. Norberto Kur-

chan, Dr. Julio Raby, Dra.

María Elena Chiesa, Dr. Julio

Arce, Dr. Daniel Etcheve-

rría, Dr. Carlos Pianciola,

Dr. Mario Borini, Dr. Julio

Monsalvo.

Reg. Prop. Intelectual N° 191116

Dirección Postal - C.C. 705

(8300) NEUQUEN

DISTRIBUCION GRATUITA

Impreso en:

GRAFICA MODELO

Mitre 536 - T.E. 22690 NEUQUEN

MIR

**AÑO 3 — N° 9
MARZO - JULIO 1983**

INDICE

EDITORIAL.....	1
HACIA UN CAMBIO DE MENTALIDAD Dr. Carlos O. Pianciola.....	2
EMERGENCIAS OFTALMOLOGICAS Dr. Juan C. Corradi.....	3
ESTADOS ANORMALES DE LA CONCIENCIA Dr. Carlos Casullo...	6
PASATIEMPOS.....	8
ATENCION PEDIATRICA PRIMARIA Servicio de Pediatría.....	9
DIEZ MITOS SOBRE EL HAMBRE EN EL MUNDO (cont.) Frances Lappe y Joseph Collins...	15
A PROPOSITO DE HIPOCRATES Dres. Julio Raby - Rodolfo Arienti.	19
ISSARA: PROGRAMA MATERNO INFANTIL.....	20
SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO.	21
ANECDOTARIO REFLEXIVO.....	25
OBJETIVO COMUNICARNOS.....	26
RESEÑA BIBLIOGRAFICA.....	28

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

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

EDITORIAL

Instituto de Investigaciones
Universitaria
Universidad Nacional de Lanús

CARRERA SANITARIA Y CONCURSOS HOSPITALARIOS

Nuevamente el tema de los concursos para distintos cargos hospitalarios en la provincia ha acaparado el interés y la preocupación no solamente de los aspirantes, sino de las entidades en que se nuclean los profesionales y que sostienen la representación delegada de sus integrantes. En tal sentido la SMR ha manifestado en varias oportunidades desde 1979 que la realización de concursos es el mecanismo idóneo para el ingreso al Sistema de Servicios de Salud en el marco de una Ley de Carrera Sanitaria Provincial. Creemos que la polémica desatada a raíz de los cursos de junio no servirá para desviar la atención, que debe estar centrada en la elaboración, reglamentación, sanción e implementación de la Carrera Sanitaria (que no es Médico-Hospitalaria exclusiva). Sin embargo, estos concursos pueden servir como el ejercicio instrumental adecuado y factible actualmente para evitar la digitación y los nombramientos extemporáneos, y la discusión amplia de sus bases y condiciones permitirá que sean claras y equánimes, permitiendo el ingreso de profesionales calificados que jerarquicen el Sistema y la Atención de la Salud de la población.

Asimismo debemos tener claro que los concursos efectuados y la Ley de Carrera Sanitaria eventualmente sancionada durante el gobierno "de facto" serán motivo de examen, aprobación, cuestionamientos, suspensión y/o modificación cuando se establezca nuestro gobierno constitucional en pocos meses más. Por ello y en defensa de un derecho, expresamos que todos los sectores y entidades que agrupan y representan a los trabajadores de la salud deben intervenir responsables y decididamente, como interlocutores válidos, en el tema de la Carrera Sanitaria, sin dilettantismo, ya sea para lograr su sanción previa como para su aprobación legal constitucional posterior. La alternativa no es el antes o el después, sino el fortalecimiento de un proceso de participación con las aproximaciones sucesivas y las correcciones necesarias. La SMR por su origen y objetivos no puede eludir esta responsabilidad.

HACIA UN CAMBIO DE MENTALIDAD

"Educar para la salud bucal es llevar al paciente a modificar la conducta al respecto para que tome **decisiones propias adecuadas** luego de haber sido **informado** convenientemente"... (Basso, Edelberg, Varvieri, Reseñas odontológicas, vol. 2 N° 5, julio 1972).

Uno de los objetivos fundamentales de las personas y organismos que desarrollan su actividad en el área salud es **EDUCAR**: Educar para la salud.

Los Odontólogos como parte integrante de este área estamos comprometidos en esta función, pero... realmente ¿la cumplimos? Algunas pocas cifras nos ayudarán a comprender el incalculable valor que tiene la función educativa que podemos realizar. Según la O.M.S. el 95% de la población adulta padece de alguna de las dos enfermedades bucodentales fundamentales (caries, y/o enfermedad periodontal). El porcentaje para los niños se reduce un poco, pero de todas maneras es alarmante: 89%. Por otro lado hay estudios serios que nos dicen que de esa población enferma sólo entre un 15 a 20% recibe atención odontológica. Las cifras son de por sí elocuentes como para hacernos asumir el compromiso de luchar para disminuirlas.

En este punto me pregunto: ¿será posible disminuir las cifras haciendo una odontología curativa, es decir actuando directamente sobre la enfermedad instalada, o para hacerlo más claro aún curando caries y enfermedad periodontal ¿...no?, evidentemente no. No alcanzarían los odontólogos de todo el país trabajando las 24 horas, durante siete días a la semana para llegar a un índice cero.

Es aquí en donde introduzco la palabra "EDUCACION". Nuestra tarea deberá encaminarse a lograr un cambio de mentalidad "bucal" en toda la población, que por supuesto nos incluye a nosotros: los odontólogos, los primeros que deberemos cambiar.

Creo que ya es un vicio, en casi todo los odontólogos, el ser un técnico, es decir ver la cavidad de caries, eliminar la parte enferma y reconstruir la pieza con una obturación, para dentro de un tiempo repetir la maniobra en otra pieza dentaria y por que no, también en la misma. Y mis preguntas siguen... ¿que puedo hacer para evitar esta secuencia.

Evidentemente debo ordenar mi forma de proceder. Debo ajustar mis acciones para tratar de llegar antes que la enfermedad, y si no puedo, debo curar la enfermedad y a la vez tomar los recaudos para que ésta no recidive. Es notorio que lo que propongo es cambiar mi mentalidad de "odontólogo curativo" para asumir tareas de prevención. En primer lugar deberemos convencernos de la validez de los métodos preventivos: cepillado dental, ingesta de fluor, dieta, revisión periódica, etc.

Una vez convencido comenzará nuestra tarea para educar a nuestros pacientes tratando que estos acepten y pongan en práctica los métodos que tratamos de inculcarles. Cuando nos damos cuenta de la importancia que tiene la educación para la salud bucal de nuestros pacientes estaremos preparados para desarrollar una odontología integral. El Odontólogo seguro de sus conocimientos, seguro de la importancia de impartir educación bucodental podrá influir en otros grupos del área salud para que estos se transformen en sus aliados en la dura lucha para reducir los índices expuestos al principio. Hay dos profesionales que no debemos desaprovechar en nuestros objetivos: el médico y el agente sanitario. Quizá sean ellos quienes puedan tener contacto con nuestro enfermo antes que la enfermedad bucodental acuse-sintomatología. Tal vez sean ellos quienes primero puedan aconsejar la visita al Odontólogo, sean ellos quienes puedan indicar el cepillado dental, la ingesta de fluor, y también una dieta adecuada para conservar la salud bucodental.

Pero será función del odontólogo motivar a estos dos grupos de profesionales haciéndoles notar la gran ayuda que nos puedan brindar en nuestra lucha.

A modo de resumen y para finalizar estas desordenadas ideas creo importante remarcar la necesidad del cambio de mentalidad del Odontólogo. La seguridad de que su lucha contra las dos enfermedades bucodentales principales es justa e importante, acompañada con conocimientos amplios y bien fundamentados sobre las técnicas de prevención lograrán poner en práctica esa hermosa definición de EDUCACION PARA LA SALUD BUCAL.

Dr. Carlos Osvaldo Piacioli

A continuación incluimos dos artículos de actualización médica, el primero de ellos trata temas oftalmológicos y el segundo un tema neurológico, preparados respectivamente por los doctores Juan C. Corradi y Carlos Casullo, especialistas del Hospital Regional Neuquén, y cola-

boradores de la Sociedad. Entendemos que son de evidente utilidad práctica para todos los médicos generalistas y que aportan elementos del conocimiento que permiten intervenciones oportunas y precisas en beneficio de la calidad de la atención médica de la población.

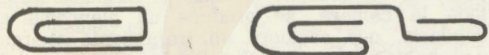
EMERGENCIAS OFTALMOLOGICAS

INSTRUMENTAL:

Pinza de depilar; linterna chica; oftalmoscopio y lupa.

PARPADOS

Heridas: El primer paso consiste en determinar la extensión de la herida y comprobar si está o no comprometido el globo ocular. Previamente, colocar una gota de anestésico para facilitar la apertura. Si es necesario, usar separadores que pueden improvisarse con un clip:



Se investigan los reflejos; se busca heridas de conjuntiva, córnea o esclerótica y si es posible, la agudeza visual, comparándola con la del ojo sano. Se debe efectuar hemostasia, protección con antibióticos y tratamiento antitetánico.

Si la herida toma solamente la piel y músculo orbicular, se efectúa sutura simple. Si está interesado todo el espesor del párpado, se debe suturar en dos planos: el primero por la cara externa de la piel, con puntos separados y el segundo por la conjuntiva con sutura continua.

Cuando la herida lesiona el canalículo lagrimal (especialmente el inferior), cuando hay pérdida de sustancia o bien la herida del párpado revela la presencia de tejido celular (lo cual indica que el septum orbitario está roto o abierto), se debe efectuar hemostasia vendaje compresivo y derivar a un servicio especializado.

Al cerrar una herida palpebral, es de fundamental importancia restablecer la continuidad del borde del párpado.

CONTUSIONES: Las equimosis o hematomas palpebrales no tienen mayor importancia por ser v se reabsorben espontáneamente, pudiéndose utilizar hielo localmente (en las primeras horas) y fibrinolíticos (Troma-Sin NR; Varidasa NR, etc). Siempre debe investigarse una fractura del techo o piso de la órbita. La radiografía de frente debe efectuarse en posición mento-naso-placa o más oblicua aún (posición de Blondeau). De éste modo, los peñascos no aparecerán en las orbitas por debajo del seno maxilar, permitiendo ver techo, piso y rebordes orbitarios con toda claridad. En fracturas de piso, el ojo está en enoftalmía, desplazado hacia abajo con dificultad para mirar hacia arriba (o abolición) y la consiguiente diplopía.

QUEMADURAS: Se tratan como las quemaduras en general, dejando para una segunda eta-

pa el tratamiento de las retracciones que pudieran quedar. Si hay lesión del epitelio corneal (se pone de manifiesto por una pérdida de brillo, que se tinte intensamente con fluoresceína) debe hacerse oclusión con pomada antibiótica, hasta que la úlcera cierre.

INFECCIONES:

Orzuelo: Consiste en una infección del folículo piloso, y su tratamiento es extirpar la pestaña correspondiente, fomentos calientes y pomada antibiótica (3 ó 4 veces por día). Si hay conjuntivitis agregada, usar un colirio antibiótico cada 2 ó 3 horas.

Cuando aún no se ha hecho evidente el folículo afectado por su pústula típica, el diagnóstico se aclara por la existencia de un punto doloroso exquisito en el borde del párpado, al palpar con un dedo todo el reborde palpebral.

Blefaritis aguda: Hay una hiperemia del borde palpebral con escamas o costras melicéricas. Se tratan con pomadas antibióticas con corticoides 4 veces por día. Las etiologías más frecuentes son: seborrea, alergia o infección estafilocócica.

CONJUNTIVA

HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL: Es una mancha roja brillante o vinosa de aparición brusca, asociada a un esfuerzo, traumatismo, hipertensión arterial o arterioesclerosis. Generalmente, se reabsorben solas, en una a tres semanas. Cuando van asociadas a un traumatismo muy intenso investigar si hay lesión ósea u ocular, en cuyo caso deberá derivarse aun centro especializado.

Quemaduras: Con álcalis son las más comunes (Cal, lavandina, etc.). El tratamiento consiste en primer lugar, en aliviar el dolor y disminuir el blefaroespasmio con Pantocaina, luego efectuar un enérgico lavado (evirtiendo los párpados) con agua o solución fisiológica, usar jeringa grande sin aguja, y mandar el líquido a presión moderada; por último, instalar EDTA, del mismo modo (el envase viene provisto de un pico fino, tipo gotero). Colocar abundante cantidad de pomada antibiótica, dos veces por día, manteniendo en los intervalos el ojo ocluido. Dilatar la pupila por la iridoclititis intensa y dolorosa. Si hay necrosis de tejido (conjuntiva blanca; córnea totalmente opaca), derivar a centro especializado, pues requiere tratamiento quirúrgico. Nunca dejar el ojo cerrado sin controlar más de 24 horas, pues así se previene la formación de un simblefaron (soldadura de las superficies denudadas de las conjuntivas palpebral y bulbar).

Las quemaduras con ácidos son menos frecuentes y en líneas generales el tratamiento es el mismo.

En éstas no usar el EDTA sino un lavaje con líquido alcalino que puede improvisarse diluyendo una cucharada de bicarbonato de sodio en un vaso de agua. Puede haber una opacidad corneal blanco-nacarada por la coagulación de las proteínas del epitelio corneal. No tocarla pues caerá sola al reconstituirse el epitelio.

Conjuntivitis aguda: Puede ser = catarral purulenta - mucopurulenta.

Generalmente de comienzo unilateral, contagiándose luego el otro ojo. El tratamiento consiste en ATB locales **cada dos horas**; higiene, (con agua hervida). En los niños más pequeños se agrega pomada ATB, colocada en el fondo del saco conjuntival, 3 veces por día. Si al cabo de 48 horas no se nota mejoría y al cuadro se agrega adenopatía preauricular, es muy probable que se trate de una virosis y la remisión demorará de 2 a 3 semanas. En éste caso, agregar al tratamiento hielo local y colirio vasoconstrictor (Kalopsis NR o semejantes).

Las conjuntivitis alérgicas (ardor; picazón; fotofobia; lagañas; sensación de cuerpo extraño; a veces dermatitis palpebral), se tratan con corticoides-antihistamínicos locales (gotas, pomadas), 4 a 6 veces por día.

CORNEA Y ESCLEROTICA

Cuerpo extraño corneal: Para su mejor visualización es conveniente iluminar la córnea en forma tangencial. La extracción se hará, previa anestesia local, con una aguja de punta roma (esterilizada por flameado). En lo posible no traumatizar demasiado la córnea. Si el cuerpo extraño está demasiado enclavado y la extracción fue muy dificultosa, la oclusión se debe dejar por lo menos 48 a 72 horas. Siempre después de la extracción de un cuerpo extraño hay que efectuar una oclusión abundante y compresiva, por un período no menor de 48 horas. Si un cuerpo extraño ha permanecido varios días y al observarlo está rodeado de un halo blanco-amarillento, acompañado de una intensa reacción inflamatoria (inyección ciliar) y edema de córnea (el paciente ve como "detrás de un vidrio empañado"), se trata de un absceso. En este caso, extraer el cuerpo extraño, no traumatizar demasiado e iniciar una energética terapia ATB local (gotas cada hora) y general (gentamicina). Si hay seguridad en el diagnóstico, no dudar en inyectar subconjuntivalmente media ampolla de gentamicina 80 mg o media ampolla de sisomicina diluidas en medio cm3 de Xylocaína NR. Si a las 24 horas sigue igual o mejora, continuar con la misma medicación, pero si aumenta de tamaño y/o aparece hipopion, hay que derivarlo urgentemente a un centro especializado.

Cuerpo extraño subtarsal: Es tanto o más molesto que el cuerpo extraño corneal. Descartado éste y ante la persistencia de molestias, evertir el párpado superior. Si el cuerpo extraño se ve, extraerlo. Si hay dudas, pasar una gasa por la conjuntiva (sin presionar demasiado) y lavar con gotas vasoconstrictoras. Si hay úlcera corneal, ocluir el ojo.

Heridas perforantes: Casi siempre requieren un tratamiento quirúrgico a breve plazo, por lo que se aconseja, como tratamiento de urgencia, gotas de Pantocaína NR y ATB (NUNCA USAR POMADAS) Oclusión, reposo absoluto, tratamiento antitetánico y derivación.

TRACTO UVEAL

Hipema: Es una hemorragia en la cámara anterior, producida por un traumatismo, con o sin herida penetrante. La sangre, por gravedad, se deposita en la parte inferior de la cámara, formando un nivel, o bien, suspendida por el humor acuoso, da un tono rojizo a éste, dificultando la visibilidad del iris y la pupila. Suele reabsorberse en unos días con reposo y medríaticos. Si el hipema va en aumento o desde el comienzo ocupa toda la cámara, se produce un glaucoma secundario, que requiere un tratamiento energético y probablemente quirúrgico. Según la intensidad del traumatismo, podrán asociarse otras lesiones del globo, tales como: desgarros del esfínter pupilar (discoria); desgarros de la raíz del iris (iridodíalisis); subluxación del cristalino; edema o desprendimiento de retina; hemorragia vítreo; etc. Por lo tanto, ser cautos en el pronóstico visual ante un ojo con hipema.

Uveítis: Es la reacción inflamatoria del tracto uveal, con sus dos componentes: iridociclitis o uveítis anterior y coroiditis o uveítis posterior. La etiología es muy diversa, local o sistémica; endógena o exógena y en un considerable porcentaje el diagnóstico etiológico queda sin aclarar.

El cuadro clínico de la iridociclitis se compone de:

- inyección ciliar
- exudados en cámara anterior
- dolor
- fotofobia
- lágrimeo
- visión turbia
- miosis
- precipitados queráticos.

Al dilatar la pupila pueden hacerse manifiestas las sinequias posteriores al cristalino, con pupila irregular, en trébol, etc.

El diagnóstico diferencial se plantea con la conjuntivitis aguda y el glaucoma agudo, por lo cual deben tenerse en cuenta los siguientes elementos:

signos y síntomas

- Dolor
- Pupila
- Refl. fotomotor
- Córnea:
- Tensión
- Conjuntiva
- Cámara anterior
- Visión
- Comienzo
- Síntomas generales

UVEITIS

- moderado en ojo
- miosis
- perezoso
- poco edema y precipitados
- normal o baja inyección ciliar profunda
- algo disminuida gradual
- malestar

CONJUNTIVITIS

- leve
- normal
- normal
- normal
- normal
- invecc. conj.
- normal
- normal
- gradual
- normal

GLAUCOMA

- intenso-irradiado
- midriasis paráltica
- muy disminuido o abolido
- edema marcado
- alta
- iny. ciliar
- aplanada
- muy disminuida
- brusco
- postración y vómitos

Tratamiento de la uveítis:

a) corticoides inyectables por vía general: 1 ampolla por día.

b) corticoides locales: gotas cada dos horas.

c) midriáticos: 4 a 6 veces por día.

d) si hay infección sobreagregada, se asocian antibióticos.

e) el de la etiología, si se conoce.

Modo práctico de observar la profundidad de la cámara anterior:



(figura 1)

GLAUCOMA AGUDO

Consiste en un aumento brusco de la presión ocular por bloqueo del drenaje a nivel del canal de Schlemm, en la raíz del iris. Las causas son muy variadas pero el tratamiento de emergencia es el mismo en todos los casos.

Signos y síntomas:

a) Generalmente hay antecedentes de episodios menos intensos, que cedieron espontáneamente.

b) dolor intenso y brusco, irradiado a toda la órbita.

c) Visión borrosa y "halos" coloreados al mirar luces.

d) Córnea turbia por el edema.

e) Pupila con midriasis

f) Cámara anterior muy estrechada o plana.

g) Inyección ciliar.

h) Síntomas generales: náuseas, vómitos, bradicardia, sudor.

Tratamiento:

a) Pilocarpina al 2%: 1 gota por minuto, durante 5 minutos; luego 1 gota cada 5 minutos durante 20 minutos; seguir con 1 gota cada 20 minutos por dos horas y luego 1 gota cada hora.

b) Diamox NR: 1 comprimido de 250 mg cada 4 horas.

c) Analgésicos.

El enfermo debe derivarse, pues todo glaucoma agudo es quirúrgico, una vez que ha bajado la presión.

MEDICAMENTOS INDISPENSABLES

1) Anestésico local (Pantocaína NR gotas o similar).

2) Fluoresceína.

3) Midriáticos (Midriaticum NR; Poen efrina 10% NR; etc.).

4) EDTA

5) Mióticos (pilocarpina)

6) Antibióticos en gotas.

7) Corticoides (Triamcort NR; Visumetazone NR; Isoptomaxidex NR; etc.)

8) Antihistamínicos (Antistina Privina NR).

9) Vasoconstrictores (Kalopsis NR; Bajumol NR; Lidil NR; etc).

Pomadas

1) Antibióticos (Terramicina NR; Vistacloram NR; Sintomicetina NR; etc.).

2) ATB con corticoides (Ledercort c/neomicina NR; Preneofar NR; etc.).

3) Anestésicos (Anestesiol NR).

ESTRABISMO

Consiste en una pérdida del paralelismo de los globos oculares, permanente o intermitente; parálitica o no.

Según la dirección del ojo desviado, el estrabismo será;

—En abducción: esotropía o convergente.

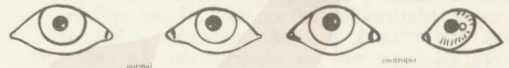
—En aducción: exotropía o divergente.

—Hacia arriba: hipertropía.

—Hacia abajo: hipotropía

Normas elementales:

1) Constatar si realmente se trata de un estrabismo (E). Para ello se usa la prueba de Hirshberg: se coloca frente a los ojos la luz de una linterna y se ve el reflejo de la misma en la córnea. Si es normal, se ve el reflejo simétrico en ambos ojos ligeramente por dentro del centro pupilar. Si hay un estrabismo, uno de los ojos estará desviado hacia adentro (E. convergente) o hacia afuera (E. divergente)



(figura 2)

2) Verificar si el niño puede fijar con el ojo estrábico (al tapar el ojo normal, endereza y mira con el ojo desviado). Si no es así, debe derivarse (lesión ocular que impide fijar: catarata; atrofia de papila; coroiditis) o bien estrabismo antiguo que no desarrolló la fijación macular y utiliza para fijar un punto extramacular (ésto se llama fijación excéntrica).

3) Edad de comienzo: El E. se debe tratar desde los seis meses. El primer tratamiento a efectuar es la oclusión permanente (dos días el ojo fijador; un día el ojo estrábico). La oclusión para ser efectiva, debe ser **permanente**, ya en uno, ya en otro ojo. Al comienzo es molesta, pero el niño termina por aceptarla. Si el niño tolera bien la oclusión cuando se tapa el ojo estrábico pero se resiste a la oclusión del ojo fijador, sospechar que no ve con su ojo desviado. En ese caso debe examinarse ese ojo con minuciosidad para descartar una patología mas seria.

4) Si el niño es menor de dos años, ésta oclusión debe mantenerse hasta que tenga dos o dos y medios años y luego derivarlo, pues posiblemente debe ser operado (recordar que antes del año todo E. se considera congénito y es siempre quirúrgico).

Si el niño es mayor (3 a 6 años), después de efec-

tuar la oclusión alternante, debe derivarse para buscar la causa y tratarla (anteojos - cirugía).

5) En E. de niños mayores que nunca fueron tratados, es muy probable que existan alteraciones sensoriales importantes (no fija con el ojo estrábico; ve muy mal con ese ojo AMBLIOPIA) y se resiste a la oclusión por ese motivo. Es necesaria entonces la consulta con el especialista para que éste dé las instrucciones sobre la conducta a seguir. No obstante, si el niño puede fijar bien con el ojo estrábico, aunque ve mal, debe hacerse la oclusión permanente del ojo sano y ver si empieza a mejorar la visión. Si es así continuar la oclusión hasta que iguale a la del ojo sano y luego evacuar para el tratamiento definitivo. Si no mejora la visión, derivarlo, pues probablemente tenga un vicio de refracción que le impide ver bien, o una lesión ocular. La **ambliopía** es reversible hasta los diez años; **luego ya no**. Por lo tanto, los E. adultos sólo pueden ser corregidos estéticamente, pero no funcionalmente. Esta corrección debe dejarse a criterio del especialista, lo mismo que los E. paralíticos.

VIAS LAGRIMALES

El problema del "lagrimal tapado": éste cuadro se caracteriza por epífora que aparece entre los 10 y 30 días del nacimiento y es **permanente**, complicándose regularmente con conjuntivitis rebeldes. Estas últimas deben ser bien tratadas y con energía, para evitar complicaciones (dacriocistitis agudas). Una epífora que aparece a los 2, 3 ó más meses de vida, casi con seguridad **no es** por obstrucción lagrimal (generalmente son conjuntivitis mal tratadas). Confirmado el diagnóstico, entre los cuatro y ocho meses se debe efectuar el sondaje lagrimal. Los famosos **masajes sobre el saco lagrimal, son INEFICACES** y deben evitarse. Recordar que en algunos casos la permeabilidad se restablece espontáneamente.

Dacriocistitis del adulto: La forma aguda no es sino una complicación de la crónica. Esta última se caracteriza por epífora permanente de un ojo (descartar un ectropion, conjuntivitis crónica o cuerpo extraño ocular). No cede con ningún tratamiento. Al agudizarse se forma un verdadero absceso del saco lagrimal, con tumoreación en el área del saco (más abajo del ángulo interno del ojo), doloroso, hiperémico, que al comprimirlo evacúa pus hacia el ojo. No siempre es así, pues la intensa inflamación puede bloquear el reflejo de pus hacia el ojo.

Tratamiento: antibióticoterapia intensa local y general. El tratamiento final y definitivo es quirúrgico (dacriocistorrinostomía). Si el absceso ya evidencia una zona de fluctuación, con una piel delgada y traslúcida que permite ver el pus, no demorar la incisión y drenaje del saco (incisión de 5 mm, vertical y en la zona más declive).

Dr. Juan C. Corradi
Médico Oftalmólogo
Servicio de Oftalmología
Hospital Regional Neuquén

ESTADOS ANORMALES DE LA CONCIENCIA

DEFINICIONES:

1) **CONCIENCIA:** Significa el conocimiento del yo y del medio que lo rodea. Existen dos aspectos de la conciencia:

a) **Contenido:** es la suma de las funciones síquicas. Su correlación anatómica está dada por la corteza cerebral y algunos núcleos subcorticales y sus conexiones.

b) **Estimulación:** ligada al estado de alerta de la conciencia y su opuesto, el sueño. Anatómicamente está referido al S.A.R.A. bulbo-ponto-mesencefálico, referido a la sustancia reticulada, núcleos talámicos correspondientes y el sistema tálamo-cortical de proyección difusa.

O sea que pueden existir estados alterados de la conciencia por: a) gran lesión a nivel cortical: hemorragias subaracnoideas, meningitis, intoxicaciones.

b) pequeña lesión en el tronco cerebral; es más frecuente: hemorragias, tumores, isquemias, lesiones secundarias a hernias cerebrales, todas localizadas a nivel del tronco cerebral.

2) ESTADOS ANORMALES DE LA CONCIENCIA:

Obnubilación: el paciente está hipersomne, pero estimulándolo responde con respuestas más o menos ordenadas.

Estupor: respuestas muy débiles; hay que estimularlo fuertemente para que reaccione y las respuestas suelen ser desordenadas y equívocas.

Coma: ausencia de respuestas ya sea externa o internas.

Otros estados que pueden simular coma:

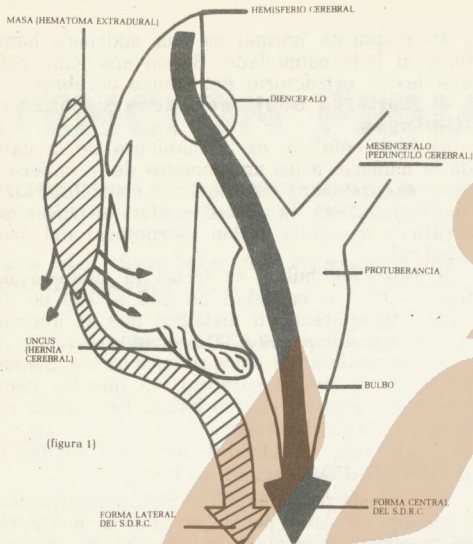
Afasia global.

Síndrome del cautiverio

Mutismo aquinético.

Estado vegetativo crónico.

En 1970 Plunx y Postner, observando estados anormales de la conciencia y su repercusión clínica, logran correlacionar todos los síntomas y signos hallados con lesiones precisas en el encéfalo, mediante un cuidadoso estudio anatómo-patológico de pacientes fallecidos. De esta manera proponen un esquema por el cual aseguran que todas las entidades mórbidas recorren un camino INDEFECTIBLE de deterioro del S.N.C., independientemente de la etiología, con repercusión clínica muy precisa y con una correlación muy estricta con las lesiones halladas en el S.N.C. A éste esquema lo llaman: SÍNDROME DE DETERIORO ROSTRO-CAUDAL, por el cual proponen que la noxa actuante va deprimiendo centros nerviosos



(figura 1)

de situación rostral hacia los centros nerviosos de situación caudal. Plunx y Postner dividen el S.D.R.C. en dos partes:

Síndrome Central: por el cual la noxa provoca un daño encefálico recorriendo las estructuras centrales del eje hemisférico-tronco cerebral (p/ejemplo: meningitis).

Síndrome Lateral: también llamado del UNCUS. La noxa provoca compresiones de tal manera que produce una hernia cerebral, la que a su vez comprime lateralmente el tronco cerebral. Este camino es más rápido y de peor pronóstico. Es de señalar que el síndrome Central puede transformarse en Lateral y "quemar etapas", hecho conocido como **enclavamiento** por el uncus del hipocampo que se enclava en el tronco cerebral.

Dichos autores hallaron que con pocos parámetros clínicos y fácilmente mensurables, puede ser encuadrado todo paciente con algún daño en el S.N.C. en alguna de las etapas en las que se divide el S.D.R.C., independiente de la etiología. Demás

ETAPAS DEL SINDROME DE DETERIORO ROSTRO-CAUDAL

	ETAPA DIENCEFALICA		ETAPA MESENFALICA	ET. PROTUBERANCIAL	ET. BULBAR
	TEMPRANA	TARDIA			
RESPIRACION	Regular Bostezos Suspiros	Cheyne-Stockes	Cheyne-Stokes- Hiperventilación neurógena central	Biot Salva	Irregular Paro resp.
PUPILAS	Normales	Mióticas R.F.M. (+) R.C.E. (+)	Intermedias (3mm) R.F.M. (-) R.C.E. (-)	Mióticas puntif. R.F.M. (-) R.C.E. (-)	Midriáticas fijas REFL. (-)
REFLEJOS	Normales	Normales	Anormales o no se producen	No se producen	No se producen
ACTIVIDAD MOTORA	Normal Hemiparesia Babinsky Paratonia plástica	Hemiparesia Babinsky Paratonia Decorticación	Decorticación Descerebración	Descerebración No hay respuesta	No hay respuesta

R.F.M.: Reflejo fotomotor
R.C.E.: Reflejo cerebroespinal

ETAPAS DEL SINDROME DE DETERIORO ROSTRO CAUDAL LATERAL

	TEMPRANA	TARDIA
	RESPIRACION	Normal
PUPILAS	Discreta anisocoria con midriasis del lado homolateral a la lesión. R.F.M. (+) R.C.E. (+)	Anisocoria con midriasis homolateral a la lesión. R.F.M. (-) R.C.E. (-) del lado midriático
REFLEJOS	Normales	Anormales Negativos
ACTIVIDAD MOTORA	Normal Hemiparesia Paratonia	Decorticación Descerebración unilateral Descerebración bilateral

está decir que en la progresión del S.D.R.C. el paciente va empeorando hasta las últimas etapas donde la recuperación es prácticamente imposible. Por lo tanto el conocimiento del S.D.R.C. hará que se pueda encasillar a TODO paciente en algunas de éstas etapas y poder seguir el desarrollo de su enfermedad para obrar en consecuencia ante el agravamiento o la mejoría del paciente.

PARAMETROS CLINICOS DE CONTROL EN EL S.D.R.C.:

1) **Respiración:** se observa el ritmo respiratorio y su profundidad.

2) **Actitud motora:** a) Paratonía: es la rigidez plástica por la cual al intentar flexionar algún miembro del enfermo, éste se "opone" al movimiento, si éste es rápido, pero no ofrece resistencia si la flexión es débil.

b) Decortización: movimiento anormal con flexión del miembro superior, inclusión del pulgar y extensión del miembro inferior.

c) Descerebración: extensión y pronación de los miembros superiores y extensión de los miembros inferiores.

3) **Semiología ocular:**

a) Posición de los ojos: que puede ser normal (paralelos) o con posición divergente o convergente en las lesiones del tronco cerebral.

b) Tamaño pupilar: normalmente el tamaño es de 3/3 mm.

c) Reflejos pupilares: Fotomotor y cilio-espinal, cuya vía es: hipotálamo —tronco cerebral—médula cervical—plexo nervioso pericarotídeo—ojos. Se obtiene pellizcando la cara lateral del cuello

y su respuesta normal es una midriasis homolateral al lado estimulado. Su no aparición refleja una lesión estructural del tronco cerebral.

4) **Reflejos óculo-cefálicos y óculo-vestibulares:**

a) óculo-cefálico: es la maniobra de la cabeza de la muñeca: a los movimientos de la cabeza, los ojos excursionan de manera contralateral. Su anormalidad es la fijez ocular o movimientos erráticos y señala lesión estructural del tronco cerebral.

b) óculo-vestibular: se irriga el oído con agua fría a 0°C en cantidad de 200 a 300 cc. Normalmente aparece un nistagmo que se acerca al oído estimulado en 60 a 90 segundos.

La anormalidad de éstos reflejos indica una grave lesión en el tronco cerebral, ya que los centros y vías de éstos reflejos se hallan localizados en el bulbo y la protuberancia.

ETAPAS DEL SINDROME DE DETERIORO ROSTRO-CAUDAL: (cuadros 1 y 2)

En síntesis podemos decir que la interpretación y manejo de éstos pocos parámetros nos permitirá diagnosticar el nivel de la lesión, su progresión en el tiempo, lo cual lo hace sumamente útil en el seguimiento de pacientes con alteraciones de la conciencia para evitar pérdidas de tiempo en la toma de conductas activas, que muchas veces pueden significar el éxito o el fracaso de todo un esquema terapéutico más complejo.

Dr. Carlos Casullo
neurocirujano
Servicio de neurocirugía
Hospital Regional Neuquén

PASATIEMPOS...

El juego consiste en descubrir el nombre de distintas enfermedades las cuales están escritas en forma horizontal, vertical u oblicua y de derecha a izquierda o viceversa, de arriba para abajo o viceversa y comenzando en cualquier punto de la cuadrícula. Por supuesto que hay letras comunes a

dos o más palabras. Finalmente, con las letras que resten, se podrá leer un conocido refrán. En total hay escondidos 38 nombres (ningún nombre propio). Uno de ellos está extraído del Control de esf/transmisibles en el Hombre de la OPS EDICIÓN 78 y lo doy como ejemplo porque sino me tildaría de mentiroso: en el último renglón, comenzando de la primera fila vertical figura "LOTA", que es un sinónimo del Pian. Y comenzando de la última letra del segundo renglón, en forma oblicua hacia arriba, figura "AI", que es un sinónimo de la sinovitis crepitante. Las demás no son tan difíciles. ¡Éxitos!

(Solución en pág. 27)

Rodolfo

D E P A A M U E R S I S O C I M
T L U E A N S U C L U S U E G A
I R R R S A R A M P I O N A R Y
S D C O I A E A U L C O L E R A
I C T C F R D L S O C A C N E S
S I I T I P O T E T A N O S R I
A R F B L E N O R R A G I A , T
T R U C I L U A N C P I A N T I
A O S I S O R U E N M N O M M T
R S A S L A L E C I R A V P P O
A I M R E D O R E L C S E E O I
T S R A B I A L X A R T N A L O
A I R U B E O L A S I S O M I F
C S Ñ M E M J M E G A C O L O N
L O T A A O R N O I G I R E T P

3. Norma de atención del menor de dos años.

Con la finalidad antes referida se procedió en el Servicio de Pediatría del Hospital Neuquén a: Reelaborar la norma de atención de dos años procediéndose a:

—Fijar los contenidos médicos y de enfermería para cada control y adaptar los mismos como para que pudieran ser cumplidos por el médico general.

—Determinar un número de controles médicos y de enfermería eficiente, con menos consultas pero programados teniendo en cuenta los momentos de más riesgo en el grupo a controlar.

—Adoptar de manera uniforme los gráficos para el registro del peso, talla y perímetro cefálico.

—Elaborar una Historia Clínica para estas actividades.

—Realizar citaciones programadas para los controles y proceder al archivo cronológico, según mes de nacimiento, de las Historias Clínicas.

4. Necesidad de adecuar los recursos para la aplicación de la norma.

A tal fin se elaboró un programa con las siguientes características:

—Fijar coberturas por áreas (barrios) según los siguientes criterios:

- a) Condiciones sanitarias del barrio.
- b) Cobertura de atención médica por otros subsectores.
- c) Accesibilidad a los servicios.
- d) Modelo observado.

—Redistribuir las horas médicas disponibles dando mayor aporte al área programada sea a la atención ambulatoria descentrada.

—Fijar tiempos para la atención según se tratara de:

- a) Consultas de primera vez o ulteriores.
- b) Consultas para niños desnutridos.
- c) Consultas por patología

—Evaluar la tarea con la participación y responsabilidad de quienes realizaran la misma.

—Dar cabida en las actividades científicas del servicio a las procedentes de la atención ambulatoria.

5. Sistema de registros.

—Se utiliza una Historia Clínica de ocho hojas.

—La primera hoja es una reseña de datos personales, biológicos, ambientales y sociales que servirá de base para detectar nuestros propios factores de riesgo: su llenado es responsabilidad del médico y por la duración de la entrevista da oportunidad a que se cree el clima de comunicación indispensable para una buena relación médico-paciente. En el espacio de observaciones el médico emite su propio juicio sobre la familia y su grado de vulnerabilidad.

—La segunda hoja está dividida en dos partes: una registra la evolución psicomotriz del niño en cuatro áreas: motriz, intersensorial, del lenguaje y social con pautas cuya correlación cronoló-

gica son de máxima tolerancia dentro de lo que se considera "normal para la edad".

La parte inferior de esa misma hoja efectuada por el propio responsable del Centro: a los seis, doce y veinticuatro meses, sirve para efectuar cortes evaluativos.

Esto intenta que se produzca una revisión periódica de las características de la clientela del Centro y qué aproximación hacia los logros del programa se ha obtenido.

—La hoja tres consta de los gráficos con las curvas de peso, talla y perímetro cefálico discriminado por sexo habiéndose transcrito las elaboradas por el Centro de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires.

Clasificamos la desnutrición según Gómez con dos adaptaciones puramente operativas: la primera hace una corrección de la edad cronológica en base a la edad postconcepcional cuando ésta es pretérmino y la segunda establece que el décimo percentilo de la curva de peso de La Plata coincide aproximadamente con el 15% de la pérdida de peso corporal con respecto al 50avo percentilo de dicha curva y es comienzo del primer grado de desnutrición.

—La hoja cuatro registra los controles propiamente dichos separando los mismos de la patología y permitiendo una clara visión de su cumplimiento y de los parámetros que lo componen. Se separa lo que el niño está recibiendo de las indicaciones actuales.

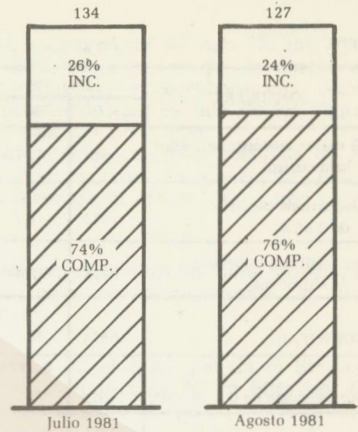
Finalmente el que concurre por control ingresa al sistema de citación programada y por lo tanto concurre al Centro sin necesidad de anotarse el mismo día de su control. Porta una tarjeta de citación donde se registra día y hora en que será atendido una próxima vez. A su vez enfermería va distribuyendo la carga de trabajo que ello significa en forma equitativa para cada médico de modo tal que la composición de pacientes para cada día se encuentre equilibrada entre los que concurren por primera vez, los ulteriores y las consultas por patología, que como se señalara tienen una duración estimada diferente dándose mayor tiempo a las consultas de primera vez y para niños desnutridos.

6. Evaluación.

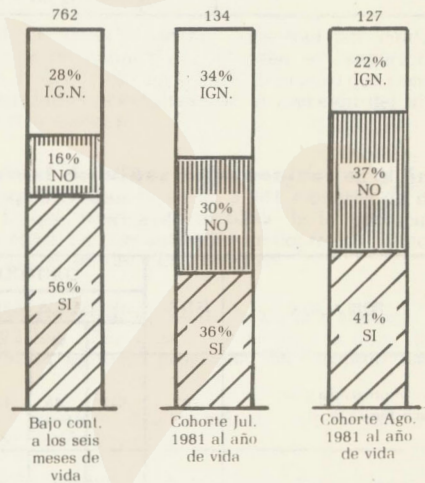
Vacunación: se observa una cobertura para los niños nacidos en julio y agosto de 1981 semejante: el 74 y el 76% respectivamente con esquemas vacunales completos al año de vida. Si pensamos que en el resto se encuentran esquemas incompletos, niños que abandonaron el control pero que igual son contabilizados como un modo de tener presente en forma permanente los escapes del sistema para proveer oportunamente a su reincorporación, que de hecho se produce muchas veces en forma espontánea, podemos considerar la cobertura obtenida como buena.

Por otra parte esto se refleja en la desaparición prácticamente como causa básica de muerte del sarampión en el grupo infantil y un descenso significativo en la notificación de esta enfermedad que bajó de 1970 de 572 casos a 17 en 1979. En

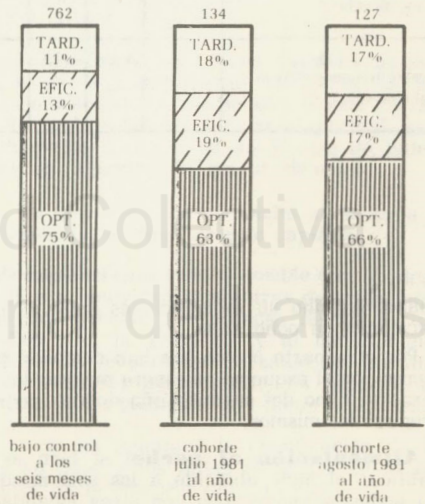
COHORTE	TOTAL	ESQUEMA VACUNAL			
		COMPLETO		INCOMPLETO	
		N°	%	N°	%
JULIO 1981	134	98	74	36	26
AGOSTO 1981	127	97	76	30	24



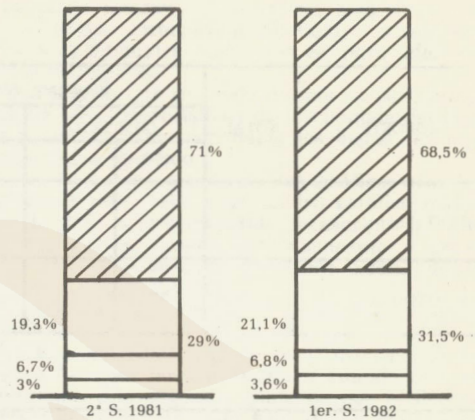
POBLACION	TOTAL	LACTANCIA MATERNA					
		SI		NO		IGN.	
		N°	%	N°	%	N°	%
Bajo control a los seis meses de vida	762	428	56	122	16	212	28
Cohorte de los nacidos en julio de 1981 al año de vida	134	48	36	41	30	45	34
Cohorte de los nacidos en Agosto de 1981 al año de vida	127	52	41	47	37	28	22



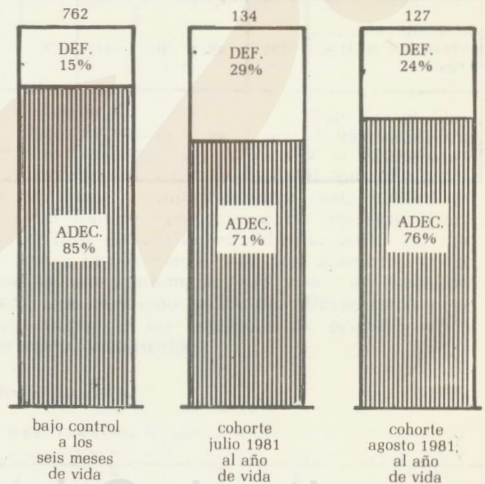
POBLACION	TOTAL	CAPTACION					
		OPTIMA		EFICIENTE		TARDIA	
		N°	%	N°	%	N°	%
bajo control a los seis meses de vida	762	574	75	102	13	86	11
Cohorte Julio 1981 al año de vida	134	85	63	25	19	24	18
Cohorte Agosto 1981 al año de vida	127	84	66	21	17	22	17



CONSULTAS	2° Sem. 1981		1er. Sem. 1982	
	N°	%	N°	%
1ª vez en menores de 2 años bajo control	906	3	970	3,6
desnutridos menores de 2 años	1973	6,7	1838	6,8
por controles ulteriores de eutróficos	5695	19,3	5734	21,1
SUBTOTAL	8574	29	8542	31,5
por patología de 0 a 14 años	20924	71	18606	68,5
TOTAL	29498	100	27148	100



POBLACION	TOTAL	CONTROLES			
		ADECUADOS		DEFICIENTES	
		N°	%	N°	%
bajo programa a los seis meses de vida	762	649	85	113	15
cohorte Julio 1981 al año de vida	134	95	71	39	29
cohorte Agosto 1981 al año de vida	127	96	76	31	24



Instituto de Salud Colectiva

cuanto a polio su incidencia es igual a 0 desde hace más de ocho años.

Por otra parte en los que han cumplido parcialmente con el esquema se espera mejorar las coberturas al cabo del segundo año donde podrán corregirse los mismos.

Alimentación al pecho: si bien es difícil calificar el 56% obtenido a los seis meses pues no podemos compararlo con otras localidades de

la provincia, señala un punto de partida aceptable pero mejorable y que requiere acciones de educación para la salud a esos fines.

Captación: el 63% de captación óptimas al año es satisfactorio si pensamos que ese valor está relativizado por los nuevos ingresos al sistema que se producen después de los primeros dos meses de vida.

Como lo prueba el hecho que a los seis meses la captación es óptima en un 75% de casos.

POBLACION	TOTAL NIÑOS	NIÑOS INTERNADOS		NÚMERO DE INTERNACIONES	
		N°	%	N°	%
bajo control a los seis meses de vida	762	56	7	65	9
cohorte Julio 1981 al año de vida	134	13	10	13	10
cohorte Agosto 1981 al año de vida	127	11	9	13	10

Número de controles: en más de un 70% el número es adecuado a pesar que la norma es en ese aspecto exigente y corrobora una continuidad en la prestación que es uno de los requisitos fundamentales del programa.

Se programaron ocho controles médicos en el primer año de vida y tres en el segundo; cinco controles de enfermería el primer año y uno en el segundo.

Internaciones: el número de niños internados de la población bajo control representa un 10% aproximadamente.

Las consultas en el área que da el Servicio de Pediatría representan más de un 60% del total de ellas, lo que implica claramente que la decisión que se tomara para la distribución de los recursos es acertada.

AÑO	CONSULTAS PEDIÁTRICAS		
	TOTALES	EN CENTROS DE SALUD	
		N°	%
1979	70.136	43.745	62,4
1980	71.911	44.220	61,5
1981	86.605	51.654	60,0

La discriminación de las consultas por control contra las de patología en el área son superiores al 30%, lo que habla del significativo peso que tienen las actividades preventivas de la atención del niño en nuestro Servicio.

El total de niños bajo control en el área del Hospital Neuquén es de 3.381 menores de dos años, lo que representa el 62% de la población de esa edad. La concentración de controles médicos de ese grupo es de 5,06 por niño.

Desnutrición: haciendo un corte a septiembre de 1.982 hay 375 niños menores de dos años desnutridos en el área programa del Hospital Neuquén.

Esto equivale a un poco más de un 10% del total de la población controlada.

Este porcentual varía según el Centro de Salud de que se trate habiendo cuatro Centros que superan esa cifra.

El rendimiento por hora médica ha permitido bajar la concentración de consultas por médico sin descender el rendimiento global, habiendo determinado el Servicio un mayor aporte de esas horas hacia la atención en los Centro de Salud, en especial aquellos de mayor demanda.

Para un mayor detalle se remite al lector a la tabla respectiva al final de este capítulo.

7. Perspectivas: es muy posible que el desarrollo de esta actividad como otras del área médica haya contribuido al descenso de la mortalidad infantil en la Provincia y al mejoramiento general de los indicadores de salud, no obstante aún queda mucho por mejorar, en especial las coberturas de los pacientes con factores de riesgo.

A tal efecto se intentará la clasificación de los mismos en base a los datos recogidos en la primera hoja de la Historia Clínica.

Se aspira a la incorporación de agentes de te-

CENTRO DE SALUD	Men. 2 años b. control	DESN. Men. 2 años	
		N°	%
PROGRESO	841	101	12,0
V. FLORENCIA	610	48	7,8
V. MARIA	584	34	5,8
SAPERE	301	42	13,9
B. ROLDAN	224	33	14,7
V. FARRELL	123	3	2,4
M. MORENO	191	19	9,9
S. LORENZO	154	14	9,0
CONFLUENCIA	353	62	17,5
H. NEUQUEN	193	19	9,8
TOTAL	3574	375	10,49

rreno para el trabajo en el escalón comunitario, o sea la proyección extramural del Centro que permitirá, una vez detectados los pacientes de riesgo y los abandonos, prestar el apoyo de recursos multisectoriales para su prevención o la recuperación al sistema para los segundos.

Otro punto fundamental es el mejoramiento de las plantas físicas existentes y creaciones de nuevos Centros de Salud en barrios que carecen de ellos.

Finalmente creemos que el desarrollo de las

actividades de atención médica primaria debe ser la base de la política de salud futura donde debe incorporarse la comunidad en forma organizada como primer responsable del cuidado de su salud. Pero debe crecerse en forma armónica con las actividades de prevención secundaria y terciaria procurando no escindir la atención médica de la atención de la salud. La integralidad de la atención nos asegura estar más cerca de las necesidades de la población y la racionalidad en la provisión de los recursos.

2° SEMESTRE DE 1981

CENTRO DE SALUD	CONSULTAS					JORNADAS DE ATENCION	PROM. DE 1/2 JORN. TRABAJ.	PROM. DE CONS. POR MEDICO
	TOTAL	R.N.	ULT.	DESN.	PATOL.			
FARRELL	10,62	0,51	3,04	0,04	7,03	77	1	10,62
M. MORENO	13,80	0,63	3,71	1,20	8,26	98	1	13,80
SAPERE	24,79	0,56	4,42	1,60	18,20	126	1,56	15,90
CONFLUENCIA	22,71	0,53	4,99	1,89	15,30	99	área docent.	área docent.
V. MARIA	32,72	1,31	7,62	0,56	23,23	126	2,23	14,67
V. FLORENCIA	40,88	1,45	8,72	2,18	28,53	126	2,49	16,42
B. ROLDAN	13,89	0,57	3,73	1,03	8,55	123	1	13,99
PROGRESO	79,95	2,11	12,11	7,86	57,87	126	3,24	24,68

1er. SEMESTRE DE 1982

CENTRO DE SALUD	CONSULTAS					JORNADAS DE ATENCION	PROM. DE 1/2 JORN. TRABAJ.	PROM. DE CONS. POR MEDICO
	TOTAL	R.N.	ULT.	DESN.	PATOL.			
FARRELL	11,48	0,70	3,80	0,08	6,90	75	0,97	12
M. MORENO	13,40	0,70	3,70	1,00	8,00	90	0,93	14
SAPERE	23,50	0,60	4,50	1,70	16,70	125	1,52	15
CONFLUENCIA	20,80	0,90	5,00	1,80	13,10	99		
V. MARIA	29,50	1,40	7,20	0,90	20,00	125	2,04	14
V. FLORENCIA	38,60	1,40	8,90	1,70	26,60	125	2,39	16
B. ROLDAN	12,70	0,10	3,20	0,80	8,30	125	0,93	14
PROGRESO	67,70	1,90	11,80	7,00	47,00	125	3,54	19

(N. de R. Si se desea el modelo de la Historia Clínica Pediátrica, solicitarlo al Servicio de Pediatría Hospital Regional 8300 Nqn.).

DIEZ MITOS SOBRE EL HAMBRE EN EL MUNDO

El texto a continuación es una versión resumida de la obra *World Hunger – Ten Myths*, escrita por Frances Moore Lappé y Joseph Collins, publicada en mayo de 1979 por el Instituto para Políticas de Alimentación y Desarrollo, EE.UU. (Extraído de "CONTACT").

(Continuación del Número Anterior)

QUINTO MITO

El problema del hambre opone los países ricos a los países pobres.

Las expresiones como "los países pobres" y "los países asolados por el hambre" nos hacen pensar en masas de gente en las que todos padecen de hambre y ocultan la realidad de sociedades estratificadas en países subdesarrollados y en países industrialmente desarrollados. En todos ellos la pobreza y el hambre afectan a las clases más bajas. Las expresiones como el "los países asolados por el hambre" sitúan el problema del hambre en una zona específica y con frecuencia distante de nosotros. En lugar de ser el resultado de un proceso social, el hambre se convierte en un hecho estático, un dato geográfico.

Lo que es peor, el hecho de que esta clasificación incluya a todos los habitantes nos hace creer que todos los que viven en uno de esos países tienen el interés común de eliminar el hambre. Por consiguiente, al considerar un país subdesarrollado suponemos que el gobierno representa a la mayoría que padece hambre. Entonces tendemos a creer que las concesiones que se dan a estos gobiernos, por ejemplo la reducción de aranceles aduaneros sobre sus exportaciones, o mayores inversiones extranjeras, representan automáticamente un progreso en favor de las víctimas del hambre. En realidad, el "progreso" sólo puede beneficiar a las minorías privilegiadas y a sus socios, las empresas multinacionales.

Además, el hecho de oponer los países ricos a los países pobres hace que los pobres sean, aparentemente una amenaza para el bienestar de la mayoría de las personas en los países industrialmente desarrollados. Sin embargo, no podrá resolverse en realidad el problema del hambre hasta tanto que el ciudadano medio de los países desarrollados no se dé cuenta de que los que padecen hambre en el extranjero son sus aliados y no sus enemigos; por que los intereses de la mayoría de los ciudadanos de los países subdesarrollados por una amenaza la mayoría de las víctimas del hambre en los países subdesarrollados por una amenaza común: el control más riguroso de los alimentos tanto a nivel nacional como internacional.

El efecto, las empresas oligopolísticas de alimentos, convertidas en gigantes nacionales, están trasladando actualmente su producción a países subdesarrollados donde la tierra y la mano de obra pueden costar apenas el 10% de su valor en los países desarrollados. Estas compañías multinacionales de la agroindustria están creando afanosa-

mente una granja mundial para aprovisionar un supermercado mundial. En este supermercado, los alimentos se subastan a los mejores postores, dondequiera que éstos vivan. Así, los consumidores de los países desarrollados se convierten inconscientemente en una fuerza de drenaje, impidiendo que los recursos para la producción alimentaria de los países subdesarrollados satisfagan las necesidades locales.

Desde principios de la época colonial, la agricultura del Tercer Mundo se ha considerado como una fuente de materias primas para los países metropolitanos. ¿Cuál es pues la diferencia del supermercado mundial que se está creando actualmente?

Primeramente, muchos de los productos que se exportan a los países industrializados son productos que siempre habían sido cultivados por los agricultores de estos países. Actualmente, por ejemplo, los Estados Unidos importan, sobre todo de México, del 50 al 75% de las principales verduras para el invierno y principios de la primavera. Así pues, peligran de aprender su trabajo los agricultores estadounidenses y los obreros que trabajan en la industrialización de productos alimentarios.

En segundo lugar, puesto que los habitantes de los países subdesarrollados son cada vez más pobres, ya no pueden competir en el mercado, ni siquiera cuando se trata de productos de primera necesidad. Los alimentos de los pobres como la mandioca en Tailandia o los frijoles en Chile son productos de exportación cuya demanda está en auge.

Pero, ¿se benefician los consumidores del Primer Mundo con la expansión internacional de las empresas gigantes de alimentos? De ninguna manera. Nada demuestra que los consumidores del Primer Mundo obtengan alimentos más baratos. Ni que los alimentos que se producen para ser enviados a todas partes del mundo tengan mayor valor nutritivo o mejor sabor.

Bajo la bandera de "interdependencia" alimentaria, las empresas multinacionales de la agroindustria están creando actualmente un sistema agrícola mundial único que les permitirá ejercer un control total de todas las etapas de la producción, desde la granja hasta el consumidor. Si lo logran, podrán manejar la oferta y los precios a nivel mundial. Los agricultores, trabajadores y consumidores en todo el mundo empiezan a darse cuenta de lo que cuesta la monopolización de los alimentos en relación con el alza de los precios, la escasez artificial y la calidad inferior. Estimulados por el apoyo de los contribuyentes, protegidos por fuertes lazos militares y diplomáticos que los unen precisamente a los gobiernos que son más favorables a las inversiones extranjeras,

la granja y el supermercado mundiales están creando el tipo de interdependencia que nadie necesita. La "interdependencia" en un mundo de extremas desigualdades de poder se convierte en una cortina de humo que oculta la usurpación de los recursos alimentarios por unos pocos en beneficio de unos pocos.

SEXTO MITO

Si los países en los que tanta gente padece hambre no produjeran para la exportación, la tierra, cultivada actualmente para el consumo exterior, podría alimentar a la población local. Así pues, la producción agrícola para la exportación es el "enemigo".

La producción agrícola para la exportación no es el "enemigo". En países en los que gran parte de la población padece hambre, una producción agrícola orientada hacia la exportación no es más que una proyección del propio problema. Una política centrada en la exportación en países donde hay hambre evidencia el empobrecimiento de gran parte de la población local y los intereses de las minorías privilegiadas. Aunque se interrumpan las exportaciones agrícolas, seguiría habiendo hambre, la de quienes están excluidos del control real de los recursos para la producción de alimentos de su país.

Sin embargo, una política centrada en la exportación es una fuerza activa. El mero éxito de la exportación agrícola puede contribuir a debilitar la posición de la mayor parte de la población rural. Cuando aumentan los precios de los productos básicos, los arrendatarios y los agricultores independientes se ven amenazados con la pérdida de su tierra por razón de la expansión de los grandes terratenientes que procuran beneficiarse del alza de los precios de sus productos. Por otra parte, un alza brusca del precio mundial de un producto de exportación puede desencadenar un proceso inflacionario, reduciéndose, así, el ingreso real del trabajador rural o del productor campesino.

Las actividades agrícolas orientadas hacia la exportación requieren invariablemente la importación de tecnologías alto coeficiente de capital y todo lo que se produce se exporta para pagar la deuda de las importaciones: dependencia que es un círculo vicioso.

Por lo tanto, cuando unos pocos controlan los bienes de producción, la producción agrícola para la exportación contribuye a deteriorar aún más la situación ya muy crítica de la mayoría de la población.

La producción agrícola orientada a la exportación

—permite que las minorías privilegiadas locales se sientan ajenas al problema de la pobreza que asola a su propio país y que limita grandemente el poder de compra de la mayoría de la población local. Produciendo para exportar, las minorías privilegiadas pueden de todos modos obtener beneficios pues encuentran compradores, que pagan altos precios, en otros mercados;

—es un incentivo para que las minorías privilegiadas nacionales y extranjeras refuercen su

control sobre los recursos disponibles para la producción de exportación y resistan con firmeza a cualquier intento de redistribución del control de los bienes de producción;

—impone condiciones de trabajo y salarios de miseria. Los países subdesarrollados sólo pueden competir en los mercados exteriores, mediante la explotación de la mano de obra, en particular femenina e infantil. Nada detiene a los terratenientes y a los gobiernos que aplican políticas orientadas a la exportación, para aplastar los intentos de los trabajadores por organizarse;

—obliga a que la población nacional compita con los consumidores extranjeros por los productos de su propia tierra, contribuyendo, así, a aumentar los precios locales y a reducir el ingreso real de la mayoría.

Sin embargo, la producción agrícola para la exportación, no es el verdadero "enemigo".

EJEMPLO:

En Cuba, donde gran parte de la tierra cultivable produce azúcar para exportación, las divisas extranjeras pertenecen al pueblo y se utilizan para llevar a cabo los planes nacionales de desarrollo. Así pues, se emplean para importar bienes de producción que generan trabajo de utilidad para la comunidad como la construcción de escuelas, de hogares y la fabricación de artículos domésticos y de equipos esenciales.

Aunque la producción agrícola para la exportación no sea el enemigo, las necesidades básicas alimentarias deberían ser satisfechas con la producción local. La autosuficiencia en alimentos básicos —es decir el adecuado abastecimiento local para impedir situaciones de hambre cuando las importaciones de alimentos registran un alza brusca de los precios o se interrumpen— es la condición sine qua non para la seguridad de la población. Por otra parte, ningún país puede negociar con éxito a nivel del comercio exterior si está desesperado por vender sus productos para poder importar alimentos y evitar, así, situaciones de hambre.

SEPTIMO MITO

La necesidad de producir alimentos está en pugna con el objetivo de mayor justicia: la redistribución del control de los recursos tendría como resultado una disminución de la producción.

Muchos piensan que las grandes empresas agrícolas poseen los conocimientos tecnológicos y han probado su eficacia por el sólo hecho de haber llegado a ser tan importantes. Opinan que la redistribución del control de los recursos perjudicaría la producción. El pueblo tendría hambre simplemente porque no tendría bastante para comer.

Según este punto de vista, un sistema alimentario antidemocrático, cuyo control ejercen unos pocos sería, en definitiva, el más productivo. De hecho, tal sistema alimentario, inevitablemente, subutiliza o utiliza de manera inadecuada los recursos disponibles para la producción de alimentos.

En primer lugar, la concentración del control de los recursos para la producción conduce al despilfarro. En todas partes del mundo, los grandes terratenientes producen generalmente menos por hectárea que los pequeños productores. Así,

pues, estudios realizados en América Central evidencian que los grandes terratenientes sólo cultivan el 15% de sus tierras. El resto se utiliza para praderas o está completamente inexplorado. Por otra parte, economistas en cuestiones rurales han llegado a la conclusión de que, en una aldea, cuando la tierra y los sistemas de crédito y de comercialización son controlados por unos pocos, la mitad e incluso las tres cuartas partes del valor de la producción agrícola no se emplean para el desarrollo de los recursos agrícolas de la región, sino que se despilfarran en la compra de artículos de consumo de lujo o son "invertidos" en las zonas urbanas.

La desigualdad por lo que respecta al control de los recursos para la producción socava la motivación de la población para explotar ese potencial. También impide la cooperación entre la población que es esencial para el desarrollo.

EJEMPLO

En Bangladesh, era costumbre hasta 1793, año en el que los británicos instituyeron la propiedad individual de la tierra, que los habitantes cooperasen para excavar y mantener los estanques destinados a la irrigación y a la piscicultura. Pero, actualmente, ya no es posible la cooperación a nivel de la aldea dado que el 10% de las familias rurales controla el 51% de la tierra y que casi la mitad de las familias restantes no posee prácticamente tierras. Muchos estanques, antes bien común de la aldea, han sido rellenados o son inutilizables.

La desigualdad en materia de control también conlleva la destrucción de los recursos para la producción. Cuando la tierra es cultivada por arrendatarios, medianeros y jornaleros suele ocurrir que se agota el suelo va que no se toman las medidas que requiere su protección. A quienes no saben si el año siguiente podrán explotar la misma parcela de tierra, no interesa su mantenimiento.

OCTAVO MITO

Las sociedades que han eliminado el hambre, lo han logrado en detrimento de los derechos de la población. Aparentemente, es necesario optar entre la libertad y la supresión del hambre.

Según este mito, las sociedades que no introducen cambio estructural alguno para eliminar el hambre, disponen, por lo menos, de mayor libertad. Incluso en términos de libertades teóricas, esto es, en general, erróneo. La población de la mayoría de los países, en los que se registran situaciones generalizadas de hambre u otras formas de pobreza, no tiene ni siquiera la libertad teórica de reunirse libremente o de votar.

Por lo demás, el hecho de conocer mejor la situación de los países en los que muchos, a menudo la mayoría, padecen hambre, nos ha inducido a estudiar la diferencia entre las libertades teóricas y las libertades reales. En países como la India o México, más y más personas pierden el control de su tierra. Aún más numerosas son las personas que se enfrentan con dificultades para conseguir cualquier tipo de trabajo, incluso por salarios de hambre. En esos países, los habitantes tienen teóricamente la libertad de organizarse y de votar.

Pero, ¿gozan realmente de libertad? Lo ponemos en duda, si se tiene en cuenta la violenta reacción de las minorías privilegiadas en cuanto se ven amenazadas por una movilización de los pobres. Y aunque la libertad fundamental es, quizá, la de poder garantizar su propia seguridad y la de los seres queridos, la vida en esos países —actualmente la mayoría de los países del mundo— es cada vez menos segura.

En segundo lugar, el mito parece sugerir que cuando esos países logran erradicar el hambre, pasan de una situación de "mayor libertad" a otra de menos libertad. Pero cuando examinamos las sociedades en las que la mayoría de la población ha conseguido más alimentos, trabajo y seguridad social, como por ejemplo China y Cuba, comprobamos que las estructuras políticas y económicas anteriores a las actuales eran comparables a las más represivas del mundo.

El estudio de esas sociedades actualmente evidencia numerosos problemas, incluidas las enormes dificultades originadas por varios siglos de explotación interna y externa. Esos problemas no son únicamente materiales sino también humanos: ¿Cómo puede un pueblo transformar su conciencia para alcanzar una auténtica autonomía?

Ese impulso dinámico que conduce a una mayor autonomía conlleva generalmente algunas restricciones por lo que respecta a las opciones individuales. Para muchos esto significa una contradicción inadmisibile. Quizás no lo es. Se trata más bien de una tensión registrada inevitablemente en todas las Sociedades que procuran crear estructuras que respondan a las necesidades de todos.

Por supuesto, cada sociedad fija límites a las opciones individuales. Los verdaderos problemas que hay que plantearse son los siguientes: ¿Cómo fijar esas restricciones de manera equitativa? ¿Son impuestas por una minoría privilegiada para beneficio propio o impuestas por la comunidad para beneficio de todos? ¿Se tiene como finalidad construir una sociedad en la que sean cada vez más complementarios el interés personal y legítimo de cada individuo y los intereses comunitarios?

La libertad de expresión también tiene una importancia central. El desafío planteado a una sociedad durante el difícil período de su reestructuración es, por una parte, reconocer su vulnerabilidad debida a la falta de unidad y, por otra parte, elaborar medios eficaces que permitan el desarrollo de un pensamiento crítico constructivo.

La participación activa del pueblo en las decisiones relativas a la utilización de recursos, no sólo redundará en su propio beneficio sino que permitirá incrementar probablemente la producción.

Ejemplo

En China, una serie de cambios ha permitido que los agricultores sean los propietarios de la tierra y la controlen directamente. El

trabajo es organizado por el equipo de producción; una unidad de aldea que integran de 30 a 40 familias. El resultado es una considerable disminución de la desigualdad en las áreas rurales: la diferencia entre los más ricos y los más pobres en la población rural china es sólo la cuarta parte de la que se registra en la mayoría de los países asiáticos.

La producción alimentaria ha aumentado en consecuencia y, como ya hemos señalado, no ha habido situaciones de hambre por lo menos desde principios de la década del 60. Con objeto de incrementar la producción agrícola en los años 80, el equipo de producción está aumentando su control.

Es necesario que la planificación se base en la participación de la comunidad pero que abarque a toda la sociedad. Muchos creen, por haberlo así aprendido, que la planificación está estrechamente vinculada a una forma totalitaria de gobierno que impone sus decisiones verticalmente. Esta asociación simplista ignora dos hechos básicos.

En primer lugar, es evidente que también se planifica en una economía supuestamente no planificada y controlada por intereses privados, pero quienes deciden por lo que respecta a esa planificación son las pocas personas que controlan los bienes de producción para su propio beneficio.

En segundo lugar, la planificación no es necesariamente un asunto que se decide desde arriba. La experiencia demuestra que este tipo de planificación no puede beneficiar realmente a todos los sectores de la sociedad. Una verdadera planificación social sólo resulta de una descentralización de la autoridad que permite a cada región determinar las apropiadas soluciones.

Las tensiones entre los deseos de los individuos y las necesidades de la comunidad, la tensión entre la toma de decisiones democrática, basada en la participación y la necesidad de dirigentes elegidos según sus calificaciones, sus conocimientos y su experiencia, la tensión entre una política centrada en la agricultura y la necesidad de fomentar la industria, que es indispensable para incrementar la productividad agrícola, son sólo algunos ejemplos de lo que hemos llegado a considerar como tensiones **necesarias** para el establecimiento de un sistema ecocial, económico y político cuyo objetivo sea favorecer lo más posible el pleno desarrollo del individuo y el progreso de la comunidad. El problema es que oponiendo la libertad a la exportación de alimentos se simplifican y se distorsionan de tal manera las cosas que la gente se atemoriza, impidiéndoles aprender de la experiencia válida de quienes viven situaciones similares en otros países.

MITO NUEVE

Para ayudar a los que padecen hambre sería necesario mejorar e incrementar los programas del Primer Mundo de ayuda exterior.

Mucha gente responsable cree que habría que intervenir para "mejorar la suerte de los pobres" cuando las estructuras controladas por una minoría

generan hambre. Insisten en que debería mejorarse e incrementarse la ayuda oficial externa.

Reclaman "otro tipo de ayuda" centrada en el pequeño productor rural, en las necesidades básicas, en el apoyo a las reformas agrarias, en una tecnología apropiada y en la participación popular. Pero supone por lo menos dos cosas: en primer lugar, que la ayuda oficial para el desarrollo sea el medio principal por el cual un gobierno occidental interviene en la lucha por la seguridad alimentaria de todos los países del mundo y, en segundo lugar, que las instituciones gubernamentales de ayuda asistan verdaderamente a los pobres y a los que tienen hambre.

Centrar su acción únicamente en la ayuda oficial para el desarrollo y en su relación con las personas que padecen hambre puede desviar la atención de los muchos y a menudo más eficaces medios por los que los gobiernos occidentales actúan en perjuicio de las mayorías pobres en otros países del mundo. Porque, empleando una conocida imagen, la ayuda de los gobiernos al desarrollo es como la parte visible del iceberg. Hay otros muchos canales conocidos (y ocultos) mediante los cuales los gobiernos occidentales apoyan a los gobiernos y a las elites económicas de su elección. Citemos algunos ejemplos:

— las ventas militares y programas de asistencia a los países del Tercer Mundo que apoyan regímenes que bloquean el control democrático de los recursos para la producción alimentaria y suprimen el derecho a actuar para cambiar las estructuras que son causa del hambre. ¿Es acaso posible ayudar a los pobres mediante una "asistencia para el desarrollo" proporcionada a un gobierno extranjero al mismo tiempo que se arma a la policía y a los militares que aterrizan, golpean, matan, torturan y detienen a los pobres y a sus aliados?

— los préstamos de los gobiernos occidentales y de las instituciones multilaterales de crédito.

Para conseguir esos créditos un país se ve obligado generalmente a devaluar su moneda a fin de aumentar las exportaciones y limitar las importaciones, a cortar los programas de gastos públicos, a introducir controles de salario, a reforzar el control de los precios incluso para los rubros alimentarios más indispensables, a aumentar las tasas de interés y a suprimir las barreras para las inversiones extranjeras y el comercio libre. Comercio libre significa que se autoriza la importación de artículos de lujo, aunque las escasas divisas extranjeras existentes deberían reservarse para la compra de artículos de primera necesidad.

Estas medidas benefician a la agroindustria extranjera y a otras sociedades mercantiles que aprovechan la mano de obra barata y los recursos disponibles; el peso recae principalmente sobre el pueblo trabajador y directamente sobre los pobres.

(Continúa en el próximo número)

A PROPOSITO DE HIPOCRATES...

René Dubos señala en un párrafo de su libro "EL ESPEJISMO DE LA SALUD", que: "El lugar que ocupan en la medicina los escritos hipocráticos, corresponde al que ocupa la Biblia en la literatura y la ética de los pueblos de Occidente. De igual manera en que todo el mundo cita a la Biblia, ya se ha hecho práctica universal recurrir a Hipócrates, en busca de afirmaciones que aportan la ratificación de autoridad y tiempo casi a cualquier tipo de aspecto médico, ya sea profundo o trivial. A pesar de que sus obras han sido traducidas y ampliamente discutidas, la verdad es que muy pocos de los que citan a Hipócrates lo han leído..." NOSOTROS TAMPOCO! Sin embargo, vamos a ingresar al grupo de audaces que comentan su pensamiento por no tener a su alcance sus textos, pero sí su sabiduría aún plenamente vigente después de 25 siglos.

Hipócrates dio racionalidad y objetividad al conocimiento médico, apartándolo de lo mágico-religioso (mitos, dioses, demonios). Respetuoso de las leyes de la Naturaleza, señaló que el cuerpo enfermo utilizaba reservas propias para su recuperación cuando ésta es posible. El médico sólo debe aprovechar esta tendencia natural con actitud expectante, recomendando vida y alimentación adecuadas... y algunas drogas paliativas, recordando que los desórdenes de un órgano, lo son en realidad de toda la persona. Hace entonces descripciones objetivas de síntomas, propone métodos diagnósticos, y adecua todo ello al enfermo personalizando su atención, sin olvidar a su familia.

Mas, qué interesante es destacar su concepto

tan actual de que la salud y la enfermedad, al estar regidas por leyes naturales, reflejan la influencia del medio físico y de la forma de vida, o sea, medio social. Esta interrelación da lugar al predominio y severidad de diversas enfermedades.

El saber vivir en armonía con el medio, vivir razonablemente decía, resulta en menor posibilidad de enfermar. Vivir armoniosamente significa capacidad de adaptación al ambiente y a sus variaciones; es indudable que esta idea es asimilable al "AUTOCUIDADO RESPONSABLE", que predicamos hoy en día.

Finalmente, deseamos hacer dos reflexiones sobre los comentarios anteriores.

1) No habremos regresado a lo mágico prehipocrático, cuando en la práctica diaria empleamos tantos fármacos y aparatos, de utilidad nula o discutible? No conocemos demasiados casos en los que el médico dispensa estudios y tratamientos, al sólo pedido de "Dr., deme algo" o "Dr., hágame algo", en forma no científica, y por lo tanto, mágica o empírica?

2) Hipócrates señalaba que el encuentro de un paciente y un médico debe generar amistad entre ambos, o sea, una transferencia doble. Qué significado debe tener esta amistad para el médico? El de verdadero amor al enfermo (Filantropía), inseparable de verdadero amor a su profesión (Filotecnia).

Pensamos que estos conceptos son siempre declamados, pero no contemplados casi en ningún sistema de formación de médicos.

Dr. Rodolfo Arienti - Dr. Julio N. Raby

ISSAIRA

**PROTEGE LA SALUD
del hombre de
campo y su familia
en todo el país.**



**EL CAMPO ES NUESTRA GRAN RIQUEZA...
...PERO LA MAYOR RIQUEZA DEL CAMPO
ES LA SALUD DE SU GENTE.**

ISSARA: APROBO Y PONDRA EN PRACTICA UN PROGRAMA MATERNO INFANTIL

El Instituto de Servicios Sociales Para las Actividades Rurales y Afines (ISSARA) pone en práctica a partir del 1° de julio de 1983 en programa Materno Infantil, el cual incluye Control de Embarazo, Consultas Médicas, Odontológicas, Controles de Laboratorio, Vacunación, Atención del Parto, Atención del Recién Nacido (su seguimiento) y Vacunación, todo ello SIN CARGO.

El programa fue aprobado mediante Resolución 1424/83 y se fundamenta en el carácter prioritario que debe tener la protección de la salud materno infantil, constituyéndose en una necesidad insoslayable de la Seguridad Social en el ámbito rural.

El ISSARA acrecienta con este Programa los ya múltiples beneficios que goza el trabajador rural y su familia; demostrándose también fehacientemente la real extensión de la presepacia del ISSARA en todo el ámbito del territorio argentino.

Diariamente se incrementa la demanda de servicios médicos - asistenciales, lo que marca un mayor conocimiento por parte de los beneficiarios de las prestaciones a que son acreedores; señalando ello una disminución de la brecha existente entre el número de prestaciones que brinda el ISSARA con relación a la medida nacional de utilización de servicios.

CONTENIDO DEL PROGRAMA

—Control de embarazo: Siete (7) consultas médicas; Dos (2) consultas odontológicas; Cuatro (4) controles de laboratorio; Una (1) Colpocitología para células neoplásicas; Vacunación Antitetánica y Sabin.

—Atención del parto normal o patológico.

—Atención del recién nacido en sala de partos.

—Control del niño durante el primer año de vida: Diez (10) consultas médicas; Vacunación BCG, Triple; Sabin; Antisarampionosa.

Aclaración: Se exige del pago de bonos moderadores (órdenes) a partir del 1° de julio/83 a la emisión de órdenes de prestación para la utilización de servicios comprendidos en el Programa Materno Infantil a los Beneficiarios de ISSARA que se encuentren en condiciones legales y reglamentarias de requerirlos.

Libreta: Los beneficiarios incorporados al Programa Materno Infantil contarán con una libreta que incluirá sus datos personales, controles de salud, con certificación del profesional tratante,

un calendario de vacunación de la embarazada, controles del médico en el niño y sobre la madre, calendario de vacunación para el niño, y recomendaciones como ser; recomendación para la madre (el control), Lactancia materna (su importancia), alimentos sólidos y consejos útiles (síntomas, pañales, lloros).

De acuerdo a lo resuelto se contempla también que, aquellos beneficiarios incluidos en el programa podrán requerir la eximición del pago de las órdenes por prácticas, diagnósticos o terapéuticas, o internaciones no previstas; pudiendo tramitar dicha solicitud conforme con la reglamentación vigente sobre "Prácticas con Autorización Previa".

Cabe recordar que el ISSARA cumple con las siguientes prestaciones: Atención médica en consultorio y a domicilio; Internaciones Clínicas y Quirúrgicas (100%), Servicios Complementarios de diagnóstico y tratamiento; Odontología; y descuentos del 50% para pacientes ambulatorios y del 100% en internaciones. Entre sus vastos convenios se destaca también el firmado con la Subsecretaría de Salud de Neuquén a fin de permitir la provisión de drogas antineoplásicas a todos aquellos pacientes portadores de enfermedades neoplásicas.

A título estadístico y tomando para ello cifras del año 1980 (hoy ya superadas), la Regional Comahue del ISSARA (Pcias. de Río Negro y Neuquén) brindó: 29.476 consultas, 1016 internaciones quirúrgicas con 4321 días de internación, 3445 prácticas de radiología, 5894 prácticas bioquímicas, 1212 prácticas odontológicas y 7322 recetas de medicamentos. La cifra de internaciones, traducida en días representa más de 21 años. Asimismo durante igual período se efectuaron 17 derivaciones a centros de Capital, de los cuales 4 utilizaron traslado aéreo.

ISSARA a la fecha ha logrado la integralidad de los servicios, destacándose que la misma se desarrolla a través de una modalidad básica para el ISSARA; y que es el principio de libre elección, por parte del beneficiario, del profesional y del establecimiento asistencial que desea recurrir.

Esta estructura de servicios se completa con más de 80 centros asistenciales, públicos y privados, de la Capital Federal, donde el afiliado local puede concurrir previa autorización del traslado si la práctica no se puede efectuar en el lugar de origen.

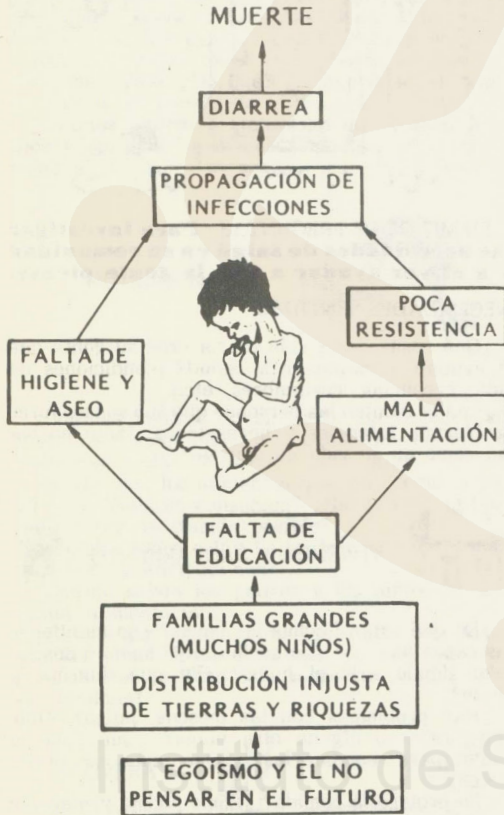
Alberto E. Martignoni - Prensa y Difusión
Regional Comahue

SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO

Tomado de "Donde no hay Doctor" de David Werner

MUCHAS COSAS SE RELACIONAN CON EL CUIDADO DE LA SALUD

Hemos visto algunas de las causas que conducen a la diarrea y a la mala nutrición. Además, usted encontrará que tales cosas como **la producción de alimentos, la distribución de la tierra, la educación y la forma en que la gente se trata o maltrata unos a otros** contribuyen a muchos otros problemas de salud.



La cadena de causas que lleva a la muerte por diarrea.

Si usted se interesa en el bienestar a largo plazo de su comunidad, hay que ayudar a su gente a reconocer y responder a éstos asuntos tan importantes.

La salud es algo más que no estar enfermo. Es el bienestar del cuerpo, de la mente y de la comunidad. La gente vive mejor en un ambiente sano,

en un lugar donde se pueda confiar en los demás, trabajar juntos para enfrentar las necesidades diarias, compartir en las épocas difíciles y ayudar a cada uno a aprender y desarrollarse y así vivir plenamente.

Haga lo mejor para resolver los problemas diarios. Pero recuerde que su tarea principal es ayudar a la comunidad a convertirse en un lugar más sano donde vivir.

Usted como trabajador de salud rural tiene una gran responsabilidad. Pero ¿por dónde debe empezar?

OBSERVE BIEN A SU COMUNIDAD

Como usted creció en su pueblo y entiende bien a su gente, ya conoce mucho sobre sus problemas de salud. Usted lo ve desde adentro. Pero para ver la situación completa es necesario ver su comunidad desde varios puntos de vista. Como trabajador de salud rural, su responsabilidad es el bienestar de **toda la gente** —no sólo de aquellos que usted conoce mejor o que le piden consejo.

Conviva con su gente. Visite sus hogares, campos, lugares de reunión, escuelas. Entienda sus placeres y preocupaciones. Examine con ellos sus costumbres, las cosas en la vida diaria que traen buena salud y aquellas que pueden resultar en una enfermedad o accidente.

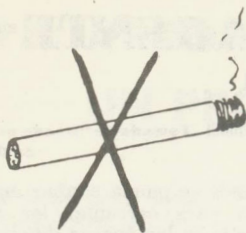
Antes de que usted o su comunidad intente cualquier proyecto o actividad, piense bien en lo que se necesita y cómo llevarlo a cabo. Para hacer ésto, piense en **todo** lo siguiente:

1. **Necesidades sentidas:** lo que la gente siente que son sus problemas más grandes.
2. **Necesidades de veras:** los pasos que puede tomar la gente para resolver esos problemas de una forma que va a durar.
3. **Voluntad:** ganas de la gente para planear y tomar los pasos necesarios.
4. **Recursos:** las personas, habilidades, materiales o dinero necesarios para poder realizar los pasos.

Para mostrar la importancia de éstas ideas, damos un ejemplo de un señor que fuma mucho. Este señor viene con usted quejándose de una tos que se ha ido empeorando.



1. Su **necesidad sentida** es aliviarse de la tos.



2. Su **necesidad de veras**, para corregir el problema, es dejar de fumar.

No, gracias.



3. Para acabar con la tos necesita la **voluntad** para dejar de fumar. Por ésto él debe entender la importancia que tiene.



4. Un **recurso** que le puede ayudar a dejar de fumar es la información sobre el daño que le puede hacer a él y a su familia. Otro recurso es el apoyo de su familia, de sus amigos y de usted.

ENTENDIENDO LAS NECESIDADES

Como trabajador de salud rural, primero va a querer saber cuáles son las necesidades e inquietudes más importantes de su gente. Para conseguir ésta información y así ver cuáles problemas son realmente más grandes puede ser útil hacer una lista de preguntas. En las próximas líneas hay ejemplos de las clases de preguntas que quizás le ayudarán. Pero piense en las preguntas más importantes **para su región**. Haga preguntas que no sólo le ayuden a juntar información, sino que hagan que la gente misma se empiece a preguntar cosas importantes.

No haga su lista de preguntas demasiado larga o complicada —especialmente si la va a llevar de casa en casa. Recuerde que las personas son

individuos. Tampoco les gusta que las vean como cifras. Al juntar la información, primero tome en cuenta lo que las personas quieren y sienten. En algunos casos quizás sería mejor no llevar la lista de preguntas. Pero al considerar las necesidades de su comunidad, vale la pena tener algunas preguntas básicas en su mente.



EJEMPLOS DE PREGUNTAS - Para investigar las necesidades de salud en su comunidad y a al vez ayudar a que la gente piense.

NECESIDADES SENTIDAS:

¿Qué cosas de la vida diaria cree su gente que le ayudan a mantener la salud? (condiciones de vida, creencias, costumbres, etc.).

¿Cuáles sienten las personas que son sus mayores problemas, intereses y necesidades, tanto en salud como en su vida en general?



VIVIENDA Y SANEAMIENTO:



¿De qué están hechas las casas? ¿Se mantienen las casas limpias? ¿Se cocina en el suelo o dónde? ¿Por dónde sale el humo? ¿En qué duerme la gente?

¿Hay problemas con las moscas, pulgas, chinches, ratas o alguna otra plaga? ¿Qué hace la gente para combatirlos? ¿Qué más se puede hacer?

¿Se protege la comida? ¿Cómo podría protegerse mejor?

¿Cuántos animales se permiten dentro de la casa? ¿Qué problemas causan?

¿Cuáles son las enfermedades más comunes de los animales? ¿Cómo afectan la salud de la gente? ¿Qué se hace para combatir éstas enfermedades? ¿De dónde consiguen las familias el agua? ¿Es agua potable? ¿Qué precauciones se toman?

¿Cuántas familias tienen letrina? ¿Las usan bien? ¿Está limpio su paraje? ¿Dónde se echa la basura? ¿Por qué?



POBLACION:

¿Cuántas personas viven en la comunidad?
 ¿Cuántos son menores de 15 años? ¿Cuántos saben leer y escribir? ¿Cuántos van a la escuela? ¿Les enseñan a los niños lo que más necesitan saber? ¿De qué otras formas aprenden los niños?

¿Cuántos niños nacieron éste año? ¿Cuántas personas murieron? ¿De qué? ¿A qué edad? ¿Pudieron ser prevenidas sus muertes? ¿Cómo?

¿Está aumentando o disminuyendo la población? ¿Causa ésto algún problema? ¿Con qué frecuencia se enfermaron diferentes personas el año pasado? ¿Cuántos días estuvo cada uno enfermo? ¿Qué enfermedades o heridas tenía cada uno? ¿Por qué? ¿Cuántas personas tienen enfermedades crónicas (de muchos años)? ¿Cuáles son?

¿Cuántos niños tiene cada familia? ¿Cuántos niños murieron? ¿De qué? ¿A qué edades? ¿Cuáles fueron las causas de la muerte?

¿Cuántos padres se interesan en no tener más hijos o en tenerlos menos seguidos? ¿Por cuáles razones?

NUTRICION:



¿Cuántas madres le dan leche de pecho a sus hijos? ¿Son éstos niños más sanos que los que no recibieron leche de pecho? ¿Por qué?

¿Cuáles son los alimentos que más come la gente? ¿De dónde se consiguen? ¿Hace la gente buen uso de toda la comida posible?

¿Cuántos niños están bajos de peso o dan muestras de mala alimentación?

¿Cuánto saben los padres y los niños sobre la buena alimentación?

¿Cuánta gente fuma demasiado? ¿Cuántos toman bebidas alcohólicas o refrescos muy seguidos? ¿Cuáles efectos tiene ésto sobre su salud y la de sus familias?

TIERRA Y COMIDA:



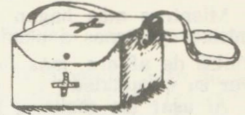
¿Hay suficiente tierra para producir los alimentos necesarios para cada familia? ¿Por cuánto tiempo podrá seguir produciendo suficiente comida si las familias siguen creciendo?

¿Cómo está distribuída la tierra de cultivo? ¿Cuántas familias tienen tierra propia? ¿Qué se está haciendo para que la tierra produzca más?

¿Cómo se almacenan las cosechas y la comida? ¿Hay muchos daños o pérdidas? ¿Por qué?



SALUD Y MANERAS DE CURAR



¿Qué papel tienen los curanderos y parteras? ¿Qué curaciones y medicinas caseras se usan en su región? ¿Cuáles son de más valor? ¿Hay algunas que son peligrosas o dañinas?

¿Qué servicios de salud están cerca? ¿Son buenos? ¿Cuánto cuestan y cuánta gente los usa?

¿Cuántos niños han sido vacunados? ¿Contra cuáles enfermedades? ¿Qué otras medidas preventivas se toman? ¿Qué otras se podrían tomar? ¿Qué importancia tienen?



AYUDA PROPIA:

¿Cuáles son las cosas más importantes que afectan la salud y bienestar de su gente hoy día y en el futuro?

¿Cuáles enfermedades comunes puede curar la gente por sí misma? ¿Qué tanto depende de la medicina y ayuda de afuera?

¿Se interesa la gente en aprender cómo curarse más segura y efectivamente? ¿Por qué? ¿Cómo pueden ellos aprender más? ¿Qué se los impide?

¿Cuáles son los derechos de la gente rica? ¿De la gente pobre? ¿De los hombre? ¿De las mujeres, de los niños? ¿Cómo es tratado cada uno de éstos grupos? ¿Por qué? ¿Es justo? ¿Es necesario cambiar? ¿Cómo? ¿Por quién?

¿Trabaja la gente junta para resolver los problemas comunes? ¿Comparten o se ayudan unos a otros en tiempos difíciles?

¿Qué se puede hacer para que su comunidad sea un lugar más sano? ¿Por dónde pueden empezar?

USANDO LOS RECURSOS DE SU REGION

Cómo se maneja un problema depende de los recursos que haya a su alcance. Algunas obras necesitan recursos de afuera (materiales, dinero o gente con cierto conocimiento). Por ejemplo, un programa de vacunación se puede hacer solamente cuando se traen las vacunas de otra parte, muchas veces del extranjero.

Otras actividades se pueden hacer completamente con recursos locales. Una familia o un grupo de vecinos puede cercar la toma de agua o hacer letrinas con los materiales que tengan a mano.

Algunos recursos de afuera, como vacunas o ciertas medicinas, pueden realizar grandes cambios en la salud de su gente. Haga lo posible para

conseguirlos pero en general, por el bien de su gente:

USE RECURSOS LOCALES SIEMPRE QUE LE SEA POSIBLE

Mientras más hagan usted y su gente por sí mismos y menos dependan de ayuda y de materiales de afuera, más fuerte y sana se va a volver su comunidad.

Al usar los recursos locales, no sólo los tiene a mano cuando los necesita sino muchas veces el trabajo se realiza mejor y a más bajo costo. Por ejemplo, si usted puede convencer a las madres (fig. 12) dar pecho a sus hijos en vez de alimentarlos con biberón, ésto les puede dar más confianza en sí mismas usando un recurso local de la mejor calidad-la leche de pecho.



LECHE DE PECHO –
UN EXCELENTE RECURSO NATURAL –
¡MEJOR QUE CUALQUIER ALIMENTO
QUE EL DINERO PUEDA COMPRAR!

El dar de mamar también previene enfermedades y muertes innecesarias de muchos niños.

En su trabajo de salud, siempre recuerde:

EL RECURSO MAS VALIOSO PARA LA SALUD DE LA GENTE ES LA GENTE MISMA.
DECIDIENDO QUE HACER Y EN DONDE EMPEZAR

Después de dar un vistazo a sus necesidades y recursos, usted y su gente deben decidir cuáles son las cosas más importantes, para hacerlas primero. Pueden hacer muchas cosas para ayudar a la gente a ser más sana. Algunas tienen importancia inmediata. Otras ayudarán a determinar el futuro bienestar de ciertas personas o toda la comunidad.

En muchos pueblos la mala alimentación agrava otros problemas de salud. **La gente no puede estar sana a menos que haya suficiente que comer.** Si la gente tiene hambre y los niños

están mal alimentados, mejorar la nutrición debe ser su primer interés.

Hay muchas formas de ver el problema de la mala alimentación, pues muchas cosas se juntan para producirla. Usted y su comunidad deben considerar las acciones que pueden tomar y decidir cuáles son las que probablemente darán resultado.

Aquí hay unos ejemplos de las formas en que algunas personas han ayudado a enfrentar su necesidad de una mejor nutrición. Algunas acciones traen resultados rápidos. Otras tardan. Usted y su comunidad pueden decidir cuál trabajo será más efectivo en su pueblo.

POSIBILIDADES PARA MEJORAR LA NUTRICION:

HUERTAS FAMILIARES

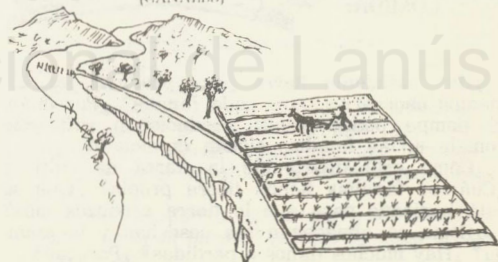


TERRAZAS AL NIVEL

para evitar que la tierra se vaya con la lluvia



IRRIGACIÓN DE TIERRAS (CANALES)



ANECDOTARIO REFLEXIVO

Mi participación en la última reunión de la S.M.R. llevada a cabo en la U.N.C. recientemente, y en especial la tarea grupal encomendada, me dejó una serie de dudas.

La desencadenó la respuesta a la pregunta N° XIII: ¿Cómo se podrá evaluar el efecto (o impacto) de la Medicina Familiar sobre la salud de la población, fuera de los tradicionales indicadores de Salud, Mortalidad y Morbilidad?

Esta respuesta está ligada al cambio que se está operando en las instituciones sanitarias.

Las valoraciones actuales tienen que ver con la tradición individualista, a efectos de responder a necesidades de planificación, y son, en esencia, producto de una operación de suma algebraica, sin que ello implique una descalificación, pues sigue siendo el **recurso racional actual** del que disponemos para hacer frente a la demanda y necesidad de la población.

Pero ya se está perfilando una concepción (sistémica, podríamos llamarla), que deberá decantarse para superar los vaivenes de la moda y las vicisitudes de los comienzos.

Cuando ello haya ocurrido, los conceptos de mortalidad, morbilidad, etc., habrán perdido el valor absoluto que hoy le damos, para ser trascendidos por valoraciones de crecimiento personal, familiar y social.

Ya para entonces habremos advertido que nuestra posibilidad de resolver el desafío desde nuestro puesto de agentes del sector salud es notoriamente insuficiente; esta función, como tantas otras, deberá ser asumida por equipos, ni inter ni multi, si no metadisciplinarios (integralidad de sus funciones e integrantes, conjunción en objetivos).

¿Cómo, pues, medir con nuestros actuales elementos, a nivel masivo, las expresiones de cambio individuales y sociales (por ejemplo capacidad de comunicación, libertad de pensamientos y su expresión, participación responsable, etc.) conceptos todos integrados por la ACTUAL definición de salud de la O.M.S.?

El desarrollo de la llamada ciencia de la conducta nos deberá posibilitar no solamente alimentar la individuación, sino también medir la eficiencia del cambio.

El desafío pasará por centrar la organización en la persona.

Este es, a mi entender, la clave del auge de la medicina familiar, que permitirá la singularización del hombre, que brinda y recibe aportes de otros singulares, y a través de estos intercambios vá creciendo y posibilitando el crecimiento de los otros.

La tendencia, pues, deberá ser del equipo de prestadores al grupo, y a la inversa, intensivamente.

Entretanto, aceptaremos nuestros límites, quizás debermos reducirnos, en algunos aspectos, a describir nuestras experiencias (aspectos anecdóticos y empíricos), con el sano aditamento de la **disconformidad constructiva**.

A título de propuesta, creo que a los índices ya señalados de satisfacción de los usuarios deberíamos agregar los de los prestadores.

No obstante, necesariamente para el desarrollo de esta transformación desde lo institucional, será necesario el logro de la satisfacción de un nivel básico de necesidades materiales de la población.

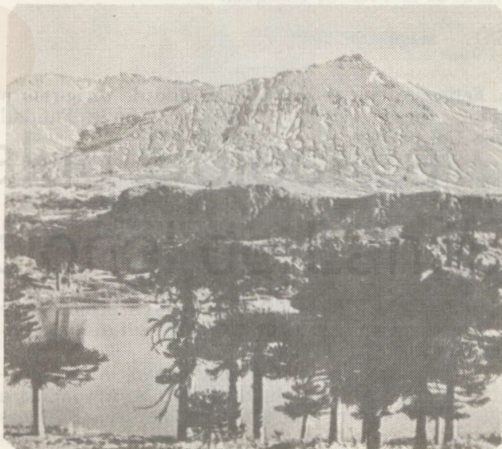
Asimismo considero que no es casual que la búsqueda en que nos hallamos inmersos tenga en nuestro sistema de salud un aliento que dudo hubiéramos hallado en un espacio y tiempo distintos.

Creo que es una respuesta más, aunque cualitativamente distinta, a aquellos, que arriesgando equivocarse, han intentado, con los recursos del momento que transitaron, poner la institución salud al servicio de la población en general (léase Atención Primaria de la Salud).

WILLE ARRUE
San Martín de los Andes
ABRIL 1983

¡ULTIMO MOMENTO!

La Comisión Organizadora de las Cuartas Jornadas Provinciales de Medicina Rural y Primer Encuentro Interprovincial de Atención Primaria de la Salud comunica y confirma que se realizarán del 7 al 11 de diciembre de 1983 en la hermosa localidad cordillerana de Caviahué. Los temas incluirán entre otros a "El control de las enfermedades infectocontagiosas en la República Argentina"; "El enfoque de riesgo en salud"; "La situación de la salud de la población infantil en la provincia del Neuquén"; "Pautas para una política sanitaria nacional"; "Curricula de pre y post-grado"; y relatos de participantes de otras provincias en el marco de la atención primaria de la salud. Desde ya extendemos nuestra cordial invitación a todos los interesados a lo largo y ancho del país. Para mayor información dirigirse a "Comisión Organizadora-Casilla de Correo 705 - 8300 Neuquén".



OBJETIVO COMUNICARNOS

Colonia Aborígen Chaco, 30 Mayo 1983

Señor Presidente
Sociedad de Medicina Rural
Su Despacho

El motivo de la presente nota tiene por finalidad ponerme en contacto con Ud. y por su intermedio a los demás integrantes de esa sociedad con el fin de solicitar el envío de la Revista que editan.

- He tenido la oportunidad de recibir a través del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco, algunos de los ejemplares, y en éste momento desearía continuar recibiendo en forma periódica y constante la Revista.

Para su conocimiento me desempeño como Médico - Director del Puesto Sanitario "A" de Colonia Aborígen Chaco, en área rural cuyos habitantes son Aborígenes TOBAS en alta proporción, existiendo Aborígen MOCOVIES y CRIOLLOS. Este Servicio tiene a su cargo 3 Puestos Sanitarios tipo "B" con Agentes Sanitarios, seleccionado del medio siendo estos Aborígenes Tobas.

Se desarrolla un programa de Atención Primaria de Salud y otras acciones a través de un sistema de Estrategia de Diagnóstico y Tratamiento.

En cartas posteriores le daré un detalle más amplio de las acciones.

A la espera de una respuesta favorable lo saludo muy atentamente.

Dr. Héctor Manuel Tobares - Director

EL SOBERBIO, 3 de mayo de 1983

Dr. MIGUEL IRIGOYEN
Presidente de la Sociedad de Medicina Rural de la Pcia. de Neuquén

S/D

Estimado colega tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de estrechar vínculos, con la Entidad que Ud. preside.

A pesar de la distancia y en medios geográficos y sociales tan diferentes, creo que realizamos una medicina similar. El pueblo donde desarrollo mi actividad se halla en la frontera con la República Federativa del Brasil, en el interior de la Provincia, sobre la margen del Río Uruguay. Es un pueblo pequeño de mil habitantes aproximadamente; lamentablemente carecemos de "Frontera viva", y la infiltración cultural es desmedida.

Si bien me gradué de médico en la Universidad de La Plata, mi ciudad natal, he aprendido a querer este lugar y dejando de lado las ilusiones de practicar la Medicina de las super-especialida-

des, por obra del destino, desde hace cuatro años practico esta otra Medicina, tan real, tan hecha con "mucha voluntad y pocos medios", tan llena de semiología pura y poco o ninguno de los medios auxiliares de diagnóstico.

He dejado hace muy poco tiempo los claustros y deseo seguir actualizado, es por eso que en ésta provincia sería imprescindible la creación de una Entidad que, como la vuestra, nuclea a los médicos que practican la Medicina Rural, los mantenga informados y valorice su accionar profesional; es por ésto que desearía suscribirme a vuestra publicación, y conocer vuestra forma de trabajo a fin de comunicarlo a mis colegas y dar forma así, a nuestra Sociedad de Medicina Rural.

Sin más, me despido a Ud. a la espera de noticias favorables.

Los saludo muy atte.

Dr. Roberto L. Napoli
MP 1960 - Médico de la Unidad Sanitaria El Soberbio - Misiones

Posadas, 21 de Febrero de 1983

Dr. MALCOLM ELDER
Sociedad de Medicina Rural de Neuquén

Estimado colega:

Quiero solicitarle nos envíe a la brevedad posible las siguientes informaciones:

1.— Valor de la suscripción anual de la revista M.R. con el fin de que varios médicos de la provincia cumplamos con ese requisito para recibirla y colaborar con vuestro esfuerzo.

2.— Una copia de los estatutos, ya que es nuestra intención desde batante tiempo atrás, formar una entidad similar. Si bien tenemos en claro nuestros objetivos, desearíamos compatibilizarlos, en pro de los que les manifesté en una carta anterior: la integración en el futuro de una Federación Nacional de Medicina Rural.

Aún cuando varios colegas de zonas rurales reciben M.R. a partir de la solicitud que les hiciera oportunamente, necesitamos aumentar el número de adherentes a la misma y para ello es importante la responsabilidad con que encaremos la parte económica, base para vuestra regular existencia que en el futuro será la nuestra. Con esto quiero decir, que vuestro esfuerzo merece continuidad y su permanencia en el tiempo posibilitará reproducir en otras provincias la tarea que ustedes iniciaron.

Adjunto a la presente documento sobre "Replanteo filosófico y metodología" de Atención Primaria de la Salud, que elaboramos con una comisión de la región Litoral en Diciembre de 1981 en Posadas y posteriormente presentamos en la XV Reunión Nacional del Programa (San Luis -

Abril de 1982). Con ello pretendemos alcanzar mayores precisiones en torno al concepto de Atención Primaria de Salud y evitar la rutinización acrítica en que peligrosamente estábamos incurriendo los responsables del programa en todo el país. Su divulgación y especialmente la discusión colaborarán con ese objetivo. Por esto y porque en su parte final hacemos un reconocimiento a vuestra sociedad es que nos pareció oportuno remitirles.

Confundiendo en contar a la brevedad con lo solicitado aprovecho la oportunidad para saludarlo con el mayor afecto.

Dr. Eduardo German Vassiliades
Jefatura del Programa de Atención
Primaria de la Salud - Posadas

HACIA UNA DIGNIDAD COMPARTIDA

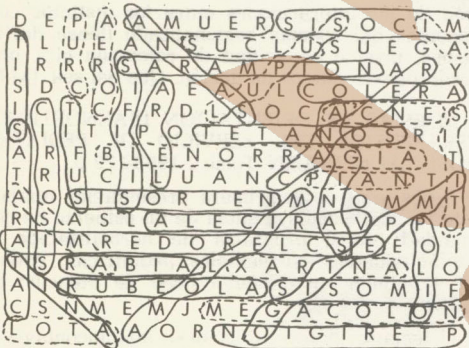
En el Artículo 2° inciso c) del Estatuto de la SMR se establece uno de nuestros objetivos: "Promover a la protección del ejercicio de la profesión por sus asociados en todos sus aspectos, procurando que las condiciones de vida correspondan a la dignidad de las personas que la componen". En el supuesto de que esto se haya logrado, y que las condiciones de vida sean dignas, con el otro supuesto de que sea como resultado del accionar de la Sociedad, cabe preguntarse ¿Puede

existir dignidad intrínseca sin dignidad extrínseca, es decir de las personas que no la componen? Entendemos que surge un estado de tensión y disarmonía que se manifiesta en el complejo mundo de las relaciones sociales y del cual no estamos exentos ni podremos estarlo en el tiempo. Juguemos nuestro papel de proyección plena en la sociedad en que vivimos y trabajamos. Qué mejor oportunidad para nuestros asociados que el de la atención primaria para estar cerca de los miles de hombres, mujeres y niños que nos rodean y que caminan buscando una salud plena y una vida digna. Qué mejor oportunidad para nuestros asociados de ser personas dignas que el de buscar la dignidad de las personas que nos rodean, en forma profunda y sincera.

Creemos que los que ejercemos la medicina rural, general, familiar, comunitaria o como se llame no podemos detenernos en aspirar a tal o cual cargo, curso y/o concurso en la medida que nos alejen de ese privilegio de acompañar a nuestra gran población en sus necesidades de atención primaria. Definamos pues nuestras prioridades y encontremos la forma para que sean coincidentes con las prioridades sanitarias reales de la comunidad.

MALCO FRANCISCO ELDER
MP 704 - MN 43329
Julio 1983

SOLUCION DEL ENTRETENIMIENTO



Ai	Fimosis	Rabia
Acné	Impétigo	Reuma
Anginas	Lepra	Rubeola
Antrax	Lota	Sarampión
Asma	Lupus	Sarna
Blenorragia	Megaolon	Sífilis
Cáncer	Micosis	Tétanos
Cataratas	Mieloma	Tifus
Cirrosis	Neurosis	Tiña
Cólera	Otitis	Tisis
Corea	Pian	Ulcus
Crup	Polio	Varicela
Esclerodermia	Pterigion	

SUSCRIPCION VOLUNTARIA DE APOYO

Los altos costos de producción de la revista **MR** han exigido emitir la presente suscripción. Como pensamos que cumplimos un servicio, la hemos rotulado de voluntaria y no limitaremos la distribución de la revista.

El importe es de cincuenta pesos argentinos y equivale a un año de publicaciones.

Desde ya muchas gracias a quienes contribuyan a financiar **MR**.

Sres. REVISTA **MR**- C.C. 705- 8300 NEUQUEN

Adjunto: cheque giro N°.....

c/Banco a la orden de
Sociedad de Medicina Rural de la provincia del
Neuquén por el importe de \$a. 50.- (cincuenta
pesos argentinos), como concepto de SUSCRIPCION
DE APOYO POR EL TERMINO DE UN AÑO.

Nombre:.....

Domicilio:.....

Profesión:.....

Cargo actual:.....

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

EL MEDICO, EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD.
Michael Balint Libros Básicos. 1960.421 p.

"Ocurre con bastante frecuencia que la relación entre el paciente y su médico es tensa, incómoda y aún desagradable. En éstos casos, pues, la droga llamada "doctor" no produce los efectos deseados. Estas situaciones son muy a menudo realmente trágicas; el paciente experimenta verdadera necesidad de ayuda, el médico se esfuerza honestamente hasta el límite de sus fuerzas y, sin embargo, a pesar de los esfuerzos sinceros de ambas partes, las cosas tienden obstinadamente a andar mal". Así presenta el Dr. Balint el problema general investigado durante tres años por un equipo de catorce médicos generales y un siquiatra, centrado en el proceso de sicoterapia, en seminarios semanales, cuyos resultados se exponen en el libro. Se combina un estudio del problema de cuánto y de qué modo el médico general puede hacer sicoterapia y un debate sobre cómo ésta podría haber sido mejor aplicada y utilizada. No es un descubrimiento reciente que la enseñanza dada al médico ha abandonado la consideración de muchos problemas personales y emocionales en la vida de las personas ocasionando innecesaria preocupación, irritación y sufrimiento. El médico general necesita el debate sobre el tema para entender la complicada estructura psicológica de los pacientes, para mejorar su conocimiento en sí mismo como una parte de la "droga" que recibe el paciente. Necesita saber dosificarse frente al paciente y cómo evitar esa posible frustración y ansiedad hasta que aparezca la mejoría necesaria.

Consta el libro de tres partes principales; en la primera trata el diagnóstico de la "patología de la persona total"; en la segunda se ubica la sicoterapia del médico general y en la tercera las conclusiones, tratando de resumir los resultados de la investigación realizada en forma autónoma por el grupo —el equipo de médicos generales y siquiátras— en base a sus propios recursos. Constituye pues un puente entre la instrucción del hospital y las responsabilidades que tiene el médico general, tanto en el medio rural como urbano. (M.E.).

DIAGNOSTICO DE SITUACION PERINATAL.
Provincia del Neuquén. (Subsecretaría de Salud. Nqn. MBS-CLAP-OPS/OMS) 1981-215 p.

Poco sospechaban los integrantes de la totalidad de los establecimientos hospitalarios de la provincia que la utilización diaria, sostenida y generalizada de los formularios de la Historia Clínica Perinatal podía llevar, en una etapa inicial, a un análisis descriptivo de la realidad perinatal, que fuera tan amplio y tan condensador de la multiplicidad de factores intervinientes. Esta presentación de la Subsecretaría de Salud no es evidentemente un texto enciclopédico, sino la síntesis estadística de

un esfuerzo colaborativo de registros normatizados sobre 8100 partos ocurridos en el período julio 1979-diciembre 1980. Con éste trabajo se procura conocer algunas características de la población atendida y de la atención médica brindada en las instituciones que componen la red sanitaria provincial. Entendemos que es una experiencia aún no repetida en otras provincias y es de esperar su implementación progresiva en éste nivel.

El conocimiento del riesgo perinatal permitirá establecer la adecuación de las prioridades y de las decisiones concomitantes para reducirlo y para establecer una correcta política de formación de recursos humanos. Permitirá mejorar todos los niveles de organización y la investigación y en última instancia beneficiar a la madre y su hijo.

En cuanto a los resultados preliminares del estudio, se presentan en gráficos y tablas y "la exclusión ex-profeso de los comentarios que generan éstos datos se ha hecho con la finalidad de que los mismos motiven... para un análisis e interpretación adecuada... y que inciten a la discusión e intercambio de ideas... para el mejoramiento de la atención y la profundización en el estudio de las múltiples variables que influyen sobre el riesgo perinatal". Creemos que éste hecho de opinión del agente sanitario, la enfermera, la técnica de estadísticas, el médico, etc., sumado a la evaluación de las interacciones entre los distintos componentes del sistema regionalizado (léase derivaciones, nivel o capacidad de retención etc). ofrecerán nuevos cursos de acción. Que así sea. (M.E.).

NORMAS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL NEUQUEN. Tomo 2-1982-172 p.

A dos años de la primera presentación aparece éste trabajo como evidencia de un esfuerzo de continuidad en el programa de normatización de las actividades asistenciales pediátricas, dedicado a obtener un eficiente nivel de atención del niño.

El temario incluye afecciones infectocontagiosas comunes en la infancia, algunas de ellas inmutables, afecciones respiratorias bajas, traumatismo cráneo-encefálico, hematurias, raquitismo, y tetanias. Presenta en forma completa las normas para la atención del niño menor de dos años que se utilizan en toda la provincia, con los contenidos médicos y de enfermería y la nueva historia clínica pediátrica. Por último se incluye un anexo sobre el tema de antibióticos, complementario del primer tomo.

Asegura en la introducción el deseo que "el mensaje sea también un instrumento útil para todos aquellos pediatras, médicos generales y residentes que en nuestra provincia o la región atiendan niños". Constituye pues una contribución valiosa y de evidente aplicación práctica. (M.E.).



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

cirugia • química • ortopedia

AL SERVICIO DEL

PROFESIONAL

Instituto de Salud Colectiva

MINISTRO GONZALEZ 221 - TEL. 24103-25992-23998
Universidad Nacional de Lanús.
CP. 8300 - NEUQUEN

2^{DA}



**dirección provincial de turismo
neuquén - argentina
MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA**

ADHESION DE:



**LOTERIA
la NEUQUINA**