



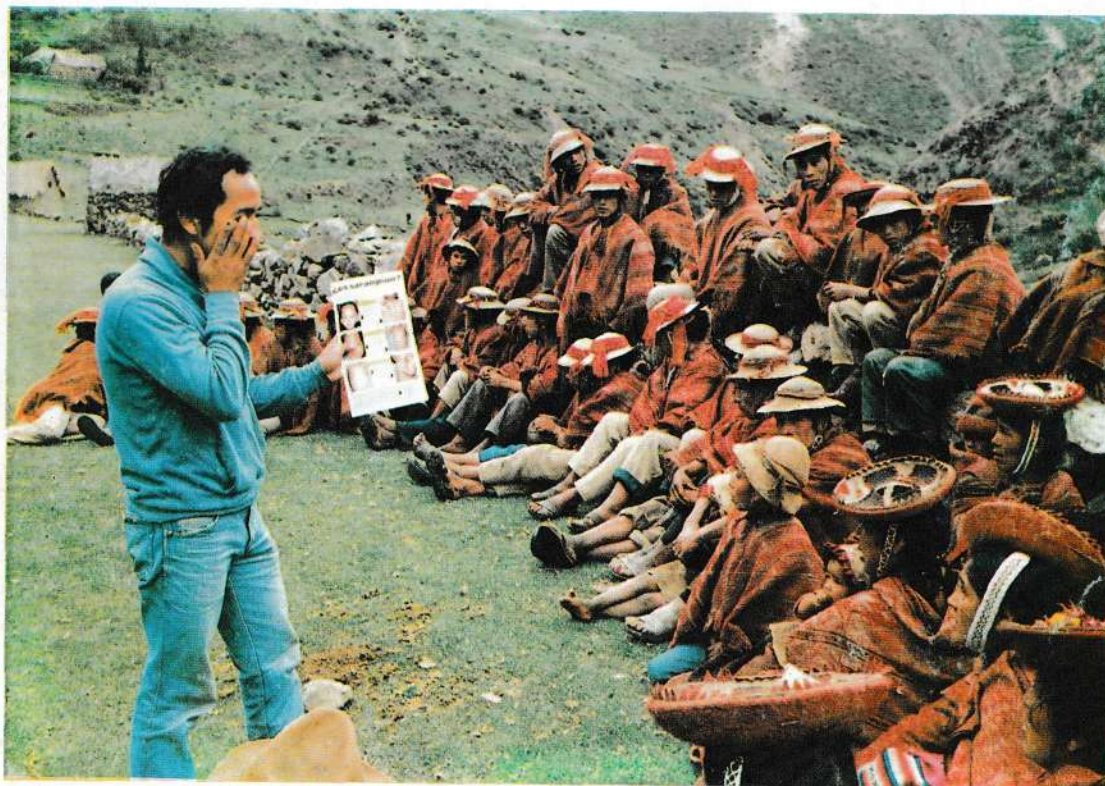
SITUA

SETIEMBRE 94 - FEBRERO 95

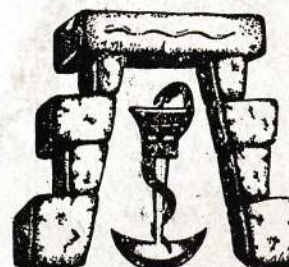
AÑO 3 Nº 5

Precio S/. 4.00

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Universidad Nacional
de San Antonio
Abad del Cusco**



HANPI YACHAYPA HAMUT'AY HATUN
YACHAY WASI



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABA DEL CUSCO

RECTOR:
Dr. Mauro Concha Pérez

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DECANO:
Dr. Ramiro Farfán Cantero

SITUA

Revista Semestral de la
Facultad de Medicina
Humana

Año 3 N° 5 - Set. 94 Feb. 95

DIRECTOR:
Dr. Santiago Saco Méndez

EQUIPO DE REDACCION DE ESTE NUMERO

Dr. Ramiro Farfán Cantero
Dr. Hugo Noli Callirgos
Dra. Ana Montalvo Chávez
Blga. Rosa Urrunaga Soria
Dr. Edgar Sobrino Mora
Enf. Carmen Valencia Honor
Est. Christian Palomino Vásquez

MECANOGRAFIA Y CORRECCIONES:
Sra. Carolina Lozano - Alvarez
Srta. Lina Moscoso Morales

FOTO CARATULA:
Dr. Santiago Saco Méndez

DIRECCION:
Av. de la Cultura s/n Cusco

IMPRESION:
Editorial MERCANTIL

La publicación de SITUA
cuenta con la cooperación del
PEAPS-UNSAAC/GTZ
Convenio Perú-Alemania

¿Qué es "calidad de la atención"? (*)

Calidad de la atención es un término ampliamente utilizado en el campo de la atención de la salud, a menudo con significados múltiples. Lo que es una buena calidad de la atención para una persona puede no serlo para otra. Entonces ¿cómo se puede determinar si un servicio es de buena calidad?

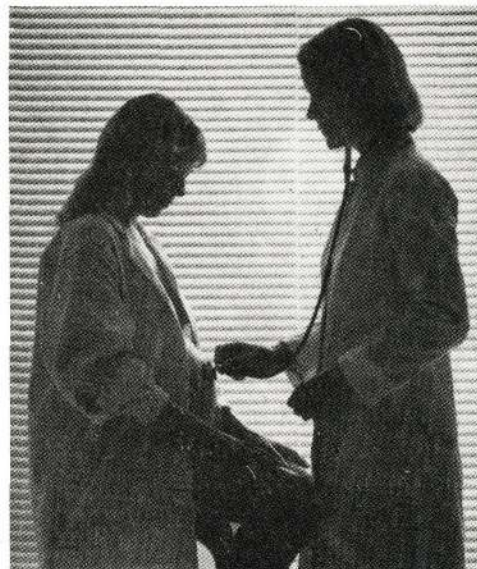
Algunos investigadores han formulado esa pregunta a los clientes. En un estudio realizado en Chile en 1991, utilizando preguntas pendientes que no pudieran responderse con un monosílabo, uno de los aspectos que muchas mujeres incluyeron entre los atributos de los servicios de alta calidad fue: "**ser tratada como un ser humano**". Entre los otros atributos enumerados figuraron los siguientes: la limpieza de la instalación; el poder disponer de tiempo adecuado con un miembro del personal, y que se les alentara a aprender sobre su propia salud.⁽¹⁾

El mejoramiento de la calidad de la atención ha de comenzar con un enfoque filosófico que se concentre en las necesidades de los clientes. Después, hay que desarrollar y utilizar técnicas para evaluar y mejorar la calidad de la atención en muchos marcos diferentes, desde las clínicas individuales hasta los programas a nivel nacional.

La "calidad de los servicios", a diferencia de la "calidad de la atención", se refiere a lo que se provee realmente a nivel de prestación de los servicios. La calidad de los servicios está determinada por la forma en la que los formuladores de políticas y los gerentes de programas convierten sus recursos (personal, sumi-

nistros, ubicación física) en servicios. La calidad de los servicios prestados debería medirse en forma objetiva; la calidad de la atención, que se basa en la opinión del cliente, es inherentemente más subjetiva.

A principios de los años 80, el doctor Avedis Donabedian en la Universidad de Michigan en Ann Harbor formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. Luego, en una ponencia de 1985, los doctores Albert Hermalin y Barbara Entwisle presentaron un enfoque para medir la accesibilidad a los servicios de planificación familiar,



La calidad de la atención se basa en las necesidades del cliente

incluidos la distancia que era necesario recorrer, el costo para el cliente y las opciones anti-conceptivas.

En 1990, Judith Bruce, del Consejo de Población (The Population Council), en Nueva York, formuló seis elementos básicos que constituyen, en

(*) Extraído del NETWORK en español. Oct. 93.



SUMARIO

SITUA N° 5 Setiembre 94 - Febrero 95

	Pág.
1. Editorial	4
2. Página del Decano	5
3. Papel del Interno como Futuro Profesional de Salud <i>Dr. René Cervantes Begazo</i>	6
4. Salud y Constitución Nacional <i>Dr. Giovanni Berlinguer</i>	10
5. Un Breve Perfil de la Vida del Dr. Antonio Lorena <i>Dr. Fausto Garmendia</i>	12
6. Declaración de Alma Ata: A cinco años de la meta <i>Dr. Santiago Saco Méndez</i>	14
7. Estudio sobre Neumonías en niños de 2 meses 5 años en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, Lima 1990-1992 <i>Dr. Jorge Gudiel Hermoza</i>	22
8. Estudio Parasitológico en los Centros Educativos Urbano y Rural de San Jerónimo-Cusco <i>Blga. Francisca Callañaupa Mendoza, Blgo. Pascual Pacori Gonzales</i>	29
9. Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madres de zona Urbana y rural de la San Jerónimo. <i>Est. José Luis Fernández Román, Est. Silvia Luz Mayorga Zárate</i>	31
10. Situación del estado Nutricional en los Niños Pre-escolares de Calca y Urubamba <i>Enf. Carmen Valencia Honor</i>	34
11. Estudio del Estado Nutricional de niños Pre-escolares y Escolares en las provincias de Calca y Urubamba <i>Dra. Ana Luz Montalvo Chávez</i>	46
12. Displasia Espondiloepifisiaria Congénita <i>Dr. Hugo Noli Callirgos</i>	49
13. Caries Dental: Enfermedad Prevenible <i>Dr. Edgar Sobrino Mora</i>	50
14. Defectos Postulares <i>Dr. Hugo Noli Callirgos</i>	51
15. Efecto <i>Allium Cepa</i> en Verruga Vulgar en Escolares de la zona Urbano Marginal- Santiago <i>Est. Gustavo Tagle Carbajal, Est. Rosa Inés Vengoa Figueroa, Est. Wily Quispe Humpire</i>	53
16. Investigación de la <i>Satureja Boliviana</i> , Planta Medicinal Andina <i>Blga. Rosa Urrunaga Soria, Quím. Emma Urrunaga Soria, Quím. Lourdes Acurio Usca</i>	57
17. Familia Médica	61
18. Medinoticias	62
19. El Chaski	64
20. Pautas para la Publicación de artículos en la Revista Situa	67
21. Derecho de los usuarios	68

Editorial

El quinto número de SITUA ya está en sus manos. Cuando empezamos esta tarea teníamos la confianza de que este proyecto saldría adelante ya que esperábamos contar con el apoyo de la familia médica antoniana y de los investigadores de la problemática de salud de la región.

En esta oportunidad, SITUA inicia la difusión, análisis y discusión de la "Calidad" de la educación y de la atención de la salud, tema que está en plena actualidad y tiene que ver principalmente con una atención médica que debe ser esencialmente humana.

El estudio de las plantas medicinales continua con mucho interés en la UNSAAC, en este número tenemos dos trabajos: uno sobre la cebolla y sus efectos benéficos con la verruga vulgar y otra sobre la *Satureja Boliviana*, que tiene aplicaciones antisépticas, antiespasmódicas, analgésicas y como conservante de alimentos frescos.

Las parasitosis, infecciones respiratorias agudas y los defectos posturales, de gran incidencia regional y nacional son analizados en este número, presentando propuestas para su prevención, control y tratamiento.

Un problema de gran interés regional que es tratado por dos estudiantes antonianos, referente a la preferencia del parto domiciliario por las madres andinas, ellos han encontrado diversos factores culturales, económicos, sociales y de calidad de atención que determinan que una mujer prefiera dar a luz en su hogar.

La situación nutricional de los niños, pre-escolares y escolares del sector rural continua sin mejorar, es imperativo buscar una solución integral con participación multisectorial, desde el estado, gobiernos locales y la población en general, con el objetivo de eliminar el hambre.

Faltan 5 años para el año 2,000 y para la concretización de la meta "Salud para todos en el año 2,000" que fue planteado en Alma Ata. En esta oportunidad analizamos esta declaración 16 años después, con sus logros y limitaciones.

Hemos reproducido la conferencia del Dr. Giovanni Berlinguer quien hace un importante estudio y análisis de la situación actual de la salud a nivel mundial, sus aportes son muy importantes.

La educación médica es otra de las principales preocupaciones de SITUA. Con miras de mejorarla, el señor decano nos trae un análisis, de lo que la FMH-UNSAAC busca en la formación de los médicos cusqueños. El Dr. René Cervantes, da pautas de como debe ser un internado médico, que respondan a las necesidades del país.

Estos primeros cinco números nos ha permitido aprender haciendo, la revista puede y debe ir mejorando en los próximos números. Esperamos sus sugerencias y aportes.

Finalmente, agradecemos a todos los que contribuyeron en la realización de este quinto número de SITUA.

EL DIRECTOR

BUSCANDO CALIDAD DE LA EDUCACION MEDICA

A escasos cinco años para la culminación de este siglo y de la meta de la declaración de Alma Ata de "Salud para todos en el año 2000" con enorme tristeza vemos que esto va ser difícil de alcanzar sobre todo en los países en vías de desarrollo donde los presupuestos de salud son exigüos.

Haciendo comparaciones en el Continente americano, E.E. U.U. tiene el presupuesto más alto para salud: 14%, en América Latina el presupuesto promedio es de 3.5%, llegando a la conclusión de que en los países en desarrollo el presupuesto en Salud es de 10 dólares per cápita a diferencia de los países industrializados que es de 2000 dólares per cápita.

Siendo el médico la "columna vertebral en la solución de los problemas de salud" y las Facultades de Medicina las formadoras de estos recursos humanos, estas están obligadas a buscar el logro de la calidad de la educación médica.

Si entendemos por calidad como el conjunto de propiedades, atributos o parámetros que deben tener las Facultades de Medicina para responder en forma óptima a su perfil profesional; formando médicos humanistas, éticos y con gran sentido social.

En el camino de la búsqueda de calidad debemos empezar con la acreditación y evaluación permanente de las Facultades de Medicina para poder garantizar la calidad y excelencia de la formación profesional en las Facultades, el cual debe estar a cargo de la Asamblea Nacional de Recto-

res asesorados por ASPEFAM, racionalizando el funcionamiento de las Facultades de Medicina en el país por regiones.

Las Facultades deberán contar con personal docente a tiempo completo que conserven su campo clínico y los cuales sean capacitados en forma permanente mediante cursos o seminarios, sobre Pedagogía, Metodología de la Investigación, con participación en congresos, seminarios, talleres, cursos nacionales e internacionales de su especialidad en



forma constante, para tener un conocimiento científico actualizado.

Las Facultades de Medicina deberán tener una buena infraestructura, laboratorios, bioterios, biblioteca especializada, videotecas, Centros de producción de videos, Gabinetes de fotografía y Centros de investigación.

El ingreso de los postulantes a las Facultades de Medicina deben ser limitadas de acuerdo a la infraestructura, número de docentes, laboratorios, campos clínicos y a un estudio previo del mercado ocupacional. Los ingresantes deberán estar dotados de una cultura amplia, dominio de un idioma extranjero, y del quechua para las Facultades del

Sur andino, conocimientos de informática y dotados de vocación y aptitudes capaces de ser actores de su formación profesional y no meros receptores de conocimientos.

En el aspecto curricular en el pregrado se debe unificar la currícula de todas las Facultades de Medicina respetándose sus características especiales de acuerdo a la patología regional y teniendo como referencia el diagnóstico de la situación de salud del país y de la región. La reforma

de la Educación Médica no sólo deben ser planeado como un cambio de planes de estudio sino fundamentalmente para participar en los cambios de políticas de salud y mejorar los índices de morbi-mortalidad dando énfasis a las actividades prevención, promoción y tratamiento. Esto implica que los

profesores y estudiantes salgan del ámbito universitario hacia los hospitales, centros de Salud y comunidad, donde puedan realizar sus prácticas. Mediante estadías comunitarias en las diversas asignaturas, que culminen con el internado rural, esto permitirá una educación médica más realista.

La realización de trabajos de investigación "in situ" fomentando los trabajos para resolver los problemas de salud de la comunidad con el lema "la investigación de hoy es la salud del mañana", es otro aspecto importante para alcanzar calidad total del egresado que será puesto al servicio de los usuarios, quienes serán los evaluadores finales.

Dr. Ramiro Farfán Cantero

PERFIL DEL INTERNO COMO FUTURO PROFESIONAL DE SALUD (*)

Dr. René Cervantes Begazo (1)

INTRODUCCION:

El Currículum de la profesión médica, a diferencia del Currículum de otras profesiones, tiene desde hace mucho tiempo, un ciclo de prácticas profesionales, al cual, por desarrollarse casi a tiempo completo en una institución de salud, se le llama **internado**. En este ciclo se pretende que el estudiante, al lado de los conocimientos, se ejercite en el afrontamiento de situaciones reales para que vaya comprendiendo paulatinamente la realidad de la profesión.

Desde la perspectiva del Plan de Estudios, el Internado viene a ser la contrapartida de la totalidad de las asignaturas, en la medida en que en este ciclo, el internado enfrentado a problemas, debe saber movilizar la totalidad de sus conocimientos, habilidades y actitudes para resolver una situación real.

El Internado es la única etapa Curricular en la que el estudiante tiene la oportunidad de aprender haciendo, que es la única forma segura de aprender. Según la concepción Popperiana del aprendizaje, aprender implica, aprender a aprender solucionando problemas dentro de las limitaciones psicoevaluativas de cada aprendiz y dentro de las limitaciones sociales y económicas propias de la sociedad en que vive y de la Universidad en la que aprende.

Recordemos que según Piaget, pensar es operar, y que el aprendizaje es un proceso individual y complejo de asimilación y acomodación de nuevo conocimiento a la estructura cognoscitiva del sujeto, es decir, a la organización intelectual, afectiva y

psicomotriz de la persona y que le permite adquirir conocimientos, habilidades y actitudes, luego del cual debe producirse la adaptación, es decir la capacidad de aplicar lo adquirido en una nueva situación. Sin estos procesos no hay aprendizaje, es decir, sin la posibilidad de aplicar lo aprendido resolviendo problemas o situaciones reales, no hay aprendizaje.

Por lo que explicaremos más adelante, estos procesos necesarios para que el estudiante adquiera progresivamente las competencias del médico, no se facilita adecuadamente en el Internado.

Si bien no parece haber consenso en cuanto a cuáles son las competencias que deben caracterizar el perfil profesional del médico peruano, creo que podemos estar de acuerdo que este médico debe poseer las competencias de cualquier buen médico del planeta, más las que le permitan solucionar los problemas de salud de nuestro país.

Desde esta perspectiva creemos que el egresado del Internado en nuestra Facultad de Medicina y probablemente en la mayoría de Facultades de Medicina del país, con honrosas excepciones, no está adecuadamente preparado para el desempeño profesional tanto en el sector público como en el sector privado.

Si bien la inadecuación relativa para el desempeño profesional es común a los graduados de las diferentes profesiones universitarias, en el caso de la Medicina por el tipo de experiencias de aprendizaje podría pensarse que luego del Internado, el graduado debería estar en ventaja

sobre otros profesionales para el desarrollo de sus actividades, sin embargo esto no parece suceder en la medida deseada, aunque como en todo hay excepciones tanto en el nivel individual, cuanto en el de Facultades de Medicina.

CUALES SON LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LAS DEFICIENCIAS DEL INTERNADO:

Partamos del supuesto que nuestra afirmación es correcta, entonces tendremos que preguntarnos por qué se da esta situación, es decir cuáles son los factores que inciden en esta deficiencia o dificultad en el graduado de Medicina para el desempeño profesional.

A nuestro juicio, entre otros factores podemos identificar cuatro que inciden directamente en el problema, estos son:

1. El tipo de Currículum y Plan de Estudios correspondiente
2. La organización y funcionamiento del Internado tanto como ciclo de formación curricular universitaria, cuanto como uno de los niveles de los niveles de la organización estructural y funcional de un Servicio o Departamento de una institución de salud.
3. El desarrollo exclusivamente intrahospitalario del Internado, y,
4. El excesivo número de Internos como consecuencia de la excesiva e irracional creación de Facultades de Medicina.

Revisemos cada uno de los factores mencionados:

1. El tipo de Currículum y Plan de Estudios correspondiente.

1. Profesor Principal y Jefe de Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú Director del Centro Nacional de tecnología Educativa en Salud (CENTES).

(*) Artículo publicado en la Revista Ginecología y Obstetricia de la Sociedad peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol 40, N°1 1994.

El Plan de Estudios de Currículum de nuestra Facultad de Medicina, como el de muchas de las Facultades de Medicina de nuestro país, es del modelo basado en asignaturas, es decir aquel que se estructura secuencialmente en bloques de cursos que se apoyan unos a los otros en sentido horizontal, es decir en el mismo ciclo académico, y en sentido vertical, o sea a lo largo del desarrollo curricular. En este modelo se consideran los siguientes bloques:

- Ciencias Básicas
- Pre-Clínicas
- Clínicas e
- Internado

Se critica este modelo por el hecho que atomiza el conocimiento y fragmenta la realidad ya que las prácticas educativas que propugna se organizan en torno a la acumulación de información por parte del estudiante y no a la construcción de sus esquemas conceptuales, contrariamente a lo que postula Piaget.

La perspectiva integracionista que debe caracterizar al estudio del ser humano y sus problemas, ve dificultada en este tipo de Plan de Estudios ya que las asignaturas funcionan casi aisladamente como entidades semi-autónomas. En este punto quisiera recordar lo expresado por Walter Peñaloza, qué hacen muchas Universidades y consecuentemente, muchos profesores. Dice este autor: «... tengamos presente que las asignaturas contienen los conocimientos de un determinado sector de la ciencia».

El Plan de Asignaturas es, pues, el Plan de los conocimientos que juzgan indispensables impartir. Al organizar una institución su trabajo y por su parte los profesores el suyo, en torno al Plan de Asignaturas, se está haciendo de los conocimientos el eje de toda la labor universitaria.

... A esto es lo que podemos denominar la tendencia intelectualista del Currículum, los conocimientos se convierten en las grandes metas de la labor universitaria...»

El Plan de Estudios por Asignaturas

favorece la fijación segmentaria de conocimientos y de las incipientes habilidades y actitudes sin mayores oportunidades para el desarrollo de una perspectiva integral de la persona como tal o como paciente, y por lo tanto para desarrollar progresivamente actitudes de responsabilidad por la protección y atención de la salud integral de las personas.

Esta concepción segmentarista e intelectualista del Plan de Estudios se enfrenta en el último año con una etapa curricular conceptualizada o que necesariamente debe conceptualizarse de manera diferente ya que en el Internado, el estudiante se enfrenta a problemas que requieren la movilización de todos sus conocimientos, habilidades y actitudes para resolver un problema y/o una situación real, es decir se da la etapa de adaptación que según Piaget, es absolutamente necesaria para el aprendizaje.

La inexistencia de un período de Externado preparatorio para el Internado y la escasa experiencia en comunidad, limitan aún más la posibilidad de integrar los conocimientos, habilidades y actitudes en competencias útiles para el desempeño profesional.

2. La Organización Funcionamiento del Internado.

El segundo factor a considerar, es la organización y funcionamiento del Internado, tanto como ciclo de formación curricular, cuanto como una de las estructuras de la organización y funcionamiento de una institución de salud.

Los aspectos negativos en este factor debemos analizarlo desde el punto de vista de los organismos efectores de salud en cuyas instituciones se desarrolla el Internado, cuanto desde el punto de la Universidad.

2.1. Punto de vista de los organismos efectores de salud:

En cuanto a las instituciones donde se desarrolla el Internado, la concepción que de él se tiene es diferente para cada una de las instancias

que ejercen algún nivel de autoridad sobre el Interno.

2.1.1. Las autoridades de salud por lo menos muchas de ellas, consideran al Interno:

- a. Como una innecesaria carga económica
- b. Como un motivo de también innecesaria carga de trabajo para el personal estable del Hospital al tener que dedicar parte de su tiempo a supervisar las actividades del Internado, a lo que es más frecuente, como motivo de relajación en el cumplimiento de las tareas de los médicos, al poder delegar por lo menos parte de ellas, en los internos.
- c. Como un tipo de personal de salud que compete exclusivamente a la Universidad.

2.1.2. Los médicos del plantel del Hospital, por lo menos muchos de ellos consideran al Interno:

- a. Como una oportunidad para descargar en los Internos parte de su trabajo sin mayor proceso de orientación, supervisión y evaluación.
- b. Como una carga cuando se trata de guiar el trabajo del Interno, aún cuando el médico sea profesor de la Universidad de la cual proceden los Internos, ya que por tratarse generalmente de docentes a tiempo parcial, ocupan la mayor parte de su carga académica en actividades lectivas de otros años curriculares.

En cualquier caso, algunos médicos de plantel, no parecen asumir al Internado como uno de los escalones en la cadena de personal de la institución de salud, lo que en el fondo, es la causa de las diferentes interpretaciones que hemos mencionado. Esto en parte se explica aunque no se justifica, por el hecho que el Interno es un personal transitorio en la institución.

2.2. Punto de vista de la Universidad:

En cuanto a la Universidad responsable del Currículum, la concepción que se tiene del Internado está necesariamente relacionada con el modelo del Plan de Estudios.

2.2.1. Las autoridades de la Universidad considerando al Internado

como una etapa curricular, estructuran programas con objetivos, contenidos, experiencias de aprendizaje y criterios mínimos para su evaluación. Esto es lo correcto, pero cabe preguntarse, ¿Puede cumplirse satisfactoriamente un programa de Internado en servicios donde el personal del plantel muchas veces no asiste regularmente?

¿Cómo puede exigirse un mínimo de cinco partos normales, por ejemplo, a un Interno que cumple su ciclo en una institución que tiene sólo 1 parto por día y donde además de otros internos a veces de varias Universidades, hay residentes que también tienen que cumplir un mínimo de actividades y asistentes que tiene que justificar su cargo?

¿Cómo puede formarse adecuadamente un Interno en servicios sin reuniones clínico patológicas, revisión de casos clínicos, visitas supervisadas, sin análisis periódico de los datos estadísticos, sin investigación, etc?

De nada sirve que la Universidad tenga un excelente programa de Internado, que se designen coordinadores y tutores, cuando este personal, por la fragmentación de los horarios, debido descanso de guardia, no permanece todo el tiempo con el Interno.

Hace años realizamos una evaluación de los programas de Residentado, al hacerlo, necesariamente y sin buscarlo, nos enteramos que habían servicios donde no se conocían programas de la Universidad, pero donde podía garantizarse la formación del Interno, debido a su óptima infraestructura, excelente organización, variedad y volumen de casos clínicos y personal profesional de gran capacidad técnica. A la inversa encontramos servicios de severas diferencias en organización y funcionamiento, pero que sí, tenían programa de la Universidad.

2.2.2. Los profesores de la Universidad que forman parte del plantel de médicos de la institución sede del Internado, como lo dijimos anteriormente, por ser docentes de tiempo parcial, ocupan la mayor parte de su

carga académica en actividades lectivas con alumnos de otros años curriculares.

Algunas veces el personal docente designado para coordinar o apoyar el aprendizaje del interno ya no forma parte del plantel de médicos de la institución porque cesó en el cargo, o finalmente el profesor puede considerar erróneamente que su labor con el Interno consiste fundamentalmente en ofrecerle un ciclo de conferencias sobre avances en algún campo de la Medicina o puesta al día en algún tema de la actualidad. Por lo expuesto hasta ahora podría pensarse que todo es negativo en cuanto a la organización y funcionamiento del Internado, pero quiero aclarar que estamos puntualizando lo negativo con el fin de contribuir a mejorar esta etapa trascendente en la formación del Médico.

3. *El desarrollo exclusivamente intrahospitalario del Internado.*

El tipo de formación exclusivamente intrahospitalario con una visión limitada de la salud al campo recuperativo puede determinarse que el paradigma del Médico para un interno, sea un especialista de éxito económico y profesional que se desempeña en un Hospital de Tercer Nivel y que tiene su consultorio privado en una zona residencial. La concepción de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social de la población, es posible que esté fuera de nuestra óptica, primando más bien la concepción: Salud = Ausencia de enfermedad.

La limitada exposición del estudiante a los problemas de la comunidad no le permite comprender a cabalidad que si bien el médico debe saber curar, más que todo, debe saber promover el bienestar de la gente, entre otras cosas, previniendo las enfermedades o detectando y controlando los factores de riesgo, antes que se inicie la cadena de la enfermedad.

Es probable que la solución a este problema requiera replantear el Currículum y el Plan de Estudios, estableciendo además un año de Externado y otro de Internado cuyo

desarrollo podría compartir trabajo intrahospitalario con trabajo extramural en las zonas urbano marginales de influencia del hospital y en zonas rurales.

4. *Excesivo número de Internos*

Es notorio el exceso de estudiantes de Medicina que en el Internado deben compartir, y competir por unas cuantas camas de hospital. Esta competición llega a extremos dramáticos cuando en la rotación de Obstetricia y Ginecología, por ejemplo, el Interno debe disputar unos cuantos partos con Internos de Medicina e Internas de Obstetricia de su misma Universidad o de las tantas otras que cual máquina multiplicadora producen internos en cantidades que exceden las necesidades del país, aún cuando se corrigiera la concentración de recursos humanos en la capital y otras ciudades importantes del país.

Aunque no es necesario abundar más para hacer conciencia de este problema, quisiera puntualizar que es relativamente fácil conseguir plazas para Internos, contratando como profesores a las personas con capacidad de decisión; podría decirse que la Universidad que puede afrontar el gasto, consigue las plazas.

Quiero aclarar que lo que estamos describiendo es aplicable a Lima donde actualmente hay cuatro Facultades de Medicina y dos Escuelas o Facultades de Obstetricia. Estoy seguro que en Arequipa, Trujillo y Cusco, por lo menos, la situación es diferente.

Probablemente existen otros factores que inciden positiva o negativamente en la preparación del Interno para su futuro rol como profesional de salud, pero he querido referirme sólo a los que a mi juicio tiene mayor incidencia negativa.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL INTERNADO:

Dejando para los expertos las consideraciones relacionadas con el Currículum y el Plan de Estudios, nos referiremos a algunos aspectos

más utilitarios, si podemos llamarlos de alguna manera.

1. La Universidad debe establecer un sistema de calificación y evaluación periódica de sedes aptas para la docencia, tanto en el nivel de pregrado como en el de post-grado.

Los parámetros a establecer no pueden ser otros que los que caracterizan a una institución de alto nivel científico, con una infraestructura antigua o moderna, pero funcional y en buen estado, con instalaciones y equipos adecuados y en buen estado de funcionamiento, con una organización que incluya los departamentos básicos, intermedios y de apoyo para una cobertura total, salvo los hospitales especializados o Institutos. Dichos hospitales deberían tener departamentos bien organizados que funcionen en base a normas y protocolos agrupados en manuales, cuyo personal sea altamente calificado y comprometido en un sistema que le permita la educación permanente, la investigación y la evaluación personal; personal que gire en torno a un jefe y en los que el Interno y probablemente el Externo puedan acoplarse como ruedas de un engranaje.

El Hospital debe contar con atención ambulatoria regular y de emergencia en todas las especialidades, debe recibir una patología variada y suficiente, y su producción en consultas, egresos, partos, operaciones, procedimientos diagnósticos, etc. debe ser adecuada.

El Hospital debe tener un Cuerpo Médico organizado, con sus comités en funcionamiento especialmente el de Auditoría de Historias Clínicas y del Comité Científico.

La organización de los departamentos debe incluir la programación de actividades como la visita supervisada, la gran ronda semanal, la presentación de casos clínicos, las conferencias clínico patológicas, la revista de revistas, las sesiones de actualización así como la planificación del registro de actividades, de tal manera que la estadística y por lo

menos la investigación de tipo descriptivo, sean simples productos de la adecuada organización y funcionamiento. Debe desterrarse la idea de que las actividades que hemos mencionado son actividades «docentes» propias o de responsabilidad de la Universidad y de sus médicos docentes. La más grave desnaturalización de estas actividades inherentes al funcionamiento de cualquier institución de salud es pretender que se consideren como horas extras, opcionales y remunerables.

Un hospital de cualquier nivel que esté organizado y funcione adecuadamente según los lineamientos mencionados puede servir como sede para el Internado, y siento decirlo, aún sin que la Universidad tuviera un programa especial para su Internado y aún sin que ningún médico de la institución sea docente, pero a condición que se dé otra situación, es decir que el Internado y el Residentado sean considerados como estamentos de la organización estructural y funcional del hospital, teniendo en consideración, por supuesto, que se trata de un tipo de personal transitorio.

Nuestro planteamiento es que tanto la formación del Interno y Residente, la capacitación del Personal, así como la investigación y la adecuación continua de dicho personal, deben ser en cierta medida subproductos de la adecuada organización y funcionamiento de una institución inmersa en un sistema de atención por niveles desde la comunidad hasta el Hospital de Tercer Nivel.

Es posible que la formación de personal de salud, que requiera de estrategias especiales adicionales hasta antes del Internado, pero en este ciclo el estudiante debe enfrentarse a las situaciones reales, aquellas que constituirán su labor diaria cuando sea médico.

2. El Internado debe incluir experiencias de aprendizaje fuera del hospital en centros de salud y en la comunidad, ya que para ser conse-

cuentes con lo que postulamos, la única manera para que el estudiante viva la experiencia real de la cadena de eventos que conducen a una persona al hospital como enfermo, es compartiendo con el resto del personal de salud, las situaciones que de no ser prevenidas conducen a la enfermedad.

Bien es cierto que detrás de muchas enfermedades se mueven factores socio-económicos traducidos en hambre, miseria, vivienda insalubre, carencia de agua y sistema disposición de excretas, hacinamiento, familias numerosas, abandono y en fin todo lo que nos mantiene en el subdesarrollo y cuya solución está fuera del alcance de la Medicina, pero mucho cambiaría si nuestros internos participaran en programas que involucren actividades fuera del hospital.

3. Debe realizarse un estudio serio de la necesidad de recursos humanos para la salud, y en función de ese estudio y de las proyecciones al futuro, debe planificarse el número de profesionales que forme la Universidad. No puede invocarse a la Autonomía Universitaria, para que las Universidades produzcan el número y tipo de profesionales que sus cuadros directivos decidan. El excesivo número de internos de Medicina que pugnan por una oportunidad para alcanzar las competencias necesarias para un buen desempeño profesional es una consecuencia directa de lo que estamos mencionando.

Antes de terminar quiero señalar que felizmente hay instituciones Docentes y Asistenciales, así como profesionales docentes y no docentes cuyas actividades se desarrollan dentro de los patrones deseables y cuyo ejemplo es menester seguir.

Muchas gracias.

SALUD Y CONSTITUCION NACIONAL

PALABRAS DE GIOVANNI BERLINGUER EN LA
APERTURA DE LAS JORNADAS (*)

Es bueno estar aquí, en Argentina, en estos días. Tenía un compromiso con los amigos uruguayos que se terminó ayer y estaba previsto regresar a Italia, pero Sylvia (Bermann) y otros viejos y nuevos amigos y compañeros han hecho un secuestro consensuado. Fue un enorme placer para mí, naturalmente, encontrar a los amigos, conversar, intercambiar opiniones y me parece particularmente importante que cuando se habla de reformar la constitución de cualquier país, en este caso la Argentina, se introduzcan no solamente reglas nuevas, que son importantes, no son problemas formales; las reglas son una de las esencias de la democracia. Pero es importante que se introduzcan también finalidades, instrumentos nuevos, porque la política sirve a los intereses de los ciudadanos, o debería servir a los intereses de los ciudadanos. Seguramente una de estas finalidades es la Salud, que es un derecho humano y al mismo tiempo un derecho social y pertenece, como dicen los constitucionalistas, a una categoría del derecho diferente de los derechos que se afirmaron bajo el impulso del iluminismo y de las revoluciones Francesa y Norteamericana en los siglos pasados, como fueron el derecho a la libertad de prensa, de opinión, de religión. Porque estos derechos se afirmaron para ser protegidos contra interferencias, contra su negación por parte del poder.

Por el contrario, el derecho a la Salud, es un derecho que debe ser promovido con una iniciativa, con una actividad, con instrumentos.

Y hay otra consideración relativa a esta diferencia entre derecho y caracterización de derechos: que la Salud se afirma como derecho solamente en este siglo.

En los siglos pasados no existía esta concepción, esta idea y hay una explicación en un filósofo de la política italiana, Norberto Bobbio que dice que hay una diferencia entre las personas y las aspiraciones humanas o necesidades humanas y los derechos. Las aspiraciones se transforman en derecho, solamente cuando históricamente se crean las condiciones para hacerlo concreto y seguramente el derecho a la salud no podría existir cuando no había conocimiento de los orígenes de las enfermedades, no había posibilidad técnico-científica de enfrentarlas, no había los recursos, no había profesionales, las posibilidades concretas individual y colectiva y creo que ahora esto es posible. Me parece que el fundamental problema ético de la medicina, de la bioética, de las relaciones entre ciencia y moral, es que nosotros, nuestras generaciones, diferentes unas a otras pero pertenecemos a las generaciones nacidas en este siglo, tenemos por primera vez en la historia humana la posibilidad de luchar contra los flagelos multicelulares de la humanidad y de luchar contra la gran mayoría de las enfermedades, por lo menos contra la gran mayoría de las enfermedades infecciosas y «carenciales», las que tienen una conexión con las carencias educativas, nutricionales; y tenemos esta posibilidad que no se aplica, y no aplica por muchas razones de carácter social, político. No se aplican también porque la Salud no es una de las prioridades de los gobiernos.

Ahora se discute mucho sobre las relaciones entre economía, ética y salud y parece que uno de los problemas principales que existen es cómo distribuir los recursos que los gobiernos dedican a los servicios de Salud. Se discuten las prioridades en

la Salud, pero casi nunca se discute la prioridad de la Salud, y si debemos referirnos simplemente a los gastos, debemos saber que el presupuesto anual de la OMS corresponde a dos horas y media del presupuesto anual de los gastos militares. No digo que sea suficiente hacerlo corresponder a cinco horas, o un día -sería bueno- se ve si cual es el desequilibrio increíble que hay en estas condiciones.

¿Cómo se puede articular el derecho a la Salud y cuáles son los obstáculos? Verdaderamente yo creo que el derecho a la Salud es un fenómeno complejo que consiste en tres elementos: uno es el derecho a ser sanos, a la defensa y la promoción de la salud y los obstáculos principales son las condiciones sociales, el hambre, el desempleo, la pobreza. El segundo elemento es el derecho a la atención médica universal y calificada y el obstáculo principal son las discriminaciones que hacen los sistemas del seguro privado, del seguro social y otros sistema de atención médica. Y finalmente el derecho a una participación colectiva e individual para la defensa y la promoción de la Salud y al proceso de obtención de una información regular y con una relación humana y no solamente con relaciones de poder, de autoridad de los que trabajan en el campo de la Salud. El obstáculo en este campo es la medicalización y la mercantilización de la vida y de la medicina.

Se sabe que este derecho se afirmó en las constituciones, yo tengo solamente dos ejemplos aquí, uno que conozco más, el ejemplo italiano y el ejemplo brasileño. En Italia la constitución de 1948 dice que el estado tutela la Salud como derecho

(*) Jornada Salud y Constitución que se realizó para debatir la reforma constitucional Argentina y se publicó en la Revista Salud Problema y Debate, Año VI-Número 10, Otoño 94. Buenos Aires Argentina

del individuo e interés de la colectividad que me parece una formulación moderna. La constitución brasileña dice que la Salud es un derecho de la persona y un deber del estado, que me parece también una formulación coherente. Entre paréntesis, creo que sería útil integrar derechos con deberes. Se hicieron también leyes, en Italia, en el Servicio Nacional de Salud y en Brasil en el S.U.S. (Servicio Unico de Salud), pero al mismo tiempo que se hicieron estas leyes, se expandió en el mundo, no solamente en los países del Norte, sino también en los países del Sur, una ofensiva contra la concepción misma del derecho a la Salud y del derecho a la atención médica.

Al mismo tiempo que se ha hecho la reforma sanitaria en Italia en 1978, la señora Thatcher va a responder y dos años después Reagan. ¿Cuáles fueron los resultados de esta ofensiva? Yo hablo de los resultados, consecuencias negativas, pero estoy convencido de que esta ofensiva ha tenido también un efecto de estímulo y desafío que no se puede negar y que tenemos que recoger en razón de la nueva situación, transformando nuestras ideas.

El resultado general yo creo que fue el siguiente: que este siglo, que fue el siglo del máximo progreso de la Salud humana en muchos campos, empezó con éxitos extraordinarios en la lucha contra las enfermedades de su tiempo y el riesgo es que se termine con viejas y nuevas epidemias y con el cargo de enfermedades prevenibles y previsibles mayores que en las décadas precedentes. Yo creo que es necesario cambiar, por tanto, las condiciones de vida promedio, privilegiar la atención médica, privilegiar en la distribución de los recursos las actividades que tienen una relación costo-beneficio mayor. Esto no es deseo solamente, estoy lejos de la onda de la historia que va en otra dirección. Pero yo soy esencialmente optimista porque un viejo científico me enseñó que para vivir bien muchos años es necesario ser optimista y trabajar mucho. Por mi parte trato de ser optimista y por parte de mis amigos, por ejemplo

uruguayos y argentinos me ayudan a trabajar mucho. Es una contribución con mi ilusión pero creo que hay por allí algunas razones para pensar que el viento está cambiando.

Quiero citar cuatro fuentes que me parecen interesantes; una es un documento internacional que dice que los elementos críticos son los siguientes: **1) Distorsión en la distribución de los recursos;** el gasto público en el campo de la Salud se destina muchas veces a actividades que tienen una relación baja entre



costos y beneficios, como la cirugía en muchos cánceres, mientras que para acciones esenciales como la lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades epidémicas no hay dinero; **2) Inequidad;** los pobres tienen menor acceso a los servicios de Salud y reciben una atención médica de calidad inferior. Los gastos de los estados por la salud van de una manera desproporcionada a los ricos con atención médica gratuita o semigratuita en hospitales sofisticados de alto nivel y por subvenciones al seguro público y privado; **3) Ineficiencia;** gran parte del dinero que se destina a la Salud está malgastado. Se compran fármacos por presión de las empresas sin evaluar su eficacia. Esto no es un documento de la Internacional socialista

o de grupos izquierdistas de médicos o de la Organización Internacional de Medicina Social. Esto es un resumen del informe publicado este año por el Banco Mundial.

El segundo documento, es un artículo del presidente de la Sociedad de los economistas norteamericanos, que publicó Scientific American en el mes de mayo (1993), Amartya Senn es el autor de «La economía» de la vida y de la muerte» donde dice que la economía no se ocupa solamente del Producto Bruto Nacional sino de conseguir objetivos significativos incluyendo la posibilidad de tener una vida amplia y digna de existir y que es necesario considerar no solamente indicadores de producto sino también indicadores de bienestar y este artículo nombra con mucha claridad que hay países como Sri Lanka o China o como el estado indio de Kerala, muy pobres, que tienen un producto per cápita diez veces inferior al producto de EEUU, al de los países árabes del petróleo y que tienen una condición de salud mejor porque han hecho inversiones, no solamente en los servicios de Salud y en la atención de la maternidad, sino en la educación. Este artículo dice que el factor más importante de Salud es el nivel de educación general de las mujeres, no solamente de educación sanitaria, sino de educación general. Y dice que es necesario cambiar las políticas económicas en función de esto.

El tercer documento que conocen todos es la reforma de los Clinton de los EEUU, que no es una reforma revolucionaria, que tiene el principio fundamental del seguro, pero hay una tendencia a universalizar la atención médica cuando otros países tienen la tendencia opuesta, a reducir la cobertura de la atención médica a la población.

El último documento son algunos números de la más importante revista de clínica médica de los EEUU, The New England Journal of Medicine, que es un poco la biblia para los médicos norteamericanos. En algunos de estos números, particularmente en uno del 8 de julio de este año (1993) hay cinco artículos

sobre el tema de la equidad en Salud, no de la equidad en la atención médica que es una parte solamente y se han hecho investigaciones comparadas entre los desniveles de la Salud en los EEUU en el año 1960 y los mismos datos de los '80. La confrontación que hacen es que el nivel general de salud mejora y que las diferencias son mayores.

Quiero terminar con una aco-tación sobre la afirmación de José Carlos (Escudero) sobre al análisis genético. Yo no estoy cansado de hacer oposición, lo he hecho durante un poco más de cincuenta años y puedo continuar, estoy acostumbrado. Pienso también que la genética puede cambiar.

No tiendo a lograr una terapia genética, de los genes y su reproducción, pero yo sé que nosotros todos somos el resultado del problema de la interacción entre genética y cultura, voluntad, ideas y pienso que estas fuentes, que nunca podría haber pensado en el mismo período y con una sincronía y sintonía extraordinarias, confirman algunas ideas fundamentales que nosotros tenemos desde mucho o poco tiempo. Nos deben estimular a tomar una actitud que no sea, y disculpen la palabra, una actitud de conservadurismo de izquierda, que es un peligro, que consiste, en sustancia, en la confusión entre los valores fundamentales de todas las fuerzas intelectuales, profesionales que tienen ideas de progreso, de cuidar confundir esos valores con los métodos que se han utilizado y que nosotros mismos hemos propuesto para obtener la realización rápida de estos valores.

Pienso que deberíamos mantener estos valores fundamentales y al mismo tiempo renovar nuestras propuestas políticas.

UN BREVE PERFIL DE LA VIDA DEL DR. ANTONIO LORENA

Dr. Fausto Garmendia Lorena (1)

Desde las primeras luces de mi entendimiento y las primeras adquisiciones de mi memoria, he escuchado con entrañable fruición innumerables relatos de quienes tuvieron la oportunidad y privilegio de conocer personalmente al Dr. Lorena. Las dulces y tiernas vivencias de su hija Martha Adelina, mi madre, las respetuosas y agradecidas referencias de sus alumnos y discípulos, y no han faltado, ciertamente, recuerdos de modestos y nobles hijos del pueblo cusqueño.

Como toda experiencia y conocimiento importante de la vida, no logré valorar cabalmente la dimensión y significado de la trayectoria científica y docente del Dr. Lorena sino cuando llegué a la madurez profesional. La evocación de un ser querido, a quien sin haberlo conocido personalmente, aprendí a respetar, venerar y amar, se fue transformando progresivamente en la inasible, pero siempre presente, sombra ideal y meta de mi futuro como seguidor de Galeno e Hipócrates; se fue tornando en una actividad cada vez más reverente por el colega maestro, por el científico de una extraordinaria capacidad de observación y de una profunda perspectiva de análisis, de una severa e imparcial crítica científica, de un envidiable cúmulo de conocimientos de las diversas disciplinas del saber, que le permitió alcanzar su permanente inquietud humanística, de una natural vocación de enseñar dentro y fuera del aula, de un desprendido amor por sus semejantes, muy especialmente por sus dolidos pacientes, por sus jóvenes alumnos y, lo que es más significativo y característico de

su personalidad, ese don poco común de poder escuchar y comprender, esa enorme capacidad de entender a la gente de todo nivel, que le confirió el merecido título, sin diploma, otorgado por el reconocimiento general de la comunidad, de sabio y maestro de la juventud.

Su contribución al conocimiento del bocio endémico

Dejando de lado por un momento estas apreciaciones, que muy bien pueden ser consideradas afectivas y, no sin cierto sinsabor, me dedicaré en lo siguiente a analizar un sólo aspecto de la producción científica del Dr. Antonio Lorena, reservando para otra oportunidad una descripción completa de su biografía, cuya investigación he iniciado hace varios lustros y se remonta a un hecho anecdótico, que se produjo en la ciudad de México, en los tibios días de la primavera de 1965, cuando en el marco del VI Congreso Panamericano de Endocrinología un científico ecuatoriano, autoridad internacional en el campo del bocio endémico, el Dr. Rodrigo Fierro Benites inició su intervención más menos con estas palabras «en 1886 el sabio peruano Antonio Lorena señaló que en las zonas endémicas de bocio, se reconoce una mayor incidencia de esta enfermedad en las partes bajas de los valles andino, en cambio en las partes altas de los mismos la frecuencia del mal es mucho menor.

Estas observaciones las hemos podido comprobar, esta vez, utilizando equipo y tecnología avanzada...»el impacto de estas

(1) Profesor principal de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú UNMSM; Profesor extraordinario visitante de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Dos de Mayo. Profesional cusqueño, nieto del Dr. Antonio Lorena.

sentencias causó a esté compatriota, paisano colega y nieto del Dr. Lorena un efecto intenso, grato y definitivo. Se refería al monumental trabajo «Etiología del bocio y cretinismo en la hoya del Vilcamayo», leído en la sesión de aniversario e instalación de la nueva Junta Directiva de la Sociedad «Unión Fernandina» el 13 de agosto de 1886 y publicado ulteriormente en la Crónica Médica. Existe la referencia que dicho trabajo habría sido reproducido en la importante revista inglesa The Lancet.

Tal vez llevado por una natural tendencia, proveniente de mi formación profesional, considero que este trabajo es la contribución más importante del Dr. Lorena a la medicina y ahora a la Endocrinología peruana. En la «Etiología del bocio y cretinismo en la hoya del Vilcamayo», Lorena se decide por una etiología múltiple en la génesis de esta enfermedad. Después de casi un siglo de incesante investigación, cuán actual es su aseveración «...la observación ha probado que una sola causa es insuficiente para determinar la endemia...». Señala como factores concurrentes los propiamente endémicos y la herencia; entre los primeros a la deficiencia de yodo, la alimentación predominantemente vegetal, la ingestión de aguas abundantes en cal y magnesio y da un énfasis especial a la ingestión de carne. La validez de la teoría múltiple en la patogenia del bocio ha sido plenamente demostrada.

No hay menor duda que la administración de yodo ha determinado una disminución de la incidencia de bocio, pero no ha conseguido su total extinción. Se ha probado la existencia de sustancias bociógenas, como la goitrina y la linamarina en vegetales como la col (repollo) y yuca. Gaitán ha demostrado en el Valle del Cauca, Colombia, que el agua de bebida puede contener sustancias bociógenas como hidrocarburos sulfurados.

La capacidad de utilización del poco yodo disponible diferencia, a través de la herencia, a los residentes de una zona endémica de bocio;



aquellos que poseen una buena capacidad de recambio de yodo no desarrollan bocio por más que permanezcan toda su vida expuestos a las mismas condiciones ambientales. Finalmente, la poca ingestión de proteínas es un factor al cual se está confiriendo creciente importancia. Lorena a este respecto apunta «El uso de carne ha curado y evitado la producción del ccoto, antes los Urubamba y Yucay se alimentaban de maíz y calabazas, pero el desarrollo del comercio de la provincia vecina de La Convención, sostiene en Urubamba una considerable población flotante que, poco a poco, ha mejorado su situación económica, ha introducido el uso de la carne.

Porque las causas telúricas son las mismas, desde que es imposible su modificación en el espacio de pocos años, el suelo es el mismo, el agua corre por el mismo lecho, descendiendo de los mismo ventisqueros, que cuando más habrán avanzado algunos centímetros en su marcha progresiva sobre las pendientes.

Es por eso, por lo que ha pasado

en Yucay y Urubamba, en Tambo y Silque, lugares en que marcadamente tiende a extinguirse la endemia, que yo considero como causa constante y siempre necesario de la producción de ccoto, al menos en la hoya del Vilcamayo, la alimentación exclusivamente vegetal...» Gaitán, destacado especialista colombiano, después de una amplia experiencia en el Valle del Cauca, 86 años más tarde acepta que «...factores probablemente dietéticos, diferentes de la ingestión de yodo y las fuentes de abastecimiento de agua intervienen en la incidencia del bocio endémico...» después de haber observado que «...los niños de clase socioeconómica alta tuvieron constantemente cifras menores que los de clase baja de la zona correspondiente...»

La contribución de Lorena en este aspecto no sólo permanece vigente sino que es un reto a la generación actual a intervenir en la solución de este problema nacional de salud que está deteriorando física y mentalmente a nuestras poblaciones actuales.

DECLARACION DEL ALMA ATA; a cinco años de la meta

Dr. Santiago Saco Méndez (*)

I. INTRODUCCION

Hace dieciséis años, en septiembre de 1978, en la ciudad de Alma Ata, capital de la República de Kazakhstan, miembro de la ex Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas, se reunieron los representantes de todos los países del mundo, y después de haber hecho el análisis de la situación mundial concerniente a la salud, elaboraron una estrategia, una alternativa para resolver los problemas de salud y llegar a la meta: «Salud para todos en el año 2000». Esta estrategia es la «Atención Primaria de Salud».

Han pasado 16 años, en el transcurso de los cuales se ha desarrollado una serie de actividades en casi todos los países del mundo con diversos resultados.

El presente trabajo revisa y analiza las evaluaciones que han hecho diferentes autores, instituciones (OMS-OPS, UNICEF) de la aplicación de esta estrategia, de sus logros y limitaciones durante estos 16 años de la «Atención Primaria de Salud» por la importancia que dicha declaración tiene en el desarrollo de la salud.

II. LA DECLARACION DE ALMA ATA

En la reunión de Alma Ata que- do establecida una estrategia y una filosofía específica, distinta a las utilizadas hasta entonces, para llevar a cabo la política de

«Salud para todos el año 2000», esta estrategia se definió como la «Atención Primaria de Salud» (APS). (1) (17)

La APS, según la Declaración de «ALMA ATA», implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia (20)

1. DEFINICION: LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD ES:

- La asistencia sanitaria esencial
- Basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados.
- Aceptado universalmente, accesible a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad.
- Con plena participación comunitaria.
- A un costo que la comunidad y el país puedan asumir a todos los niveles de su desarrollo dentro de un espíritu de autorresponsabilidad y auto-determinación, y
- Convoca la Cooperación Internacional (1)(2)(16).

2. OBJETIVOS

Según la declaración, la APS permitirá a los poderes públicos de realizar los objetivos de la «Salud para todos en el año

2000», a saber: dar a todos los pueblos del mundo un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

3. CONTENIDO

La APS comprende fundamentalmente:

- La educación sobre los problemas de salud y su prevención
- La promoción de buenas condiciones alimentarias y nutricionales
- El aprovisionamiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
- La protección materno-infantil y la planificación familiar
- La vacunación, la prevención y el control de las enfermedades endémicas.
- El tratamiento de enfermedades y lesiones frecuentes
- La administración de medicamentos esenciales.

4. ESTRATEGIAS

Las principales estrategias que tiene las APS para el logro de sus objetivos, son:

- **La participación:** Según Mahler (1986) el compromiso de las colectividades y de los individuos con los programas de salud que les concierne directamente, constituye el aspecto esencial de la APS; el que la caracteriza y le diferencia mejor de otras estrategias. Esta participación demanda que la colectivi-

(*) Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

dad deba identificar sus necesidades, tomar parte del funcionamiento de sus servicios de salud, y también de su gestión, es decir de su planificación de su organización, de su control y evaluación.

La participación debe permitir establecer una comunicación en dos sentidos, de los servicios de salud, con las bases y viceversa. La consecuencia evidente de este compartir de conocimiento y de poder, es la desmitificación de un gran número de técnicas, de tratamientos y servicios (20)

- **La multisectorialidad:** El sector salud debe buscar la asociación de otros sectores que contribuyan al desarrollo global, como la agricultura, la ganadería, la producción alimentaria, la industria, la educación, la vivienda, las comunicaciones, etc. buscando su acción coordinada.

- **El trabajo en equipo:** Las diferentes categorías de personal de salud y los agentes comunitarios son convocados para buscar resolver en equipo las necesidades de salud demandadas por la colectividad.

5. LA FILOSOFIA GENERAL:

La APS se fundamenta en los siguientes principios filosóficos:

- **La autorresponsabilidad:** de parte de la comunidad y del personal de salud.

- **Movilización global:** La salud se forja gracias a los esfuerzos comunes, de todos los factores y contribuyentes.

- **Desarrollo:** Su objetivo es el desarrollo general y el progreso de los pueblos hacia una existencia menos precaria que lleve a una mejor calidad de vida y por ende de salud.

- **Justicia social:** La prioridad a los más desamparados está explícitamente mencionada, bus-

cando la equidad y la accesibilidad a la salud. Su meta es corregir el desequilibrio centenario entre el mundo urbano y el mundo rural.

III. LA EVALUACION

a. **LA DEFINICION:** La definición de la APS según varios autores no ha sido clara desde el inicio de ALMA ATA (13) (17), se dice que siendo vaga, permite todas las interpretaciones las deformaciones, las hipérboles y las críticas, tal vez la declaración de ALMA ATA, avaló esta definición así de imprecisa para lograr un consenso.

También se dice que el concepto de APS tiene el riesgo de ocultar los otros niveles de intervención en salud, como la secundaria y la terciaria, así como el rol de los hospitales.

M. Malher aclara en este sentido: «El rol del hospital es de apoyar la APS y no de sustituirla. Los hospitales deben dar cuidados clínicos de calidad, con métodos aceptables por los individuos y a un precio abordable, ellos deben recibir a los enfermos que les son enviados por los servicios, lo más adecuadamente posible, ellos deben guiar a las comunidades y a los trabajadores de APS, en lo que concierne a los cuidados de salud».

Por tanto, la estrategia de la APS no excluye los de salud secundaria ni terciaria (16) ni a los hospitales, por el contrario exige que ellos se complementen.

Es también importante aclarar el término «primaria» que no significa «sumario», «elemental» o todavía de «grado inferior», pero sí «primero», «primordial» y/o «primer recurso».

La Declaración de ALMA ATA plantea un acercamiento multicausal de los problemas de salud, y una organización de servicios de salud que permitan cuidados de salud globales, continuos integrados y distribuidos equitativamente (20).

Algunos años después de la formulación de la estrategia de APS, ésta se vio replanteada por grandes organismos internacionales que financian programas de salud en el tercer mundo, quienes, en nombre de la urgencia, del realismo y del rendimiento, plantean lo que se llama «APS selectiva», que busca concentrar todos sus esfuerzos sobre algunas intervenciones dirigidas hacia grupos específicos de población (madres y niños).

Se busca con la APS selectiva atacar prioritariamente a grandes patologías seleccionadas según los criterios siguientes: su frecuencia, su tasa de morbilidad y de mortalidad y su vulnerabilidad a un tratamiento fácilmente disponible.

Así la UNICEF plantea su programa GOBI-FFF (Crecimiento y Desarrollo, Rehidratación Oral, Lactancia Materna, Vacunas, Planificación Familiar, Alimentación Complementaria y Promoción de la Mujer). La USAID lanza su programa: CCCD (Combating Childhood Communicable Disease), Lucha Contra las Enfermedades Transmisibles del Niño: malaria, diarrea y vacunas.

b. **EL CONCEPTO DE SALUD:** La conferencia se adhirió al concepto de salud de la OMS «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Este concepto es todavía motivo

de muchas discusiones y controversias entre diferentes sectores que trabajan en salud, es considerado como muy ambicioso, idealista y romántico, para unos, irrealizable o utópico por otros, ya que consideran que es muy difícil alcanzar este completo bienestar físico, mental y social; y mucho más difícil en el año 2000, dadas las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas en que actualmente vivimos; sus defensores consideran que esta definición debe ser considerada como una meta, un objetivo que la humanidad debe tener, así como fue «La igualdad, la solidaridad y la fraternidad» de la revolución francesa, y que no se debe ver con pesimismo, sino al contrario, debe servir de estímulo para mejorar la situación actual de salud. (9).

c. LA PARTICIPACION COMUNITARIA:

En lo que se refiere a la participación comunitaria, la Declaración de Alma Ata ha señalado «Todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la puesta en obra de los servicios de salud que le son destinados» (1).

El rol de la colectividad en la APS, a la fecha, es desconcertante, se admite largamente la importancia de la participación comunitaria a la acción de la salud, pero se practica mucho menos. Se exige su participación y se le impone reglas a través de los programas, y normas que impiden desarrollar iniciativas creadoras.

La participación de la colectividad en la APS no es un refinamiento social, es una necesidad técnica.

En efecto, los programas de APS no pueden realizar una cobertura y lograr la eficacia sin la plena participación de la colectividad. Los progresos decisivos que se operan en la salud de las comunidades dependen finalmente de la decisión de los individuos de hacerse vacunar, de alimentar a sus hijos adecuadamente, de recurrir a la planificación familiar, de emplear la terapia de la rehidratación oral, de buscar aprovisionarse y utilizar el agua limpia, de proteger el medio ambiente de la contaminación o de modificar su modo de vida. (7)

Por tanto, en el período de la de-



finición de los problemas, debe consultarse a la colectividad y si es posible, hacerlos participar efectivamente en la búsqueda de informaciones. Se podría, por ejemplo, pedir a la comunidad de organizar investigaciones sobre sus principales y/o sentidos problemas. Las informaciones demandadas y las preguntas deben, naturalmente, ser presentados de una forma pertinente que la colectividad pueda comprender y estimular su intervención.

La colectividad tendrá igualmente su palabra a decir cuando considere lo que debe hacerse. (7)

La participación de la colectividad constituye la razón más

acertada, ya que ella es un aliado indispensable de la planificación, organización y gestión de los servicios de salud y permite que ella posea así los medios para exigir los servicios adecuados y eficaces.

Algunos países señalan que es difícil de obtener que las comunidades participen en la acción sanitaria, principalmente porque el control de recursos y la toma de decisión esta muy centralizada, y no se tiene claro lo que las comunidades deberían hacer y por qué las comunidades tienen limitaciones en participar.

En razón de los recientes problemas económicos, las instituciones centrales se preocupan más que nunca de conservar el control de sus reservas financieras (3), lo que repercute directamente en la participación.

Una población poco instruida que cree con fatalismo que un mal estado de salud es inevitable, tendrá necesaria-

mente una actitud pasiva, esto está favorecido por largo tiempo de dependencia en todo lo concerniente a la acción práctica y al uso de los recursos. (3)

La participación comunitaria es también difícil, en el sector rural debido a la mentalidad del campesino, que no es diferente de cualquier campesino del mundo: Una mentalidad, conservadora, desconfiada, observadora, (¿entonces savia?). Si los cambios de las técnicas de cultivo, e irrigación, etc. toman muchos años antes de ser aceptadas, los cambios en los hábitos de cuidados de salud, (19), en esta racionalidad, con más razón demorarán más en producirse.

Es también, singularmente, difícil de obtener la participación de la comunidad en el medio urbano, sobre todo en las grandes aglomeraciones, donde hay una dislocación de la estructura comunal y/o familiar que compromete una desaparición de los valores tradicionales, así como la lucha diaria que ellos deben librar para satisfacer sus necesidades esenciales, todo para sobrevivir en un medio hostil, reduciéndose las oportunidades de poder movilizar la colectividad por una acción común de auto-asistencia. (3)

En los países industrializados, las mujeres, madres, jóvenes, etc, han solicitado y obtenido el apoyo y la intervención de la colectividad en la solución de problemas de salud que les afecta, sin embargo es difícil asegurar esta participación comunitaria de una manera sostenida.

La mujer juega un rol capital en la puesta en obra efectiva los programas de APS y de la participación. el hogar es el epicentro de la APS porque es ahí que las familias viven de una manera propicia a la salud, o al contrario en situación de riesgo; donde los vecinos influyen sobre el comportamiento y donde son tomadas las decisiones que tiene una incidencia sobre la salud. (7)

Las madres deben poseer los conocimientos, teniendo la autonomía que les permita actuar para promover y proteger la salud en el seno de la familia (7), debiendo por ello los profesionales de los servicios, realizar actividades de capacitación, de acuerdo a necesidades.

Donde la participación comunitaria ha progresado, ésta se hizo en base al reforzamiento a nivel local de los valores tradicionales

gracias al concurso de los curanderos y de los jefes religiosos y por la constitución de asociaciones de asentamiento humanos, de grupos de acción social y de comités sanitarios de distritos. Algunos países han creado nuevos órganos locales a nivel de distrito como consejos distritales, centros comunitarios u otras instituciones dotadas de responsabilidad y recursos bien definidos. (3)

En estos últimos años se busca la participación a través de los SILOS (Sistemas Locales de Salud)/ZONADIS (Zonas de desarrollo integral de salud), y la Administración Compartida de los Servicios de Salud, a través de los CLAS (Comité Local de Administración de Salud). Esperamos que esta nueva estrategia se consolide y sea eficaz en brindar cuidados de calidad a la población.

La eficacia de la participación comunitaria se manifiesta directamente ligado al progreso de la descentralización y de la coordinación intersectorial. Si algunas tendencias alentadoras son observadas en lo concerniente es debida a la descentralización de la acción, de los recursos y de las decisiones.

Queda por desarrollar en la mayoría de países una auténtica y permanente alianza entre los sistemas de salud y la comunidad. (3)

C. LA MULTISECTORIALIDAD

Sobre la multisectorialidad, la Declaración de Alma Ata ha señalado «entraña la participación, además del sector sanitario de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en parti-

cular, la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores" (1).

La «Salud para todos» no debe considerarse como una vía diferente al de la promoción social y económica y que el desarrollo de la salud no se logrará sin un desarrollo global (19).

El objetivo último de la APS es de incrementar la calidad de la vida cotidiana, permitiendo así a cada uno la más grande autonomía, para lograr la realización de sus aspiraciones personales, una mejor participación a su vida familiar y social (20).

Para ser eficaz, el desarrollo sanitario necesita una acción concertada de todos los sectores de la actividad, pero la capacidad del sector salud a comunicarse eficazmente con los otros sectores es muy restringida. En consecuencia el sector salud mismo en las reuniones políticas, se muestra como aliado débil cuando se trata de elaborar políticas socio económicas (3), y muchas veces es sólo utilizado como un caballo de batalla por los políticos (19).

En la mayoría de los países desgraciadamente, el acuerdo general sobre la coordinación intersectorial, no es todavía traducido en acciones concretas. Los divergentes puntos de vista, de intereses, la superposición de actividades y las controversias de orden institucional y burocrático son por tanto un obstáculo a superar antes que pueda instaurarse un desarrollo con equidad.

En muchos países como en el Perú, el problema es todavía más

grave, ya que a pesar de la existencia de diversas instituciones que se encargan de servicios de salud (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Municipio, Iglesias, e instituciones privadas) éstas no coordinan sus actividades de salud entre sí, ni en la comunidad, lo que implica duplicidad de esfuerzos de una parte y de servicios inexistentes de otra parte, queda al Ministerio de Salud recobrar su rol rector.

D. EL TRABAJO EN EQUIPO:

Sobre el trabajo en equipo; la Declaración de Alma Ata ha declarado: «Se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad».(1)

Existen serios problemas concernientes al personal de salud y el trabajo en equipo en la mayoría de los países, el resultado es negativo en este punto. Se señala también que esto es debido a que este personal es formado en un medio hospitalario, orientado hacia las tareas curativas y centralizado en las grandes ciudades (1).

Sobre los médicos caen las mayores críticas, señalándose que su

formación es cada vez más especializada y muy poco motivada para los aspectos de la promoción y prevención de salud y por ello su actividad está concentrada en los medios urbanos, y por el contrario se señala a la enfermera que trabaja en los servicios rurales y urbano marginales como la más sensible a los problemas de la comunidad, estas enfermeras son frecuentemente la clave, el alma, la llave maestra (Cheville Ouvriere) del servicio de salud primario (7).

Hay propuestas de revisión de los estudios médicos y de las otras profesiones de salud, ya que los actos de salud por simples que sean, no deben ni pueden reposar



en el voluntariado ni en amateurismo (19) (11) (22) de los promotores de salud.

De otra parte los problemas de salud (en el sentido amplio de su definición) no son tan sencillos y requieren para su solución de un grupo profesional más preparado que el promotor de salud.

Los agentes sanitarios o promotores de salud, que en muchos países han sido formados con el propósito de que sean los elementos que den los servicios primarios de salud en su comunidad, asimismo, de que promuevan la participación de la comunidad en la solución de sus pro-

blemas de salud, de mejorar cuantitativa y cualitativamente los contactos entre los servicios de salud y la población.

De ellos se señala que en muchos casos están mal formados, aislados, con una pobre supervisión y limitada conexión con los servicios de salud, siendo por tanto débil la capacidad de referencia, no cuentan en muchos casos con el apoyo ni aceptación de parte de la comunidad, no se integran dentro de las estructuras decisionales (los consejos de ancianos o notables, juntas directivas) ni de los curanderos tradicionales.(15) (18)

De otra parte la gran mayoría no cuenta con recursos (medicamentos, instrumentos) para realizar su labor.

Otro problema que encuentran los promotores de salud es la remuneración, en muchas comunidades este trabajo es considerado como un servicio del promotor a la comunidad, en al-

gunos otros en recompensa le hacen sus trabajos agrícolas; en ningún caso, al menos en el Perú reciben un salario del sector de salud.

Todo esto termina por desalentar y motivarlos a abandonar su trabajo como promotores de salud.

Asimismo, el rol que se le quiso y se le quiere dar al promotor de salud fue y es disímil y poco preciso. D. Werner considera que debe ser el «libertador» de su pueblo, (23) Mucho han asociado a los promotores de salud con la APS, asumiendo el promotor la labor del profesional de salud



en la comunidad, y otros consideran esto una estrategia inadaptada a los países pobres (18), y contrario a la ideología de la APS.

También es importante señalar que en muchos casos el personal de salud: médicos, enfermeras y promotores de salud no se sienten motivados ni identificados, mucho menos, comprometidos con la comunidad, ni con la APS. Sus perspectivas profesionales, reforzada con su formación médica los hace reacios a los cambios, y por tanto ajenos a su realidad.

LA COOPERACION INTERNACIONAL

Sobre la Cooperación Internacional, la Declaración de Alma Ata señala: «Todos los países deben cooperar con espíritu de solidaridad y de servicio a fin de garantizar la APS para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto el informe conjunto OMS/UNICEF sobre la APS constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la APS en todo el mundo». (1)

En los años 80 y los primeros del

90, la economía mundial ha sufrido graves dificultades, caracterizado por una crisis económica prolongada, con una aceleración del alza de las tasas de interés y de graves fluctuaciones de las tasas de cambio. Los países en desarrollo han estado brutalmente confrontados a problemas de balance de pagos y al pago de la deuda externa, lo que le obligó a reducir sus programas sociales, los salarios y las importaciones, todo esto ha provocado una baja del nivel de vida y graves problemas en los servicios de salud.

A pesar de estos problemas hubo y hay una ayuda internacional en el campo de la salud, y sobre todo en la APS, los organismos internacionales, OMS, OPS UNICEF, la Cooperación Internacional y las ONGs desarrollan múltiples actividades en el campo de la promoción y prevención de la salud, apoyando programas nacionales o locales, así como las campañas de vacunaciones, programas de planificación familiar, alimentación infantil, etc.

Pero los problemas de salud de los países en vías de desarrollo son tan grandes que toda la ayuda no es suficiente, por lo que muchos representantes de estos países han señalado su preocupación por las diferencias y la

desigualdad existente entre los países y dentro de cada país en materia de salud, y han llamado la atención sobre las dificultades que presentan los países para poner en obra sus estrategias debido a la falta de medios económicos, y hacen un llamado a la necesidad del «Nuevo orden económico internacional» que garantiza la paz, el desarrollo y una comunidad mundial más solidaria.

EL COMPROMISO POLITICO

La conferencia internacional de Alma Ata sobre el compromiso político señala «Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con los otros sectores para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles». (1)

El principio esencial de la «salud para todos» es la equidad en el campo de la salud, educación, economía, de las oportunidades etc. Es entonces fundamental que las autoridades políticas se comprometan a reducir las diferencias socio-económicas.

La evaluación ha mostrado que casi todos los países han aprobado la estrategia mundial de «Salud para todos en el año 2,000» y muchos de entre ellos han formulado una estrategia nacional inspirada en los mismos principios. (3)

Algunos han proclamado claramente que la estrategia da un impulso nuevo y muy importante y aporta un marco más racional al

desarrollo sanitario, donde se reafirma los compromisos y las acciones de salud en curso.(3)

Además la estrategia ha incitado al personal de los sectores de la salud a tomar en consideración los otros factores que tradicionalmente no eran percibidos como que afectarían el desarrollo sanitario.(3)

La traducción de ese compromiso político en actos se reflejan en la repartición de recursos. Algunos países han señalado que ellos afectarían ventajosamente los recursos a los grupos de la población menos favorecidos y a los sectores de desarrollo social, en particular a la salud y la educación, sin embargo las orientaciones no han sido suficientes, y la gestión de los servicios de salud no son eficaces todavía.(3)

El escenario clásico es el siguiente: el compromiso político es tomado con las mejores intenciones del mundo, pero la salud no tiene prioridad que ella debería tener en el presupuesto nacional. El presupuesto de la salud es frecuentemente minúsculo (de 1% a 5% del conjunto de gastos públicos).(7)

Esto además se ve minimizado con las altas tasas de inflación que en muchos países de América Latina en la década del 80 fue por encima de 1000% (7)(15).

Generalmente la salud no dispone de apoyo efectivo dentro de los grupos de poder, y los acuerdos que se operan dentro de las prioridades presupuestales son el resultado de una relación de fuerzas.

De otra parte los programas sociales son reducidos y utilizados políticamente.

Puede ser que los problemas económicos que los gobiernos tienen compromete seriamente la ejecución de políticas y estrategias que habían sido aprobadas en principio en el nivel más alto del estado. Sin embargo subsiste la impresión que ciertos gobiernos no están todavía plenamente comprometidos en favor de la «salud para todos» y que ellos deben todavía estimular una acción simultánea dentro de diversos sectores conexos.

CONCLUSIONES

La primera conclusión que podemos hacer es señalar que la política de «salud para todos en el año 2,000» y la estrategia de la «Atención Primaria de Salud» han abierto un debate muy importante y necesario en la escena mundial, regional y local sobre la salud, sus problemas y las posibilidades de solución. La Declaración de Alma Ata ha suscitado un movimiento mundial en favor de la salud pública, el concepto de APS y la política de «salud para todos» gana terreno a nivel mundial, regional y local.(4)(19)

2. A nivel de la Educación Médica la declaración cuestiona y replantea la actual educación médica orientada a las ciudades, hospitales y a la especialización. Producto de esto, muchas facultades introducen, otras consolidan en sus planes de estudios, aspectos preventivo promocionales y la estrategia de la APS, tanto en la teoría como en la práctica.

3. Tiene también mérito de haber promovido y logrado en muchos casos la descentralización de los servicios de salud, condición Sine Qua non para la accesibilidad a un número más grande de beneficiarios (15) (20).

4. El precio de la implementación de la APS en su verdadera dimensión es mucho más oneroso de lo que se había calculado inicialmente (16). Lamentablemente dicha evaluación se hizo tardíamente. Deberían los gobiernos planificar y destinar presupuestos adecuados.

5. La APS debe ser global porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es «global» es decir multidimensional, y por qué su objetivo último es «global» es decir más ambiciosamente social que estrictamente médico.

6. Hacer de la APS una real estrategia de desarrollo, estrategia adaptada a la voluntad de la comunidad, y no solo un caballo de batalla de los políticos (19).

7. Debe buscarse la sencillez necesaria para hacer frente a la gran diversidad de situaciones, tener en cuenta la demanda, evitar los esquemas y planes rígidos y estandarizados. Debe plantearse proyectos y estudios de largo tiempo, multisectorial; considerar la salud desde el punto de vista del desarrollo global.

8. Toda política de APS debe tener como base la investigación en salud y la evaluación constante de su desarrollo sobre el terreno.

9. Debe trabajarse más y mejor para lograr la acción coordinada de un equipo de salud consolidado con los otros sectores.

10. La participación comunitaria se constituye en el eje principal de la APS y es necesario buscar nuevas formas para seguir impulsándola.

11. Existen dificultades de la evaluación de la APS y de su im-

pacto, debido a la complejidad de los factores de riesgo y de los efectos de las numerosas intervenciones y el difícil y complejo cálculo real de los costos.

RESUMEN

La realización de la APS 16 años después presenta una serie de logros y fracasos: La participación comunitaria, estrategia base para el logro de la APS, tiene a la fecha un desarrollo limitado debido a políticas centralistas, autoritarias y/o paternalistas del estado y a la actitud desconfiada y pasiva de la comunidad. La acción multisectorial también clave para el desarrollo comunal y de la APS, todavía no se plasma en acciones concretas, esto debido a intereses creados y obstáculos burocráticos.

El trabajo en equipo del sector salud todavía ofrece muchos problemas, la formación inadecuada de los profesionales de salud, sobre todo el médico, en aspectos de salud pública y su falta de motivación social hacen que el desarrollo de la APS no tenga el impulso debido. La labor de los promotores de salud también es limitada debido a deficiencias en su capacitación, a la falta de apoyo de la comunidad y de los servicios de salud. Dicha labor también es cuestionada considerándose que su implementación es un error y contrario al espíritu de ALMA ATA.

Los gobiernos, con respecto a la APS, en su gran mayoría han proclamado su adhesión a la APS, mas en la práctica son pocos los que han materializado su compromiso proporcionando los recursos financieros y legales adecuados, debido, en muchos casos, a la crisis económica y en otros a una falta de verdadera identificación.

La cooperación internacional se ha producido por intermedio de organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF y ONGs), pero los problemas de salud en los países en desarrollo sobrepasan dicha cooperación.

Todas estas limitaciones, económicas, culturales, sociales y políticas, sobre todo en los países en desarrollo nos deben hacer ver más realísticamente que la «salud para todos en el año 2,000» no logrará todos sus objetivos y que debemos comprometernos a hacer más esfuerzos para lograrlo, tal vez unos años más tarde.

PALABRAS CLAVES: ALMA ATA - APS - EVALUACION

REFERENCIAS

1. OMS - Unicef. Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata, 1978.
2. Deliege D. «Politique de Santé», UCL 1989. Université Catholique de Louvain.
3. «La Sante pour tous: De la parole aux actes». Forum Mundial de la Santé, Vol 9, 1988.
4. E.S.W. Bidwel: «La voie vers la santé pour tous». Forum Mundial de la Santé, Vol 9, 1988.
5. Mahler Halfdn: «Le combat pour la santé: Forum mondial de la santé, Vol. 9, 1988.
6. Nakajima Hiroshi: «La santé pour tous: la voie a suivre» Forum Mundial de la Santé. Vol 9, 1988.
7. Bryant, John: «La sante por tous: le rêve et la réalité», forum mondial de la santé. Vol. 9, 1988.
8. Animer l'action de santé, Table Ronde, Forum mondial de la santé. Vol. 9, 1988.
9. Quiroz Carlos; Alarcón Jorge: «Rol metodológico del concepto de salud en la evaluación de salud para todos en el año 2000» Revista Educación médica y salud. Vol 19, N° 3, 1985, OPS.
10. La Trente neuvième Assemblée mondiale de la Santé évalué la progression vers la santé pour tous. Chronique OMS 40(3) 99-118. 1986.

11. Stanislas, Haumont: «Pour une autre école de médecine» Revue Louvain, mai-juin 1989.
12. Kroeger, Axel; Luna Ronaldo: «Atención Primaria de la Salud; principios y métodos», OPS 1992, México.
13. Debabar Banerji. Les Soins de Santé primaire doivent-ils être sélectifs ou globaux?. Forum Mundial de la Santé. Vol 5. 1984.
14. Ken Cox: Animer l'action de Sante pour tous. Forum Mundial de la Santé. Vol. 9. 1988.
15. Unger J.P. Soins de Santé primaires dans le tiers-monde: Les alternatives methodologiques et leur enjeux politiques et économiques. Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1985. 65.229.232.
16. Gentilini, Marc. Alma Ata ou la grande illusion?. Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990
17. Gigase, Paul. Les Fondements des soins de Santé Primaires: Exigences, objectifs ou mythes? Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990
18. Knebel Peter, L'agent de santé villageois: Beaucoup por rien, ou rien pour beaucoup. Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990.
19. Sow-Abdourahmane. Quels sytemes de soin pour l'Afrique. Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990.
20. Grodos, Daniel et de Bethune Xavier: Les interventions sanitaires selectives: Un piège pour les politiques de sante du tiers monde. Soc. Sci. Med. Vol. 26 N° 9, pp 879-889. 1988.
21. Lechat. MF. Impact of Research, and tecnology on the efficiency of primary health care in tropical regions. Comission of the European communities. 1986.
22. Lechat, Michel; Borlée, Irene. Preparez les étudiants en Médecine á exercer dans le tier monde. Forum Mondial de la Santé. Vol 8. 1987.
23. Werner David. El agente de salud ¿Lacayo o libertador? Foro Mundial de la Salud. 1981. Vol. 2 - N° 1.
24. FEPAFEM. La Atención Primaria, una aproximación a su comprensión, Caracas, Venezuela 1986.
25. World Health Organization, Achieving, Health for all by the year 2,000 Midway Reports of Country Experiences Geneve 1990.

ESTUDIO SOBRE NEUMONIAS EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE APOYO MARIA AUXILIADORA. LIMA 1990-1992

Dr. Jorge Gudiel Hermoza (1)

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo donde se revisaron 238 historias clínicas de pacientes admitidos al hospital por neumonía en niños de 2 meses a 5 años en el período de 1990 a 1992, previamente se clasificó al total de pacientes para fines diagnósticos y de mortalidad en general, donde se muestra mayor número de casos (76.8%) para bronconeumonía (BNM) y neumonía supuradas (NS) denominadas como formas más severas y en las mismas una mortalidad de 7.4%.

56% de pacientes fueron varones y el 69.7% menores de 2 años, 81.9% tuvieron lactancia mixta y por biberón también, con desarrollo de más casos de neumonía en esta. 46.3% registraron resfriado previo a su ingreso. En pacientes con antibióticoterapia previa predominaron más casos de NS y BNM.

El tiempo de enfermedad (TE) y tiempo de fiebre (TF) promedio general fue 6.1 y 4.5 días respectivamente, siendo ambos mayor en casos de NS.

Los síntomas principales más frecuentes fueron fiebre (90.3%), tos (89.9%), agitación (85.7%); en el examen físico inicial se observó polipnea, tiraje, quejido, aleteo y fiebre en la mayoría de los casos. Hubieron 64.7% de desnutridos.

El signo que más prematuramente cae en la evolución fue el mal estado general (MEG) del paciente, seguido de la fiebre.

Las complicaciones pulmonares en general fueron poco frecuentes: empiema 6.3%, enfisema subpleural 7.6%, paquipleuritis en 2.9%, y de las extrapulmonares en 4.2%.

El tiempo de hospitalización fue en promedio de 10.4 días y mayor en casos de NS.

INTRODUCCION

En el mundo mueren aproximadamente en un año 15 millones de niños menores de cinco años, de los cuales 5 millones (30%) lo hacen por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Algo más del 90% de esta mortalidad proviene de países en desarrollo en cuya mayoría de casos no recibieron atención médica oportuna.

La OMS y UNICEF trabajan juntos para promover políticas de control de IRA a nivel mundial, es por ello que en el Perú, conjuntamente con el MINSA han desarrollado el Programa CIRA, para mejorar la supervivencia infantil mediante el desarrollo de normas técnicas para la prevención y control de IRA (5).

En el Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA), un hospital de referencia del MINSA en el cono sur de Lima no se ha evaluado la magnitud de casos de neumonías en menores de 5 años que requirieron hospitalización, tampoco de las principales características epidemiológicas y clínicas, diagnósticas y terapéuticas empleadas por el equipo médico del hospital, así como de la frecuencia de muertes por dicha enfermedad y de algunos factores asociados a ello. Al parecer existe un alto número de ingresos por neumonía, principalmente en los menores de 5 años. Esta enfermedad representaría una causa importante de muerte intrahospitalaria.

MATERIALES Y METODOS

FUENTES DE INFORMACION

Indirecta. Se transcribieron los datos de registros de historias clínicas a una ficha elaborada para estudio. Seleccionándose aquellos que presentaban evidencia de Neumonía motivo de estudio. De éstos, se excluyeron los que padecían de IRA Leve, Asma bronquial, Insuficiencia cardíaca, TBC, Meningoencefalitis, Metabólicos y SIDA.

El tipo de análisis fue estadístico descriptivo.

SUJETOS DE ESTUDIO

Fueron sujetos de estudio niños de 2 meses a 5 años que ingresaron al hospital con diagnóstico de neumonías con o sin complicación durante el período de enero de 1990 a diciembre de 1992. Se tenía un total de 467 casos registrados en el servicio de estadística de los cuales se revisaron todas la Historias Clínicas para fines de diagnóstico final y mortalidad.

De los 467 casos de neumonía en el grupo etéreo para este estudio se obtuvieron 238 paciente escogidos por aleatorización y técnicas de muestreo corroborado por el programa Epi-info (Statcalc), Sample size (population

(1) Médico Egresado de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC

Survey) que considera 95% de confianza y 5% de error en su determinación.

ANÁLISIS DE ESTUDIO:

Estadístico descriptivo y procesados por computadora mediante el programa Epi-Info, en los cuadros descriptivos se usaron valores porcentuales.

RESULTADOS

Del total de pacientes la frecuencia de casos según clasificación mostró que las formas severas de neumonía fueron el mayor número de pacientes 76.8% (BNM Y NS) ver Cuadro 1.

Cuadro 1
CLASIFICACION DE PACIENTES HAMA 1990-92

TIPO DE CASOS	Nº	% TOTAL
Bronconeumonía	291	62.3
Neumonía supurada	68	14.5
Neumonía Lobar	64	13.7
Bronquiolitis	44	9.4
TOTAL	467	100.0%

Los casos fallecidos en el período de estudio se observaron en formas severas de neumonía como BNM y NS, prevaleciendo la mayoría en lactantes (menores de 2 años) (85.7%). Cuadro 2

** La mortalidad para el total de pacientes admitidos por neumonía (35/467) es 7.49%.

Cuadro 2
CASOS FALLECIDOS SEGUN GRUPO ETAREO Y SEXO

GRUPO ETAREO	BNM		NS		TOTAL Nº	%
	MASC	FEM	MASC	FEM		
2 - 5 meses	8	6	-	-	14	85.7
6 - 11 meses	2	3	2	1	8	
12 - 23 meses	2	5	1	-	8	
24 - 35 meses	1	-	-	-	1	14.3
36 - 60 meses	1	2	1	-	4	
TOTAL	14	16	4	1	35	

Del total de los casos de neumonía (467) se extrajo la muestra de 238 casos (51%), los cuales fueron clasificados sólo con fines de comparación según criterios del programa CIRA. Donde se observa predominio de casos de forma severa (81.9%) Cuadro 3

Cuadro 3
CLASIFICACION POR SEVERIDAD SEGUN OMS EN 238 PCTES

TIPO DE CASOS	Nº CASOS	%
Neumonía simple	7	2.9
Neumonía severa	195	81.9
Neumonía muy severa	36	15.2
TOTAL	238	100.0%

- Sexo y edad: Se identificó en total de 134 pacientes (56%) del sexo masculino y 104 (44%) del sexo femenino

Las edades más frecuentes afectadas lo constituyen los menores de 2 años (lactantes) con 69.7%, en relación a mayores de 2 años (pre-escolares). Cuadro 4

Cuadro 4
DISTRIBUCION DE NEUMONIAS SEGUN GRUPO ETAREO

EDAD (años)	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
< 1	66	20	7	7	100	69.7
1 - 2	33	3	13	17	66	30.3
2 - 3	19	-	8	12	39	
3 - 4	10	-	13	10	33	
TOTAL	128	23	41	46	238	100.0

ANTECEDENTE Y FACTORES PREDISPONENTES

La condición socioeconómica de la mayoría perteneció al estrato socioeconómico bajo (49.2%) y medio (41.6%).

De toda la población de lactantes llama la atención que los que recibían lactancia materna exclusiva correspondió solamente al 18.1% en comparación a los que recibían lactancia mixta o biberón, que fueron los más afectados (81.9%) Cuadro 5.

Cuadro 5
LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES

L.MAT	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
Sola	24	5	-	1	30	18.1
Mixta	48	10	10	13	81	48.7
Biberón	26	4	11	14	55	33.2
TOTAL	98	19	21	28	166	100.0

De las manifestaciones clínicas previas a la enfermedad encontradas en orden de frecuencia llama la aten-

ción el resfrío (46.3%) con 10 días en promedio antes de iniciar el cuadro clínico de neumonía. Cuadro 6

Cuadro 6
PATOLOGIA PREVIA

	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
IRA	24	1	1	9	35	32.4
BPN <2,500	9	2	2	-	13	12.0
DIARREA	6	2	2	-	10	9.3
RESFRIO	26	9	3	12	50	46.3
TOTAL	65	14	8	21	108	100.0

* Días antes de comenzar cuadro clínico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Admisión. El tiempo de enfermedad previa a su hospitalización fue de 6 días y un rango de 1 a 11 días. Sin embargo se observa tiempo mayor en casos de NS hasta 16 días, mientras que el tiempo de fiebre desde su aparición hasta que el paciente acuda al hospital fue en general de 4 días con una variación de 2 - 7 días. Cuadro 7 y 8

Cuadro 7
TIEMPO DE ENFERMEDAD PREVIA

	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL
Promedio	5.8	3.6	5.4	9.9	6.1
Rango	1-12	2-5	3-7	4-16	1-11

Cuadro 8
TIEMPO DE FIEBRE PREVIO (días)

	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL
Promedio	4.1	3.1	4.1	9.0	4.5
Rango	1-7	2-4	2-6	5-13	2-7

Con relación a la administración de medicación antibiótica previa al internamiento del paciente, se observó que 42% de casos habían recibido previamente o utilizaban todavía antibióticos, de los cuales se desarrollaban más casos de NS a diferencia de los que no lo recibían. Los más usados fueron: penicilina, sulfas, macrólidos y cefalosporinas. Cuadro 9.

Cuadro 9
ANTIBIOTICOS PREVIOS AL INGRESO

TIPO	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
SI	52	1	12	35	100	42
NO	65	19	18	8	110	46
SE DES- CONOCE	11	3	6	3	28	12
TOTAL	128	23	41	46	238	100%

- Motivo de consulta. los síntomas más frecuentes fueron: Fiebre, tos, agitación, todos con mayor porcentaje, seguidos de Hiporexia, diarrea, náuseas, vómitos, rinorrea, dolor abdominal y otros. Cuadro 10.

Cuadro 10
SINTOMAS DE NEUMONIA

	Nº	Total
- Fiebre	215	90.3 %
- Tos	214	89.9 %
- Agitación	204	85.7 %
- Hiporexia	62	26.0 %
- Diarrea	40	16.8 %
- Vómitos	32	13.4 %
- Rinorrea	14	5.8 %
- Dolor abdominal	4	1.6 %
- Otros	24	10.0 %

N= 238

- Signología. Los Hallazgos físicos más frecuentes fueron: polipnea, tiraje, quejido espiratorio, aleteo, fiebre. En menor proporción signología auscultatoria, y de gran severidad como cianosis, depresión del sensorio y convulsión. Cuadro 11.

Cuadro 11
SIGNOLOGIA EN NEUMONIAS

	Nº	Total
- Polipnea	217	91.2 %
- Tiraje	195	81.9 %
- Quejido espiratorio	191	80.3 %
- Aleteo	188	78.9 %
- Fiebre	182	76.5 %
- Subcréptos	75	31.5 %
- Créptos	69	28.9 %
- Roncantes	66	27.7 %
- Sibilantes	62	26.0 %
- Soplo tubárico	59	24.7 %
- Disminución de MV	44	18.8 %
- Cianosis	36	15.1 %
- Depresión del sensorio	25	10.5 %
- Convulsión	6	2.5 %

N = 238

EXAMENES AUXILIARES

- **Hemograma:** Se registró hemograma patológico en 89.5% de los casos, de los cuales predominaron en las formas severas (BNM, NS). Cuadro 12.

Cuadro 12
HEMOGRAMA EN LAS NEUMONIAS

	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
Leucoc sin DI	60	8	24	9	101	42.4
Leucoc + DI	22	-	7	30	59	24.8
Linfocitosis	28	15	-	-	43	18.1
Leucopenia	1	-	1	4	6	2.5
Leucop + DI	2	-	-	2	4	1.7
Normal	15	-	9	1	25	10.5
TOTAL	128	23	41	46	238	100%

- Radiología: Los signos más frecuentemente hallados fueron el de condensación (66.8%), Condensación más derrame (14.7%). Cuadro 13. Cabe mencionar que el pulmón más afectado fue el derecho con un 61% de predominio en relación al izquierdo.

Cuadro 13
PATRON RADIOGRAFICO DE LAS NEUMONIAS

PATRON	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
Condensación	115	-	41	3	159	66.8
Derrame	-	-	-	8	8	3.4
Cond. + Derrame	-	-	-	35	35	14.7
Ref. Hiliar	6	7	-	-	13	5.5
Enfisema	2	3	-	-	5	2.0
R.H. + Enfisema	5	13	-	-	18	7.6
TOTAL	128	23	41	46	238	100.0

ESTADO NUTRICIONAL

Respecto al estado nutricional de los pacientes evaluados, desde el punto de vista ponderal encontramos que la mayoría 154 casos (64.7%) eran desnutridos siendo más los casos de desnutrición severa (50.8%). Cuadro 14

Cuadro 14
ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PESO/EDAD

PATRON	BNM	BLQ	NL	NS	TOTAL	%
Eutróficos	41	19	14	10	84	35.3
Desnutridos					154	64.7
Leve	7	-	-	2	9	
Moderado	5	1	10	8	24	
Severa	75	3	17	26	121	
TOTAL	128	23	41	46	238	100.0

TRATAMIENTO

La terapéutica antibiótica se distribuye ampliamente siendo los antibióticos más usados en el servicio la Ampicilina, Amoxicilina, Oxacilina, Cloranfenicol y otros. Cuadro 15

Cuadro 15
TERAPEUTICA ANTIBIOTICA

ANTIBIOTICO	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL
Ampicilina (AMP)	101	15	23	38	177
Amoxicilina (AMX)	66	10	15	10	101
Oxacilina (OXAC)	17	1	6	39	63
Cloranf. (CAF)	22	-	10	19	52
Pen. G Sódica	6	-	16	5	27
Cefalosporinas	9	-	1	16	26
Gentamicina (GTM)	15	-	3	3	21
TMP SMZ	11	4	1	1	17
Amikacina	6	-	1	8	15
Pen. Clemizol	3	-	7	1	11
Pen. Procaínica	2	-	-	-	2
Eritromicina	2	-	-	-	2
Tienan	2	-	-	-	2

n = 238

El manejo de los pacientes con NS se realizó mediante procedimientos de drenaje realizados con fines diagnósticos o terapéuticos de los cuales en 33 casos se realizaron toracocentesis con la recuperación del germen mediante el cultivo de líquido preural obteniéndose en 5 casos (pneumococo (2), stafilococo aureus (2), y klebsiella) resultando el resto, o sea la mayoría negativos para germen alguno.

EVOLUCION: El tiempo de hospitalización promedio fue de 10 días con una variación de 3 a 18 días.

Con respecto al día en que cae la signo-sintomatología se observó peculiarmente que el signo que más precozmente se recupera fue el mal estado del paciente (MEG), considerablemente en el primer día en el total de casos seguido de la caída de la fiebre, tiraje y polipnea la mayoría en los primeros tres días de hospitalización. Cuadros 16 y 17.

Cuadro 16
DIAS CON MEG O DIA EN QUE RECUPERA EG

DIA	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL
1	45	13	15	9	82
2	22	4	2	3	31
3	18	3	5	5	31
4	9	1	6	6	22
5	8	1	2	5	16
6	3	-	1	2	6
7	1	-	1	1	3
8	1	-	-	2	3
9	1	-	-	2	3
10	1	-	-	2	3
>10	3	-	1	2	6

El tiempo de caída de la fiebre fue generalmente entre el primero y tercer día encontrándose una mayor duración de la fiebre en paciente con NPS y BNM. Cuadro 17

Cuadro 17
TIEMPO DE CAIDA DE LA FIEBRE

DIA	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL
1	33	6	20	66	
2	22	10	5	4	41
3	19	2	5	3	29
4	9	-	1	1	11
5	7	1	3	-	11
6	6	-	-	1	7
7	5	-	-	2	7
8	5	-	2	3	10
9	6	-	1	3	10
10	1	-	1	4	6
> 10	9	-	-	12	21
> 20	2	-	-	8	10

COMPLICACIONES

Llamó la atención que no se encontraron complicaciones en el 71% del total de pacientes, y del 29% restante el empiema era la complicación pulmonar más frecuente seguida de enfisema subpleural (bulas) para las NS, mientras que sepsis proveniente de casos de BNM y NS. Cuadro 18.

** Es importante mencionar que de todos los enfisemas subpleurales registrados, 5 casos se detectaron pocos días después de iniciado el cuadro clínico, es decir al momento de su ingreso al hospital.

Cuadro 18
COMPLICACIONES

	BNM	BQL	NL	NS	TOTAL	%
Empiema	-	-	-	15	15	6.3
Enf. Subpl (bula)	-	-	4	12	16	6.7
Sepsis	6	-	-	4	10	4.2
Paquipleuritis	1	-	1	5	7	2.9
Neumotórax	2	-	-	4	6	2.5
Fístula B-P	-	-	-	4	4	1.7
Atelectasia	-	2	1	-	3	1.7
Abceso	1	-	-	2	3	1.3
Ninguna	118	21	35	-	174	71.3

COMENTARIOS

Durante el período de tres años de nuestro estudio se diagnosticaron 467 casos de neumonías, siendo la edad pediátrica menor de 2 años en general y sobre todo en menores de un año como la más afectada, respecto a las otras edades, lo cual tendría relación con el todavía inmaduro sistema inmunitario o algún trastorno en la transferencia de inmunidad por lactancia materna pues la mayoría que lo recibía en forma exclusiva no desarro-

llaba mucha neumonía, también quizás explicado por la desnutrición, o enfermedades previas que exigen adecuado nivel inmunitario.

Algunos autores (1) manifiestan que hay mayor predominio en menores de 2 años, pues se ha demostrado que la sangre de adultos, niños mayores de 5 años y menores de 2 meses, es bactericida para algunos microorganismos como *H. Influenzae*, por la presencia para este caso de anticuerpos anticapsulares y otros anticuerpos para los otros; en caso de menores de 2 meses anticuerpos adquiridos por transmisión de una inmunidad temporal por vía transplacentaria, Cochi (1) incluso ha encontrado que esta protección se transmite a través de la leche materna.

Mortalidad: Al respecto algunos autores (11) refieren que las neumonías constituyen la causa más frecuente de mortalidad en niños menores de 5 años, particularmente en lactantes menores de un año, en los países subdesarrollados de América Latina, hecho que es válido en nuestra serie.

Shann y Cols (15) afirma que hay una mortalidad significativamente mayor en pacientes con patrón radiográfico de BNM, siendo estos casos de compromiso bilateral y generalmente multilobar, en contraste a la correspondiente neumonía.

Aunque nosotros no estudiamos el patrón radiográfico, encontramos más casos fallecidos por BNM, por lo que se debe considerar al igual que la malnutrición, tiempo de enfermedad mayor de 5 días, cianosis, leucocitosis mayor de 20,000, hipotermia, hepatomegalia y edad menor de 6 meses, como factores predictores de mortalidad en paciente admitidos por neumonía severa.

Filiación: En nuestros resultados, observamos que hubo una predominancia del sexo masculino (56%) respecto al femenino (44%). Para ello no hay interpretación clara, sin embargo es un hallazgo común cuando se revisan diversas series en la literatura sobre neumonías (2) (7) (14).

Antecedentes y Factores predisponentes: Un punto importante de nuestro estudio para la población de lactantes demuestra que la lactancia materna sola disminuye al parecer el número de casos de neumonía respecto a los que recibían LM compartida con complemento o solo biberón con valores estadísticamente significativos. Al respecto Watkins y colaboradores (22) en menores de 1 año vieron que la tasa en niños con neumonía que reciben sólo lactancia materna es menor en relación a los que recibían LM más complemento y sólo biberón. Se aprecia entonces un beneficio otorgado en parte por la IgA, contenida en la LM (4).

En nuestra serie las neumonías se dieron en pacientes previamente sanos en la gran mayoría siendo mínimo otros factores de riesgo asociados (con mayor frecuencia

proceso viral reciente de vías respiratorias), antecedente de IRA, BPN < 2,500 kg. y diarrea. Lo que sugiere que las bacterias en cuadros agudos o viriasis previa son causantes de IRA severa en nuestros países con un rol importante en la etiopatogenia.

Enfermedad Actual: Respecto al tiempo de enfermedad, previa a su hospitalización, encontramos un rango de variación grande, probablemente por una mala información o en parte porque presentaban un cuadro catarral previo, no bien precisado por los familiares. Dentro del rango de variaciones para el TE y tiempo de fiebre previo a la consulta se aprecia en nuestro estudio como lo señalan otros autores, existe paralelismo entre la severidad de la enfermedad (evaluada por casos de BNM y NS en la serie) y el mayor tiempo de enfermedad y fiebre susceptibles a presentar BNM y NS. (17) (19) (21) (24)

Otro punto importante en nuestro estudio era conocer la frecuencia con que nuestros pacientes recibían antibióticos durante el período de enfermedad previa a su hospitalización, encontramos que un significativo número de pacientes (42%) lo recibían, de los cuales, en estos se observó que desarrollaban más BNM, y NS lo que indica que aparentemente no tubo efecto benéfico alguno, el hecho de usar antibiótico; probablemente debido a la dosis, formas de administración, tipo de antibiótico utilizado o en parte debido a la dosis, formas de administración, tipo de antibiótico utilizado o en parte debido a que la enfermedad era de por sí importante o severa.

Las causas más importantes que motivaron la consulta al Médico fueron fiebre, tos, agitación, lo cual es de esperar con este tipo de patología, además que de los reportes revisados se desprende que estos síntomas pueden ser observados en neumonías por todos los agentes bacterianos o víricos.

Exámenes Auxiliares: En nuestros hallazgos se encuentra poca

positividad del cultivo de líquido pleural. Este fenómeno podría explicarse a que gran parte de ellos registraron el antecedente de antibioticoterapia previa al ingreso. Respecto a los gérmenes aislados encontramos algo de similitud por lo reportado por Esqueche (en el INSN) siendo frecuente el *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *S. aureus*, *Mycoplasma* y *Klesiella*

Radiología: Otro tipo de complicaciones como bulas, neumotórax, atelectasia, absceso, al igual que en varios reportes, en nuestra serie fue de pocos casos (17) (24). Sin embargo en concordancia a los mismos y como muchos autores encontramos 5 casos de enfisema subpleural casi desde un inicio de la enfermedad (17) (24) haciéndonos pensar de ella no como una complicación, sino como parte de la enfermedad misma, es más Tiznado (17) discute la patogenia del neumatocele, su ubicación, lo que significa, y con documentos broncográficos demuestra que algunos están en el espesor del pulmón.

El lado más frecuentemente comprometido fue el derecho, lo que estaría en relación con la aspiración de secreciones del tracto alto como parte del mecanismo patogénico.

Desnutrición: En nuestra serie, la desnutrición fue un poderoso factor predisponente para neumonías como coadyuvante en el desarrollo de complicaciones.

Tratamiento: Se observó una variedad de antibióticos usados, quizás explicado por la falta de la determinación o aislamiento del germen, evolución tópica de los cuadros, persistencia de signosintomatología o uso de antibiótico no oportuno mientras se esperaba aislamiento del germen o la compra del antibiótico de elección por el familiar.

Respecto al drenaje de líquido en cavidad pleural cobra importancia vital la realización de toracocentesis al inicio o ante la duda y con la posibilidad de recuperar al germen y manejo precoz del empiema.

Evolución: Con relación al tiempo que demoran en caer la signosintomatología durante el período de hospitalización la recuperación del estado general antes de la caída de la fiebre no es una razón para alterar el manejo de pacientes, y que el mejor signo de mejoría del paciente, y que el mejor signo de mejoría del paciente con neumonía es la caída del mal estado general.

CONCLUSIONES.

1. Se registraron 467 ingresos al hospital en niños entre 2 meses y 5 años con el diagnóstico general de Infección Respiratoria Aguda Severa, encontrándose más casos de las formas de BNM (62.3%), y el NS (14.5%). En los tres años el porcentaje de ingresos por neumonía no varió en forma significativa.
2. La mortalidad anual hospitalaria por neumonía en el grupo etéreo de estudio fue 7.4% observado, algo más para formas severas como BNM y NS
3. Desarrollaron más neumonía lactantes que recibían lactancia mixta y biberón y muy poco (18.8%) los que recibían leche materna exclusiva.
4. El resfrío común (46.3%) fue una de las patologías previas más frecuentes en total de casos.
5. El tiempo de enfermedad varió entre 1-11 días, con un predominio de fiebre previo varió de 2-7 días con un promedio de 4.5 días.
6. La sintomatología más frecuente, motivo de consulta fue: fiebre (90.3%), tos (89.9%) y dificultad respiratoria (85.7%)
7. Los hallazgos físicos más importantes fueron: Polipnea (217 casos), tiraje (195 casos), quejido (191), aleteo (188), fiebre (182), y el examen de tórax: subcrépitos, crépitos, roncales, sibilantes, soplo tubario y disminución de murmullo vesicular.

8. 64.7% de desnutridos fueron detectados al inicio de su hospitalización, seguido de anemias (41%), HRB (21%).
9. El signo que más precozmente cae luego de iniciado el tratamiento fue el MEG, seguido de la fiebre, tiraje y polipnea.
10. De las complicaciones, las pulmonares fueron más frecuentes, encontrándose empiema, derrame pleural, neumatocele, neumotórax espontáneo, paquipleuritis, absceso, fístula P-B, y atelectasia.
11. El tiempo de hospitalización varió de 3 a 8 días con un promedio de 10.4 días.

BIBLIOGRAFIA

1. Cochi S.L. Primary invasive Haemophilus Influenzae disease: A population based assesment of risk factor J. Pediat, 1986 108:887.
2. De la Torre M: Knowledge, attitudes and practices in mothers of children with severe acute respiratory infection. Tesis Liverpool University. School of Tropical Medicina, Liverpool 1992.
3. Feigin R.D, Cherry J.D: Bacterial pneumonia: Text book of pediatric infection diseases WB. Savaders Company Philadelphia, London, Toronto, Sidney. 1981 (3) 224-234.
4. Gutiérrez F.W: Lactancia materna vs. lactancia artificial Galeno 1981.
5. Ministerio de Salud: Normas para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas. Normas técnicas reformuladas, 1990; Lima-Perú.
6. Montoya C. Marrchant L: Epidemiología de las muertes infantiles por enfermedades del aparato respiratorio en América y en Chile. Revista Chilena de Pediatría 1969; 35: -617 628.
7. Neil M.H: Epidemiology of acute respiratory infection in children and adults: global perspective. Epidemiologic Reviews. 1990; vol 12:149-178.
8. OPS, OMS: Manejo de casos de infecciones respiratorias agudas en niños en países en desarrollo. Traducción del documento «Case Management of Acute Respiratory infections in children in developing countries» Washington DC 1989; 1-15.
9. OPS, OMS: Control de casos de infecciones respiratorias agudas en los niños: Estudios de intervención. Programa de control de las infecciones respiratorias agudas. Ginebra 1988; 1-35.
10. OPS, OMS: Los antibióticos en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. Programa de salud materno-infantil control de las infecciones respiratorias agudas. 1992: 1-25.
11. Pio A.: Acute respiratory infections in children in developing countries an international point of view. Ped. infect. Dis March 1986 5(2):179-183.
12. Shann F. et al: Etiology of severe pneumonia in children in developing countries. Ped. Infect Dis March 1986, 5(2):247-252.
13. Shann F. et al: Acute lower respiratory tract infections in children: posible criteria for selection of patients for antibiotic therapy and hospital admission. Bulletin of the World-Health Organization 1984 62(5):749
14. Shann F: Pneumonia in children in Papua New Guinea. Aetiology and management. Thesis of Doctor of medicine. University of Melbourne Australia 1985.
15. Shann F: Clinical signs that predict death in children with severe pneumonia. Pediat. Inf. Dis. J. 1989, 8:852-855
16. Tejada C: Estudio clínico patológico de las bronconeumonías del niño desnutrido. Rev. Col. Med, 1956,7: 134.
17. Tiznado S: La neumopatía supurada. Consideraciones a propósito de 336 casos tesis doctoral en medicina 1972.
18. Todd JK: Severe H. Influenzae infections, Am. J. Dis.Child. 1975,129:607.
19. Torero L: Evaluación y seguimiento de la fiebre en niños con neumonía. Tesis Bachiller UPCH.
20. Torres LM: Determinantes que favorecen la presencia de IRA en el menor de 5 años de edad tesis de enfermería ENE. Hospital Loayza 1987.
21. Valera C: Neumonías bacterianas en el HBCH tesis de Bachiller UPCH 1984.
22. Watkins CJ. et al: The relationship between Breast and bottle feeding and respiratory illness in the first year of life. J. Epidemiol community Health 1979,33:180.
23. World Health Organization: Childhood pneumonia: Strategies to meet the challenge. Proceedings of the first international consultation of the control of Acute Respiratory Infections. 1991; 1-90.
24. Zegarra C: Neumonía neumocócica en niños tesis de especialista .UPCH 1986.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Hernán Elescano Orihuela (Prof. Asociado de la Catedra de Pediatría de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco) y al Dr. Miguel de la Torre Ugarte (Asistente de Pediatría del Hospital María Auxiliadora de Lima, por su gran apoyo en la cristalización de este trabajo).

ESTUDIO PARASITOLOGICO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS URBANO Y RURAL DE SAN JERONIMO - CUSCO

Blga. Francisca Callañaupa Mendoza (1)

Blgo. Pascual Pacori Gonzales (2)

RESUMEN

La parasitosis intestinal en los países en vías de desarrollo, como el nuestro, representa un aspecto negativo, debido a las condiciones precarias en la que vive el poblador rural, por falta de conocimientos sobre prevención y transmisión de los parásitos gastrointestinales.

El Centro Educativo N° 50037 (urbano) cuenta con servicios sanitarios en condiciones higiénicas adecuadas, pero la restricción del agua potable imposibilita mantener limpios los servicios sanitarios por lo que están propensos a contaminación parasitaria; en cambio el Centro Educativo N° 50897 (rural) no cuenta con los servicios sanitarios adecuados por falta de agua y desagüe, por lo que la eliminación de excretas lo realizan en los alrededores de las viviendas, campos de cultivo, corralones, hallándose al contacto de los animales, insectos y al tráfego del hombre, así como también son arrastrados por las aguas pluviales y levantadas con las partículas de polvo, coadyuvando a la contaminación parasitaria.

Se ha efectuado el estudio de 60 muestras coproparasitológicas mediante el método de «Concentración por sedimentación simple (Técnica de Kauri) y coloración con MIF del sedimento», habiendo resultado la mayor prevalencia del protozooario comensal *Entamoeba coli* con 34.21 % para el C.E. N° 50897 y 27.01% para el C.E. N° 50037, y la especie más frecuente corresponde al nemátodo intestinal *Ascaris lumbricoides* con 26.31 y 24.32 %, respectivamente.

INTRODUCCION

La parasitosis intestinal en los grupos humanos, particularmente en nuestra región, constituye un grave problema de salud pública, sobre todo en poblaciones rurales.

Se ha nominado como área de estudio al distrito de San Jerónimo, las zonas; urbana y rural, en razón a que las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales son factores determinantes para la infestación de parásitos intestinales en la población, sobre todo en los niños escolares, y provoca una mayor desnutrición en este grupo etáreo.

Los objetivos considerados para el presente trabajo de

investigación son:

- Determinar la prevalencia parasitaria en los Centros Educativos mixtos N° 50037 (urbano) y 50897 (rural).
- Determinar la prevalencia por especies parásitas.

MATERIALES Y METODOS

El examen coproparasitológico se ha efectuado en el Laboratorio de Parasitología de la facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, a partir del mes de agosto-hasta diciembre de 1992. Se ha tomado 30 muestras de los alumnos del primer grado del Centro Educativo N° 50037 (urbano) y 30 muestras de los alumnos del primer grado del Centro Educativo N° 50897 (rural). Se ha empleado el Método de concentración por Sedimentación Simple (Técnica de Kauri) que consiste en:

- Colocar 5 grs de heces (la primera deposición de la mañana) en el vaso descartable etiquetado.
- Agregar una cantidad requerida de agua de caño a chorro moderado, luego homogenizar.
- Filtrar el preparado a través de una malla metálica con gasa doblada, hacia un vaso de 300 ml de capacidad.
- Aforar a 300 ml, luego del tamizado.
- Dejar sedimentar por 30 minutos
- Descartar el líquido sobrenadante y añadir más agua al sedimento, esperar 5 minutos.
- Repetir el procedimiento por tres veces más.
- Al sedimento añadir una cantidad requerida de solución Formol-Merthiolate-Iodo (MIF), luego homogenizar.
- Colocar una gota de la muestra al portaobjetos y observar con el microscopio biológico para su análisis correspondiente.

RESULTADOS

CUADRO N° 1
Prevalencia parasitaria en el C.E. N° 50037 (urbano)

NIÑOS SEXO	GRUPO ETAREO	POSITIVO	%	NEGATIVO	%
VARONES	5 - 6	16	53.33	-	-
MUJERES	5 - 6	9	30.00	5	16.66
		25	83.33	5	16.66

FUENTE: Elaboración propia en base a los análisis de laboratorio

- Responsable del trabajo de investigación. Prof. Auxiliar del Area de Biología. Facultad de Ing. Agro industrial Sicuani. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
- Coinvestigador. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

CUADRO N° 2
Prevalencia parasitaria en el C.E. N° 50897
(rural)

NIÑOS SEXO	GRUPO ETAREO	POSITIVO	%	NEGATIVO	%
VARONES	5 - 6	14	46.66	2	6.66
MUJERES	5 - 6	10	33.33	4	13.33
TOTAL		24	79.99	6	19.99

FUENTE: Elaboración propia en base a los análisis de laboratorio

CUADRO N° 3
Prevalencia por especies parasitarias
C.E. N° 50037C.E. N° 50897

ESPECIES PARASITARIAS	URBANO %	RURAL %
Entamoeba coli	27.02	34.21
Ascaris lumbricoides	24.32	26.31
Trichuris trichiura	13.51	5.26
Hymenolepis diminuta	8.10	5.26
Hymenolepis nana	8.10	2.63
Taenia sp	5.40	2.63
Giardia lamblia	5.40	5.26
Ancylostomido	5.40	5.26
Dientamoeba fragilis	2.70	5.26
Iodameba butschlii	-	7.89

FUENTE: Elaboración propia en base a los análisis de laboratorio.

CONCLUSIONES

1. De las 30 muestras analizadas en el C.E. N° 50037 (urbano), resultaron 25 casos positivos, que significa el 83.33% de prevalencia parasitaria.
2. De 30 muestras analizadas en el C.E. N° 50897 (rural), resultaron 24 casos positivos, que significa el 79.99% de prevalencia parasitaria.
3. Las especies parasitarias halladas son las siguientes: Entamoeba coli, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Hymenolepis diminuta, Hymenolepis nana, Taenia sp, Giardia lamblia, Ancylostomido, Dientamoeba fragilis, Iodameba butschlii.
4. En los centros educativos tanto de la zona urbana y rural se observa un deficiente abastecimiento de agua, debido a una infraestructura inadecuada, asimismo, la

deposición de excretas en el C.E. urbano lo realizan en letrinas o baño privado, mientras que, en el C.E. rural lo realizan a campo libre.

5. Las aulas del C.E. urbano presenta piso de tierra y madera, y en el C.E. rural predomina el piso de tierra, factores de determinantes del mayor desarrollo de quistes y huevos de parásitos, por lo que observa mayor incidencia parasitaria.

6. En relación a la prevalencia parasitaria por sexos se observa que los varones presentan un mayor porcentaje de casos positivos, en comparación con las mujeres que es menor, esto debido a que los varones tienden a jugar generalmente con tierra.

RECOMENDACIONES

1. La municipalidad del distrito de San Jerónimo en coordinación con el Centro de Salud del Distrito, debe implementar medida de saneamiento del medio ambiente, especialmente relacionado con la adecuada eliminación de excretas, basuras y la existencia de agua potable.
2. Los profesores que laboran en ambos centros Educativos deben impartir una adecuada educación sanitaria que tienda a crear hábitos de higiene personal y familiar, inculcando las maneras de evitar la infección y reinfección por los parásitos.
3. Es importante el lavado de las manos, especialmente en los niños que juegan con tierra, evitar la exposición de los alimentos a los vectores, asimismo, lavar cuidadosamente las hortalizas, verduras y frutas.
4. Al médico y a otros profesionales del equipo de Salud les corresponde una elevada responsabilidad en la educación sanitaria, así como, la promoción de medidas profilácticas contra la parasitosis.

BIBLIOGRAFIA

1. ATIAS, A. 1988 «Parasitología Clínica» 2ª ed. Edit. Publicaciones técnicas mediterráneas. Ltda. Chile.
2. ATLAS DE PARASITOLOGIA. 1981 2ª ed. Edit. Mexicana. México.
3. BACK, J.W. 1984 «Parasitología Médica» 1ª ed. Edit. Interamericana. México.
4. BOTERO, D. 1987. «Parasitología Humana» 1ª ed. Edit. Restrepo. Colombia.
5. BROWN, H.W. 1986. «Parasitología Clínica» 5ª ed. Edit. Interamericana. S.A. México.
6. GUERCI, A.A. 1982 «Métodos del análisis Clínico» y su interpretación. Argentina.
7. RAMIREZ, P.R. 1988. «Métodos para el Diagnóstico de Parásitos intestinales» Lima. Perú.

FACTORES CONDICIONANTES EN LA PREFERENCIA POR EL PARTO DOMICILIARIO EN MADRE DE ZONA URBANA Y RURAL DE SAN JERONIMO

José Luis Fernández Romani(1)
Silvia Luz Mayorga Zárate(1)

RESUMEN:

OBJETIVO: Comparar los factores que condicionan la preferencia por el parto domiciliario, en madres andinas de zona urbana y rural.

DISEÑO: Estudio comparativo y descriptivo

AMBIENTE: Zona urbana y rural de San Jerónimo-Cusco

PARTICIPANTES: 40 madres de zona urbana y 40 de rural, con parto domiciliario, hasta hace 5 años.

INTERVENCIONES: Se seleccionó 80 madres por muestreo aleatorio simple, a las que se aplicó una encuesta con interrogantes sobre factores que condicionan su preferencia por el parto en casa. Los datos se procesaron en Epi 5, y al analizar se usó la prueba X² con error 5 % y OR con L.C. al 95 %.

RESULTADOS: La madre de zona rural: Que no sabe leer ($p < 0,05$ OR=17,25) tiene 17 veces más posibilidad; que solamente habla quechua ($p < 0,05$ OR=24,11) tiene 24 veces más probabilidad; que tiene más de cuatro hijos ($p < 0,05$ OR=4,89) tiene 5 veces más probabilidad; que fue atendida por el partero ($p < 0,05$ OR=13,22) tiene 13 veces más probabilidad; que considera peligroso tener parto en el hospital ($p < 0,05$ OR=6,33) tiene 6 veces más probabilidad; que no ha recibido información sobre el parto ($p < 0,05$ OR=8,31) tiene 8 veces más probabilidad de volver a tener un parto domiciliario que la madre de zona urbana.

CONCLUSIONES: La madre de la zona rural del distrito de San Jerónimo tiene 11,16 veces más probabilidad de volver a tener un parto en casa que la madre de zona urbana del mismo distrito, porque es más analfabeta, su único idioma es el quechua, por el

elevado número de hijos que tiene, por la tradición que tiene de ser atendida por el partero, por el peligro que considera tener sus hijos en el hospital y por no recibir información adecuada acerca del parto.

INTRODUCCION

La atención domiciliaria del parto es muy frecuente en América Latina (55%) y en la Región Inka (75%), y está arraigada a ciertas costumbres y creencias. La mujer andina se enfrenta a numerosas barreras que la separan de los servicios sanitarios, de los cuales no se tiene conocimiento adecuado y en otros casos se tiene pleno desconocimiento. (1)

La gran mayoría de masas campesinas y rurales practican la medicina popular debido a sus tradiciones y porque la medicina institucionalizada se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. En el caso del parto y del alumbramiento las campesinas dan mayor importancia y prioridad a las necesidades espirituales y morales del recién nacido y por consiguiente se muestran reacias a dar a luz en el hospital (2). La medicina institucionalizada se ha vuelto muy cara e inaccesible para los más desposeídos (6).

En un estudio realizado en 1989 en Tailandia, sobre las razones que llevan a la población femenina a utilizar o a prescindir de los servicios de atención de salud de la madre y el niño, se identificaron los siguientes motivos típicos para la no utilización.

- Se considera que los centros de salud para la madre y el niño son lugares a los que sólo se acude si se tienen problemas.
- El hogar es el mejor lugar para dar a luz
- Dar a luz en el centro de atención de la salud es algo vergonzoso y el am-

biente médico no es agradable.

- Las prolongadas colas hasta ser atendidas.
 - La actitud indiferente y el comportamiento descortés del personal del consultorio.
 - La exigencia de pagos por los servicios prestados.
 - La actitud desfavorable del marido y de los familiares en general al parto en el centro de salud.
 - La existencia de costumbres y creencias arraigadas dentro de su cultura.
- (1)

Los resultados del presente trabajo de investigación podrán ser útiles para comprender las falencias del actual sistema de salud, plantear como consecuencia estrategias que respetando la decisión materna se adecúen científicamente a su preferencia por el parto domiciliario.

Para lo cual realizamos la pregunta: Cuáles son los factores que condicionan la preferencia de la madre por el parto domiciliario, en la zona urbana y rural del distrito de San Jerónimo, Cusco, Perú?

El objetivo del presente trabajo de investigación es comparar y describir los factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario, en madres de la zona urbana y rural del distrito de San Jerónimo, provincia del Cusco

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio descriptivo y comparativo. Se diseñó un muestreo por conveniencia de madres de la zona urbana y rural del distrito de San Jerónimo, que hubieran tenido parto domiciliario hasta 5 años antes de la entrevista, a quienes se aplicó una encuesta (Anexo 2), previamente elaborada y estructurada, que contenía información sobre filiación, factores socio-económicos, culturales y otros condicio-

(1) Estudiantes de Medicina de la UNSAAC

nantes en la preferencia por el parto en casa. La entrevista fue personal, voluntaria y confidencial.

Los datos se procesaron utilizando una computadora mediante pruebas no paramétricas, la prueba Chi cuadrado con margen de error 0,05, y Odds Ratio con límites de confianza al 95 %

La limitación más notoria del estudio fue comprobar la veracidad de la información.

Las variables implicadas de estudio fueron:

- Factores sociales : Edad, grado de instrucción, idioma, número de hijos de la madre.
- Factores económicos: Ocupación del jefe de familia, ocupación de la madre.
- Factores culturales : Costumbres y creencias sobre el parto domiciliario, mitos.
- Otros factores: Distancia al hospital, mala atención del personal del centro de salud u hospital.
- Parto domiciliario

Se consideró madres de zona rural a quienes habitan en la comunidad de Chimpahuaylla, distante 9 km. del Hospital Regional Cusco y 2 Km. del Centro de Salud de San Jerónimo; y madres de zona urbana quienes viven en la cercanía del Centro de Salud San Jerónimo y son catalogados como tal por el Municipio del distrito en mención.

RESULTADOS

El 90 % de madres de zona urbana saben leer y escribir frente a un 30 % de madres de la zona rural. Este hecho tiene relación estadística con un Odds Ratio (OR) de 17,25, es decir la mujeres que no saben leer de la zona rural tienen 17 veces más probabilidad de tener un parto domiciliario que la de zona urbana. (Tabla 01).

El 22,5 % de madres de la zona rural habla quechua únicamente, las demás hablan quechua y castellano. A nivel urbano ocurre lo contrario, porque el 87,5% de madres hablan quechua y castellano y el 12,5 % restante habla solamente quechua. Al igual que el caso anterior también existe relación estadística entre el idioma, considerado como factor cultural, y el parto en

domicilio, con un OR 24,11; esto implica que la madre de zona rural que hable únicamente quechua tiene 24 veces más probabilidad de tener un parto domiciliario que la madre de zona urbana (tabla 02)

En la zona rural la madre recibió la atención del partero en 70 %, el 30 % restante fue personal del centro de salud en forma particular, en la zona urbana 85 % de los casos fueron atendidos por personal del centro de salud u hospital, el partero atendió solamente el 15 %. Los datos arrojan un valor de OR = 13,22, esto implica que las madres de la zona rural a quienes atiende el partero tiene 13 veces más probabilidad de tener nuevamente su parto en casa que la madre de zona urbana. (Tabla 03).

El 22,5 % de madres de zona rural no tuvo ningún control durante el embarazo, sólo el 2,5 % a nivel urbano tiene la misma característica. Estos hechos se asocian con un OR de 11,32, que significa que la madre de zona rural que no considera necesario el control del embarazo tiene 11 veces más probabilidades de tener parto domiciliario que la de zona urbana. (Tabla 04)

El 87,5 % de las madres de zona rural permanece en cama como mínimo 4 días, de igual forma el 62,4 % de madres de la zona urbana, hecho estadísticamente significativo $p = 0,009823$, pero no existe asociación. (Tabla 05)

A la pregunta si recibió información sobre el PARTO, el 67,5 % de la zona rural respondieron en forma negativa; en la zona urbana ocurre lo contrario porque un 80% refiere haber sido informada sobre el tema en alguna oportunidad. La recepción de información sobre el PARTO es significativa estadísticamente con OR 8,31; podemos decir que las madres de zona rural que no recibieron información general sobre el parto, tiene 8 veces más probabilidad de tener su parto en domicilio que las madres de la zona urbana (tabla 06).

A nivel rural los factores socio-culturales significan el factor condicionante principal para la preferencia por el parto en casa con 47.5%, luego observamos que la accesibilidad o distancia al hospital o centro de salud

condiciona en 45%, el factor económico no tiene mayor significancia. Por su parte a nivel urbano el factor económico con 55% es el principal factor que condiciona el parto domiciliario, los aspectos socioculturales condicionan en 25% y la accesibilidad lo hace en 20%. Estos hechos son estadísticamente significativos, $p = 0,009823$. (Tabla 07).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Es evidente que el parto domiciliario es una actividad frecuente en América Latina, arraigada a la cultura, pero también es evidente que los servicios de salud se están volviendo cada más inaccesibles, no sólo por el aspecto cultural de los pueblos, sino por el presupuesto disminuido que destinan los gobiernos para atender los programas de salud.

Debido a la situación económica reinante, son cada vez menos quienes tienen la posibilidad de recibir los servicios de salud; la madre de la zona urbana cada vez más hace uso de los servicios informales, con el consiguiente peligro que trae esta práctica.

Al plantearnos describir y comparar los motivos por las que las madres prefieren el parto en su domicilio, anduvimos en la búsqueda de una respuesta semejante en ambas zonas, la rural y la urbana, pero los resultados nos indican que la madre de la zona rural aún da más énfasis a los aspectos socio-culturales, no así la de zona urbana que es condicionada por el factor económico. En el área rural otro factor es la distancia y la falta de transporte para llegar al hospital.

La atención del partero, quien respeta la actitud materna, es uno de los factores más determinantes, la madre de la zona rural se halla satisfecha con la forma de atención del partero. Un hecho rescataable y que se podría poner en práctica con mayor frecuencia, es la atención que brinda el personal del Centro de Salud del distrito, una enfermera, que trabaja en forma particular, que conoce mejor el aspecto cultural y las necesidades de la población urbana y rural, hace las veces del partero tradicional; obviamente el costo que cobra por sus servicios es menor y la confianza de la parturienta es mayor, esto beneficia tanto a la madre como al niño.

En un centro hospitalario, por la frecuencia y la necesidad de tener el mayor número de camas disponibles, las pariturientas que hacen uso de sus servicios deben abandonar el recinto, dentro de las veinticuatro a cuarenta y ocho horas después de haber dado a luz. Dentro de los resultados, se observa que la madre que tiene parto en su domicilio, permanece como mínimo 4 días en la cama, en algunos casos llegan a permanecer más de 15 días, tomando diversos brebajes y caldos, a los que les atribuyen cualidades curativas. Si se quiere que la madre de zona rural, haga uso de los servicios de salud, se debe tomar en cuenta este hecho y además se debe procurar mejorar la forma de trato del personal hospitalario.

La madre de zona rural por tener menores condiciones, está en mayor riesgo de volver a tener un parto en su domicilio, es a ella a quien deben estar dirigidas las campañas de Educación Sanitaria, se le debe prestar mayor atención, porque está dispuesta a ello siempre y cuando respeten sus actitudes como mujer y como madre.

La hipótesis no contempló todos los aspectos que mencionamos en los párrafos anteriores, pero tuvimos razón al redactar que los factores condicionaban de diferente manera a las madres de zona urbana y rural. La prestación de servicios inadecuados afecta de mayor forma a la madre de la zona rural, el bajo ingreso económico hace lo propio con la madre de la zona urbana. La concepción mágico-religiosa no es tan determinante como lo era probablemente antes. El rechazo personal y familiar, tiene mayor influencia en la zona rural.

BIBLIOGRAFIA

1. Werner David, Donde no hay Doctor, Ginebra, OMS, 1993
2. Royston E. y Armstrong S., Prevención de la Mortalidad Materna, Ginebra, OMS, 1992
3. Testa, M., Atención, Primaria o Primitiva? de Salud. Buenos Aires, Argentina, OPS-Argentina, 1990.
4. OPS. Medicina Familiar y medicina comunitaria. Estado del arte. Washington D.C., mayo 1990.
5. Yepes, F., Distribución geográfica de los médicos: Factores que los afectan, Educación Médica y Salud 7(3-4), 1991.
6. Axel Kroeger, Atención Primaria de Salud, México, OPS, 1991

ANEXOS

TABLA N° 1
FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO

SEGUN IDIOMA DE LA MADRE

IDIOMA	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CASTELLANO	35	87.5	9	22.5	44	51.25
QUECHUA	5	12.5	31	77.5	36	48.75
TOTAL	40	100 %	40	100 %	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas, San Jerónimo 1994

$X^2 = 34,14$ Grados de libertad = 1 $p = 0,000000$ —

Límite inferior exacto al 95% = 6,49 Odds Ratio = 24,11
Límite superior exacto al 95% = 97,92

TABLA N° 2

FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO SEGUN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO

PERSONA QUE ATENDIO PARTO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PERSONAL C.S.	34	85	12	30	46	57.5
PARTERO	6	15	28	70	24	42,5
TOTAL	40	100	40	100	80	100

Fuente: Encuestas realizadas, San Jerónimo 1994

$X^2 = 24,76$ Grados de libertad = 1 $p = 0,0000007$ —
Límite inferior exacto al 95% = 3,96 Odds Ratio = 13,22
Límite superior exacto al 95% = 47,37

TABLA N° 3

FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO SEGUN CONTROL MEDICO DURANTE EL EMBARAZO

CONTROL MEDICO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	39	97,5	31	77,5	70	87,5
NO	1	2,5	9	22,5	10	12,5
TOTAL	40	100 %	40	100 %	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas, San Jerónimo 1994

$X^2 = 7,31$ Grados de libertad = 1 $p = 0,0068409$ —
Odds Ratio = 11,32

TABLA N° 4

FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO SEGUN NUMERO DE DIAS QUE PERMANECE EN CAMA POST-PARTO

NUMERO DE DIAS	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 3 DIAS	15	37,5	5	12,5	20	25
4 DIAS +	25	62,5	35	87,5	60	75
TOTAL	40	100 %	40	100 %	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas, San Jerónimo 1994

$X^2 = 6,67$ Grados de libertad = 1 $p = 0,0098233$

TABLA N° 5

FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO SEGUN INFORMACION RECIBIDA SOBRE EL PARTO

HA RECIBIDO INFORMACION	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	32	80	13	32,5	45	56,25
NO	8	20	27	67,5	25	43,25
TOTAL	40	100%	40	100 %	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas, San Jerónimo 1994

$X^2 = 18,34$ Grados de libertad = 1 $p = 0,00000185$

SITUACION NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS PRE-ESCOLARES DE CALCA Y URUBAMBA

(1) Enf. Carmen Valencia Honor

I. INTRODUCCION

Los centros de promoción al desarrollo rural vienen trabajando actividades productivas asumiendo que el incremento en la producción y productividad, por sí solas, permitiría elevar de manera significativa la calidad de vida de las familias campesinas al mejorar sus ingresos. Pero cada vez es más evidente que el aumento de sus ingresos no se traduce de manera automática en un mejor estado de salud para la población, y en la reversión de los elevados índices de desnutrición y morbi-mortalidad infantil en el campo.

Esto hace que la Asociación Arariwa desde 1990 sienta la necesidad de ampliar sus acciones en salud preventiva, para lo cual comienza a implementar desde 1991 un Programa de Salud-Nutrición. En este programa se trata de enfocar la salud dentro de los objetivos institucionales de impulsar el desarrollo humano, entendiéndola como un elemento imprescindible para el desarrollo local pues condiciona las capacidades físicas y mentales de la población campesina.

El presente documento da cuenta de los dos primeros años de implementación del Programa de Salud-Nutrición (1991-1992). La sistematización busca dar cuenta de los avances del Programa, a la vez de presentar la información obtenida en este período acerca de:

- Las posibilidades de mejorar la dieta alimenticia en las familias campesinas en base a sus recursos existentes
- El estado nutricional y de salud de los niños menores de 6 años.

II. DIETA ALIMENTICIA EN LAS COMUNIDADES

Para conocer los componentes, la calidad y la disponibilidad de alimentos en la dieta campesina se realizaron entrevistas a campesinas integrantes de dos comités de mujeres pertenecientes a comunida-

des de diferentes zonas agroecológicas: Cuper, en la cuenca de Piuray (distrito de Chinchero) y Mullakas-Misminay, en la parte alta de la meseta de Maras (distrito de Maras). La disponibilidad de tierras y de cultivos se presenta en el cuadro, siendo la producción agrícola su principal fuente de alimentos pero no la única. La información obtenida incluye los productos agrícolas e industriales que las familias adquirieron durante los meses de enero a diciembre. Las entrevistas fueron dirigidas a 20 mujeres de cada comité, a quienes se les realizó un promedio de cuatro visitas entre los meses de julio y octubre de 1990.

Esta información no pretende ser representativa de todas las comunidades del ámbito de Arariwa, sino tener un primer acercamiento al conocimiento de las deficiencias nutricionales del ámbito de trabajo. Se quiere conocer si la carencia de nutrientes es causada por una pobre composición de alimentos de la dieta, o si había déficit en las cantidades disponibles.

Cuadro II.1.
Patrón de cultivos en las comunidades estudiadas

Cultivo (has)	Mullakas-Misminay				Cuper			
	Riego	Secano	Total	%	Riego	Secano	Total	%
Papa	97	395	492	36%	66	502	568	74%
Maíz	207	5	211	16%	1	2	2	0%
Habas	30	142	172	13%	20	30	50	6%
Trigo	7	90	97	7%	2	9	11	1%
Cebada	20	155	175	13%	10	37	47	6%
Arvejas	11	98	109	8%	8	8	16	2%
Olluco	0	29	29	2%	0	19	19	2%
Tarwi	0	34	34	2%	0	6	6	
Quinua	10	11	21	2%	10	12	22	3%
Avena/avena-vicia/cebada para forraje	7	17	24	2%	13	12	25	3%
Hortalizas	2	0	2	0%	4	0	4	1%
TOTAL	389	975	1,364	100%	133	635	768	100%
Total de familias (n°)	350				250			
Ratio de Tierras/familia (has/familia)	1.11	2.79	3.90		0.53	2.54	3.07	

(1) Enfermera del equipo de salud de la Asociación Arariwa

II. Componentes de la dieta rural

La dieta campesina está compuesta principalmente por sus productos agrícolas, la gran parte de ellos (a excepción de las frutas) obtenidos de la producción para autoconsumo. Por esto es que el consumo alimenticio está en función del ciclo agrícola, y si se toma en cuenta que la agricultura es principalmente de secano, está relacionado con las lluvias. Esto quiere decir que el problema alimentario no se traduce en índices nutricionales promedios tomados en determinadas épocas de año, sino que requiere de un seguimiento periódico de su comportamiento.

La disponibilidad de alimentos va variando de acuerdo a la época del año. Luego de la cosecha principal (Abril a Julio) las familias cuentan con una relativa variedad de productos (papa, habas, cereales, granos andinos y otros) los que son destinados en parte para el consumo y para conseguir otros alimentos complementarios; esto último a través del mercado o utilizando circuitos no-mercantiles. Los productos de la cosecha llegan a abastecer regularmente hasta los meses de octubre o noviembre, donde comienzan a sentirse la escasez. Entre noviembre y enero recolectan las hojas verdes (ej. yuyo, llullucha, hojas de quinoa) para complementar su dieta; esperando obtener desde enero la producción en pequeña escala de sus huertos familiares (hortalizas) y las de algunas parcelas con riego donde sembraron principalmente papa.

Los productos pecuarios tan sólo complementan la dieta campesina, teniendo un consumo bastante bajo de proteínas animales provenientes sobre todo de la carne de animales mayores. Los animales menores no tienen mayor importancia en el aporte de nutrientes, pues se utilizan sobre todo para fiestas y en las tareas familiares que requieren la acción colectiva (labores agrícolas, techado de casa y otras).

Son muy pocos los alimentos procesados que consumen, así como las cantidades adquiridas; esto como resultado del incremento de los precios de los alimentos procesados en relación a los precios agrícolas. Permanecieron los productos imprescindibles para su dieta, como son en orden de importancia: el azúcar rubia, el aceite o la manteca. Productos como los fideos, el arroz y la leche enlatada fueron de consumo esporádico, al punto de no tener significación cuantitativa.

La gran mayoría de los nutrientes los obtienen de los productos agrícolas, y dentro de ellos de los

Productos Tradicionales (papa, maíz, trigo, cebada, habas) cultivados por ellos.

Las Hortalizas aportan casi la totalidad de la Vitamina A y son importantes para la obtención de Calcio y Hierro; las frutas para la Vitamina C. Con relación a la Vitamina C, las frutas tienen mayor importancia porque su consumo es en crudo, mientras que gran parte de la Vitamina C proveniente de las hortalizas se pierde al momento de la cocción.

Las Hojas Verdes (asnaps y hortalizas nativas) en relación a la mínima cantidad consumida, aportan cantidades importantes de Calcio y Hierro así como también Vitamina A.

Los derivados agrícolas (chuño, chicha) tienen un aporte significativo de Calcio y Vitamina B.

II.2 Riqueza de la dieta campesina

Una vez descritos los componentes de la dieta y sus aportes nutricionales, interesa conocer si el problema de la dieta rural se debe a la baja calidad de productos consumidos. Para esto se toma como unidad de comparación el contenido de nutrientes por cada 1,000 calorías, comparando las dietas rurales con las exigencias dietéticas mínimas que la FAO atribuye al hombre y la mujer adultos, al niño menor y a la mujer gestante y lactante.

Dicha comparación muestra que las dietas rurales son ricas en Proteínas, Hierro, Vitamina A, Tiamina, Niacina y Vitamina C, siendo sólo pobres en calcio y parcialmente en Riboflavina; donde es grave para la mujer gestante y lactante la falta de calcio y rivo flavina, y para los niños de 1 a tres años la insuficiencia de calcio.

Las deficiencias de calcio inciden en el buen mantenimiento y conservación de los dientes y huesos, y en la coagulación y permeabilidad de la sangre. La carencia de riboflavina provoca en los niños, dermatitis, diarreas, retardos en el crecimiento y desnutrición crónica. La carencia de los dos elementos anteriores inciden además en la absorción y biosíntesis de las proteínas, que son importantes en el desarrollo y crecimiento del niño.

En líneas generales puede decirse que el problema central de la dieta rural no radica en la falta de calidad nutritiva sino en la disponibilidad de algunos nutrientes básicos.

Un problema adicional proviene de la costumbre de consumir la sal local que no ha sido yodada. La deficiencia de yodo es más grave en la medida que los alimentos producidos en la zona provienen de suelos que por efectos de la erosión han perdido el contenido natural de este mineral. Esto repercute en una serie de desórdenes como el bocio que a nivel de la región se torna endémica. Esto incrementa la tasa de aborto y de mortalidad perinatal, genera retardo en el crecimiento y maduración infantil, y compromete la función intelectual en niños y adultos.

Cuadro II.2

**Disponibilidad diaria de alimentos para un miembro de una familia
X: C.C. de Cuper, Distrito de Chinchero**

PRODUCTOS	Unid. de Med	Can- tidad	Calo- rias Kcal.	Proteínas g.	Calcio mg.	Hierro mg.	Caroteno mg.	Tiamina mg.	Riboflavina mg.	Niacina mg.	Acido Ascórbico Reducido mg.
PRODUCTOS AGRICOLAS:											
1. TRADICIONALES											
Papas	gr.	313	322.0	6.26	18.8	1.25	0	0.219	0.13	5.79	28.17
Habas	gr.	57	86.1	6.44	17.7	1.14	0.046	0.171	0.05	0.8	16.245
Maíz	gr.	28	96.6	1.6	2.52	1.23	0	0.073	0.04	0.74	0.588
Trigo	gr.	2	6.72	0.17	0.72	0.09	0	0.006	0.00	0.06	0.096
Cebada	gr.	24	82.6	1.66	14.6	1.22	0.002	0.079	0.05	1.78	
2. ANDINOS											
Olluco	gr.	42	26	0.46	1.26	0.46	0.013	0.021	0.01	0.08	4.83
Quinua	gr.	5	17.7	0.53	5.9	0.21	0	0.018	0.02	0.07	0.34
Tarwi	gr.	8	12.1	0.92	2.4	0.12	0	0.008	0.03	0.08	
3. HORTALIZAS:											
Prom.xARARIWA (zanahorias, cebollas, ajos, ñchuga, repollo, acelga)	gr.	65	25.7	0.89	42	1.53	2.32	0.035	0.04	0.28	16.602
Otros (zapallo, rocoto, tomate)	gr.	5	1.33	0.04	0.91	0.03	0.008	0.001	0.00	0.03	0.35
4. HOJAS VERDES											
Nativas (yuyo, hojas de quinua)	gr.	2	0.85	0.08	7.44	0.05	0.038	0.002	0.01	0.04	0.603
Asnapas culantro, hierba buena, paiqo, ñregano, huacatay, perejil)	gr.	4	1.87	0.15	12.5	0.32	0.224	0.003	0.01	0.06	1.525
5. FRUTAS											
Naranja/plátano/ limón	gr.	11.5	6.5	0.11	1.93	0.04	0.007	0.007	0	0.07	5.931
6. DERIVADOS AGRICOLAS											
Chuño/moraya	gr.	17	56.6	0.68	7.48	0.15	0	0.022	0.03	0.58	0.289
Chicha	gr.	100	28	0.4	22	1.8	0	0.02	0.1	0.1	2.4
PRODUCTOS PECUARIOS											
1. ANIMALES MAYORES											
Carne (vacuno, ovino, gr. porcino)		17	21.2	3.29	2.12	0.5	0	0.038	0.03	0.76	
Cabeza de ovino	gr.	1	1.11	0.14	0.17	0.02	0	0.000	0	0.02	0
Interiores	gr.	3	3.09	0.47	0.63	0.01	0	0.006	0.04	0.23	0.174
2. ANIMALES MENORES											
Carne (gallina, cuy)	gr.	4	4.02	0.77	0.94	0.07	0	0.002	0	0.29	0.046
3. DERIVADOS PECUARIOS											
Huevos	gr.	9	13.7	1.09	5.22	0.16	0	0.01	0.02	0.01	0
Lácteos (leche, queso)	gr.	30	20.6	1.06	37.5	0.02	0	0.015	0.06	0.04	0.145
Cebo	gr.	3	27	0	0	0	0	0	0	0	0
ALIMENTOS PROCESADOS											
1. Arroz/fideo/pan	gr.	8	27.4	0.66	2.24	0.13	0	0.01	0	0.15	0.04
2. Manteca/aceite	gr.	7	63	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Azúcar Rubia	gr.	52	198	0	23.4	0.88	0	0	0.02	0.03	0
4. Sal Roja No Yodada	gr.	24		0							
TOTAL			1150	27.87	230	11.4	2.657	0.777	0.69	12.1	78.374

Cuadro II.3

**Disponibilidad diaria de alimentos para un miembro de una familia
X: C.C. de Mullakas, distrito de Maras**

PRODUCTOS	Unid. de Med.	Cantidad	Calo- rias Kcal.	Proteí- nas g.	Cal- cio mg.	Hie- rro mg.	Caro- teno mg.	Tia- mina mg.	Ribo- fla- vina mg.	Nia- cina mg.	Acido Ascórbic Reducido mg
PRODUCTOS AGRICOLAS:											
1. TRADICIONALES											
Papas	gr.	205	211	4.1	12.3	0.82	0	0.14	0.12	3.79	18.45
Habas	gr.	30	45.3	3.39	9.3	0.6	0.024	0.09	0.03	0.42	8.55
Maíz	gr.	89	307	5.07	8.01	3.92	0	0.23	0.13	2.34	1.869
Trigo	gr.	14	47	1.2	5.04	0.64	0	0.04	0.01	0.4	0.672
Cebada	gr.	49	169	3.38	29.9	2.5	0.005	0.16	0.10	3.63	0
Arvejas	gr.	1	1.06	0.07	0.27	0.02	0.002	0.00	0.00	0.02	0.223
2. ANDINOS											
Ollucos	gr.	17	10.5	0.19	0.51	0.19	0.005	0.01	0.01	0.03	1.955
Quinua	gr.	10	35.4	1.06	11.8	0.42	0	0.04	0.03	0.14	0.68
Tarwi	gr.	4	6.04	0.46	1.2	0.06	0	0.00	0.01	0.04	0
3. HORTALIZAS											
Promovidas por ARARIWA	gr.	54	20.1	0.72	37.7	1.22	1.865	0.03	0.04	0.26	16.237
(zanahorias, cebollas, ajos, lechuga, repollo)											
Otros (zapallo, rocoto)	gr.	6	1.76	0.05	1.16	0.03	0.009	0.00	0.01	0.04	0.526
4. HOJAS VERDES											
Nativas (yuyo, hojas de quinua)	gr.	4	1.7	0.15	14.9	0.09	0.077	0.00	0.03	0.07	1.206
Asnapas (culantro, hierba buena, paico, orégano, huacatay, perejil)	gr.	3	1.4	0.11	9.36	0.24	0.168	0.00	0.01	0.04	1.143
5. FRUTAS											
Naranjas/plátanos	gr.	11	6.12	0.1	1.81	0.03	0.006	0.01	0.01	0.06	6.633
6. DERIVADOS AGRICOLAS											
Chuno/moraya	gr.	5	16.6	0.2	2.2	0.05	0	0.01	0.01	0.17	0.085
Chicha	gr.	200	56	0.8	44	3.6	0	0.04	0.20	0.2	4.8
PRODUCTOS PECUARIOS											
1. ANIMALES MAYORES											
Carne (vacuno, ovino, porcino)	gr.	27	37.2	4.94	2.88	0.7	0	0.09	0.05	0.9	
Cabeza de ovino	gr.	2	2.22	0.28	0.34	0.04	0	0.00	0.00	0.04	0
Interiores	gr.	4	4.12	0.63	0.84	0.18	0	0.01	0.05	0.3	0.232
2. ANIMALES MENORES											
Carne (gallina, Cuy)	gr.	6	6.12	1.16	1.3	0.1	0	0.00	0.01	0.45	0.092
3. DERIVADOS PECUARIOS											
Huevos	gr.	9	13.7	1.09	5.22	0.16	0	0.01	0.02	0.01	0
Lácteos (leche)	gr.	1	0.63	0.03	1.06	0	0	0.00	0.00	0.00	0.005
Cebo	gr.	5	45	0	0	0	0	0.00	0.00	0	0
ALIMENTOS PROCESADOS											
1. Arroz/fideo/pan	gr.	3	10.2	0.26	0.88	0.06	0	0.00	0.00	0.05	0.01
2. Manteca/aceite	gr.	5	45	0	0	0	0	0.00	0.00	0	0
3. Azúcar rubia	gr.	33	125	0	14.8	0.56	0	0.00	0.01	0.02	0
4. Sal roja no yodada	gr.	24									
TOTAL			1225	29.44	217	16.2	2.161	0.93	0.88	13.4	63.368

Cuadro II.A.
Dieta mínima diaria por cada 1000 calorías

COMPONENTES DE LA FAMILIA	Canti- dad gr.	Calo- rías Kcal.	Proteí- nas g.	Calcio mg.	Hierro mg.	Caro- teno mg.	Tia- mina mg.	Ribo- flavina mg.	Nia- cina mg.	Ac. Ascórbico reducido mg.
Mullakas	821	1225	29.44	216.81	16.23	2.16	0.93	0.880	13.44	63.368
Cuper Alto	841	1149	27.87	230.87	11.43	2.66	0.76	0.713	12.07	78.374
Mullakas	cada	1000	24.02	176.92	13.44	1.76	0.76	0.718	10.97	51.710
Cuper Alto	cada	1000	24.24	200.32	9.94	2.31	0.66	0.620	10.50	68.165

NECESIDADES FAO

Hombre Adulto	1000	12.33	150.00	3.00	0.25	0.40	0.600	6.60	10.000
Mujer Adulta	1000	13.18	204.54	9.54	0.34	0.49	0.591	6.59	13.636
Mujer Embarazada	1000	14.90	431.37	8.23	0.29	0.45	0.710	7.99	19.808
Mujer Lactante	1000	16.73	400.00	7.64	0.44	0.53	0.873	8.97	18.182
Niño de 1 a 3 años	1000	11.76	330.88	5.51	0.18	0.37	0.588	6.62	14.706

II.4. Balance entre los requerimientos y la disponibilidad de alimentos

El cálculo de las necesidades nutricionales fue realizado de acuerdo a la distribución promedio de edades de las familias entrevistadas. Se reconstruyó el requerimiento hipotético de una familia según el número de miembros adultos (hombres y mujeres), adolescentes y niños. La estimación de estas cantidades hipotéticas se construyó con la finalidad de compararla con la disponibilidad diaria de alimentos para un miembro promedio.

Al evaluar los requerimientos nutricionales se toma en cuenta dos elementos importantes: alimentos energéticos y proteínas. Se supone que una dieta suficientemente variada, con abundantes alimentos energéticos y proteínas, satisface automáticamente la ingesta de otros nutrientes esenciales (minerales y vitaminas).

Al comparar el requerimiento nutricional con la disponibilidad existente, ambas para un miembro familiar promedio, tenemos que el principal déficit es calórico; lo que muestra que en la dieta falta la energía suficiente para mantener el cuerpo caliente y para el trabajo muscular, al no consumirse alimentos ricos en calorías en las cantidades apropiadas como son las grasas (1 gr. de grasa contiene 9 kcal.).

Este déficit en calorías repercute directamente en el consumo de proteínas, ya que al no ser cubiertos los requerimientos energéticos, el organismo transformará las proteínas para suministrar las calorías faltantes. Esto representa un despilfarro ya que las proteínas como tales son esenciales para el creci-

miento al proporcionar los elementos fundamentales para la síntesis tisular, al mismo tiempo que suministra la materia prima para la formación de jugos digestivos, hormonas, proteínas del plasma, hemoglobina, vitaminas y enzimas. Por esta razón la desnutrición calórica se presenta también como desnutrición proteica, aunque haya suficientes proteínas en la dieta campesina.

En cuanto a los nutrientes esenciales se ha señalado que la dieta campesina es pobre en calcio y riboflavina. Estas carencias se tornan mayores cuando se ve la disponibilidad de dichos nutrientes, llegando el déficit familiar a 56% en calcio y a 45% en riboflavina.

Para el caso de hierro si bien no se encuentra déficit al comparar el requerimiento hipotético con la disponibilidad promedio, existe déficit para el caso de las mujeres en la medida que el consumo de alimentos no se realiza en función de las necesidades de cada miembro. Las mujeres a causa de la lactancia y las menstruaciones pierden la cantidad de hierro necesarias en caso de que sus reservas sean escasas y su aporte alimenticio inadecuado. Esta deficiencia predispone a las mujeres a la anemia nutricional, lo que genera al momento del embarazo problemas que se transferirán al recién nacido; donde el niño debe traer reservas que le sirvan hasta el destete, en la medida que el aporte de hierro durante la lactancia es bajo. La anemia nutricional si bien no provoca muertes de manera directa, contribuye gravemente a la debilidad del organismo y a su mal estado de salud.

Si bien la dieta es rica en niacina y tiamina, las cantidades requeridas por familia no son cubiertas

Cuadro II.5.

Requerimiento dietético diario: C.C. de Cuper, distrito de Chinchero

COMPONENTES DE FAMILIA	Promed. de miembros	Calorías Kcal.	Proteínas g.	Calcio mg.	Hierro mg.	Caroteno mg.	Tiamina mg.	Riboflavina mg.	Niacina mg.	Acido Ascórbico reducido mg.
ADULTOS:										
Hombre (moderadamente activo)	1	3000	37	450	7	0.75	1.2	1.8	18.9	30
Mujer (moderadamente activa)	1.2	2640	34.8	540	25.2	0.9	1.08	1.56	17.4	36
ADOLESCENTES (de 12 hasta 17 años)	0.6	1617	20.4	390	9.45	0.435	0.66	0.96	10.7	18
NIÑOS:										
Menores de 1 año	0.3	246	4.2	160	2.25	0.09	0.09	0.15	1.62	6
De 1 a 3 años	0.4	544	6.4	180	3	0.1	0.2	0.32	3.6	8
De 3 a 6 años	1	1830	20	450	7.5	0.3	0.7	1.1	12.1	20
De 6 hasta 12 años	1.4	3332	39.2	816.7	10.5	0.723	1.31	2.01	22	28
Requerimiento hipotético mínimo para:										
- Una familia de 5.9 miembros		13,209	162	2987	64.9	3.298	5.24	7.9	86.3	146
- Un miembro		2,239	27.5	506.2	11.0	0.559	0.89	1.34	14.6	25
Disponibilidad diaria para un miembro promedio		1,150	27.9	230.3	11.4	2 657	0.76	0.71	12.1	78
DEFICITS IMPORTANTES		49%		55%			15%	47%	17%	

Cuadro II. 6.

Requerimiento dietético diario: C.C. de Mullakas, distrito de Maras

COMPONENTES DE LA FAMILIA	Promed. de miembros	Calorías Kcal.	Proteínas g.	Calcio mg.	Hierro mg.	Caroteno mg.	Tiamina mg.	Riboflavina mg.	Niacina mg.	Acido Ascórbico Reducido mg.
ADULTOS:										
Hombre (moderadamente activo)	1	3000	37	450	7	0.75	1.2	1.8	18.9	30
Mujer (moderadamente activa)	1.3	2860	37.7	585	27	0.97	1.17	1.69	18.9	39
ADOLESCENTES de 12 hasta 17 años)	0.6	1617	20.4	390	9.4	0.43	0.66	0.96	10.7	18
NIÑOS:										
Menores de 1 año	0.3	246	4.2	160	2.3	0.09	0.09	0.15	1.62	6
De 1 a 3 años	0.7	952	11.2	310	5.3	0.17	0.35	0.56	6.3	14
De 3 a 6 años	0.8	1464	16	360	6	0.24	0.56	0.88	9.68	16
De 6 hasta 12 años	1.3	3094	36.4	758	9.8	0.67	1.213	1.86	20.4	26
Requerimiento hipotético mínimo para:										
Una familia de 6 miembros		13233	162.9	3013	67	3.34	5.243	7.9	86.4	149
Un miembro		2206	27.15	502	11	0.56	0.874	1.32	14.4	24.83
Disponibilidad diaria para un miembro promedio		1225	29.44	217	16	2.16	0.926	0.88	13.4	63.36
DEFICITS IMPORTANTES		45%		57%				43%	7%	

por las cantidades disponibles de alimentos. Los déficits fluctúan entre el 7% y 17% para la niacina, para Mullakas y Cuper respectivamente; y del 15% en el caso de tiamina para la zona de Chinchero. La falta de niacina en el organismo ocasiona la pelagra (afectando sobre todo las mucosas de la boca y de la lengua) con síntomas de diarrea, dermatitis en las áreas expuestas al sol y trastornos nerviosos; a su vez, el déficit en Tiamina genera trastornos cardiovasculares, edemas y polineuritis, incidiendo en las mujeres gestantes y lactantes.

III. SITUACION NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS EN EDAD PRE-ESCOLAR

Para contar con información sobre el estado nutricional de niños menores de 6 años, se convino en utilizar como variables la relación entre el peso, edad y talla. Estas variables permiten obtener indicadores de desnutrición de fácil manejo y posibles de ser comparados con otros estudios de la región.

En el departamento de Cusco, a nivel urbano la desnutrición crónica afecta al 34% de los niños menores de 5 años «Problemática y propuestas de política alimentaria para la Región Inka». UNICEF-COINCIDE-ORAA, 1991.; estos indicadores se agravan más en las zonas rurales, donde la desnutrición crónica alcanza el 72% para este mismo rango de niños. Estas cifras alarmantes nos ponen en alerta sobre sus implicancias en términos de calidad de vida y salud sobre las nuevas generaciones, al ver cada vez más reducidas las potencialidades de la población rural.

La diversidad y heterogeneidad de las zonas rurales en la Región, hizo que se buscara conocer la situación concreta de la población infantil a nivel del ámbito de trabajo. Para lo cual se llegó a una muestra de 1,166 niños, hijos de mujeres integrantes de 47 comités de mujeres pertenecientes a cinco distritos de Calca y Urubamba: Chinchero, Maras, Ollanta, Calca y Lamay.

Estos comités fueron reagrupados en dos ámbitos diferenciados en función de sus características socio-económicas. Al interior de éstos se pueden a su vez distinguir 6 zonas agroecológicas, que son:

En el ámbito de Chinchero-Maras:

- Piuray
- Huaypo
- Maras

En el ámbito de las sub-cuencas del Vilcanota:

- Alta o cabecera
- Intermedia
- Baja o piso de valle

El trabajo fue realizado en tres etapas. La primera de motivación, organización, y ejecución del trabajo; la segunda de recopilación de la información, para lo que se utilizó balanzas clínicas y tallímetros; y la tercera del procesamiento y análisis del resultado. La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por la Organización Mundial de la Salud y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS). La proporción de niños que están por debajo de 2 DS con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio.

III.1. Desnutrición por zonas agroecológicas

La desnutrición se traduce en el deterioro del crecimiento, que se evidencia más en la desnutrición crónica (talla/edad). Existen factores generales que inciden sin distinción de zonas y que están relacionadas con el retardo del crecimiento, como son:

- el estado nutricional y de salud de la madre (especialmente durante la gestación) que tiene relación con el intervalo inter-genésico; las infecciones respiratorias y digestivas debido fundamentalmente a la falta de recuperación del crecimiento durante el período de convalecencia, así como por los repetidos episodios de infecciones; la carencia de micronutrientes como yodo y calcio en minerales, y riboflavina, tiamina y niacina en vitaminas; y sobre todo, que tiene mucho que ver con la talla de padres y abuelos que ya vienen arrastrando una desnutrición histórica.

Las diferencias entre las zonas de Maras-Chinchero y las Cuencas del Vilcanota presentan diferentes rangos significativos, pero aún así, las zonas de Piuray, Maras y la cabecera de las sub-cuencas del Vilcanota, son las que presentan los mayores porcentajes relativos de desnutrición frente a Huaypo, y las zonas intermedia y baja de dichas sub-cuencas. Esto se debe a que la desnutrición de los niños no se da por las mismas causas. Fuera de las razones dadas anteriormente que explican las altas tasas encontradas para todo el ámbito en general, se presentan razones que responden a las características particulares de cada zona.

Cuadro III.1.

Diagnóstico nutricional: Niveles de desnutrición crónica y aguda según zonas agroecológicas

ZONAS AGROECOLÓGICAS	COMITES DE MUJERES	TOTAL REGISTRADOS	DESNUTRICION CRONICA @		DESNUTRICION AGUDA *	
			No.	%	No.	%
MARAS-CHINCHERO	23	670	490	73.1%	21	3.1%
Piuray	9	268	201	75.0%	10	3.7%
Huaypo	8	200	137	68.5%	7	3.5%
Maras	6	202	152	75.2%	4	2.0%
CUENCAS DEL VICANOTA	19	496	335	67.5%	13	2.6%
Alta	5	169	128	75.7%	8	4.7%
Media	4	94	63	67.0%	0	0.0%
Baja	10	233	144	61.8%	5	2.1%
GLOBAL ARARIWA	42	1,166	825	70.8%	34	2.9%

@ D. Crónica: Chi2 Yates corregido=4.04 p=0.04 (diferencia significativa entre Maras-Chinchero y Cuencas)

* D. Aguda: Chi2 Yates corregido=0.11 p=0.7 (diferencia no significativa entre Maras-Chinchero y Cuencas)

Llama la atención encontrar niveles de desnutrición crónica igualmente altos para Piuray y Maras donde interactuaron diferentes programas que otorgaban educación y capacitación nutricional, con las cabeceras de cuenca del Vicanota que son las zonas de mayor abandono institucional del ámbito de trabajo.

Para las zonas de Piuray y Maras, que cuentan con mejoras en sus viviendas, servicios de abastecimiento de agua de consumo e incluso con Postas de Salud y tienen una producción diversificada por contar con cultivos alternados en terrenos de riego y seco, la explicación está dada en el mal balanceo de alimentos y los déficits en la ingesta de ciertos nutrientes: calorías, calcio, yodo, vitaminas del grupo B y hierro en las mujeres. Estos elementos interactúan de manera que, tanto las madres como sus hijos, vienen arrastrando deficiencias nutricionales.

Las zonas anteriores mantienen la misma tasa de desnutrición que la cabecera de las subcuencas donde las condiciones de vida son bastante precarias. En estas últimas influyen sobre todo las difíciles condiciones medio ambientales (altura cercana a los 4,000msnm), donde se sufre además una escasez crónica de recursos que ha llevado a que en ciertos lugares la población descienda en términos absolutos.

Este es el caso de la cabecera de la sub-cuenca del Q'ochoc que entre 1990 y 1991 tuvo una tasa de decrecimiento poblacional de -1.3% anual según la

comparación de los padrones de electores de los años 1991 y 1980. En estas cabeceras no es de extrañar que la desnutrición sea alta, en la medida que la cobertura de salud es baja y el saneamiento ambiental inexistente; a lo que se suma la mayor exposición de los niños al frío, lo que desencadena una fuerte presencia de enfermedades respiratorias que hace que consuman sus pocas calorías, debilitándolos y provocando un círculo vicioso enfermedad-desnutrición-enfermedad. Estos mismos factores explican por qué la tasa de desnutrición aguda llega al 4.7%, siendo la más alta del ámbito de trabajo.

Las zonas que se encuentran con mejor talla de los niños -aunque las tasas de desnutrición crónica no bajan de 61%

que siguen siendo altas-, parece tener que ver con factores como la mayor relación con centros urbanos y su acceso a medios masivos de comunicación.

Esto favorece ciertos hábitos de vida (las familias tienden a mejorar la distribución de ambientes en sus viviendas, dejando de vivir hacinados con mayores riesgos de contagios de enfermedades) y de higiene, diversifica su consumo sobre todo en el estiaje, así como también incide favorablemente en las relaciones afectivas con los niños.

En zonas de agricultura moderna como Huaypo donde las familias obtienen los ingresos más altos del ámbito estudiado y cuentan con una producción diversificada (Ver: CAVASSA, A. «Ajustándose (con éxito?) a nuevas reglas de juego. Cambios en las estrategias productivas y de financiamiento rural». Asociación Arariwa. Documento presentado al V Seminario Permanente de Investigación Agraria. Arequipa, agosto de 1993), dado su mayor tamaño de finca, la mejora en la talla de los niños no llega a ser significativa e incluso la tasa de desnutrición aguda es todavía del 3.5%.

Esto estaría corroborando que la mejora en los ingresos no se traduce de manera mecánica en mejoras en los niveles de nutrición de los niños, fuera de que cambios importantes en la talla sólo pueden ser perceptibles entre generaciones.

La zona intermedia de las sub-cuencas que cuentan con mucho menos tierras pero con una producción

te diversificada y más intensiva por la disponibilidad de riego, no registra casos de desnutrición aguda. La zona de piso de valle que es la que tiene el menor porcentaje de desnutrición crónica, aún presenta una tasa de desnutrición aguda del 2%; lo que podría deberse a que una parte importante de las tierras con riego de esta zona están con maíz blanco destinado a la exportación o a hortalizas que son destinadas sobre todo al mercado.

III.2. Desnutrición por grupos etáreos

Cuadro III.2.

Diagnóstico Nutricional: Niveles de desnutrición crónica y aguda por grupos etáreos

EIDADES	TOTAL NIÑOS REGISTRADOS	DESNUTRICION			
		CRONICA@		AGUDA*	
		Nº	%	Nº	%
< DE 12 MESES	217	90	41.5%	6	2.8%
<= 12 > 24 MESES	217	176	81.1%	12	5.5%
<= 24 > 36 MESES	194	145	74.7%	7	3.6%
<= 36 > 48 MESES	199	146	73.4%	3	1.5%
<= 48 > 60 MESES	196	145	74.0%	4	2.0%
<= 60 > 72 MESES	143	123	86.0%	2	1.4%
GLOBAL ARARIWA	1166	825	70.8%	34	2.9%
>= 24 < 60 MESES	589	436	74.0%	14	2.4%

@ D. Crónica $\chi^2=120.37$ $p<0.001$ (diferencia significativa según edades)

* D. Aguda $\chi^2=8.67$ $p=0.12$ (diferencia no significativa según edades)

Los resultados muestran que el 41% de los niños menores de 12 meses muestran desnutrición crónica, a pesar de tener mayor protección materna por encontrarse lactando. Esta alta tasa para este grupo etáreo se explica por problemas nutricionales de la madre y por bajas tallas que -como ya se dijo- se viene transfiriendo de generación en generación. Lo que hace que la talla sólo se modifique frente a estímulos prolongados, debiendo considerarse que no se debe tanto a la disponibilidad de alimentos como a la carencia crónica de nutrientes como calcio, yodo, hierro y vitaminas del grupo B. Después del primer año de vida la desnutrición crónica aumenta y tiene mayor prevalencia ($\chi^2=120.37$ $p<0.001$ diferencia significativa según edades).

Durante el segundo año de vida la desnutrición crónica se agrava, a tal punto que el porcentaje de

desnutrición prácticamente se duplica alcanzando al 81% de los niños.

Como resultado de la inadecuada e insuficiente complementación de la lactancia materna (sobre todo después de los seis meses), es que se puede ver que la desnutrición aguda llega al 2.8%.

El suministro de alimentos poco apropiados en cantidad y calidad nutricional en momentos en que el niño está contactándose con su medio físico que de por sí es poco higiénico, lo debilita, y no le permite recuperarse de los cuadros infecciosos. Esto se traduce en una tasa de desnutrición aguda de 5.5%, la más alta tasa registrada por grupo etáreo, aunque en nuestra muestra no es estadísticamente significativa ($\chi^2=8.67$ $p=0.12$).

Una vez que comienzan a valerse por sí solos para buscar sus alimentos o pedirlos, la tasa de desnutrición aguda desciende al 3.6% entre los 2 y 3, no descendiendo más porque la incidencia de cuadros infecciosos continúa. Pero conforme los niños van incrementando defensas contra las infecciones, esta tasa sigue bajando de manera que entre los 3 y 6 años fluctúa de 1.5% a 1.4%.

III.3. Desnutrición por sexo

Cuadro III.3.

Diagnóstico Nutricional: Niveles de desnutrición crónica y aguda por género

SEXOS	TOTAL REGISTRADOS	DESNUTRICION CRONICA@		DESNUTRICION AGUDA*	
		No.	%	No.	%
HOMBRES	573	420	73.3%	16	2.8%
MUJERES	593	405	68.3%	18	3.0%
GLOBAL ARARIWA	1166	825	70.8%	34	2.9%

@ D. Crónica χ^2 Yates corregido $\hat{a}=3.29$ $p=0.069$ (diferencia no significativa según sexo)

* D. Aguda χ^2 Yates corregido $\hat{a}=0.01$ $p=0.94$ (diferencia no significativa según sexo)

IV.1 Evolución temporal del peso y talla de los niños

Para ver si existían variaciones estacionales importantes a lo largo del año se consideró el indicador peso/talla, en la medida que es el más adecuado para medir la desnutrición proteínico-calórica actual.

Como este tipo de desnutrición no debe tener resultados altos ya que el peso de los niños se adecuan a sus bajas tallas, se utilizó este indicador para ver si se producían variaciones importantes del peso del niño a lo largo del año.

Cuadro IV.1
Evolución del peso/talla de los niños menores de 6 años durante el año 1992-

	1er Control Mayo-Junio	2do Control Agosto	3er Control Octubre	4to Control Diciembre
Desnutridos (Z-score ≤ -2)	9 3.3%	7 2.6%	6 2.2%	6 2.2%
Normales	260	262	263	263
Total de niños	269	269	269	269

chi2 0.93 p=0.82

Los cuatro controles realizados muestran una aparente variación estacional de este indicador, aunque sus resultados en nuestra muestra no son estadísticamente significativos.

La mayor prevalencia de desnutrición aguda fue durante los meses de mayo-junio, meses en que la familia se encuentra en cosecha y cuenta con mayor disponibilidad de alimentos. El porcentaje de niños desnutridos agudos disminuye ligeramente para el segundo control realizado en agosto, y se estacionaliza para los siguientes controles realizados en octubre y en diciembre. Tratándose de zonas rurales donde la alimentación depende en gran parte de la producción agrícola, estos resultados estarían mostrando que en los momentos de mayor oferta alimentaria un número mayor de niños tuvieron problemas para adecuar su peso a su talla.

Esto se debe en parte a la marcada variación climática inter anual andina, que dificulta que se conozca de manera precisa la época de mayor escasez de alimentos. Además que el peso posee su propio tiempo de inducción, es decir, reflejan con cierto retraso el impacto de eventuales trastornos alimenticios.

Un factor importante que podría estar explicando estos resultados es que la alimentación de los niños no es un problema de cantidad disponible sino de calidad de los alimentos. En los meses de mayo-junio la familia dispone de mayor cantidad de tubérculos, que son alimentos que requiere consu-

mirse en cantidades grandes para obtener los nutrientes requeridos, y los niños se llenan antes de ingerir las cantidades necesarias. Los alimentos de mayor calidad alimenticia como las leguminosas y los cereales, como tienen un ciclo vegetativo mayor, son cosechados después de los tubérculos, debiendo ser secados y descascarados; estos alimentos están disponibles en mayor cantidad a partir de julio. Las hojas verdes, que son una fuente importante de vitaminas, comienzan a abundar con las primeras lluvias a partir de octubre; y desde diciembre las familias disponen de frutas locales que son obtenidas de las comunidades bajas que cuentan con áreas irrigadas.

Se debe tomar en cuenta que la zona está fuertemente integrada al mercado (sea a través de la venta de productos como de la fuerza de trabajo), donde las estrategias campesinas de seguridad alimentaria no están basadas sólo en la complementariedad de las producciones y de pisos ecológicos, sino que sus estrategias se fundamentan en la pluriactividad y la diversidad de las fuentes de ingresos monetarios.

Cuadro IV.2.
Evolución del peso/talla de los niños menores de 6 años durante el año 1992

Desnutridos en todos los controles	1
Desnutridos en:	
- Sólo en el 1er control	7
- Sólo en el 2do control	3
- Sólo en el 3er control	3
- Sólo en el 4er control	3
- 1ero, 2do y 4to controles	1
- 2do y 3ero controles	1
- 2do, 3ero y 4to controles	1
Normales en todos los controles	249

De los 269 niños controlados, 249 niños se han mantenido en buen estado nutricional durante los cuatro controles, mientras que 20 niños resultaron con desnutrición aguda en alguno de los diferentes controles (ver cuadro IV.2.). De estos últimos, sólo un niño se mantuvo desnutrido desde el primer control hasta el cuarto; este niño fue identificado como hijo de una madre en riesgo (mayor de 40 años), que no tuvo leche materna y la familia no pudo utilizar productos lácteos sustitutos por el bajo nivel de sus ingresos.

De los 19 niños restantes, 13 niños resultaron desnutridos sólo en uno de los controles recuperándose después; 1 niño salió desnutrido en dos controles, otros 2 niños en tres controles, y finalmente, 3 niños normales empeoraron resultando desnutridos en el cuarto control. La desnutrición aguda temporal en estos niños fue causada por haber sufrido enfermedades digestivas agudas (EDAs), infecciones respiratorias (IRAs) o ambas a la vez.

V. Conclusiones del Diagnóstico

Los principales puntos a resaltar del Diagnóstico son:

V. 1. La situación alimentaria

Existe deficiencias en el consumo de calorías (sobre todo de grasas), lo que ocasiona que las proteínas se utilicen como energía. Esto hace que los cuadros de desnutrición que se presentan sean calórico-proteica.

En líneas generales puede decirse que el problema central de la dieta rural no radica en la falta de calidad nutritiva. Sino que los problemas nutricionales provienen de los déficits en la ingesta de ciertos nutrientes para las mujeres gestantes y lactantes o sobre los niños. Por ejemplo, si bien no existe una carencia de hierro para la familia, sí lo hay para el caso de las mujeres y los niños en la medida que el consumo de alimentos no está en función de las necesidades de cada miembro; esta deficiencia predispone a las mujeres embarazadas a la anemia nutricional, la que repercute en los recién nacidos. La información de las dietas rurales muestra que son ricas en Proteínas, Hierro, Vitamina A, Tiamina, Niacina y Vitamina C; siendo sólo pobres en calcio y parcialmente en Riboflavina, que son nutrientes que igualmente tienen mayor incidencia en las madres y en los niños menores de 3 años.

Un problema importante proviene de la costumbre de consumir la sal local que no ha sido yodada, lo que incide en una serie de desórdenes por deficiencia de yodo que son grave en la medida que los alimentos producidos provienen de suelos que por efectos de la erosión han perdido el contenido natural de este mineral. Esto incrementa la tasa de aborto y de mortalidad perinatal, genera retardo en el crecimiento y maduración infantil, y compromete la función intelectual en niños y adultos.

V. 2. La Desnutrición en niños

En zonas rurales los niños vienen arrastrando deficiencias nutricionales debido no sólo a los déficits en la ingesta de ciertos nutrientes sino también al mal balanceo de alimentos. A estos factores se suman otros que -sin distinción de zonas- están relacionados con el retardo del crecimiento, como son:

- el estado nutricional y de salud de la madre (especialmente durante la gestación) que tienen relación con el intervalo inter-genésico;
- las infecciones respiratorias y digestivas debido fundamentalmente a la falta de recuperación del crecimiento durante el período de convalecencia, así como por los repetidos episodios de infecciones.

En las zonas de mayor desarrollo relativo como en las de mayor concentración de pobres, las tasas de desnutrición crónica son bastante elevadas. El nivel de los ingresos familiares y la mayor cobertura de servicios de salud estatal no parecen tener incidencia (hasta ahora) en la desnutrición crónica. Pero, como es lógico, las tasas más altas de desnutridos crónicos se encuentran en las zonas más pobres y con deficientes obras de saneamiento básico (aguas entubadas). Esto pone en manifiesto que un proyecto de intervención que logra sólo mejorar los ingresos familiares, no puede suponer que de manera automática se va traducir en mejoras en la calidad de vida de los niños.

Los resultados del análisis por grupos etáreos muestran que el 41% de los niños menores de 1 año presentan desnutrición crónica apesar de encontrarse lactando; llegando la desnutrición aguda al 2.8% en este mismo grupo etáreo como resultado de la inadecuada e insuficiente complementación de la lactancia materna. Durante el segundo año de vida la desnutrición crónica sube de tal manera que el porcentaje de desnutrición prácticamente se duplica alcanzando al 81% de los niños; de la misma manera que la tasa de desnutrición aguda que llega al 5.5%, como resultado del poco apropiado suministro de alimentos en momentos en que el niño comienza a explorar su medio físico que de por sí es poco higiénico, que lo debilita y no le permite recuperarse de los cuadros infecciosos.

A partir de los dos años la talla de los niños tiene una pequeña recuperación pues la tasa de desnutrición permanece alrededor del 74% hasta antes de los cinco años, pero salta bruscamente al

86% en los niños de 5 a 6 años en que comienza a acentuarse el estancamiento de su crecimiento. Al comenzar a valerse por sí y poder buscar sus alimentos o pedirlos, los niños también mejoran en peso tal como lo muestra el descenso de la tasa de desnutrición aguda entre los 2 y 3, luego sufre un nuevo aumento para los niños entre 3 y 4 años por la mayor incidencia de cuadros infecciosos continuos. Pero conforme los niños van incrementando defensas contra las infecciones, esta tasa vuelve a bajar de manera que entre los 3 y 6 años presenta los niveles más bajos.

BIBLIOGRAFIA

ALVA, V. y CASTILLO, O. (editores) 1982 Medicina Rural y Atención Primaria de Salud. Anales del «III Congreso Iberoamericano de Medicina Rural y Atención Primaria de Salud, y del I Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud. Cusco, Perú

CÓNVENIO PERU-ALEMANIA PARA CULTIVOS ANDINOS 1993 Evolución del crecimiento de niños hasta el segundo año de vida en comunidades Alto Andinas del Cusco. Materiales de investigación N°8, Cusco.

CONVENIO PERU-ALEMANIA PARA CULTIVOS ANDINOS 1992 Evolución y factores determinantes del crecimiento del niños durante el primer año de vida en comunidades AltoAndinas del Cusco. Materiales de investigación N°7, Cusco.

FALEM, J. 1992 «Crecimiento y desarrollo en el Ande». En: DIAGNOSTICO, Vol. 29-Num. 5-6, Lima.

INEI POBLACION MUJER Y SALUD. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 1991-1992. Región Inka.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. 1980 Medición del efecto nutricional de programas de suplementación alimentaria en grupos vulnerables. Ginebra.

OMS/FAO Manual sobre necesidades nutricionales del hombre. FAO: Estudios sobre nutrición N°28/OMS: Serie de monográficas 61. Roma.

PACHECO, M. 1983 Enfoque alimentario y nutricional de la población campesina. En: Sobrevivencia campesina en ecosistemas de altura, Vol. II. CEPAL/PNUMA, Chile.

PETRERA, M. 1993 Privatización de la Salud, En: La Gestión Estatal y la privatización del sector salud, la seguridad social y el sector financiero. Documento de trabajo N° 50, IEP, Lima.

PRETELL, A. 1990 Desórdenes por deficiencias de yodo. En: Revista NIÑOS N°. PRISMA, Lima.

RUTTEN, R. 1992 Vigilancia Nutricional y Desnutrición Infantil. Avance de investigación N°1. Instituto Peruano de Desarrollo Económico Social (INDES). Trujillo, Perú

SAUTIER D. y AMENIYA, I. Sistemas Alimentarios y Estado Nutricional en comunidades campesinas de Yauyos. En: Bull. Inst. Fr. Et. And. XV. N° 1-2.

SALIS, A. 1985 Cultivos Andinos: Alternativa alimentaria popular?. CER Bartolomé de las Casas CEDEP AYLLU. Cusco.

SACO, S. y VALENCIA C. «Investigación del estado nutricional en las comunidades campesinas y pueblos del Valle Sagrado de Los Incas». Documento interno, Equipo de Salud de la Granja Escuela Pumamarca de Yucay-Cusco.

UNICEF Plan de Operaciones.- Programa de Cooperación Perú Unicef 1992-1996. Lima, Perú

UNICEF 1990 Estrategias para mejorar la Nutrición del Niño y las mujeres en los países en desarrollo. New York, USA.

WELLSTART (varios) 1993 Evaluación de la lactancia materna y ablactancia en el Perú. Washington.

ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS PRE- ESCOLARES Y ESCOLARES EN LAS PROVINCIAS DE CALCA Y URUBAMBA

Dra. Ana Luz Montalvo Chávez(1)

RESUMEN

Con el objetivo de conocer el estado nutricional de niños en edad preescolar y escolar se realiza un censo de peso y talla a un total de 2234 niños con edades que fluctúan entre 0 a 15 años.

Se analizaron los resultados de talla para la edad (desnutrición crónica), peso por talla (desnutrición aguda) y ambos (crónica reagudizada). Se expresan como Z score (< -2 : desnutrido) para niños menores de 5 años y percentil (< 10 percentil: desnutrido) para niños de nivel primario.

Se encontró a nivel rural que el 2.77% presenta desnutrición aguda, 55.46% desnutrición crónica y el 1.22% desnutrición crónica reagudizada; se observó que las mujeres tienen los niveles más altos en desnutrición aguda y los más bajos en las formas crónicas, esta relación se repite en el estudio a nivel escolar.

A nivel escolar el 2.88% presenta desnutrición aguda, 22.26% desnutrición crónica y el 30.91% desnutrición crónica reagudizada.

PALABRAS CLAVES :

Desnutrición- campesinos- Cusco

INTRODUCCION

Debido a un rápido crecimiento que ocurre en la niñez, el requerimiento nutritivo se eleva notablemente y en algunas oportunidades es difícil de satisfacer, de allí que la desnutrición hace su aparición, afectando sobre todo a niños menores de 6 años; aunque los niveles encontrados a nivel escolar son alarmantes.

En la mayoría de los casos los niños dependen de terceros para su alimentación, muchas veces estos no tienen los recursos económicos suficientes o carecen de un adecuado nivel cultural y/o educacional como para cumplir con este rol.

La Asociación ARARIWA para la Promoción Técnico Cultural Andina, institución privada que tiene como ámbito de trabajo las provincias de Calca y Urubamba, conociendo que la salud es el elemento indispensable para el desarrollo integral y humano y siendo los niños el grupo de mayor riesgo de enfermar y morir realiza

el diagnóstico del estado nutricional de niños en edad pre- escolar y escolar (primaria) de las provincias donde trabaja, el cual le servirá de guía para el desarrollo de diferentes actividades tendientes a apoyar en la solución del grave problema que es la desnutrición infantil en nuestra zona.

El diagnóstico a nivel comunal fue realizado por un equipo de tres enfermeras y un médico que componen el Programa de Salud de esta institución, se ha contado siempre con el apoyo de los Promotores de Salud Comunal quienes se encargan de la difusión de las actividades en su comunidad y realizan el pesado y tallado conjuntamente con las enfermeras ya que fueron capacitados anteriormente para ello.

A nivel escolar esta actividad estuvo a cargo de los profesores de los Centros Educativos, especialmente de los Coordinadores de Salud quienes con mucha entereza y abnegación han decidido trabajar por mejorar el nivel de salud de sus educandos y hacer de éstos agentes de cambio en el hogar y la comunidad.

MATERIAL Y METODOS

Para el estudio a nivel comunal se han pesado y tallado 1228 niños de 0 a 5 años en los meses de Marzo y Abril del presente año, se utilizaron tallímetros de madera y balanzas de reloj donados por UNICEF. Se analizaron los resultados de talla por edad (desnutrición crónica) y peso por talla (desnutrición aguda) expresadas como Score Z (< -2 para niños desnutridos y > -2 para los normales).

Para el procesamiento de la información se ha utilizado el paquete estadístico EPI info 5.0 (Epidemiología con Microordenadores).

Para el estudio a nivel escolar se han pesado y tallado a 1006 niños, de 6 a 15 años, del primer al sexto grado de primaria de 06 Centros Educativos "tipo" (diferentes pisos ecológicos, niveles socioeconómicos) de la zona rural de ambas provincias, se priorizaron Centros Educativos que tengan todos los grados primarios.

Las balanzas y tallímetros fueron facilitados por los Centros de Salud del ámbito o por Arariwa. El procesamiento de los datos fue realizado por el programa de acuerdo a los estándares internacionales (1), se clasificó como desnutridos a los niños que estaban debajo del percentil 10.

(1) Responsable del Programa de Salud de la "Asociación Arariwa".

RESULTADOS

A Nivel Comunal

Cuadro Nº1

Diagnóstico Nutricional: Niveles de desnutrición encontradas.

Tipos de Desnutrición	Nº1	%
AGUDA	34	2.77
CRONICA	681	55.46
CRONICA REAGUDIZADA	15	1.22
TOTAL	730	59.45

Cuadro Nº2

Diagnóstico Nutricional: Desnutrición por sexo.

SEXO	AGUDA		CRONICA		CRON-REAGUD	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	20	3.14	332	52.20	6	0.94
MASCULINO	14	2.36	349	58.95	9	1.52

Cuadro Nº 3

Diagnóstico Nutricional: Desnutrición por grupo etáreo.

GRUPOS EDAD (MESES)	AGUDA		CRONICA		CRON-REAGUD	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
00.00 - 12.00	8	2.53	93	29.43	1	0.32
12.01 - 24.00	12	4.72	156	61.42	7	2.76
24.01 - 36.00	6	2.61	150	65.22	4	1.74
36.01 - 48.00	6	2.64	153	67.40	2	0.88
48.01 - 60.00	2	1.00	129	64.18	1	0.50
TOTAL	34	2.77	681	55.46	15	1.22

A Nivel Escolar

Cuadro Nº 4

Diagnóstico Nutricional: Niveles de desnutrición encontradas.

Tipos de Desnut.	Nº	%
AGUDA	29	2.88
CRONICA	224	22.26
CRONICA REAGUDIZADA	311	30.91
TOTAL	564	56.05

Cuadro Nº 5

Diagnóstico Nutricional: Desnutrición por sexo.

SEXO	AGUDA		CRONICA		CRON-REAGUD	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	15	3.24	100	21.64	124	26.83
MASCULINO	14	2.57	124	22.79	187	34.37

Cuadro Nº 6

Diagnóstico Nutricional: Desnutrición por grupo etáreo

GRUPOS EDAD (AÑOS)	AGUDA		CRONICA		CRON-REAG-	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 A 7	7	2.88	50	20.58	56	23.05
8 A 9	10	4.10	51	20.90	49	20.08
10 A 11	7	2.79	60	23.90	83	33.07
12 A 13	2	1.11	37	20.56	83	46.11
14 A 15	2	2.27	25	28.41	35	39.77
TOTAL	28	2.88	223	22.26	306	30.91

DISCUSION

El Ministerio de Salud no realiza el diagnóstico nutricional diferenciando la desnutrición aguda y crónica por lo que no podemos comparar con los resultados encontrados en el estudio, creemos que esta diferenciación es muy importante como pauta para el tratamiento y las políticas de salud que se desarrollan.

La Asociación Arariwa tiene un estudio similar en la zona que data del año 1992 (2) en donde encuentra niveles de 2.9 % de desnutridos agudos y 70.8 % de desnutridos crónicos, niveles que ahora son notablemente inferiores, creemos que esto se deba al trabajo conjunto de entidades públicas y privadas en la zona.

En cuanto al diagnóstico del estado nutricional a nivel escolar, no se tiene un estudio previo, no se conoce de estudios similares; los estudios de este tipo encontrados se limitan a niños de primer grado.

A nivel nacional existe un estudio realizado por ENDES en 1991-92 que nos puede servir como parámetro de comparación (3).

TIPO DE DESNUT.	ENDES* 1991-92	ARARIWA 1994
AGUDA	1.7	2.77
CRONICA	53.4	55.46

Información de la zona rural a nivel nacional

Estos datos donde se observan niveles de desnutrición más altos en nuestra zona corroboran los resultados sobre niveles de salud estudiados a nivel nacional (4),

donde se encuentra que el Cusco está dentro del grupo de departamentos con la peor situación de salud.

En cuanto a la desnutrición por sexo vemos un parámetro que nuevamente se repite (2). Las mujeres tienen niveles más altos de desnutrición aguda pero esto no se cumple para las formas crónicas, creemos que parte de estos resultados se deban a la valoración mayor que le dan a los hijos varones en las familias campesinas ya que "ellos son los que trabajarán la chacra", pero al parecer las mujeres tienen una capacidad mayor de recuperación, de allí que baja sus niveles en formas crónicas. Creemos que estos resultados tal vez se deban a que las niñas generalmente ayudan a las madres en la preparación de los alimentos lo que les permite de alguna forma tener mayor acceso a los alimentos, creemos que esta información amerita mayor estudio.

Sobre los niveles de desnutrición por edades se observa lo esperado (5), los niveles más altos de desnutrición aguda se ven en los niños menores reduciendo su incidencia conforme van creciendo, alcanza su pico más alto durante el primer año de vida debido a las malas prácticas de ablactancia existentes en nuestra zona (1). La desnutrición crónica se eleva con la edad, teniendo altibajos en diferentes edades alcanzando su pico más alto durante el cuarto año de vida, dato que no es igual al del estudio anterior (2) donde se observa un pico máximo durante el segundo año de vida.

Médicos como Falen (6) opinan que en la altura el medio hipóxico del Ande es uno de los causantes más importantes de las tallas bajas y los niveles de desnutrición crónica, nosotros creemos que esto se debe sobre todo a la calidad (concentración calórica) de la alimentación del poblador andino (2), (7).

A nivel escolar se encuentran valores realmente alarmantes ya que el 56.05 % de la población escolar sufre algún tipo de desnutrición. Los niveles más altos encontrados corresponden a las formas crónicas, posiblemente secuela de la desnutrición sufrida en años anteriores.

Es importante tomar en cuenta los altos niveles de desnutrición aguda existentes ya que no es normal encontrar niveles tan altos en estas edades (5), estos datos nos pueden aseverar que los niños a nivel primario también necesitan un programa de apoyo alimentario.

Se encuentra que existen las mismas relaciones de formas agudas y crónicas con respecto al sexo de los niños menores de 5 años, las mujeres también tienen los niveles más altos de desnutrición aguda y los más bajos de desnutrición crónica; las causas tal vez sean las mismas, creemos que esto requiere mayor estudio.

En cuanto a la desnutrición por edad no se nota tendencias claras, se observa que en la desnutrición crónica reagudizada existe una tendencia a aumentar con la edad.

RECOMENDACIONES

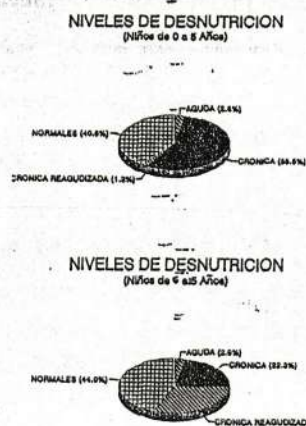
- Que para el programa de apoyo alimentario se tome en cuenta el tipo de desnutrición existente ya que

el beneficio es mínimo en desnutridos crónicos y alto en los desnutridos agudos, si existiera mejor distribución de los alimentos el número de niños recuperados sería mayor.

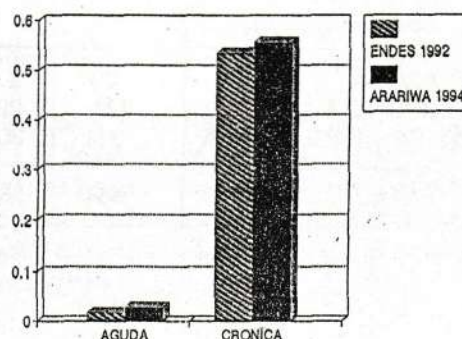
- Establecer un programa de apoyo alimentario para niños de nivel primario de las escuelas rurales que tenga un sistema adecuado de seguimiento y evaluación.
- Fomentar el cultivo de hortalizas, crianza de animales, etc. a nivel escolar para mejorar su dieta.
- Asegurar una articulación permanente (cumpliendo la normativa) de los sectores Educación y Salud.
- Introducir aspectos de educación alimentaria en el curriculum de primaria y formación magisterial.
- Hacer una campaña nacional de difusión sobre la forma de combatir la desnutrición infantil.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BEHRMAN, VAUGHAN "TRATADO DE PEDIATRIA DE NELSON" 12a EDICION, EDITORIAL INTERAMERICANA, MEXICO, 1986
- 2.- VALENCIA C. CAVASSA A. "IMPLEMENTANDO PROPUESTAS DE SALUD CON LAS COMUNIDADES CAMPESINAS". Documento Interno Asociación ARARIWA, 1994.
- 3.- PAJUELO J. "EVALUACION DE LAS ENCUESTAS NUTRICIONALES EN EL PERU" REVISTA MEDICA PERUANA, VOL.66 PAGES: 58-62, JUN-SET 1994 LIMA.
- 4.- GUERRA-GARCIA A. "EL MAPA DE LA SALUD" SUPLEMENTO CULTURAL DEL PERUANO PAGES: 2-3, 21 DE FEBRERO DE 1994, LIMA.
- 5.- MENENGHELO "PEDIATRIA" SEGUNDA EDICION, EDITORIAL MEDITERRANEO, CHILE, 1986
- 6.- FALEN F. "CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL ANDE", en DIAGNOSTICO, Vol. 29, N° 5-6 Lima, 1992.
- 7.- KROEGER A., LUNA R. "ATENCION PRIMARIA DE SALUD" SEGUNDA EDICION, PROG. PALTEX OPS. EDIT. PAX MEXICO, 1992.



CUADRO COMPARATIVO
(ENDES y ARARIWA)



DISPLASIA ESPONDILOEPIFISIARIA CONGENITA

Dr. Hugo Noli Callirgos (1)

Spranger y Wiedemann establecieron este desorden en 1966, al describir seis casos y realizaron un resumen de 14 casos más, hallados en la literatura.

Se describe a una paciente de 22 años de edad, sexo femenino, que acude al servicio de Medicina Física y Rehabilitación, el año 1986, con impotencia funcional de 4 miembros, en silla de ruedas.

Entre sus antecedentes de importancia: Nace a los 6 y medio meses al ocurrir Rutura Prematura de Membranas, mediante cesárea, con un peso de menos de 1,000 gr. marcha independiente al año, lenguaje comprensivo y expresivo normales, desde los 4 años de edad retardo del crecimiento, realizó marcha normal hasta los 8 años de edad, después tuvo que utilizar bastones y muletas, diagnosticada en diversos nosocomios de enanismo y enfermedad degenerativa ósea. Padres de talla corta: padre 1.50 m., madre de 1.46, una hermana de 34 años con retardo mental.

La evaluación realizada nos mostró lo siguiente:

Cabeza: normocéfala, cuello corto, tórax: pectus excavatum con rebordes costales elevados, escápulas sobresalidas, escoliosis dorsal; extremidades superiores: rangos limitados; extremidades inferiores: coxofemorales: rangos limitados; motilidad activa:

disminuida en 4 miembros a predominio de miembros inferiores; fuerza muscular: disminuida en 4 miembros a predominio de miembros inferiores, tono incrementado, hiperreflexia, clonus de tobillo bilateral; esfínteres: pérdida parcial de esfínter vesical, talla: 1.23 cm.; miopía de 12 dioptrías.

Entre los exámenes auxiliares, lo más saltante son los exámenes radiológicos que nos mostraron.

- Platiespondilia sobre todo en vértebras cervicales.
- Displasia de cabezas humerales y femorales, así como de los acetábulos.
- Escoliosis dorso-lumbar
- Extremos costales anteriores: ensanchados
- Urografía: Doble pelvis renal y uréteres
- Manos y pies normales
- Cuello femoral: varo

El principal diagnóstico diferencial se debe realizar con la Enfermedad de Morquio, cuyas diferencias clínicas primordiales son: compromiso severo de manos y pies, lo cual no presenta nuestro paciente, asimismo, en el morquio se presenta: nubosidad corneal y cuello femoral en valgo; nuestra paciente presenta miopía severa y cuello femoral en varo.

Otra diferencia notable sería la Queratosulfaturia que si se presenta en la enfermedad de Morquio, no así en la Displasia

Espondilopifisiaria, lo cual nos fue imposible realizar en nuestro medio.

EVOLUCION NATURAL: La evolución natural de la enfermedad puede llevar al estrechamiento del canal raquídeo u ocurrir inestabilidad aguda progresiva del cuello con graves complicaciones neurológicas como viene ocurriendo a nuestra paciente con signos neurológicos de neurona motora superior.

ETIOLOGIA: Autosómica dominante en la gran mayoría de casos. El estudio realizado, sugiere la existencia de heterogeneidad genética en familias que tuvieron hijos afectados de padres no afectados.

BIBLIOGRAFIA:

Spranger, J. and Wiedemann. HR Dysplasia spondyloepiphyseal congenita Helv. Paediatr. Acta 21: 1966.

Spranger, J. and Langer, L.O.: Spondyloepiphyseal dysplasia congenita Radiology 94:313, 1970.

Harrod. M,JE, et al: Genetic heterogeneity in spondyloepiphyseal congenita Am. J. Med. Genet. 18:311, 1984.

Goodman Richard, Gorlin, Robert. Malformaciones en el lactante y el niño 1986. Salvat Editores.

CARIES DENTAL: ENFERMEDAD PREVENIBLE

Dr. Edgar Sobrino Mora(1)

La caries dental es una enfermedad prevenible, a diferencia de otras enfermedades cuya causa no es conocida o que la forma de evitarlas no se conoce con exactitud. La caries dental tiene una causa conocida, y los mecanismos para su prevención están plenamente comprobados.

EL PROCESO DE LA CARIES DENTAL

La caries es un proceso dinámico con períodos de remineralización (Silverstone 1983). Los dientes están bañados por la saliva que es un poco alcalina, y cubiertos por una cantidad variable de placa bacteriana. La bacteria en esta placa es la que transforma el azúcar en ácido, esto es lo que causa que la superficie dental se transforme en ácida. Una vez que el pH disminuye por debajo de 5.5 (Stephan 1944) la desmineralización tiene lugar y los iones de fosfato cálcico se difunden en la saliva. Una vez que el pH aumenta de nuevo, la saliva suelta estos iones de vuelta al interior del esmalte produciéndose el proceso de remineralización. Los procesos de desmineralización y remineralización ocurren varias veces al día, respondiendo a factores dietéticos.

Cada vez que se toman bebidas o comidas azucaradas la desmineralización empieza de nuevo y el nivel de pH disminuye por debajo

del nivel crítico en unos minutos y puede permanecer así hasta 30 minutos.

Si en su totalidad, el balance se inclina hacia la desmineralización sobre un período de tiempo, la capa inmediatamente debajo de la superficie se deshace primero iniciándose así la caries.

LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

Las actividades preventivas se clasifican bajo varios subtítulos: Medidas preventivas comunitarias, medidas de cuidado personal y medidas profesionales.

Medidas preventivas comunitarias son aquellas realizadas y organizadas por las autoridades públicas sanitarias, tales como:

- Fluorización del agua y de la sal
- creación de una política nacional de alimentos

(incorporación de sustitutos del azúcar),

- organización de campañas de salud a gran escala

Medidas de autocuidado son las tomadas por las personas en sus hogares y son las siguientes:

- uso de pasta dental fluorada
- cepillado dental permanente y cuidadoso
- disminución del consumo de ali-

mentos azucarados

- empleo de enjuagatorios de fluor
- uso de tabletas de fluor.

Medidas profesionales, dirigidas hacia el individuo, son las que toma el odontólogo en el consultorio dental para prevenir y detener el avance de las caries, incluyen:

- la educación sanitaria
- el uso de topificaciones de fluor
- uso de sellantes de fosa y fisuras

EL FLUOR Y LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

Recientes estudios han demostrado que los efectos tópicos del fluor son más efectivos que sus efectos sistémicos. Si durante el proceso dinámico de la caries, la remineralización del esmalte se produce con iones de fluor, entonces este proceso será mucho más beneficioso para los dientes, que si se produce en ausencia de él.

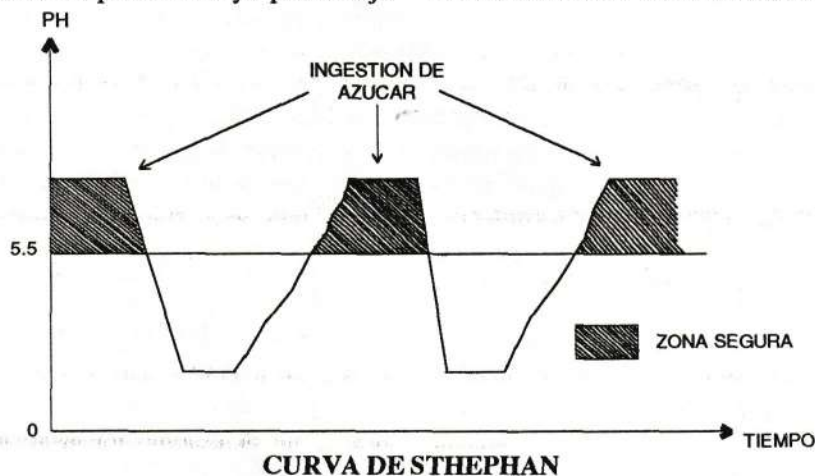
LA DIETA Y LA PREVENCIÓN DE LA CARIES

Existe una relación directa entre consumo de azúcar y caries dental. Evidencia que procede de muchas fuentes:

- Experimentos in vitro (Stephan 1944)
- Experimentos con animales (Orland, Blaybey, Harrison et. al. 1955, Silverstone 1968)
- Experimentos con participación humana (Gustafsson et. al. 1954, Vander Fehr et. al. 1970)

Estos experimentos y otros estudios epidemiológicos han ayudado a establecer las siguientes conclusiones:

1. Es imposible inducir caries (en monos) sin la adición de sucrosa en la dieta (Cohen 1985)
2. La cantidad de azúcar ingerida diariamente, tiene la correlación más alta observada entre los incrementos



Pasa a la Pág. 52

(1) Odontólogo del C.S de San Pedro, Cusco.

DEFECTOS POSTURALES

Dr. Hugo Noli Callirgos (1)

Muy frecuentes en el ser humano, así paga tributo a la osadía de estar en bipedestación (de pie, en dos miembros). Desconocidas en los cuadrúpedos: mamíferos; réptiles, mucho menos en los peces.

La postura relaciona a las partes del cuerpo con la línea del centro de gravedad. Ver figura (1).

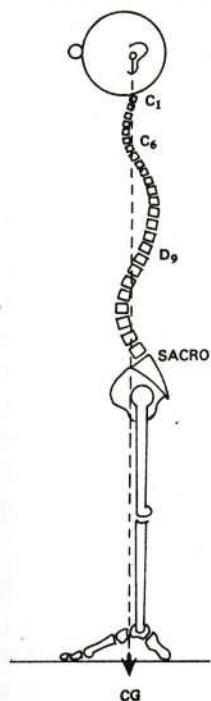


Fig No. 1

El defecto postural es la persistencia de un desequilibrio muscular que altera la disposición postural.

Los defectos posturales pueden clasificarse en:

a. Defectos axiales (que afectan la columna vertebral)

- torticollis
- escoliosis
- xifosis
- lordosis

b. Defectos periféricos

- cadera vara, cadera valga
- rodilla vara, rodilla valga, recurvatum
- tibias varas
- pie plano, equinovaro, cavo

c. Otras

- escapulas alatas

DEFECTOS AXIALES

Trataremos en este artículo las más importantes, por ser de interés general. Los defectos de la columna vertebral (axiales), son defectos frecuentes durante la adolescencia; pueden consistir en curvatura lateral (escoliosis) ver figura (2), o anteroposterior (cifosis), ver figura (3).



Fig. 2

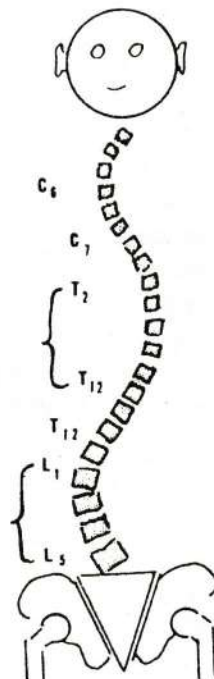


Fig. 3

La incidencia de deformidad raquídea es de cerca de 2% en la población en general. En muchos casos, la curvatura raquídea per-

manecerá en grado reducido al progresar, cinco de cada 1,000 individuos requerirán tratamiento. La mayor parte de las deformidades progresivas se hacen manifiestas clínicamente durante la aceleración del crecimiento en la adolescencia.

El diagnóstico de la escoliosis y Xifosis se realiza mediante la valoración clínica y exploración radiológica. En cuanto a la escoliosis la desviación de 10 grados o más indica escoliosis; en la Xifosis, cuando es mayor de 40 grados, se considera Xifosis anormal.

En cuanto al tratamiento de la escoliosis, ángulos inferiores a 30 grados nos limitamos al control y a la aplicación de Cinesioterapia: Ejercicios de postura.- Inclinación pelviana, abdominales isométricos; Aumento de la flexibilidad: Ejercicios de gateo de Klapp. Entre 30 y 50 grados: Cinesioterapia, corsé ortopédico. Más de 50 grados, corsé, yesos, cirugía.

El tratamiento de la Xifosis, principalmente, es fisioterapéutico con: ejercicios posturales, fortalecimiento de músculos dorsales, de abdominales, relación de los flexores de cadera. Tener en cuenta que los tratamientos de estas patologías mencionadas son sobretodo en pacientes adolescentes, pueden haber muchas otras causas de estos defectos posturales de origen infeccioso o neoplásico, neurológico, que no se mencionan aquí.

(1) Jefe del Departamento de ayuda diagnóstico y tratamiento IPSS-Cusco. Docente de Reumatología de la FMH-UNSAAC

DEFECTOS PERIFERICOS:

La Rodilla valga.- En la cual los tobillos están separados, cuando las rodillas están en contacto ver figura (4).

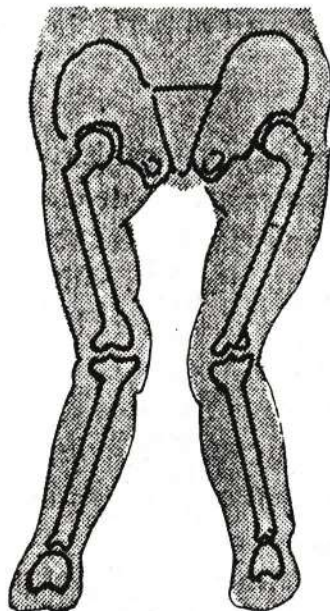


Fig. 4

Frecuentemente se presenta en la infancia y tiene una tendencia muy grande a ser padecimiento familiar. Se asocia a niños con exceso de peso que empiezan a caminar muy temprano. Puede ser secundaria a raquitismo o fracturas de fémur, etc. Tener en cuenta que hay una etapa del crecimiento del niño en que esta de-

formidad es fisiológica entre 3 y 5 años y no necesita tratamiento, hay que tener cuidado cuando persiste en grado importante.

El pronóstico depende de los factores etiológicos. Cuando los maleolos se encuentran separados a una distancia menor de 7.5 cm, el tratamiento es conservador: aplicando al zapato una cuña interna de 3 cm. de alto, pérdida de peso, y ejercicios pasivos de tracción proporcionados por los padres. En los casos graves, osteotomía.

La rodilla vara.- Por la cual las rodillas quedan muy separadas cuando los maleolos de los tobillos están en contacto. Figura (5).

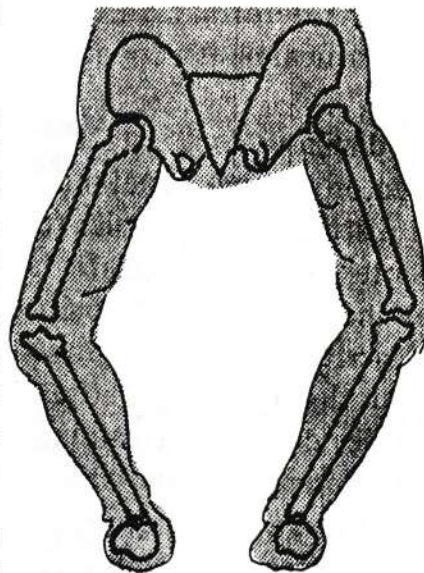


Fig. 5

Normalmente casi todos los niños al nacer y durante la infancia tienen cierto grado de rodilla en varo que persiste los tres primeros años de vida. Gran parte de esta deformación es aparente y no real, como resulta de la distribución normal de grasa en el muslo, la posición de las piernas causada por la interposición de gruesos pañales y el apoyo temprano de los niños muy obesos. A pesar de que la mayor parte de los casos de rodilla en varo tiene una causa fisiológica, puede deberse a una deficiencia de vita-

mina D. Normalmente debe evitarse que el niño camine a edad temprana, asegurarse una buena posición para dormir, evitar el uso de muchos pañales e instituir ejercicios suaves hechos por los padres pasivamente. Las férulas son benéficas para una deformación moderada que persiste durante la infancia. Si el niño camina, una corrección en el zapato ayuda a la realineación de la pierna deformada, se aplica una cuña externa en el zapato de 3-6 mm.

Viene de la Pág. 50

de la caries y otros factores dietéticos (Rugg Gunn et.al.1984).

3. Países con alto índice de consumo de azúcar per cápita tienen una alta prevalencia de caries (Sreebny 1982)

4. No hay evidencia de que la fécula pueda causar caries en una población (HEA 1987).

5. La concentración de sucrosa en la dieta influye notablemente en la incidencia de la caries (Newburn 1987)

6. El aumento en la frecuencia del

consumo de azúcar está vinculado al incremento de la incidencia de caries (Krase 1985, HEC 1986)

CONCLUSIONES

La etiología de la caries está bien documentada, la prevención está bajo el control del individuo y la educación sanitaria es una medida importante. La conclusión para prevenir la caries dental es fácil:

REDUCIR EL CONSUMO DE AZUCAR Y USAR PASTA DENTRIFICA CON FLUOR A DIARIO (HEC 1986)

BIBLIOGRAFIA:

- Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de enfermedades dentales más comunes. A. Sheiham y D. Plampling 1990).
- HEC: Health Education Council London

EFECTO DEL *ALLIUM CEPA* EN VERRUGA VULGAR EN ESCOLARES DE ZONA URBANO MARGINAL - SANTIAGO

Gustavo Tagle Carbajal (1)
Rosa Inés Vengoa Figueroa (1)
Wily Quispe Humpire (1)

RESUMEN

Objetivo : Demostrar el efecto queratolítico del *Allium cepa* (cebolla) en verruga vulgar en niños.

Diseño : Estudio experimental, simple ciego.

Ambiente : Escuela Estatal Mixta N° 50006 Ccoripata, turno tarde, Santiago - Cusco.

Pacientes : Muestra de 35 niños con verruga vulgar seleccionados por criterios de inclusión entre las edades de 7 a 4 años distribuidos aleatoriamente en 3 grupos (A,B,C)

Intervención: Grupo A: Placebo (Control) agua destilada más Benzoato de sodio al 1% peso/peso (p/p). Grupo B: Zumo de *Allium cepa* (Ac) más Benzoato de Sodio al 1% p/p. Grupo C: Zumo de Ac calentado más Benzoato de Sodio al 1% p/p. Recibieron una topicación por día durante 7 días. Se midió el tamaño inicial de la verruga, y a la tercera, sexta y séptima aplicación.

Resultados : El promedio de reducción de las verrugas durante el tratamiento en los grupos B y C fue estadísticamente significativo ($p < 0,01$). El porcentaje de curación de los tratamientos B y C respecto al Placebo fue estadísticamente significativo ($p < 0,02$). El tratamiento C tuvo un mayor porcentaje de curados (57,8%).

Conclusiones: El Zumo de Ac es un efectivo queratolítico en verruga vulgar a mayor tiempo de aplicación y a mayor dosis acumulativa. El preparado farmacológico C fue el más adecuado y de mayor efectividad.

Palabras Claves: *Allium cepa*, Cebolla, Verruga vulgar.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el empleo de la medicina tradicional para el tratamiento de lesiones dermatológicas es

frecuente (1-10). Existe reportes del uso de plantas medicinales e insectos en la terapia de la verruga vulgar (1,2,3,11), destacándose entre ellas el *Allium cepa* (cebolla) variedad blanca (2,3).

Esta patología tiene una prevalencia, especialmente en los niños de edad escolar en las zonas urbano-marginales, y su tratamiento es prolongado costoso y de difícil acceso para esta población (14,17), ello nos estimuló a realizar el presente trabajo buscando nuevas alternativas de tratamiento accesibles a la población, de costo bajo y con ello pretendemos contribuir a disminuir la prevalencia de esta infección en nuestro medio. por todo esto planteamos la siguiente hipótesis «El zumo del *Allium cepa* tiene efecto queratolítico en verruga vulgar en escolares de zona urbano-marginal del distrito de Santiago (Cusco).

El objetivo central de este estudio es demostrar experimentalmente en niños el efecto queratolítico del *Allium cepa* (cebolla) y como objetivos específicos:

1. Validar clínicamente el uso popular de la cebolla blanca contra la verruga vulgar.
2. Determinar el tipo de preparado farmacológico de la cebolla como queratolítico y el procesamiento antes de su uso.
3. Determinar el grado de efectividad del tratamiento con la cebolla blanca sobre la verruga vulgar.
4. Contribuir al conocimiento de una nueva alternativa terapéutica eficaz y efectiva.

Material y métodos

La población: fueron los escolares entre los 7 y 14 años de edad, de la Escuela Estatal Mixta: N° 50006-Ccoripata; turno tarde, ubicada en

zona urbano-marginal del distrito de Santiago (Cusco). Se siguieron las reglas de investigación en seres humanos, de acuerdo a la declaración de Helsinki de 1964 (Enmendada en Hong Kong en 1989). Los sujetos incluidos en el estudio fueron distribuidos aleatoriamente en 3 grupos de tratamiento (A,B,C).

Cebolla: Técnicas y Recolección de datos: La materia prima (cebolla variedad blanca) se obtuvo de la comunidad campesina de Kay Kay capital de distrito, provincia de Paucartambo, departamento del Cusco. Se uso abono natural, no uso de pesticidas ni insecticidas.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LOS BIOMEDICAMENTOS Y PLACEBO:

GRUPO B O BIOMEDICAMENTO «B»

1. Se emplearon los bulbos de las cebollas de las cuales se extrajo 3 capas superficiales que fueron desechadas, luego se procedió al rallado y colado en gasa.
2. Se le adicionó como conservante el Benzoato de sodio al 1% peso a peso (p/p), para lo cual se uso una balanza granatoria (precisión de 1 centésima) DIAL-O-GRAM modelo 310, manufacturado OHAUS SCALE CORPO- Union NJ USA.
3. Fue almacenado en recipientes de vidrio acaramelados, refrigerados a una temperatura de 4 °C.

GRUPO C O BIOMEDICAMENTO «C»

1. Se emplearon los bulbos de las cebollas de las cuales se extrajo 3 capas superficiales que fueron desechadas, luego se procedió al rallado y colado en gasa, obteniéndose el zumo que fue calentado con meche-ro artesanal por 15 a 20 segundos.
2. Se le adicionó como conservante el Benzoato de sodio al 1% p/p se

(1) Estudiantes del 5° año de la FMH-UNSAAC

uso la misma balanza.

3. Fue almacenado en recipientes de vidrio acaramelados, refrigerados a una temperatura de 4°C.

GRUPO A O PLACEBO

1. Se uso agua destilada
2. Se adicionó Benzoato de Sodio al 1%, usando la misma balanza que en los casos anteriores
3. Almacenados en recipientes de vidrio acaramelados y refrigerados a una temperatura de 4°C

Pasos del tratamiento:

1. Se procedió a la asepsia de la lesión con agua y jabón, para posteriormente efectuar un adecuado secado.
2. Se midió con una regla milimétrica tipo «vernier», escala 1/100 mm. marca Schlieper, el diámetro inicial de las verrugas y antes de la tercer, sexta y séptima aplicación del tratamiento, expresándose en milímetros, anotándose en la ficha -registro del niño cada vez que se realizó el procedimiento.
3. Topicación con el biomedicamento.
4. Recomendar al niño que no se lave las manos por espacio de por lo menos una hora posterior a la topicación.

Expresión final de los resultados en cuanto a verruga: Se dio por la escala de medición: Nominal:

- Curado: cuando la verruga desapareció o existió una disminución del 50% o más del tamaño inicial medido;

- No curado: cuando la verruga disminuyó menos del 50% del tamaño inicial medido. Y Razón: Se expreso en milímetros el tamaño que disminuyó la lesión. Los resultados del estudio experimental fueron analizados por las pruebas estadísticas de CHI cuadrado, T de Student, análisis de Covarianza: ANOVA. Este procedimiento de datos se realizó usando el paquete estadístico EPI-INFO.

Variables no implicadas:

Raza: todos los pacientes en estudio son de raza mestiza.

Grado de nutrición: se usó como indicadores: peso.- medido con una balanza de baño expresándose en Kg. y Talla.- se midió con un tallímetro expresándose en cm. según los percentiles de las tablas de la NCHS. Las variables edad, sexo, tiempo de antigüedad de la verruga, tipo de verruga, localización de la verruga, aplicación previa de otros tratamientos, se realizó con criterios de inclusión.

El control de las del ambiente: zona de estudio y contactos, también se hizo por criterios de selección y las subjetivas del sujeto con un estudio simple ciego.

Resultados

Los escolares estudiados fueron en un número de 35, varones 19(54,3%), mujeres 16(45,7%); comprendido

dentro de las edades de 7 a 14 años, siendo la edad promedio 10,31 años.

La distribución por grupo de estudio fue: en el grupo A 8 niños (22,9%), grupo B 14 niños (40,0%), y el grupo C 13 niños (37,1%).

En la distribución por grupos de acuerdo a parámetros nutricionales al análisis de covarianza se obtuvo un $p > 0,05$ que nos muestra que no existe diferencia estadísticamente significativa para las relaciones P/T, T/E, P/E por lo que se deduce que se trabajó con grupos homogéneos (Tabla I).

TABLA I: DISTRIBUCION POR GRUPOS DE ESTUDIO SEGUN LOS PARAMETROS NUTRICIONALES.

GRUPO	MEDIANA		
	P/T	T/E	P/E
A	50-75	< 5	10
B	50	< 5	10-25
C	75-90	10-25	25-10

Análisis de covarianza: P/T: $P=0,096$
T/E: $P=0,35$
P/E: $P=0,096$

Se trabajó con un total de 68 verrugas, distribuidas de la siguiente manera: dorso 54 (79,4%), palma 11 (16,2%) y periungueal 3 (4,4%)

Referente al diámetro inicial de la verruga por grupo se tiene: grupo A el promedio fue 3,57; grupo B 4,20, y para el grupo C 3,63, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa, lo que indica que las lesiones en los tres grupos son homogéneas en diámetro.

Las Tablas II y III muestran el promedio de reducción de las verrugas durante el tratamiento con los biomedicamentos B y C respectivamente, siendo estadísticamente significativo.

Tabla II: Efecto del Biomedicamento B en Verruga Vulgar

DIA Nº	X DE REDUCCION DE LA VERRUGA	
	mm	%
1	0,000	0,000
3	0,423	8,563
6	0,713	15,875
7	1,207	35,323

Las verrugas tratadas con biomedicamento B fueron 32, a una topicación por día.

$p=0,000001$

TABLA III: EFECTO DEL BIOMEDICAMENTO C EN VERRUGA VULGAR

DÍA Nº	X DE REDUCCION DE LA VERRUGA	
	mm	%
1	0,000	0,000
3	0,342	8,600
6	0,645	17,280
7	1,591	44,960

Las verrugas tratadas con el biomedicamento C fueron 25, con una topicación diaria.
 $p=0,000001$

La Tabla IV nos muestra el efecto del zumo del *Allium cepa* por grupos a la séptima aplicación, encontrándose un promedio de reducción estadísticamente significativo entre el grupo control y los grupos B y C.

TABLA IV: EFECTO DEL *Allium Cepa* EN VERRUGA VULGAR A LA SEPTIMA APLICACION.

GRUPO	VERRUGA	X DE REDUCCION	
		mm *	% **
A	11	0,000	0,000
B	32	1,207	35,323
C	25	1,591	44,960

* $P<0,002$

** $p<,004$

En la Tabla V observamos los porcentajes de curación de los tratamientos B y C respecto al placebo, además de que el tratamiento C mostró un mayor porcentaje (57,8%) de curación que el tratamiento B.

TABLA V: EFECTO DEL *Allium cepa* EN VERRUGA VULGAR SEGUN PACIENTE CURADOS

GRUPO	CURACION				TOTAL	
	SI	%	NO	%	Nº	%
A	00	00,0	08	100,0	08	100,0
B	3	21,4	11	78,6	14	100,0
C	07	53,8	06	46,2	13	100,0
TOTAL	10		25		35	

Chi cuadrado = 7,62

$p<0,02$

Discusión

Se aprecia que a mayor dosis acumulativa existe mayor reducción, por lo que suponemos que la cebolla reduciría totalmente la verruga, a una mayor frecuencia de aplicaciones dependiendo del tamaño de la lesión, semejando su acción a la del ácido salicílico, el

cual produce efecto en aproximadamente un mes, según refiere Mejía (13).

Se pudo apreciar una mayor disminución en cuanto a la altura de la verruga y no así en el diámetro, parámetro que se tomó como indicativo de la reducción, lo que nos demuestra la acción queratolítica por disminución de los estratos córneos en relación directa a la topicación.

La evolución clínica de las verrugas curadas luego de la aplicación del zumo del *Allium cepa* (biomedicamentos B y C) es: leve eritema a las 24 horas, ablandamiento de la lesión aproximadamente a las 72 horas, tornándose de color blanco, desprendimiento de la capa córnea, posteriormente se forma una mácula hipopigmentada que en el transcurso de 2 días desaparece, no notándose el lugar de la lesión (haciéndose homogéneo al color de la piel)

El tratamiento C tuvo un mayor porcentaje de curados (57,8% que el tratamiento B (21,4%) atribuimos esta diferencia a que el biomedicamento C fue sometido a calentamiento, pensamos que esto activaría o destruiría alguno de los componentes, lo que favorecería su acción queratolítica sobre la verruga, como lo refiere el Dr. Valdizán (2).

Se tomó en cuenta los parámetros nutricionales P/T, T/E, P/E, hallándose por debajo del percentil 5 a 1, 17, y 7 niños respectivamente, no existiendo relación en cuanto a la curación con el grupo nutrido.

Conclusiones

1. Se demuestra que el *Allium cepa* es un efectivo queratolítico en el tratamiento de la verruga vulgar ($p=000001$).
2. El zumo de *Allium cepa* calentado es el preparado farmacológico más adecuado.
3. El uso del *Allium cepa* es una nueva alternativa terapéutica al alcance de las poblaciones de más bajos recursos, dada su fácil obtención, aplicación y efectividad.
4. A partir de este trabajo se pueden plantear nuevos estudios para determinar la actividad de esta sustancia en otras infecciones epidérmicas por papovavirus y en enfermedades dérmicas hiperqueratósicas.

Agradecimientos

A los integrantes de la Escuela Estatal Mixta 50006 Ccoripata, por su participación activa y permante, que hicieron posible la realización del estudio. A los Asesores Dr. Roy García Cuadros y Dr. Carlos Zea Núñez, al Instituto Experimental de Plantas Medicinales (IEPLAM) por su colaboración en la obtención de la materia prima. Al licenciado en Fisicoquímica Justo León Baca por su ayuda en la elaboración de los biomedicamentos. Al Instituto de Investigación Médica (INIME) por la financiación parcial del trabajo.

Referencias bibliográficas

1. DELGADO S. Hugo. Medicina tradicional en Ayacucho. Facultad de Ciencias Sociales UNSCH 2ª Ed. Ayacucho. 1991; 121 y 263-4.
2. VALDIZAN Hermilio-MALDONADO Angel. La medicina popular peruana T-II Ed. Imprenta Torres-Aguirre. Lima, 1922;118.
3. SINTES P. Jordii. Régimen y cocina para curarse las enfermedades de la piel. Ed. Sintés S.A. Barcelona, 1980.
4. ALFONSO Eduardo. Curso de la medicina natural en 40 lecciones. 6ª Ed. KIER S.A. Argentina. 1980:477.
5. EULER N. Propiedades medicinales del limón y la cebolla, Ed. Lima S.A. 1977:82-3
6. BRIGITT A. Jackelin et al. Enciclopedia de la vida natural. Ed. Naurta S.A. España 1981.
7. ALEJOS V. Plantas medicinales de la madre naturaleza y secretos medicinales del limón, ajo y la cebolla. Cusco, 1983.
8. CAPO Apolo. Medicina natural limón, ajo y cebolla. Ed. Edisan S.A. España, 1987:59-62.
9. SABEV Ivan A. Cómo vivir sano. 2ª Ed. La verdad presente. Argentina, 1980: 167-75.
10. ROMERO Fermín. Propiedades medicinales de las plantas. 2ª Ed. Litografía Universo. Perú, 1983.
11. DELGADO S. Hugo. Medicina casera en Ayacucho: Serie cuadernos de investigación número catorce, Facultad de Ciencias Sociales, UNSCH. Ayacucho, 1989:114.
12. PENDERSEN Duncan. Salud y cultura médicas tradicionales en América Latina y el Caribe. Reproducción OPS-OMS. Lima Perú, 1983.
13. MEJIA Marco. MALLQUI José y GONZALES Patricia. Tratamiento de la verruga vulgar con Pseudomoe sp. Revista SITUA Año 1, N° 1. Cusco, Perú. 1992:28-30.
14. FITZPATRICK. Tratado de dermatología. 2ª Ed. Ed. Panamericana. 1987.
15. FALABELLA R. Dermatología. 2ª Ed. Ed. CIB Colombia 1988.
16. ROCK Wilkinson. Textbook of Dermatology. 4th Edition. Blackwell. Scientific Publications. Oxford 1986: 667-77.
17. LILACS/CD-ROM - 17ª edición. septiembre 1993.

Viene de la Pág. 2

conjunto, la calidad.⁽²⁾ Desde entonces, este "Marco de Bruce", como se le llama en la actualidad, ha servido de principal punto de referencia para la investigación sobre la calidad de la atención en la planificación familiar. A continuación presentamos los seis elementos:

Opciones de métodos anti-conceptivos. Esto se refiere al número de métodos disponibles, así como a los tipos de opciones disponibles, para grupos diferentes, tales como hombres y las mujeres, que desean espaciar los nacimientos.

Información suministrada a los clientes. La calidad de la información surte un efecto sobre la forma en que los clientes utilizan la anticoncepción. Esta información incluye cuán apropiados son los métodos para un posible usuario; detalles sobre cómo utilizar un método dado y sus posibles efectos secundarios.

Competencia técnica. Entre los temas técnicos incluidos figuran: mantenimiento de condiciones asépticas, cumplimiento de los protocolos y disponibilidad de personal competente en la reali-

zación de las técnicas clínicas.

Relaciones interpersonales. Esto se refiere a cómo percibe el cliente la interacción con los proveedores. Guarda relación con aspectos tales como el grado de empatía demostrada en la actitud del proveedor y el tiempo dedicado a cada paciente.

Mecanismos para promover la continuidad del uso. Existen muchos medios para alentar a los clientes a continuar utilizando en forma eficaz la anticoncepción, entre los que figuran las tarjetas recordatorias y las visitas domiciliarias.

Serie apropiada de servicios. Los clientes de la planificación familiar necesitan servicios aceptables y cómodos. Son Ejemplos la integración de la planificación familiar en la salud maternoinfantil, servicios postparto y otros servicios de salud reproductiva.

MARCO AMPLIADO

La Organización Panamericana de la Salud y Family Health International desarrollaron recientemente un marco ampliado para la calidad de la atención, que sea aplicable en un contexto más amplio de la salud reproductiva

que incluya la planificación familiar, la atención de salud maternoinfantil y el control de las enfermedades de transmisión sexual.

Este marco tiene ocho elementos, entre ellos la mayoría de los que presenta el modelo de Bruce. Otros elementos son la disponibilidad de suministros esenciales, la cual afecta a la elección del cliente; la accesibilidad y disponibilidad de los servicios y la coordinación de los servicios de salud reproductiva, incluidos el tratamiento de las ETS y la atención de salud maternoinfantil.

- William R. Finger y
Dra. Karen Hardee

La doctora Hardee es investigadora asociada de FHI.

NOTAS

- (1) Vera, H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. Stud in Fam Plann. 1993; 24 (1) : 40-49.
- (2) Bruce, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. Stud in Fam Plann 1990; 21(2) : 61-91.

INVESTIGACION DE LA SATUREJA BOLIVIANA PLANTA MEDICINAL ANDINA

Blga. Rosa Urrunaga Soria (1)
Quim. Emma Urrunaga Soria (2)
Quim. Lourdes Acurio Usca (3)

I. INTRODUCCION

En el Ecosistema Andino del Perú y principalmente en la Región Inka, se desarrolla un importante germoplasma vegetal, de vida silvestre y con propiedades curativas, reportadas por la Medicina Tradicional y la Etnobotánica. Entre muchas de ellas se menciona a la «Cjuñuca», «Cjuñumña» u, «Oregano de los Incas» sinónimas populares atribuidas a una de las especies de la Familia Lamiaceae, la *Satureja boliviana* (Benth) Brig.

El equipo de investigación del Centro de Estudios de Plantas Alimenticias y Medicinales, CEPLAM-UNSAAC con apoyo del Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONCYTEC; en esta oportunidad priorizó, la investigación de esta planta en el marco del Proyecto OBTENCION DE ACEITES ESENCIALES DE PLANTAS AROMATICAS DE LA ZONA DE SACSAYHUAMAN.

Se ha realizado el estudio Botánico, Etnobotánico y Físico Químico de la *Satureja boliviana*, que validan científicamente sus propiedades farmacológicas: antisépticas, antiespasmódicas, analgésicas, antiescabióticas, etc. También es utilizado como conservante de alimentos frescos como insecticida y ectoparaticida.

II. ESTUDIO BOTANICO

Planta subarborescente, perenne, cuya altura promedio fluctúa entre los 60-80 cm. de longitud. Hojas pequeñas muy aromáticas. Florea abundantemente después de la estación lluviosa. Su hábitat, preferentemente en la

zona de estudio es en el talud de las carreteras y laderas adyacentes.

La ubicación taxonómica de la especie, según el Sistema de Clasificación de Arthur Cronquist, (1981) es la siguiente:

REYNO : Vegetal
DIVISION : Magnoliophyta
CLASE : Magnoliopsida
Sub-CLASE : Asteridae
ORDEN : Lamiales
FAMILIA : Lamiaceae
GENERO : *Satureja*
ESPECIE : *Satureja boliviana* (Benth) Brig

III. CARACTERISTICAS ETNOBOTANICAS

Esta planta ha sido empleada milenariamente por nuestros antepasados, siendo múltiples los usos que se le atribuye, inclusive viene siendo confundida en la actualidad con otras especie de la misma familia, la «Muña» *Menthastachys spicata* que en términos cualitativos, cuantitativos y de rendimiento del aceite esencial *Satureja boliviana* le supera. (5 y 8)

Ha sido posible rescatar del conocimiento tradicional de los pobladores de la zona de estudio la siguiente información:

- Recomendable contra los dolores de estómago, cólicos y empachos, tomar la infusión o el cocimiento de la hierba. Tomar la infusión de la hierba con un poco de licor, en el tratamiento de las indigestiones que causan dolores de estómago.
- Para contrarrestar los dolores de cabeza y los mareos, tomar la

infusión de la planta.

- Para provocar la expulsión de las lombrices intestinales, tomar la infusión.

- La infusión se recomienda en los procesos del menstuo.

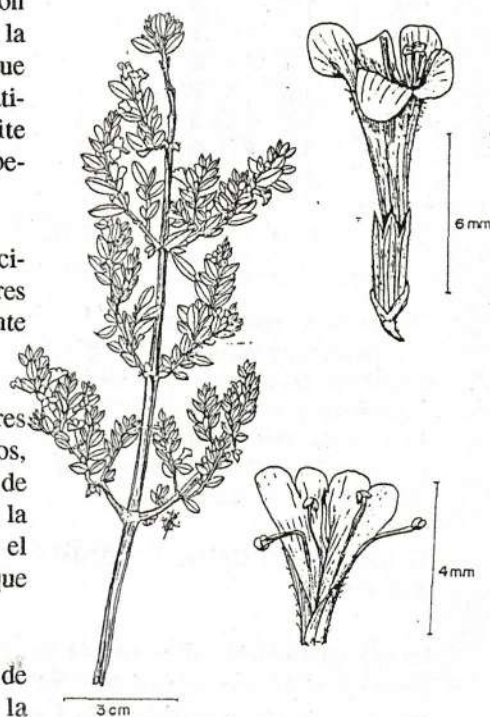
- Se le emplea como condimenticia

- Planta de efecto carminativo

- Preserva los tubérculos andinos del ataque de gusanos y de hongos.

IV. ESTUDIO FISICO-QUIMICO

Se determinó, la humedad, el rendimiento del aceite esencial, las características organolépticas, temperatura de congelación, pruebas cuantitativas del aceite esencial y pruebas preliminares fitoquímicas.



Satureja boliviana

1. Directora de CEPLAM-UNSAAC. Prof. Principal a D.E., de la Facultad de Ciencias Biológicas
2. Responsable del Proyecto OBTENCION DE ACEITES ESENCIALES DE PLANTAS AROMATICAS DE LA ZONA DE SACSAYHUAMAN
3. Tesista de la Facultad de Ciencias Químicas, Físicas y Matemáticas

CUADRO N° 1
RENDIMIENTO DEL ACEITE
ESENCIAL DE *Satureja boliviana*:

PRUEBA	MATERIA PRIMA <i>Satureja</i> <i>boliviana</i>	TIEMPO DE EXTRACCION	ACEITE ESENCIAL OBTENIDO
N°	gr.	HORAS	ml.
1	147	2.5	2
2	125	2.5	1.5
3	107	2.5	1.25
4	121	2.5	1.5
5	139	2	1.5
6	131	2	1
7	114	2	1
8	60	2	0.5
9	139	2	1.5
10	113	2	1
11	120	2	1
12	137	2	1.5
13	128	2	1
14	120	2	1.5
15	185	3	2.5
16	180	3	2
17	185	3	2
18	180	3	2.5
19	180	3	2.5
20	150	3	2
21	150	3	2
22	150	3	2
23	180	3	2
24	180	3	2
25	180	3	2
26	180	3	2
27	150	3	2
28	180	3	2
29	120	3	1
30	120	3	1
31	120	3	1
32	120	3	1
33	140	3	1.5
	4731		52.75

- Peso de Muestra Secada al medio ambiente = 4.731 g
- Volumen de Aceite Esencial obtenido (promedio) = 52.75 ml.
- Densidad del Aceite Esencial = 0.9247 a 20° C (experimental)
- Rendimiento = 1.03%

V. METODOLOGIA Y RESULTADOS

La extracción del aceite esencial de *Satureja boliviana* se practicó con una muestra biológica sometida a 3 (tres) días de secado al medio ambiente reportando una humedad de 7.68%.

Se utilizó el método de destilación por arrastre de vapor de agua se realizaron 33 extracciones, a partir de las mismas se calcula el rendimiento promedio, previa configuración, del aceite esencial obtenido. Ver Cuadro N° 1.

El aceite esencial de *Satureja boliviana* para ser usado en las diferentes determinaciones Físico-químicas, se sometió a un proceso de deshidratación y concentración utilizando métodos combinados con la finalidad de que tanto la humedad así como los componentes volátiles no interfieran en pruebas posteriores.

Las características Organolépticas, Pruebas Físico- químicas, Temperatura de Congelación y Solubilidad en Alcohol se hallan resumidas en el Cuadro N° 2 y Cuadro N° 3.

CUADRO N° 2

CARACTERES ORGANOLEPTICOS	DENSIDAD RELATIVA D = m/v	INDICE DE REFRACCION	ROTACION OPTICA
CONSISTENCIA Líquido-fluido			
ASPECTO Fácilmente movable	0.9247	1.4438	+ 21
OLOR Agradable	a	a	a
COLOR Amarillo suave	20°C	20°C	20°C
SABOR Se siente una frescura en la boca			

CUADRO N° 3

TEMPERATURA DE CONGELACION	SOLUBILIDAD EN ETANOL ABSOLUTO (grado reactivo) 99.9%			
	70%	80%	96%	100%
- 10°C	Vg 3ml Ligera- mente: soluble	Vg 2ml soluble	Vg 1ml Soluble	Vg 1ml Totalmente soluble

Las pruebas preliminares fitoquímicas se realizaron en dos tipos de muestra, aplicando el método de rutina. (2 y 6) en dos tipos de muestra:

A. En la muestra biológica de *Satureja boliviana* (Benth) Brig. Ver Cuadro N° 4

CUADRO N° 4

EXISTENCIA de Aceite Esencial	con H2O destilado	+ + + (gotitas aceitosas)
-------------------------------------	----------------------	---------------------------------

B. En el residuo exento de Aceite Esencial. Ver Cuadro N° 5 y N° 6

CUADRO N° 5

TANINOS	con FeCl ₃	Coloración café
SAPONINAS	Con H ₂ O Destilación	+ + formación de espuma
FLAVONOIDES	Con H ₂ SO ₄ (C) Mg HCl (C)	+ Amarillo Rojo
ALCALOIDES	Con Wagner y Dragendorff	+ coloración rojiza

El aceite esencial de *Satureja Boliviana* fue sometida a pruebas de coloración para cuantificar grupos funcionales y la presencia de enlaces no saturados cuyos resultados se resumen en el cuadro N° 6



CUADRO N° 6

RECONOCIMIENTO DE FENOLES	con FeCl ₃	(-) Coloración café
RECONOCIMIENTO DE ALDEHIDOS Y CETONAS	Con la 2.4 dinitrofenilhidrazina rojizo	(+ + +) Precipitado anaranjado
RECONOCIMIENTO DE ENLACES INSTAURADOS	Con el permanganato de potasio	(+ + +) decoloración

Las pruebas cuantitativas aplicadas en el aceite esencial muestran los siguientes resultados. Ver Cuadro N° 7

VII. CONCLUSIONES

1. El rendimiento de aceite esencial evaluado en *Satureja boliviana*, es de 1.03%. Se considera apreciable dicho porcentaje, en comparación a otras especies aromáticas de nuestro medio («muña», «orégano», «menta», «hierba buena», «mejorana») catalogadas como de buen rendimiento.

2. Las Pruebas Físicas aplicadas al Aceite Esencial de *Satureja boliviana*, esto es, los Caracteres Organolépticos, Densidad, Índice de Refracción, Rotación Óptica, Punto de Congelación, Solubilidad en Etanol Absoluto y Pruebas Químicas de coloración indican que la mayoría de sus componentes son de naturaleza de los Monoterpenos, con grupos Cetónicos (21.6%). Se comprueba además la existencia de Cetonas Alifáticas y Cetonas Cíclicas.

CUADRO N° 7
PRUEBAS CUANTITATIVAS

Pruebas Cuantitativas	Datos	Formula	Resultado
Indice de Acidez	1gr = Muestra Vg = 0.9 ml	$\frac{5.6 \text{ gr} - 1000 \text{ ml}}{x} = \frac{0.9 \text{ ml}}{x}$ $x = 0.0050 \text{ gr}$	I.A. = 5.04 g. de KOH
Porcentaje Acido Libre	Vg = 0.9 ml F = 0.00282 1 gr = M	$A = \frac{Vg \times F \times 100}{M}$	- % A = 0.25
Indice de Esteres	1 g = Muestra T3 = 3.5 ml (blanco) T2 = 2.65 (muestra)	$I.E. = \frac{(T3 - T2) \times 28.05}{g}$	I.E. = 23.8
Indice de Saponificación	1 gr = Muestra T3 = 1.85 ml (blanco) T2 = 0.8 ml (muestra)	$I.S. = \frac{28.05 (T3 - T2)}{g}$	I.S. = 29.4
Equivalente de Agua del reactivo Karl Fischer	01. gr de Agua A = 222 ml (determinación) B = 50 ml (blanco)	$E = \frac{W}{A - B}$	E = 0.0005
% de Agua en el Aceite Esencial de <i>S. boliviana</i> (Benth) Brig (Método Karl Fischer)	0.1 gr. = Muestra A = 50.5 ml (determinación) B = 50 ml (blanco)	$\% \text{ de } = \frac{E(A - B) \times 100}{W}$ Agua	% de Agua = 0.25%

3. Los resultados de los IA, % de Acido Libre e Índice de Saponificación demuestran que sus componentes pertenecen a estructuras simples, similares al de *Minthostachys spicata* «muña», caracteres que le dan propiedades de olor y sabor a los Aceites Esenciales.

4. La Prueba de Karl-Fischer se utilizó con la finalidad de comprobar la pureza del aceite con respecto a restos de agua que resultan siendo intérpretes para detectar grupos alcohol en ensayos espectroscópicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Acurio U. Lourdes, Obtención y Ensayos Físico Químicos en el Aceite Esencial de *Satureja boliviana*. Tesis para optar el título profesional de Químico. UNSAAC. 1993.
2. Domínguez S. Alejandro Xorge. Investigación Fitoquímica Edición Limusa, México 1979.
3. García Valenzuela Lita. Tesis «Obtención del Aceite Esencial de Menta» Cusco, Perú 1979.
4. Harrison T. Jack. Curso de Framaconogía I. Lima Perú

UNMSM. 1984.

5. Herrera F.L. Estudio sobre la Flora del Departamento del Cusco, San Martín y Cía. Lima 1939.

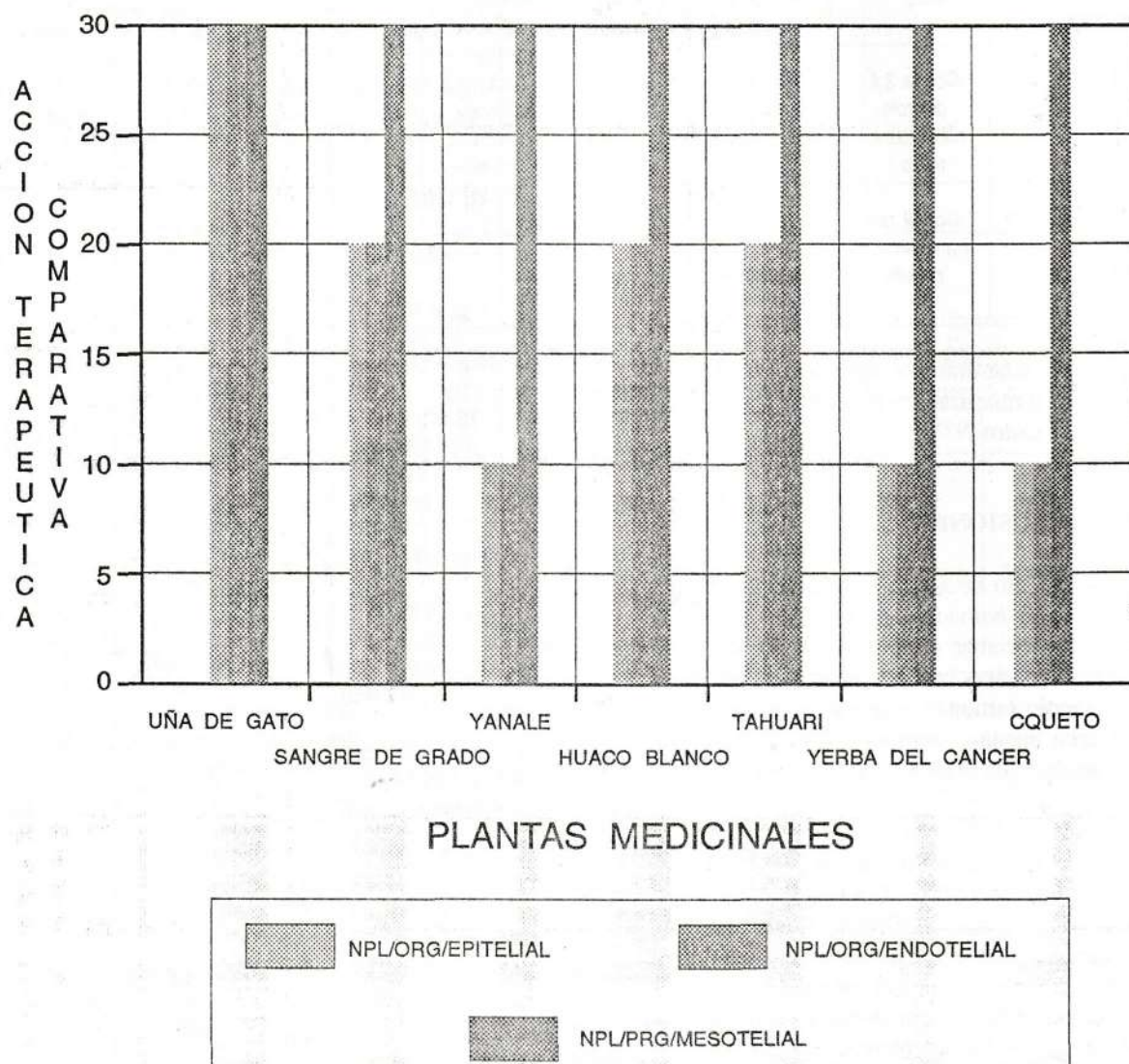
6. Lock de Ugaz Olga, Investigación Fitoquímica. Pontífica Universidad Católica del Perú. fondo Editorial, 1988.

7. Tejada Rodríguez Manuel. Tesis «Ensayos Químicos en el Aceite Esencial de *Mintostachys Spicata* (Benth) Epl. Cusco Perú 1990.

8. Vargas Calderón Casas. Informe Acerca de la Flora de Sacsayhuaman. Cusco 1970.

ACCIONES TERAPEUTICAS PLANT. MEDICINALES EN FUNC. ORIGEN EMBRIOGENICO NEOPLASIAS

Cuadro N° 2



NOTA: Por error involuntario, el cuadro N° 2, de la pág. 19, SITUA 4, del artículo "La Uña de Gato avances de su estudio e importancia en la Medicina" no salió en forma completa, en esta oportunidad les presentamos el cuadro íntegro.

FAMILIA MEDICA ANTONIANA

Siete años de estudios intensos han transcurrido y hoy se despiden de las aulas y sedes docentes los componentes de la X Promoción, a ellos les deseamos muchos éxitos en su vida profesional.

Grupo Huyro

Tatiana Miraval Niño de Guzman.
Dina Carhuaya Pérez.
Ferdinand de Amat Loza.
Mario Ortiz Pilares.

Grupo Paucartambo

Juan Hinojoza Vargas.
Berioska Castro Valencia.
Javier Cuno Vera.
Geny Campana Salcedo.

Grupo Pampacalasaya

Alberto Zamalloa Herrera.
Geny Cayo Acurio.
Liz Cuaresma Sierra.
Katia Miraval Niño de Guzmán.
Marco Cordova Rossell.

Grupo Ocongate

Pavel Cornejo Ortega.



Felicitamos a los Ingresantes a Medicina. Bienvenidos sean a esta casa de estudios.

Maldonado Auccahuallpa Lilian
Cáceres Peñalva Edwar
Paredes Puente de la Vega Freddy
Rodríguez Dueñas Dany
Palomino Gonzales Karin Magaly
Solórzano Pacheco Juan
Caceres Pacuri Yesica Milady
Velasquez Delgado Fredy
Ñaccha Tapia Christian
Cardoso Velarde Hugo Augusto
Abarca Barriga Hugo Hernan
Peña Cáceres Jane Angela
Condori Troncoso Julio César
Villalba Villalba Aracely Ubaldina
Alvarez Gaona Yessenia
Serrano Del Carpio Edson Antonio

MEDINOTICIAS

Est. Christian Palomino Vásquez

Durante los días 6, 7 y 8 de octubre de 1994, se realizó el curso de post-grado de "Actualización en Ginecología y Obstetricia", organizado por la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC, que ha sido dirigido a médicos, obstetrices, enfermeras y estudiantes de ciencias de la salud; contándose con la participación de la Sociedad Peruana de Obstetricia y la Sociedad Peruana del Climaterio; realizándose en forma exitosa por la gran concurrencia de profesionales y estudiantes.

La PAMS en una misiva enviada al Decano de la Facultad, anuncia que en sesión del Comité Ejecutivo se ha aprobado otorgar el Premio PAMS de \$ 300 (Trescientos dólares americanos) al mejor trabajo de investigación de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNSAAC, y para asegurar la continuidad de dicho proyecto se ha abierto un fondo especial de la PAMS a cargo de los médicos cusqueños residentes en los Estados Unidos, el cual ha sido remitido por el Dr. Efraín Montesinos Presidente de la PAMS.

El Instituto de Investigación Médica de la Facultad, con el apoyo económico del

Convenio PEAPS-UNSAAC/gtz; con el objetivo de incentivar la investigación en la facultad de medicina, particularmente en el área de salud pública ha convocado al V concurso para el financiamiento de proyectos de investigación dirigido a docentes, tesis y estudiantes de la facultad; siendo los incentivos de \$ 1000, \$ 500 y \$ 250 dólares respectivamente. Esperando que tenga la acogida por parte de los interesados, siendo la última fecha de entrega de los proyectos para el concurso de 21 de Abril de 1995; para mayor información apersonarse a la oficina del INIME.

Con el propósito de mejorar la atención del Area de Salud Pública, se ha adquirido una moderna computadora con apoyo del Convenio PEAPS-UNSAAC/gtz; y el Area de Salud Pública hace llegar su agradecimiento al Comité Ejecutivo del Convenio.

Durante el mes de marzo la Facultad de Medicina Humana recibió la visita de cuatro estudiantes canadienses, de la Universidad de Sherbrooke de Québec, con el fin de mejorar los lazos de amistad entre nuestra facultad y la de Canadá, de este modo van avanzando las conversacio-

nes para concretar el intercambio de estudiantes entre nuestras universidades, y una muestra de este avance es la próxima llegada de dos estudiantes canadienses para realizar su internado rural.

Como un preámbulo a la definitiva ampliación del local de la Facultad de Medicina Humana, se vienen realizando una remodelación de los ambientes del cuarto piso de la Facultad, los cuales serán destinados ala sala de profesores y al nuevo local del Area de Salud Pública.

El mes de febrero marcó el final de la labor administrativa del señor José Carlos Delgado Pareja, quien tuvo un gran desempeño en nuestra facultad desde su fundación, sorteando junto a nuestras autoridades toda las dificultades que se presentaron en sus primeros años de funcionamiento, y supo ganarse el aprecio y simpatía de docentes y alumnos, quienes hoy expresamos nuestro agradecimiento por su labor que contribuyo a la formación profesional de los estudiantes y además le deseamos muchos éxitos en su vida futura. Reemplaza al conocido señor "Carlitos", el señor Juan Carlos Soto Vega, a quien le damos la

bienvenida y le deseamos éxitos en su desempeño en la facultad.

El día sábado 25 de marzo, se realizó el último examen de selección de internos de medicina para el Hospital de Apoyo del IPSS, en el que ingresaron el cien por ciento de nuestros compañeros a quienes van nuestra felicitación.

Se vienen realizando los preparativos para el II Congreso Mundial de Medicina y Fisiología de Altura que se realizará en la ciudad del Cusco del 16 al 2 de setiembre del próximo año, siendo Presidenta del Congreso la Dra. Fabiola León Velarde y el Director del Instituto de Investigación de Altura es el Dr. Gustavo Gonzales. Desde SITUA les deseamos muchos éxitos e invitamos a todos los profesionales de la salud a participar en este evento.

Los estudiantes de la Facultad de Medicina son los

anfitriones de la XI Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina. El CCI FELSOCEM es la principal actividad de la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina que vienen realizando desde 1986 en forma ininterrumpida congregando año a año a mayor número de estudiantes y distinguidas personalidades de la medicina mundial.

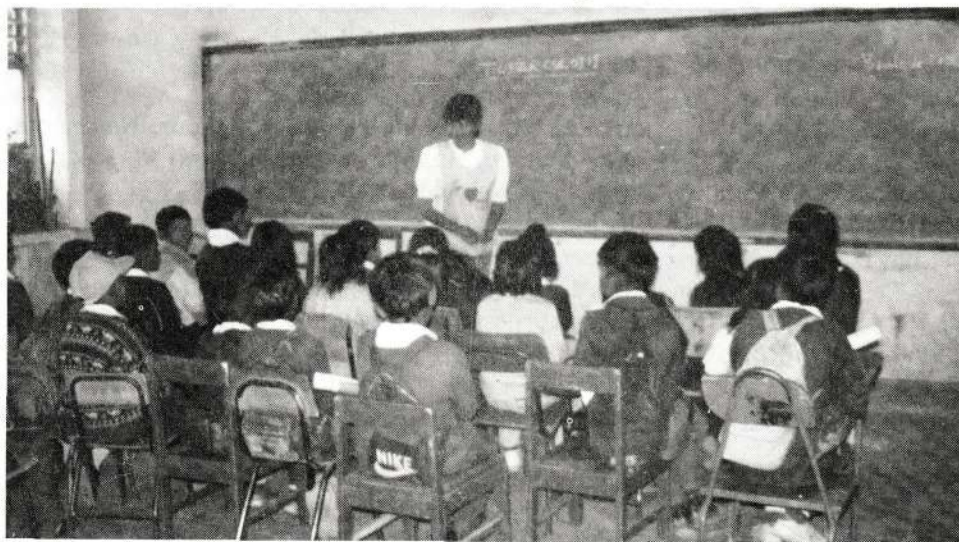
En el marco del IX CCI FELSOCEM realizado en la ciudad de Guanajuato México la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de nuestra facultad (ASOCIEC-CUSCO) con el objeto de rendir un digno homenaje a nuestra Tricentenaria Universidad, incrementar el prestigio de nuestra facultad y contribuir a elevar el nivel científico académico de los estudiantes, presentó a la Asamblea General de la FELSOCEM el Proyecto del Sede del Evento el que fue

acogido jubilosamente por todo los delegados.

En ocasión del VIII Congreso Científico de Estudiantes de Medicina, realizado en la Universidad Cayetano Heredia en noviembre del año pasado el estudiante José Carlos Yábar ganó el primer premio en la modalidad de videos con su trabajo la Cirugía en el antiguo Perú, muchas felicitaciones a él que dejó bien en alto el nombre de nuestra facultad.

En Proyecto PEAPS del convenio UNSAAC/gtz premió a los mejores estudiantes de los cursos de Salud Pública, Atención Primaria de la Salud.

El mismo proyecto están implementando el INIME con equipos computación, impresora, fax modem para apoyar de mejor manera los trabajos de investigación de los profesores y estudiantes de la facultad Medicina Humana.



Educación Sanitaria a escolares

EL CHASKI

La revista SITUA ha recibido la siguiente correspondencia:

Cusco 24 de Octubre de 1994

Of. VRAC N° 638-94

ASUNTO: Expresa Felicitación por Publicación del cuarto número de la Revista SITUA

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes, a fin de hacer de su conocimiento que mi Despacho ha recepcionado un ejemplar del cuarto número de la revista SITUA, documento que refleja datos estadísticos sobre insalubridad en la ciudad del Cusco.

En tal sentido, este Vice Rectorado expresa su felicitación por la publicación de la referida revista, el mismo que significa un aporte a la investigación. Asimismo, hago extensivo mi agradecimiento y felicitación al Convenio-Perú Alemania, que tan acertadamente apoya al «Proyecto Educación Para la Atención Primaria de Salud».

Oportunamente haré llegar un artículo para ser publicado en próxima publicación de la mencionada revista.

Hago propicia la oportunidad para renovarles los sentimientos de mi especial distinción.

Mag. Mario Góngora Santa Cruz
Vice Rector Académico

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y TURISMO

Cusco 21 de octubre de 1994

OFICIO N°344-94-FACAT

ASUNTO: Felicitaciones IV número de la Revista SITUA

Tengo el agrado de dirigirme a usted; y por su intermedio a sus Directivos, Convenio Perú- Alemania «Proyecto Educación Para la Atención Primaria de la Salud «PEAPS-UNSAAC-gtz», personal Docente de la Facultad de Medicina Humana, para Hacerle llegar, a nombre de esta Facultad y del mio propio, mi más sincera felicitación por la publicación del IV número de la Revista SITUA, y desearle muchos éxitos.

Válgome de la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal

Atentamente

Lic. Manrique Borda Pilinco
Decano Facultad de Ciencias
Administrativas y Turismo

Cusco 1994 octubre 18

De mi mayor consideración:

Tengo a honra acusar recibo de recepción de la última Revista SITUA, editado con gran acierto por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, al mismo tiempo expresar a ustedes la felicitación por el éxito logrado de ser un medio de expresión científica de la Universidad.

Los artículos son todos de alta calidad y espero que en un tiempo no muy lejano ocupe el lugar de privilegio de todos los que estamos inmersos en el campo de la Docencia y la actividad Médica.

Agradeciendo la deferencia, les renuevo las consideraciones mas distinguidas.

Atentamente

Dr. Jorge Muñiz Caparó
Médico Director
Hospital Regional

Cusco 15 de octubre de 1994

Oficio Nro 254-94-FE

ASUNTO: Expresa agradecimiento y felicitación

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de manifestarle que ha llegado a mi despacho, el cuarto número de la revista SITUA, elaborada por la facultad de Medicina Humana con la colaboración del Convenio-Perú Alemania, «Proyecto Educación para la Atención Primaria de Salud» PEAPS-UNSAAC-gtz.

Sobre el particular, debo expresarle el agradecimiento de esta facultad por la remisión del ejemplar de la revista SITUA, al mismo tiempo expresarle mi más cordial felicitación por la publicación, la misma que constituye una muestra del trabajo y el esfuerzo que viene desarrollando la Facultad de Medicina Humana, con la colaboración del Convenio Perú-Alemania

Uso de la ocasión para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente

Mag. Francisco Valdez Illanes
Decano (e) de la Facultad de
Economía

Cusco Noviembre 09 de 1994

Of.N°327-94-FE

Tengo el agrado de dirigirme a usted para enviar el MAS CORDIAL AGRADECIMIENTO por la donación que tan gentilmente nos hace de 03 ejemplares de la revista SITUA N°4 destinados a la biblioteca especializada de la Facultad, que enriquecerán el Fondo Bibliográfico de la misma.

Sin otro particular, le reitero mis consideraciones mas distinguidas.

Atentamente

Enf. Julia Salas de Combi
Decana de la Facultad de Enfermería

Cusco 17 de setiembre de 1994

Of. N° 303-94-IIUR

ASUNTO: AGRADECE ENVIO
DE REVISTA SITUA N°4

Es muy grato dirigirme a usted, con la finalidad de comunicarle que hemos recibido un ejemplar de la Revista SITUA N°4.

Con tal motivo, hago llegar mi más sincera felicitación a la Facultad de Medicina Humana y a los miembros integrantes del Convenio Perú Alemania «PROYECTO EDUCACION PARA LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD», por haber hecho posible la cuarta publicación de la Revista Sitúa la misma que estará al servicios de los usuarios de nuestra biblioteca.

Deseando que continúen publicando más números, uso de la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración personal.

Atentamente

Mgt. Marco Villasanté Llerena
Director del Instituto de
Investigación -UNSAAC

Quebec, 25 de novembre 1994

Cher Santiago

Nous aimerions vous remercier tous pour le très chaleureux accueil que vous nous avez démontré lors de notre récent séjour à Cusco

Je te serais reconnaissant de remercier en notre nom à Édith León pour son sourire de bienvenue, Egmont Salas pour le partage de son amour de Cusco, incluant la «glissade des Incas»

A monsieur le doyen Ramiro Farfán
Cantero et les étudiants et étudiantes,

nous leur transmettons notre enthousiasme de développer un programme d'échanges facultaires étudiant et professoral bilatéral. Le dynamisme de votre faculté est évident et nous aimerions le partager et si possible y contribuer.

Quatre de nos étudiants doivent séjourner à Lima en Février et mars 1995 et nous espérons qu'elles vous rendront une visite de courtoisie en préparation de séjours éventuels de leurs collègues.

Un gros merci encore une fois

Hasta pronto!

Hélène-L. Cuddihy

Mihel Coté, M.D
Professeur titulaire
Faculté de Médecine

Estimado Santiago

Nosotros queremos agradecerte por la calurosa acogida que Uds. nos han demostrado en nuestra reciente estadía en Cusco, te seremos reconocidos de agradecer a nuestro nombre a Edith Leon por su sonrisa de bienvenida a Egmont Salas por compartir su amor al Cusco incluido su resbaladero de los incas. Al señor decano Ramiro Farfán a los estudiantes, nosotros les transmitimos nuestro entusiasmos de desarrollar un programa de intercambio facultativo bilateral de estudiantes y profesores. El dinamismo de vuestra facultad es evidente y nosotros gostaríamos compartirlo y si es posible contribuir.

Cuatro de nuestros estudiantes deben hacer una estadía en Lima en febrero y marzo de 1995 y nosotros esperamos que ellas les hagan una visita de cortesía en preparación de estadías eventuales de sus colegas.

Muchs gracias una vez mas.

¡Hasta pronto!

Mélè-L Cuddihy - Mihel Coté, M.D.

Of. N°178-94-DBC-UNSAAC

ASUNTO: Aceptación y agradecimiento por Donación de Revistas SITUA 1994

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted en calidad de Director de la Biblioteca Central de nuestra Universidad para aceptar y agradecer la gentileza de la Facultad de Medicina, representada por su persona, al hacernos llegar las diferentes publicaciones de la revista SITUA, las cuales incrementarán y estarán al alcance de nuestros estudiantes en la sala de Hemeroteca de la Biblioteca central de la UNSAAC

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para renovar las muestras de mi mayor distinción.

Blgo. Alfonso Arestegui Pezua
Director de Biblioteca Central-
UNSAAC

Québec Le 24 Février 1995

Cher Santiago,

Hélène L. Cuddihy et moi te remercions de ta lettre de janvier dernier.

Je te transmets par courrier des documents concernant notre faculté ainsi qu'un vidéo sur l'apprentissage par problème utilisé dans la formation prédoctorale. J'inclus aussi un dépliant du Bureau Canadien d'Education Internationale qui pourra peut-être aider au financement d'une visite éventuelle d'étudiants(es) de votre faculté.

D'ici une semaine ou deux, vous devriez recevoir pour une brève visite de courtoisie quatre étudiants de 3e année actuellement en stage dans la banlieu de Lima. Il s'agit de: Isabelle Gosselin, Annie Emmanuelle Gobeil, Karine Leroux et Caroline Pednault.

De plus, deux étudiants de 4e année - Julie Hébert et Christine Allen - aimeraient beaucoup faire un stage à

la Faculté de Médecine de UNSAAC en mai et juin 1995. Elles te contacteront à ce sujet sous peu.

Nous vous remercions encore une fois du chaleureux accueil lors de notre récente visite et j'espère que l'avenir nous réserve une fructueuse collaboration entre nos deux facultés.

Santiago y decano Dr. Ramiro Farfan Cantero, reciban un cordial saludo.

Professeur Michel Côté, M.D.C.M., F.R.C.P. (c)
Coordonateur des stages à option MC/Jrl

Québec, 24 de Febrero de 1995

Estimado Santiago

Helene L. Cuddihy y yo te agradecemos tu carta de enero último.

Te envío por correo los documentos concernientes a nuestra facultad, así que un video sobre el aprendizaje por problemas utilizado en la formación pre doctoral. Incluyo así mismo un folleto de la Oficina Canadiense de Educación Internacional, que podría ayudarte a financiar una visita eventual de estudiante(es) de tu facultad.

De aquí a una o dos semanas, deberás recibir una breve visita de cor-

tesía de cuatro estudiantes del 3er. año, que actualmente realizan un stage en la periferie de Lima. Ellas son: Isabelle Gosselin, Annie Emmanuele Gobeil, Karine Leraux y Caroline Pednault.

De otra parte dos estudiantes del cuarto año Julie Hebert et Christine Allen, gustarían mucho hacer un stage en la FMH de la UNSAAC, en mayo y junio de 1995. Ellas te contactarían sobre esto.

Nosotros les agradecemos una vez más de la calurosa acogida de nuestra reciente visita y espero que el futuro nos reserve una fructífera colaboración entre las dos facultades.

Santiago y señor Decano Ramiro Farfán C., reciban un cordial saludo:

Michel Côté
Coord. de la Stage a option

Paucartambo, 09 de marzo de 1995.

Sr.
Dr. Ramiro Farfán Cantero
Decano de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC

Cusco

De nuestra especial consideración.

Es grato dirigimos a Ud. para saludarlo muy cordialmente y a la vez manifestarle nuestro reconocimiento por la reinstalación en nuestra sede del Internado Rural Rotatorio en Medicina, comprometidos en permanencia en la relación enseñanza-aprendizaje e incentivando en el interno el trabajo en campo, prioridad actual de nuestra población peruana, que le brindará la oportunidad de dar solidez a su formación a la vez que contribuye de manera importante en el logro de nuestras metas; nos permitimos saludar su gestión y hacemos votos para que se continúe en forma ininterrumpida, consolidándose ya como una rotación dentro del desarrollo curricular del internado en el programa de Medicina.

Reiterando nuestro agradecimiento, es oportunidad para expresarle los sentimientos de mi consideración más distinguida.

Atentamente

Dr. Dante A. Vega Ortiz
Médico Cirujano

Edith L. Zárate Vargas
Lic. en Enfermería

Obst. Dafnes Pérez Palza



Amigos canadienses

PAUTAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS EN LA REVISTA SITUA

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos, y así han de permanecer hasta su aparición en la revista SITUA de la Facultad de Medicina Humana.
2. Los artículos deberán tratar, directa o indirectamente, sobre temas de salud y otras materias afines, dentro del campo de actividades de la salud.
3. El texto no excederá de 14 páginas en papel A-4 escritas a máquina a doble espacio, los márgenes medirán como mínimo 3 cm. El original se acompañará, de ser posible, del diskette (señalándose el programa usado).
4. La revista SITUA de la Facultad de Medicina Humana se reserva el derecho de aceptar o rechazar cada uno de los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, figuras y anexos.
- 5.- El título del trabajo será lo más breve posible. Los nombres del autor y de coautores se pondrán a continuación del título del trabajo. Luego se anotará el nombre de la institución a que pertenecen. Debe proporcionarse, asimismo, la dirección postal del autor principal.
6. Cada trabajo incluirá una introducción donde se explique claramente la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico: material y método, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes; y un resumen completo y las palabras claves que dé una idea clara y precisa del contenido, en español e inglés. La revista puede realizar la traducción al inglés de quienes los soliciten.
- Si se trata de una comunicación corta, menos de seis páginas, tendrá una breve introducción, la comunicación, discusión y bibliografía.
7. La lista de referencias o la bibliografía se acompañarán en páginas aparte, al final del artículo, y tendrán en general este orden: apellido e iniciales del nombre de todos los autores; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editorial, o de la institución que representa, volumen, páginas y fecha de publicación (ciudad y país). Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos entre paréntesis), que será el mismo orden en que se agruparán al final del trabajo.
8. Las figuras y los cuadros con sus leyendas y títulos respectivos se incluirán en páginas aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas al final del texto; en el cuerpo de éste, se indicará al margen el lugar en que se deben incluir.
9. Los originales no se devolverán en ningún caso el autor recibirá gratis 01 ejemplar del número en que aparece su artículo.
10. Los originales se remitirán a nombre de la Revista SITUA - Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Av. de la Cultura s/n Cusco, o apartado N° 740 Cusco.

Derechos de los Usuarios

TODA PERSONA QUE USA LOS SERVICIOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR
TIENE DERECHO A:

- 1.- **INFORMACION**
Conocer los beneficios y disponibilidad de la Planificación Familiar.
- 2.- **ACCESO**
Obtener servicios sin importar sexo, credo, color, estado civil o ubicación.
- 3.- **ELECCION**
Decidir libremente sobre la práctica de la Planificación Familiar y el método a usar.
- 4.- **SEGURIDAD**
Tener capacidad de practicar la Planificación Familiar en forma segura y efectiva.
- 5.- **PRIVACIDAD**
Recibir orientación, consejería y servicio en privado.
- 6.- **CONFIDENCIALIDAD**
Seguridad de que cualquier información personal será confidencial.
- 7.- **DIGNIDAD**
Ser tratado con cortesía, consideración y atención.
- 8.- **COMODIDAD**
Sentirse cómodo mientras recibe los servicios.
- 9.- **CONTINUIDAD**
Recibir servicios anticonceptivos y suministros por el tiempo que sea necesario.
- 10.- **OPINION**
Expresar sus puntos de vista sobre los servicios ofrecidos.

IPPF
FEDERACION INTERNACIONAL DE
PLANIFICACION FAMILIAR