

EDICION
ESPECIAL

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría

VOLUMEN 81
3/4/1983



PARA EL NIÑO
Y LA FAMILIA

III SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

- 183 Palabras del Sr. Presidente del Comité Organizador, **Dr. Alberto Manterola**
- 185 Documento base del Tema: "Educación para la Salud" – **Coordinador: Dr. Mario Gutiérrez Leyton**
- 198 Tema: "Mortalidad Infantil - Aportes metodológicos" – **Coordinador: Dr. Norberto Baranchuk**

IV SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

- 217 Discurso inaugural pronunciado por el Sr. Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, **Dr. Teodoro F. Puga**
- 222 Reunión de expertos previa al IV Simposio de Pediatría Social - Tema: "El niño abandonado" – **Compilación efectuada por la Lic. Amanda Galli y el Dr. Mario Gutiérrez Leyton.**
- 225 Mesa Redonda: "El niño abandonado" – **Coordinador: Dr. Marcos Cusminsky**
- 233 Mesa Redonda: Técnicas y pruebas habituales en pesquisas de enfermedades – **Coordinador: Dr. Andrés Sibbald**
- 244 Conferencia: "Concepto de riesgo en detección precoz" – **Dr. Elbio N. Suárez Ojeda - Representante de la OPS**
- 249 Encuesta Nacional: "Primera Encuesta Nacional de los establecimientos que atienden niños en riesgo social de abandono" – **Director responsable de la encuesta: Dr. Mario Gutiérrez Leyton.**
- 256 Conferencia: "Pasado, presente y futuro de la Pediatría Social" – **Dr. Francisco Mardones Restat.**
- Mesa Abierta a la Comunidad: "Adopción" – **Coordinador: Dr. Teodoro F. Puga**
- 271 Conferencia: "La pesquisa de las enfermedades inaparentes y el pediatra" – **Dr. Carlos Gianantonio.**
- 278 Conclusiones



ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

Publicación de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Fundada el 20 de octubre de 1911

MIEMBRO DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE PEDIATRIA Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

Volumen 81

3/4/1983

International Standard Serial

Nº ISSN 0325-0075

Inscrito en el Reg. de la Prop. Intel

Nº 1.391.085

PREMIO APTA "F. ANTONIO RIZZUTO" a la mejor labor 1973. Categ. Rev. Científicas

DIRECTOR EDITOR:

Dr. Héctor E. Mora

COMISION NACIONAL ASESORA

Gustavo Berri, Abel Bettinsoli, Alfonso Bonduel, Juan V. Climent, Angel E. Cedrato, Alberto Chattas, Felipe De Elizalde, Dora S. de Cortes, Ignacio Díaz Bobillo, Carlos A. Gianantonio, Jacobo Halac, Alfredo Larguía, Julio A. Mazza, Francisco Menchaca, Juan J. Murtagh, Jorge Nocetti Fasolino, Humberto Notti, Miguel Oliver, Adalberto Palazzi, Teodoro F. Puga, Carlos A. Rezzónico, José E. Rivarola, Alfonso Ruiz López, Oscar I. Ronchi, Angel F. Segura, Enrique Sujoy, Pedro Tártara, José C. Toledo, Oscar R. Turró, José Valdez, José R. Vásquez.

COMISION DE REDACCION

Dres: Horacio Giberti, Raúl Merech, Horacio J. Olivé, Juan C. Puigdevall, Luis Voyer y Jorge Grippo.

SECRETARIOS DE REDACCION

Boletín Informativo: Dres. José M. Ceriani Cernadas, Ricardo S. Dalamon
Suplemento de Archivos Argentinos de Pediatría: Dres. Gustavo Descalzo Plá, Julio Axenfeld.

COLABORADORES

Nora Beker, Paulina Cendrero, María del C. Lado, Esteban Kerlikian, Ricardo Magliola, Daniel Martínez Rubio, Juan Sciarrotta, Gustavo Wharen.

TRADUCCIONES

Dra. Patricia M. Houghton, Lic. Gerda Rhades, Lic. Silvina Gamsie y Dra. Diana Reborá.

CORRESPONSALES NACIONALES

Región I
Dra. Mercedes Riaño Garcés.

Región II

Dr. José Ferrer

Región III

Dr. Eladio Mazzón

Región IV

Dr. Leonardo Vanella

Región V

Dr. Luis E. Segura

CORRESPONSALES EXTRANJEROS

Dres. Eduardo M.T. Bancalari (Miami)
Horacio S. Falciglia (Ohio)
Francisco E. Pflaum (Illinois)
Tomás Silver (Washington)

Registro Nacional de Instituciones Nº 0159

Inscrip. Pers. Jurídica Nº C. 4029

Resol. Nº 240/63

SECRETARIA: CORONEL DIAZ 1971/75

1425 Buenos Aires, R. Argentina

- Tel. 821-0612 y 824-2063

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

COMISION DIRECTIVA (1981-1984)

Presidente: Dr. Teodoro F. Puga
Vice-Presidente: Dr. Oscar Anzorena
Secretario General: Dr. José M. Ceriani Cernadas
Tesorero: Dr. Angel Plaza
Secret. de Asuntos Científicos: Dr. Carlos A. Gianantonio
Secret. Relaciones: Dr. Raúl Ruvinsky
Secret.Public. y Biblioteca: Dr. Héctor Mora
Secret. Actas y Reglamentos: Dr. Narciso A. Ferrero
Vocal 1º: Dr. Roberto R. Toziano
Vocal 2º: Dr. Tomás M. Banzas
Miembros Suplentes: Dr. Gustavo Descalzo Plá, Dr. Emilio Armendariz, Dr. Néstor E. Aparicio, Dr. Mariano Palá, Dr. Jesús M. Rey.

Secretario Técnico

Dr. Ricardo Dalamón

SUB-COMISIONES: (SAP)

Presidentes

Educación continúa:

Dr. Carlos A. Gianantonio

Publicaciones y Biblioteca:

Dr. Héctor Mora

Relaciones internacionales:

Dr. Gustavo G. Berri

Becas:

Dr. Alberto Chattás

Premios:

Dr. Américo Arriola

Relaciones:

Dr. Raúl O. Ruvinsky

Estatutos y Reglamentos:

Dr. Benjamín Paz

Educación para la salud:

Dr. Saúl Biocca

Prensa y Difusión:

Dr. Mario Cesarsky

Finanzas:

Dr. Angel Plaza

Cultura y Estudios históricos de la

Pediatría:

Dr. Donato Depalma

SOCIEDADES "AFILIADAS"

Soc. Arg. de Cirugía Infantil

Presidente: Dr. Alejandro Rivarola

Soc. Arg. de Neurología Infantil

Presidente: Dr. Jorge O. Grippo

COMITES NACIONALES DE ESTUDIOS:

Secretarios:

Estudios Feto Neonatales (CEFEN):

Dr. Jorge Martínez

Tisioneumonología:

Dr. Jesús Rey

Estudio Permanente del Adolescente:

Dr. Carlos Bianculli

Educación Médica (COEME):

Dr. Alfredo Pizzia

Enfermedades Infecciosas:

Dr. Raúl O. Ruvinsky

Nefrología:

Dr. Francisco D. Spizzirri

Salud Pública:

Dra. María Luisa Ageitos

Tumores:

Dra. Celia Roca de García

Inmunología y Alergia infantil:

Dr. Guillermo J. Bustos

Crecimiento y Desarrollo:

Dr. Horacio Lejarraga

Pediatría Ambulatoria:

Dr. Alejandro Terzano

Pediatría Legal:

Dr. Carlos Ray

Nutrición:

Dr. Alejandro O'Donnell

Gastroenterología:

Dr. Roque Emiliani

Genética:

Dr. José María Sanchez

Terapia Intensiva:

Dr. Gustavo Descalzo Plá

Psicopatología infantil:

Dra. Aurora Pérez

Cardiología Infantil:

Dr. Gustavo Berri

Diagnóstico por Imágenes:

Dr. Elías Alterman

Salud Escolar:

Dr. Tomás Figari

Accidentología:

Dr. Mauricio Plager

Hematología:

Dr. Jorge Peñalver

Endocrinología:

Dr. Jorge M. Sires

Investigación Pediátrica:

Dr. Juan C. Cresto

TRIBUNAL DE EVALUACION

PEDIATRICA:

Presidente: Dr. Alfredo Larguía

SE ENVIA SIN CARGO: a todos los socios, a las Autoridades Sanitarias Nacionales, Provinciales o Comunales, a relevantes personalidades médicas extranjeras, a Bibliotecas, a Empresas Anunciantes y en canje a todas las Revistas pediátricas del Mundo. **SUSCRIPCIONES** (No socios) Anual: Argentina (\$ 500.000. Exterior: U\$S 50. Número suelta: \$ 85.000. Cheques y giros postales a la Sociedad Argentina de Pediatría, no a la orden, número de cheque o giro; Banco; Nombre y apellido; Dirección; Ciudad y país, por el importe respectivo, agregando 30% por gastos de franqueo.

COORDINACION GRAFICA: José Luis Fontova

TIRADA: 7.000 ejemplares

CORREO ARGENTINO SUC. 25	FRANQUEO PAGADO CONCESION N.º 5160
	TARIFA REDUCIDA CONCESION N.º 30

DIRECTORES DE REGIONES S.A.P.

Región I:

Director Titular: *Dr. Jorge Nocetti Fasolino* - Avda. Callao 353, 3° C (1022) Capital

Región II:

Director Titular: *Emilio Cecchini* - Calle 32 entre 7 y 8 (1900) La Plata

Región III:

Director Titular: *Jorge Rafael Restanio* - Patricio Diez 1286 (3560) Reconquista (Santa Fe)

Región VII:

Director Titular: *Fernando Alonso* - Avda. Paraguay 45 (3500) Resistencia (Chaco)

Región IV:

Director Titular: *Alberto Lubetkin* - Constitución 1055 (5800) Río Cuarto (Córdoba)

Región V:

Director Titular: *Luis E. Segura* - Hipólito Irigoyen 1233 (4700) Catamarca

Región VI:

En receso

PRESIDENTES DE FILIALES

Córdoba: *Dr. Horacio Villada Achaval* - Hosp. de Niños - Corrientes 643 - 5000 Córdoba.

Mendoza: *Dr. Juan B. Ursomarso* - Casilla de Correo 484 - 5500 Mendoza.

Tucumán: *Dr. Alberto G. Galíndez* - Pje. Hungría 750 - 4000 Tucumán.

Santa Fe: *Dr. Edgardo Berraz* - Hosp. de Niños - Bv. Gálvez 1563 - 3000 Santa Fe.

Salta: *Dr. Manfred Feilbogen* - Hosp. de Niños - Sarmiento 625 - 4400 Salta

Mar del Plata: *Dr. Eduardo Rovedo* - Castelli 2450 7600 Mar del Plata.

Río Cuarto: *Dr. Julio Bertoldo* - Constitución 1055 (5800) Río Cuarto (Córdoba)

Rosario: *Dr. Adalberto Palazzi* - Catamarca 1935 - 2000 Rosario.

Entre Ríos: *Dr. Oscar J. Ronchi* - Urquiza 1135/39 4° Piso - of 12 - 3100 Paraná

San Juan: *Dr. Héctor Navas* - Casilla de Correo 247 - 5400 San Juan

La Plata: *Dr. Emilio Cecchini* - Hosp. de Niños - Calle 14 - N° 1631 - 1900 La Plata.

San Luis: *Dr. Sara Ayan de Turco* - Casilla de Correo 5. Suc 1 (5700) San Luis.

Bahía Blanca: *Dr. Néstor R. Rossi* - Estomba 968 8000 Bahía Blanca.

Corrientes: *Dr. Daniel Bedrán* - Hosp. de Niños - J. R. Vidal - Las Heras - 3400 Corrientes.

Misiones: *Dr. Lucio A. Gutierrez* - Junin 328 - 3300 Posadas.

Jujuy: *Dr. Angel Herrera* - Av. Córdoba y J. Hernández - Hosp. de Niños "Dr. Héctor Quintana" 4600 S. de Jujuy.

Chaco: *Dr. Adolfo Andreotti* - Avda. Avalos 450 3° piso - 3500 Resistencia.

Regional Centro de la Prov. de Bs. As.: *Dr. Héctor Equiza* - Círculo Médico de Tandil.

Alto valle de Río Negro y Neuquén: *Dr. Julio Arce-Buenos Aires y Talero* - 8300 Neuquén.

Regional Norte de la Prov. de Bs.As.: *Dr. José Santos Manuel Jaureguicahar* - Asociación Médica - Guardias Nacionales 15 - 2900 San Nicolás

La Pampa: *Dr. Ernesto Buffa* - Escalante 41 - 6300 Santa Rosa.

Catamarca: *Dr. Luis E. Segura* - Hipólito Irigoyen 1233 - 4700 Catamarca

Lagos del Sur: *Dr. Jorge Nicolini Moreno* 60J - Hospital Zonal - 8.400 - Bariloche Río Negro

Santiago del Estero: *Dr. Francisco Carlos Raffa* - Av Saénz Peña 340 - 4200 Santiago del Estero

Cruz Fueguina: *Dr. Nestor Tejada* - Gobernador Mayer 92, 1° B (9400) Río Gallegos.

San Francisco: *Dr. José Tortone* - Belisario Roldan 35 - 2400 San Francisco (Córdoba)

Formosa: *Dr. Juan A. Arauz* - Paraguav 1200 - 3600 Formosa

La Rioja: *Dr. Ernesto V Manfrin* - Facundo Quiroga 25 - 5300 La Rioja

Valle del Chubut: *Dr. Ana María Monteros* - Asociación Médica del Este del Chubut - Paraguav 142 - 9100 Trelew (Chubut).

Golfo San Jorge: *Dr. Manuel Vivas* - Casilla de Correo 965 9000 Comodoro Rivadavia.

Villa Mercedes: *Dr. Beatriz P. de Mena* - Maipú 458 - 5730 Villa Mercedes (S.Luis).

Reconquista: *Dr. Eladio C. Mazzon* - Patricio Diez 1286 - 3560 Reconquista (S.Fé).

Regional Oeste de la Prov. de Bs.As.: *Dr. Angel Tomino* - Av. Rivadavia 379 6000 Junín.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA publica trabajos de Medicina Infantil, clínicos o experimentales, destinados a todos los niveles de lectores pediátricos. Los artículos podrán ser: originales, de actualización, de casuística o de educación, tanto nacionales como extranjeros (colaboraciones internacionales por invitación). Los trabajos argentinos deberán ser inéditos, pudiendo haberse publicado tan sólo como resúmenes.

Todos los trabajos se presentarán dactilografiados por triplicado, a doble espacio, en hojas de formato oficio, con doble margen de 3 cm.

Trabajos originales: deberán mantener el siguiente ordenamiento: Página inicial; Resumen en español e inglés y palabras clave; Texto; agradecimiento; Bibliografía; Figuras y cuadros; Leyendas de cuadros y figuras. En lo posible no deberán exceder de 20 hojas escritas a máquina a doble espacio, de un solo lado. La página inicial: incluirá el título del trabajo; apellido e iniciales del nombres (es) del autor (es), con un asterisco que permita individualizar al pie, los de la institución en que se ha efectuado el trabajo, el cargo de los autores y la dirección de aquel a quien deberá dirigirse la correspondencia y que sea receptor de los pedidos de separatas.

Los resúmenes: acompañarán el trabajo por separado; el español no excederá de 300 palabras y el inglés será, en cambio, mucho más extenso y detallado con citas de gráficos y figuras del texto. Palabras clave: serán seis como máximo y sus correspondientes en inglés, serán propuestas por los autores y encabezarán el correspondiente resumen.

El texto de los artículos originales será redactado de acuerdo con la siguiente secuencia: Introducción; Material y Métodos; Resultados y Discusión.

Agradecimiento: cuando se lo considere necesario y en relación a personas o instituciones, deberá guardar un estilo sobrio.

La Bibliografía: deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquél. Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores, sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de seis, indicar los tres primeros y agregar ("y col"); la lista de autores finalizará con dos puntos (:). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición de aquélla, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:); y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial (es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), dos puntos (:); Título del libro, punto (.); Número de la edición si no es la primera y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una, colocar la primera), dos puntos (:); Nombre de la editorial, coma (,); Año de la publicación, dos puntos (:); Número del Volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol", dos puntos (:); Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro.

Material Gráfico: los cuadros y figuras (dibujos y fotografías) irán numerados correlativamente y se realizarán en hojas por separado y podrán llevar un título. Los números, símbolos y siglas serán claros y concisos. Con las fotos correspondientes a pacientes se tomarán las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Las fotos de

observaciones microscópicas llevarán el número de la ampliación efectuada. Si se utilizan cuadros o figuras de otros autores, publicadas o no, deberá adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Las leyendas o texto de las figuras se escribirán en hoja separada, con la numeración correlativa.

Abreviaturas o siglas: se permitirán únicamente las aceptadas universalmente y se indicarán entre paréntesis, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada. Su número no será superior a diez.

La Revista se hará cargo de un número razonable de figuras en blanco y negro. El excedente correrá por cuenta del autor. Los autores interesados en la impresión de **separatas**, deberán anunciarlo al remitir sus trabajos especificando la cantidad requerida. El costo de aquéllas queda a cargo del solicitante, comunicándosele por nota de la Dirección.

Trabajos de actualización: estarán ordenados de la misma forma que la mencionada para los trabajos originales, introduciendo alguna modificación en lo referente al "texto", donde se mantendrá, no obstante, la introducción y discusión. Tendrán una extensión máxima de 10 páginas y la bibliografía será breve (no más de 10 citas).

Trabajos de casuística: igual ordenamiento general. El "texto" tendrá una introducción, breve presentación del tema y referencias a publicaciones nacionales y/o extranjeras que justifiquen la comunicación por lo infrecuente, insólito o espectacular de las observaciones. Podrán ilustrarse con cuadros y figuras y llevarán un resumen en inglés. La bibliografía no excederá de 10 citas.

Los trabajos sobre Educación Continua tendrán una página inicial, introducción, objetivos, desarrollo del tema y bibliografía no superior a 10 citas.

Las colaboraciones internacionales —por invitación— serán del tipo conferencias, trabajos originales, de investigación o de casuística y de extensión no limitada. Sin embargo, la Dirección se reserva el derecho de adaptarla y disminuirla en casos especiales que se justificarán ante el autor. Se acompañarán de 1 fotografía del autor principal, breve currículum de éste, nombre del Establecimiento hospitalario al que pertenece, nombre de la Universidad y cátedra en que actúa, ciudad, país y su dirección postal.

Todas las restantes publicaciones (normatizaciones, pediatría histórica, pediatría práctica, etc.) solicitadas por invitación, tendrán la extensión que la Dirección establecerá en cada caso.

La Dirección de Publicaciones se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al Reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la jerarquía de la Publicación. En estos casos, le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo en los casos en que, por razones de diagramación o espacio, lo estime conveniente, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de sus autores.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. La Revista no se responsabiliza tampoco por la pérdida del material enviado. No se devuelven los originales una vez publicados.

Los trabajos deben dirigirse al Director de Publicaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría, Coronel Díaz 1971, 1425, Buenos Aires, Argentina.

TERCER SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

Santa Fe 16 - 19 de agosto de 1979

REUNION PRELIMINAR

Reconquista, 14 - 15 de agosto de 1979

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

COMITE ORGANIZADOR

Presidente:
Vice-Presidente:
Secretaria:
Vocales:

Dr. Teodoro F. Puga
Dr. Marcos Cusminsky
Dra. Nelly A. de Fina
Dra. María Luisa Ageitos
Dr. Oscar Anzorena
Dr. Juan R. Copie
Dr. Jorge W. Diaz Walker
Lic. Amanda Galli
Lic. Dora Garcia
Dra. Lilia Garibotto
Dr. Mario Gutierrez Leyton
Lic. Graciela Laplacette
Dr. Alberto Manterola
Dr. Roberto Mateos
Dra. Mabel Neira
Dr. Alfonso Novoa
Dr. Raúl Ruvinsky
Dr. Alberto Valetti
Dr. Oscar Vena

COMITE LOCAL (LA PLATA)

Presidente:
Vice-Presidente:
Secretario:
Vocales:

Dr. Marcos Cusminsky
Dr. Emilio Cecchini
Dr. Roberto J.M. Mateos
Dr. Luis García Azzarini
Dra. María del Carmen Ferracutti
Dr. Angel Ferrando
Dr. José J. Lacanau
Dr. Alberto Rop
Dr. Hugo Rovaletti
Dr. Juan Vrancic

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Tomás Manuel Banzas
Dr. Gustavo Berri
Dr. Felipe de Elizalde
Dr. Alfredo E. Largaia
Dr. Juan José Murtagh
Dr. Jorge Nocetti Fasolino
Dr. Alejandro Rivarola
Dr. José R. Vasquez

COMITE DE HONOR

Dr. Francisco Menchaca
Dr. Alberto Chattas
Dr. Julio Martinez Vivot
Dr. Rafael Sajon

III SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

INDICE

Palabras del Sr. Presidente del Comité Organizador Dr. Alberto Manterola	183
Documento base del Tema: "Educación para la Salud"	185
Coordinador. Dr. Mario Gutiérrez Leyton	
Preambulo	
El concepto de la Educación para la Salud	
La Educación para la Salud, una responsabilidad y un quehacer	
Contenidos para "Mensajes" de Educación para la Salud destinados a prevenir daños relevantes del sector materno-infanto-juvenil.	
Tema: "Mortalidad Infantil - Aportes metodológicos"	198
Coordinador: Dr. Norberto Baranchuk	
Investigación Bibliográfica	
Conceptos Genrales	
Aportes metodológicos seleccionados para el estudio de la Mortalidad Infantil	
Valor del diagnóstico de situación	
Bibliografía consultada	
Bibliografía recomendada	
Guía de discusión	
Conclusiones	

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DEL COMITE ORGANIZADOR DR. ALBERTO MANTEROLA

La medicina nace para satisfacer las necesidades de salud del hombre, las que como toda necesidad implican un derecho, el derecho a la salud, y promueven el deber de la propia persona, su familia y la sociedad de proteger, promover, recuperar y rehabilitar su salud. La medicina es una respuesta a ese derecho a la salud.

La pediatría, a la que los pediatras consideramos la medicina de una etapa de la vida, tiene como deber ineludible el permitir el ejercicio del derecho a la salud al grupo de niños y adolescentes.

Este es un grupo muy especial, con necesidades aumentadas por su mayor vulnerabilidad a las noxas del ambiente, sean ellas infecciosas, psicológicas o sociales, y con toda una vida por delante, de manera

que todo lo bueno o lo malo que puede sucederle tiene mayor trascendencia que en otras edades.

Los pediatras nos sentimos depositarios del deber de la sociedad de cubrir las necesidades de salud de los niños y adolescentes, de ser sus voceros. Queremos basarnos en las necesidades reales de los niños y no en las de la sociedad de consumo, ni de la propaganda, ni del lucro, ni siquiera en las de los médicos; los pediatras afirmamos nuestra acción en aquello que les pasa a nuestros niños, para conocer y aplicar los métodos que la ciencia nos otorga, para evitar las enfermedades y promover un mayor grado de salud y felicidad.

En esta misión los pediatras no estamos solos, ya que por definición consideramos a la familia el pri-

mer vínculo generador de salud de la sociedad en general y de los niños y adolescentes en particular. Creemos también que la reivindicación del médico de familia nos encuentra en la primera línea de trabajo. En la Argentina muchos países del mundo, el médico de niños fue el último reducto donde se refugió una medicina humanizada, de trato personal y comprensivo, que abarca la totalidad de la persona en sí misma y en su relación social, a la que llamamos Medicina de Familia.

Ese concepto que está surgiendo cada vez con más fuerza tiene en la pediatría uno de sus pilares.

La Sociedad Argentina de Pediatría, lo ha expresado en numerosas oportunidades, a lo largo de sus Jornadas y especialmente en los dos primeros Simposios Nacionales de Pediatría social, presididos por el Dr. Jorge Nocetti y Fasolino, y realizados en 1975 en Huerta Grande (C-ordoba) y en 1977 en Mar del Plata.

Decía al principio que el origen de nuestra acción son las necesidades de los niños. Por eso al programar este III Simposio Nacional de Pediatría Social hemos tratado de partir de esas necesidades a través de su manifestación más evidente y también más trágica: la Mortalidad Infantil. Concepto trajinado, politizado y hasta tergiversado, pero que sigue siendo un fiel indicador del grado de salud no sólo físico sino también social, cultural y económico de una población.

Los estudios que se llevan a cabo en el mundo sobre este tema y las nuevas metodologías que se aplican, junto con el análisis de la situación en nuestro país, son de tal importancia, como para decidirnos a dedicarle uno de los temas centrales del Simposio.

Los otros dos temas: Educación para la Salud y el referido a la Pediatría en Obras Sociales, significan dos respuestas a las necesidades de salud de niños y adolescentes. La Sociedad Argentina de Pediatría, después de 69 años de vida en pro de los niños de nuestro país, se considera plenamente autorizada para proyectar acciones que vayan más allá de la atención individual de pacientes.

El tema de Educación para la Salud lo comenzamos a tratar exitosamente en Reconquista con una reunión de expertos y culminó esta tarde aquí. La profundidad del documento básico que se trató, la capacidad de los expertos y la discusión en los grupos en Santa Fe nos han dejado un importante bagaje de ideas, que serán la base de un gran movimiento de Educación para la Salud, que la Sociedad Argentina de Pediatría comenzará a implementar en todo el país, junto con las entidades públicas y privadas que se ocupan del tema.

En el I Simposio de Pediatría Social tratamos el Tema de la Atención Primaria en Pediatría y en el II Simposio el de los Hospitales Pediátricos y Servicios de Pediatría.

En este III Simposio vamos a plantear un importantísimo aspecto de nuestra realidad sanitaria, las Obras Sociales. Trataremos entre todos de llegar a establecer cómo es y cómo debe ser la atención pediátrica en las Obras Sociales, sector a veces un poco olvidado en la planificación de acciones de salud.

Creemos firmemente que esta labor de conocimiento y difusión de las necesidades de nuestros niños y adolescentes, así como de algunas soluciones para cubrirlas, son de trascendencia para el mayor bienestar de la población infantil.

Y porque creemos que todos los que nos acompañan hoy, comparten con nosotros estas ideas agradezco en nombre de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría y del Comité Organizador del III Simposio Nacional de Pediatría la participación en este acto de:

- Comodoro Francisco Pitaro (Ministro de Bienestar Social, Pcia. de Santa Fe).
- Capitán de Fragata Dr. Vila Sánchez, en su nombre y como representante del Sr. Secretario de Salud Pública.
- Sr. Intendente Municipal de la Ciudad de Santa Fe a cargo, Sr. Antonio Raffé.
- Sr. Subsecretario de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe, Dr. Néstor, que nos traen el apoyo de los poderes públicos del país.
- Representante de la O.P.S., Dr. Néstor Suárez Ojeda.
- Sr. Arzobispo de Santa Fe. Monseñor V. Zaspé, que nos presta el sostén espiritual que toda gran empresa de los hombres necesita.
- Contador Realdo Rector sustituto de la Universidad Nacional del Litoral, cuya participación nos señala que las acciones a desarrollar deben tener sólido fundamento científico.

Agradezco, asimismo, el apoyo recibido por parte de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, de la Secretaría de Estado de Acción Social de la Nación del I.N.O.S., de las Secretarías o Subsecretarías de Salud Pública de casi todas las provincias argentinas, de la Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe, de la Oficina Panamericana de la Salud, de todas las Facultades de Medicina del país, de CAESPO, de los Colegios y Asociaciones Médicas y de otras instituciones privadas.

Y quiero expresar mi reconocimiento a todos los amigos que me acompañan en el Comité Organizador, especialmente la participación de los pediatras, educadores y otros integrantes del Equipo de Salud que nos hemos dado cita en Santa Fe para reafirmar nuestro compromiso, en el Año Internacional de la Infancia (Año del Niño y la Familia), para el cumplimiento del lema del Congreso Internacional de Pediatría llevado a cabo en Buenos Aires en 1974 y actualmente lema de nuestra Sociedad.

Por un niño sano en un mundo mejor.

TEMA

Grupo Asesor para el documento base del Tema:
EDUCACION PARA LA SALUD

Coordinador: Dr. Mario Gutiérrez Leyton

Integrantes: Dr. Oscar Anzorena
Lic. Graciela Biagini
Lic. Graciela Laplacette
Dr. Saúl Biocca
Lic. M. Teresa G. Cuberes
Lic. Dora Pich de García
Dr. Jorge Vukasovic
Dr. Jorge Roveña

Médico Pediatra y Sanitarista (FLACSO)

Médico Pediatra (Hospital L. C. de Gandulfo)
Socióloga (Universidad del Salvador)
Socióloga (S. S. P. Municipalidad de Buenos Aires)
Sanitarista y Educador (M. de Educación)
Ciencias de la Educación (Universidad Católica de La Plata)
Asistente Social (Hospital Salaberry)
Pediatra y Maestro (Inst. Materno Infantil de Lanús)
Pediatra (Secretaría de Estado y Salud Pública)

PREAMBULO

La preocupación de la Sociedad Argentina de Pediatría por la Educación para la Salud, es legítima y necesaria, toda vez que llena un vacío evidente de la formación médica y sirve de base para la participación ciudadana en el cuidado de la propia salud, sustancial propósito de la Atención Primaria de Salud, recientemente exaltado en los acuerdos de ALMA - ATA 1978¹ y de los cuales las autoridades sanitarias nacionales se han declarado fervientes partidarias.

Tradicionalmente se ha hablado de Educación Sanitaria con un sentido puramente escolástico y paternalista para hacer referencia a la transmisión del conocimiento en Salud. Desde hace un tiempo, sin embargo, se ha preferido cambiar el término por Educación para la Salud en mérito a que lo principal del cambio postulado está en la *conducta diferente*, fruto de un aprendizaje activo y permanente. Entendida la salud como un equilibrio dinámico y dialéctico entre el hombre y su ambiente, su preservación y/o promoción es una tarea de toda la vida realizada por el hombre mismo a través de múltiples e innumerables comportamientos específicos. Aprender (*no enseñar*) a comer, a comunicarse, a participar, a amar, a vivir en general, son resultados todos de conductas que por su repetición involuntaria se han transformado en hábitos pero que se iniciaron en algún momento y fueron encauzadas también, bien o mal, en algún sitio preciso de la intimidad familiar o comunitaria en nuestra más tierna infancia o juventud.

Hochbaum² en 1960 afirmaba lo siguiente: "El problema está en que el simple hecho de bombardear a la población con la información sanitaria, por valiosa y útil que sea ésta, no garantiza, de ningún modo, que el público aprenda con ella y tampoco que la escuche o la vea. Las investigacio-

nes sobre las relaciones entre la percepción y la motivación han demostrado que el individuo no siempre ve lo que se le muestra ni oye lo que se le dice: que en determinadas condiciones olvida o deforma lo que acaba de ver u oír y que si bien, aparentemente, capta el contenido de la comunicación —es decir cuando está verdaderamente informado sobre los hechos— no adopta, necesariamente, la medida apropiada sugerida por la comunicación". Estas comprobaciones que son evaluaciones de técnicas, se vieron posteriormente enriquecidas por importantes conocimientos en la esfera de la Comunicación, la Actitud, la Conducta (necesidades, temores, motivos, propósitos, deseos, etc.) así como en la detección de factores de influencia externa: cultural y social, *todas ellas interactuando* —y determinando resultados— en el proceso de *Educación para la Salud*.

De conformidad con lo que antecede, durante el último lustro, el gobierno de la Sociedad Argentina de Pediatría —asumiendo la trascendencia de su propia responsabilidad y jerarquía— ha colocado a la Educación para la Salud en la vanguardia de su quehacer programático.

Al efecto, se consolida en el presente documento un modo de pensar unívoco y de consenso, como culminación del esfuerzo colectivo de un grupo cualitativamente representativo de la comunidad pediátrica argentina nucleado en la Sociedad Argentina de Pediatría y madurado, progresivamente, en el curso de tres Simposios Nacionales de Pediatría Social (Huerta Grande, 1975; Mar del Plata, 1977 y Reconquista/Santa Fe, 1979).

Nada más oportuno que hacerlo precisamente este año 1979, signado por la Comunidad Universal de Naciones su AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO, en medio de una realidad y un señalamiento ético hacia el porvenir. En el mundo actual, las enfermedades, la miseria y el hambre son todavía muy frecuentes y obligan a

adoptar medidas concertadas. Pero también "ha llegado el momento de empezar a promover la salud de quienes tendrán que vivir y trabajar en el siglo XXI, es decir, de los niños que nazcan hoy"³.

Entregamos, pues, a la consideración del lector, el trabajo colaborativo de un grupo de asesores de conformación multidisciplinaria, enriquecido por la crítica y el aporte de expertos en el quehacer concreto, obtenido mediante el debate y la discusión de las ideas en el contexto de genuinas reuniones gregarias de amplia y democrática participación.

Confiamos en que este documento otorgue el marco doctrinario indispensable para transformar las ideas en acción en la noble como ineludible tarea de promover la salud materno-infanto-juvenil con cobertura nacional y eficiencia operativa: esto a través de una elevación de la calidad del trabajo profesional. Haber colaborado en el cumplimiento de este propósito pragmático que importa tanto a la función de servicio permanente de la Sociedad como a la excelencia de la práctica pediátrica argentina, es nuestra mayor esperanza y anticipada gratificación.

Buenos Aires, setiembre de 1979

EL CONCEPTO DE
EDUCACION PARA LA SALUD

Es interesante, y hasta parece indispensable, remarcar de entrada que el concepto de Educación para la Salud tiene un pasado y un presente histórico y que su caracterización como actividad rectora de salud es de muy reciente data.

En la sociedad preindustrial, la medicina se ejercía según dos orientaciones posibles: la de algunos misioneros en áreas rurales de países mar-

ginados y la de los médicos de cabecera de la buena burguesía urbana. En estas condiciones sólo el médico, además de atender al enfermo, proporcionaba los consejos sobre el uso de medicamentos o cuidados futuros. El resto de los "no pacientes" se comportaban según la pauta cultural aprendida por tradición y accedían o no, al campo científico de la medicina, la conformidad al concepto de salud-enfermedad también internalizados por aprendizaje cultural.

Hoy el cuadro del desarrollo de la medicina se hace en el contexto de la Seguridad Social en la cual al Estado le cabe una responsabilidad preponderante.

Paralelamente el cuidado de la salud deja de ser un asunto exclusivo de médicos para pasar a ser una preocupación de todos. Veamos cómo ocurrió esta transformación.

Alimentada con los avances científicos básicos en el campo de la bacteriología y la química en la segunda mitad del siglo pasado, la Salud Pública irrumpe en el siglo XX, primero tímida y luego avasalladoramente como ciencia. Con ella acrece la proyección médica al abarcar en cobertura a toda la población. Hay interés fundamental por la salud e higiene del ambiente y alerta sobre la necesidad de prevenir o limitar el contagio de las enfermedades infecciosas, en especial de la infancia.

En ese marco la principal preocupación estuvo orientada hacia la educación sanitaria o la enseñanza de la higiene, según fuese el sujeto receptor. Más tarde los médicos "descubren" que la enfermedad tiene causas sociales y económicas además de las estrictamente bioquímicas e introducen, para su mayor comprensión y control, la colaboración de científicos sociales, economistas, antropólogos, ingenieros, etc. Se forma así el equipo multidisciplinario, nace el concepto de multicausalidad y se enfatiza, cada vez más, la estrategia racional de prevenir antes que curar. La OMS marca a fuego este concepto en su ya clásica definición de Salud e incita a toda la comunidad científica a privilegiar la protección de la salud sobre la reparación del daño. Leavell y Clark sistematizan los "niveles de prevención" y el afán de justicia respecto de la distribución de los recursos impulsa a los gobiernos de los países a buscar infatigablemente la mejor solución para hacer una realidad el postulado del "Derecho a la Salud" para todos a través de una atención de la salud, universal, integral, accesible, efectiva y continuada.

Bajo esos prerrequisitos, el concepto de Atención Primaria de la Salud constituye la gran estrategia al plantear como meta, la obtención para todos —hacia el año 2000— del nivel más aceptable de salud dentro

de un Sistema de Salud conocido y manejable e integrado al Desarrollo económico-social global de la comunidad. En ese marco, la Educación para la Salud aparece como un elemento táctico indispensable para implementar la participación individual y colectiva de la población en la planificación y organización de la Asistencia Sanitaria así como para fundamentar y cimentar la *autoasistencia*. Estos conceptos globalizadores acotan, además, los límites del "marco referencial dentro de una estructura social que no fue objeto de opción alguna, pero en la que un cierto grado de libertad en la elección de conductas incide sobre el propio estado de salud de una manera u otra. Este es el campo propio de la Educación para la Salud, considerada como intervención social, orientada a modificar la conducta a favor de la salud en la medida en que dicha conducta es modificable mediante procesos de tipo educativo sin que se requiera, en cambio, la transformación global de una serie de estructuras" (Seppilli, 1968)⁴.

Definido el marco, veamos ahora *qué se propone* realizar y bajo *qué formas metodológicas* espera alcanzarlo, aquello que llamamos Educación para la Salud.

Indudablemente el sujeto "educación" y su predicado "para la salud" nos define el *qué* y el *para qué*. Se trata, en sustancia, de educar al individuo, la familia o la comunidad para que cuiden la salud individual o colectiva a través de la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas que posibiliten la promoción integral del desarrollo humano en procura de una mejor calidad de vida.

Explicar ahora cómo conseguir dicho fin implica retomar el vocablo "educación", esta vez como concepto instrumental. En tal sentido, se trata de un proceso dinámico, permanente y continuado de enseñanza-aprendizaje tendiente a promover, mantener y/o recuperar la salud de la población a través de cambios favorables de conductas. Operativamente ello ocurre cuando estos cambios se logran mediante acciones coordinadas intersectoriales y multidisciplinarias adecuadas a la problemática sanitaria, los recursos y el contexto social.

Desde la perspectiva de los actores, se trata de un proceso bilateral con participación activa de ambas partes de modo que, tanto el que emite como el que recibe el mensaje de cambio, aprendan a aprender en una acción que los incluye en una constante interacción. En ese orden, Educación para la Salud debe hacerse presente en todo acto médico o paramédico, así como en todo contacto entre el equipo de salud y la comunidad.

Probablemente sea útil, finalmen-

te, destacar que, para que la Educación para la Salud se constituya en una actitud y una práctica medible y útil desde la perspectiva de ambos sectores involucrados, debe incorporarse como actividad formal, racional y normada, a todo programa o servicio de salud así como hallarse contemplada explícitamente en las políticas del sector.

En síntesis, podríamos decir, entonces, que Educación para la Salud es un derecho individual y social, que implica el proceso de enseñanza-aprendizaje tendiente a la adopción y/o modificación de conocimientos, actitudes y prácticas de la población, incluido el equipo de salud en ella; con el fin de ayudar a la promoción, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud propia y de la de los demás a través del uso de todos los medios que la comunidad dispone, en especial de su movilización activa de carácter participativo o el ejercicio del autocuidado.

1. OMS - UNICEF. *Atención primaria de Salud*. Informe de la Conferencia de Alma-Ata, URSS, 6-12 de agosto de 1978. OMS/Ginebra 1978.
2. Hochbaum, G. M. *Investigaciones relacionadas con la Educación Sanitaria*. Publicación científica N° 88, pp. 20-32. OPS/OMS Washington 1963.
3. Tatuhenko, V. *Educación para la Salud*. "Salud Mundial" febrero-marzo de 1979, pp. 24-27. OMS, Ginebra 1979.
4. Seppilli, T. *La medicina e la Società Contemporanea*. Ed. Riuniti. Roma 1968. (Traducción en Cuadernos Médico-Sociales N° 7, marzo 1979. Asociación Médica de Rosario C.E.S.S.)

Aprendizaje y cambio

Definir el término *aprendizaje* implica desde qué punto de vista se lo ha de enfocar. Aprendizaje es tanto el resultado obtenido a través de la acción de aprender —es decir el *cambio* producido en la conducta como expresión del hecho educativo—, cuanto el mismo proceso en el cual se produce dicho cambio.

Así, frecuentemente nos planteamos qué aprendizajes son convenientes para tal o cual edad o nivel educativo, o bien qué aprendizaje han obtenido los sujetos al término de un curso, charla o mensaje.

Nos interesan ambos puntos de vista, dado que para planificar la tarea educativa-sanitaria debemos establecer, de antemano, qué queremos que la gente aprenda, es decir, *qué logros esperamos*. Pero, por otra parte, debemos planear *cómo, dónde, para qué, cuándo y con quién* se ha de lle-

var a cabo el proceso de enseñar y aprender.

Esto nos acerca a la concepción del enseñar y aprender como un mismo proceso a través del cual quien enseña, aprende; y quien aprende está, asimismo, enseñando. Porque se trata de una *situación vincular*, en la cual dos sujetos están en interacción y comunicándose. Así, hablamos de la unidad *profesor-alumno* o de *médico-paciente*, en tanto uno y otro, al comunicarse y aprender se modifican mutuamente.

Explicarle a una mamá primeriza la importancia de la *lactancia materna* y superar los temores que darle de mamar a su hijo pueda despertarle, implica la necesidad de *sintonizar* con ella y juntos, médico y mamá, superar los *obstáculos* que impidan ese aprendizaje o adquisición de una nueva forma de conducirse. La mamá vivirá el obstáculo desde su propia historia vincular con su madre: el temor a ser vaciada, que su leche no sea buena, a quedar deformada y a dejar de ser admirada y querida por su cónyuge, pueden ser algunos de los móviles conscientes o inconscientes que le impidan abordar el conocimiento transmitido por el médico. Este, por su parte, se enfrenta también con obstáculos de igual significación vincular: esta paciente le recuerda a... muy apreciada o muy rechazada, mi mujer ante una situación similar hubiera respondido... madres eran las de antes...

No sólo se aprende en la relación interpersonal; la situación de aprendizaje también puede involucrar un *sujeto*, un *objeto* y una *barrera* u *obstáculo* a ser vencido por ambos, a través de un proceso de *comunicación* que permita que el sujeto aprehenda el objeto y éste, a su vez, resulte modificado. Esto ocurre tanto en el caso del aprendizaje entre dos sujetos como en el caso de un sujeto que se enfrenta a un libro, un mensaje o una situación que le exige modificar las respuestas habituales o adquirir nuevas formas de comportamiento.

Porque aprender es *experimentar*, es *cambiar*, es *conducirse* de una manera diferente a la utilizada hasta ese momento, y aprendizaje es el *cambio de conductas producido a través de la experiencia*; por eso es un proceso personal para cada individuo. No hay dos seres humanos que puedan experimentar una situación idéntica de igual manera; cada uno la vivirá de acuerdo con su particular historia natural, de acuerdo con la trama de relaciones vinculares con los demás sujetos y objetos de su ambiente. El estilo de aproximación o abordaje al objeto de conocimiento depende fundamentalmente de los primitivos encuentros madre-hijo y madre-padre-hijo, que son quienes facilitarán u obstaculizarán el proceso de apropiación

de la realidad. En síntesis, el niño desde la cuna *aprende a aprender*. Si en sus primeros vínculos, las gratificaciones y frustraciones o límites han sido bien establecidos, el niño, y más tarde el adulto, estará facultado para una adaptación activa a la realidad. En el caso contrario el proceso de aprendizaje se verá empobrecido y las prácticas a aprender hallarán a un sujeto carenciado que deberá "desaprender" para luego aprender nuevamente a aprender.

En el ejemplo mencionado la mamá deberá comprender el valor de la leche materna para lo cual deberá adquirir el conocimiento; además aceptará que eso es bueno para su hijo, con lo cual cambiará su actitud y finalmente adquirirá la habilidad de amamantar. El médico adecuará sus conocimientos a la capacidad de comprensión de la madre, creará una situación cálida e íntima para aproximarse a los sentimientos maternos y colaborará para que la mamá y el hijo puedan proceder hábilmente en el acto de amamantamiento.

Hemos visto que aprendizaje implica *conducta*, *cambio*, *comunicación*, *experiencia*; todo ello proviene de una necesidad, interna o externa, que se constituye en la motivación que moviliza al sujeto a aprender. Un sujeto sin motivación no experimenta ni aprende.

Un sujeto, finalmente, que no aprende no cambia. Frente a la situación nueva, todos sentimos un cierto temor a no estar suficientemente instrumentados como para enfrentarla y a padecer o quedar a merced de dicha situación. Cuando nos planteamos el proceso de enseñanza-aprendizaje debemos tener en cuenta esta realidad dado que ignorarla implica una perturbación en el campo, lleva al malentendido o sobreentendido y en lugar de enfrentarla nos quedamos en el "como si".

Aprendizaje en Educación para la Salud significa, entonces, la *adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas saludables para sí mismo y para la sociedad*. Un sujeto educado sanitariamente estará en condiciones de decidir: *qué hace, qué debe seguir haciendo, qué no hace y debe comenzar a hacer y qué debe dejar de hacer en relación con su salud y la de los demás*. Deberá, asimismo, hacer un uso adecuado de la *información, los productos y servicios* que su medio le ofrezca. El educador sanitario deberá plantearse la necesidad de adecuar sus objetivos, contenidos y actividades de aprendizaje a las características y necesidades de aquellos con quienes se involucrará en el enseñar y el aprender.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, UNA RESPONSABILIDAD Y UN QUEHACER

1. Rol del Estado en la Educación para la Salud

La atención de la Salud de sus habitantes es una de las responsabilidades básicas del Estado.

Esta responsabilidad, para ser ejecutada con eficacia, requiere contar con doctrinas y políticas claramente definidas. Lamentablemente nuestro país, tal vez debido a los numerosos cambios de gobierno sucedidos durante estos últimos casi cincuenta años, no cuenta ni con doctrinas claras ni con políticas efectivas.

Ante esta carencia se han anunciado algunos planes y proyectos nacionales que no llegaron a ser lo suficientemente eficaces como para transformarse en doctrinas.

Entre los muchos planes, citaremos el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-1975 en el que se fijaban metas en Salud Pública. Los objetivos de este plan eran, en resumen: "reducir la morbimortalidad evitable y mejorar la atención médica".

Para cumplir con el primer objetivo general se fijaron dos objetivos específicos: "atención médica integrada para la totalidad de la población y saneamiento ambiental, incrementando la lucha contra los agentes transmisores y los reservorios de agentes patógenos y promoviendo a los sectores competentes para que colaboren en el abastecimiento de agua, eliminación de excretas, recolección de desperdicios, etc."

Planes como éste han obedecido y siguen obedeciendo a una concepción en la que el técnico en atención médica o el especialista en saneamiento ambiental realiza sus tareas considerando al hombre como *objeto* de sus actividades, sin darle la participación y responsabilidad que le permitan transformarse en *sujeto*, colaborador activo en la ejecución de esos objetivos.

Además, hay que tener en cuenta que en el mencionado plan se fijan, como objetivos de la atención del ambiente, la lucha contra los agentes y reservorios de agentes patógenos, la eliminación de excretas, basuras y el abastecimiento de agua, sin tener en cuenta que el ambiente en que el hombre está inmerso no es solamente el físico-químico y el biológico sino también el psico-social-cultural y que éste interviene muchas veces como factor etiológico y siempre como factor condicionante de los estados de salud o enfermedad del individuo.

Como dijimos al comienzo, el rol del Estado es el de garantizar, a través de sus organismos específicos y los privados, servicios de salud que

cubran a toda la población, desde el nacimiento hasta la muerte.

Para lograr esta cobertura es necesario que los programas de atención de la salud sean parte importante de los planes de desarrollo social, económico y educativo del país y que cuenten, además de la colaboración de estos sectores, con la participación amplia, activa y responsable de la comunidad en todo el proceso tanto preventivo como de recuperación y rehabilitación.

Esto nos está señalando claramente que el rol del Estado no es solamente el de garantizar buenos servicios de atención médica y saneamiento ambiental sino que consiste también en educar sanitariamente a la población para que pueda demandar oportunamente estos servicios y, sobre todo, para que cada individuo pueda tomar decisiones positivas con respecto a su propia salud y a la de los demás.

El Estado Nacional, para cumplir con el papel social de educar sanitariamente a la población con el objeto de lograr el mayor nivel posible de salud debe, en este caso también, terminar claramente su política al respecto con un enfoque pragmático, social y humano que permita crear conciencia en el individuo y la comunidad, sobre la responsabilidad de mejorar el nivel de salud como uno de los medios más importantes para mejorar el nivel de vida.

Fijada esta política, para efectivizarla el Estado debe realizar actividades sistemáticas orientadas a:

1) *Dictar normas educativo-sanitarias* que, basadas en un diagnóstico sanitario y socio-cultural y debatidas por los que van a ser sus ejecutores y receptores, sean suficientemente claras, coherentes y viables como para que sirvan de ejemplo a otros organismos sanitarios y educativos, provinciales, comunales, privados, científicos y de bien público.

2) *Ejecutar esas normas a nivel central y asesorar o colaborar* con recursos humanos, económicos y materiales para que los organismos señalados en 1) puedan, a su vez, adaptarlas y ejecutarlas en la forma más descentralizada posible.

3) *Coordinar, supervisar y evaluar las actividades de Educación para la Salud* tanto a nivel intersectorial (salud, educación, trabajo, seguridad y previsión social, etc.) como a nivel de instituciones privadas con fines de lucro, de bien público, y de los medios masivos de comunicación social.

4) *Capacitar o formar personal profesional y técnico* que, basado en el conocimiento de las ciencias de la salud, de la educación, de la conducta y de la administración, sea capaz de desempeñarse en forma sistemática, parasistemática y asistemática para lograr conductas sanitarias posi-

vas y duraderas en los distintos sectores de la población.

Como complemento de la realización de las actividades que acabamos de señalar, haremos algunas acotaciones que puedan explicitarlas:

1) Con respecto al dictado de normas educativo-sanitarias diremos que deben ser dirigidas fundamentalmente a:

- 1.1. Crear conciencia sobre la realidad sanitaria del país.
- 1.2. Crear en personas, grupos e instituciones un sentido de responsabilidad que permita desarrollar conductas sanitarias positivas capaces de ser transmitidas a los demás.
- 1.3. Lograr que la gente, los grupos y las instituciones que se constituyan utilicen correctamente los servicios de salud y que participen, en forma organizada, en su expansión y fortalecimiento.
- 1.4. Actualizar los contenidos y métodos educativo-sanitarios.

2) Es frecuente que las autoridades nacionales realicen actividades destinadas a *ejecutar* las normas que ellas mismas han determinado, pretendiendo que esa ejecución se realice también a nivel de otros organismos oficiales o privados y de la comunidad en general a los que soliciten su participación para obtener logros previamente establecidos por quienes, sintiéndose dueños de la verdad, construyen esquemas que, teóricamente, pueden ser correctos pero que no se adecúan a la realidad porque han desestimado los sentimientos, costumbres o aspiraciones de esos organismos y de esa comunidad.

3) Una función muy importante del Estado es la de romper sus propios compartimientos estancos desarrollando acciones *coordinadas*, tanto dentro del propio sector de Salud como con los otros sectores que integran la administración estatal y privada.

Señalamos una sola de las coordinaciones indispensables, la que debe realizarse entre el sector Educación y el sector Salud.

Educación necesita niños sanos para poder educarlos y Salud Pública necesita padres educados para que tengan y crien niños sanos.

Para coordinar estas actividades es necesario que el sector Salud señale *qué* debe enseñarse para que el sector Educación, que sabe *cómo* hacerlo, lo ejecute. Esto evitaría, por ejemplo, que a nivel secundario se siga enseñando los pares craneales, la sistematización de la médula o los músculos de la nuca y lograría que los niños salgan de la escuela primaria sabiendo por qué los vacunaron.

En nuestro país se pueden señalar tres ejemplos relativos de esta coordinación.

En 1971 se constituyó una Comisión Nacional Mixta de Educación y Salud y numerosas comisiones provinciales del mismo tipo.

En 1972, por acción de esa Comisión, el Consejo Nacional de Educación dictó la resolución N° 929 introduciendo a Educación para la Salud como materia de promoción en todas las escuelas de su dependencia tanto en Capital como en las provincias (casi 8.000 escuelas).

En este momento, dependiendo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, se dicta un curso de educación a distancia, en Educación para la Salud, a 450 profesores de higiene y biología de escuelas secundarias de todo el país. Las dos primeras experiencias fueron suprimidas en 1974 y la tercera está en plena ejecución debido a que el organismo mencionado contrató a dos médicos especializados para que escriban dicho curso.

En cuanto a la *supervisión* de las acciones educativo-sanitarias, señalaremos también un solo ejemplo, la supervisión de estas acciones a través de los medios masivos de comunicación social.

Si bien el Estado debe respetar la libertad de expresión no puede dejar de dictar leyes o códigos sociales que, en estos casos, resguarden la salud de la población.

3.1. De los intereses privados o del mismo Estado que se difunden a pesar de ser perjudiciales para la salud. (Entre otras cosas, la publicidad para incitar al consumo de cigarrillos o bebidas alcohólicas. Un organismo del Estado fue el que realizó la propaganda del vino, señalando que era "vida" y además "la bebida de los pueblos fuertes".)

3.2. De los colegas, que indican masivamente regímenes para adelgazar, pasan por televisión películas de alta cirugía o discuten públicamente, fuera de los foros científicos, si ciertas enfermedades deben ser tratadas en forma clínica o quirúrgica. Estos tres ejemplos son de iatrogenia, no de Educación para la Salud.

3.3. De la violencia a la que son tan afectos ciertas series de televisión o ciertos periódicos o la presentación de ídolos de la juventud que conviven en calidad de amantes, contra-ejemplos ambos de lo que queremos enseñar para lograr una buena salud mental del niño y la familia.

4) En lo que se refiere a la política del Estado en relación con *capacitación o formación de personal*, es necesario producir grandes cambios que permitan, mediante una formación humanista, desarrollar capacidad de afecto y comunicación, para que todo el equipo de salud pueda cola-

borar con su ejemplo y su dedicación, en la Educación para la Salud de aquellos que, de una manera u otra, se vinculan con los hospitales y demás organismos preventivos o asistenciales.

2. Rol de la Sociedad Argentina de Pediatría

El estudio de la Sociedad en su Título I Art. 2 a), referente a los fines, expresa textualmente: "Contribuir al progreso de la Clínica pediátrica y Especialidades afines, de la Puericultura y de la Pediatría Sanitaria y Social".

Es obvio que la labor fecunda de 69 años de vida le otorga la capacidad y responsabilidad de proyectar en el orden técnico y ético, acciones en pro de la salud del niño y del joven argentino, que excedan el ámbito individual del ejercicio profesional. En ese marco se incluyen la doctrina y metodología que la Sociedad adopte en materia de Educación para la Salud.

Area investigación-acción

De la encuesta realizada para la preparación de la Reunión de Expertos en Reconquista se rescata una frase que expresa en forma simple el concepto posiblemente más conducente para la elaboración de programas de educación-aprendizaje para la salud: *No sirve sólo la acción del médico aislado o agrupado en Sociedad: es necesario, además, la acción conjunta de los funcionarios y de la población.*

Si el objetivo final es el cambio de actitud de la población adulta e infantil con relación a la protección de su propia salud, es decir crear una especie de instinto de conservación en salud, tamaño empresa jamás avanzará en efectividad si no se establece un continuo proceso de colaboración entre los distintos sectores sociales en los que el equipo de salud no es más ni menos que uno entre ellos.

Los programas de acción de la Sociedad Argentina de Pediatría deben especificar en esta área los siguientes aspectos:

- 1) Determinación de los "daños a la salud" sobre los que corresponde efectuar prevención primaria.
- 2) Fijar el contenido conceptual de los mensajes de acuerdo con un consenso aceptado e indiscutido.
- 3) Determinar el rol de los distintos emisores, de acuerdo con los medios con que eventualmente se cuenta.
- 4) Lograr la integración programática de los emisores.
- 5) Adaptación y participación activa en el programa de todas las Regiones de la Sociedad, a las que se brindará amplia información so-

bre metodología y, eventualmente, material de difusión.

Area capacitación de asociados y equipo de salud

El Currículum Universitario que otorga títulos a personas que componen el equipo de salud no contempla la formación, ni siquiera la información sobre la Educación para la Salud, pese a que se trata de una actividad que acompaña permanentemente a la práctica de la medicina sanitaria y asistencial. Este vacío debe ser necesariamente cubierto por la SAP, de acuerdo con los mismos principios de "educación continua" con que se aborda la actualización en la competencia profesional de los asociados.

En definitiva, la SAP en esta tarea debe intentar llevar a la conciencia del equipo de salud, que todo acto médico, individual o sanitario debe llevar implícito el mensaje de salud oportuno, por la razón de que ningún otro sector de la población tiene una relación más estrecha y en el momento emocional más sensible, con la madre, que resulta ser el medio efector más eficaz.

En la normatización de acciones de atención pediátrica primaria deben formar parte, como complemento indispensable, las acciones de Educación para la Salud.

Se propone, por último, programar reuniones sobre el tema, en los distintos Servicios de Pediatría, como una variante del sistema de cursos en el local de la Sociedad, teniendo en cuenta la formación predominantemente asistencial de los pediatras, lo que condicionaría presumiblemente escaso interés por la inscripción en cursos de esta índole.

Area relación institucional

Al definir el rol del Estado se expresa en este documento que el mismo debe "lograr que la gente, los grupos y las instituciones que se constituyen utilicen correctamente los servicios de salud y que participen en forma organizada en su expansión y fortalecimiento". Siguiendo este concepto se infiere que la SAP tiene un objetivo claro en lograr mediante la Educación para la Salud la mayor accesibilidad a los sistemas de salud para que los mismos extiendan sus servicios a toda la población y en el momento oportuno para la prevención.

Corresponde, en consecuencia, conocer en detalle las normas educativo-sanitarias dictadas por el Estado, así como los recursos en el área, para desarrollar las acciones de Educación Sanitaria acordes con ello.

El asesoramiento de la SAP en la elaboración de programas y campañas oficiales es una aspiración que

debe ser activamente gestionada. Al propio tiempo, coordinar el contenido de los programas de la SAP con los oficiales, de tal modo que complementen y refuercen las acciones que en el aspecto ético y metodológico no la contraríen.

Es necesario gestionar ante los Ministerios de Bienestar Social y Educación de la Nación, a los efectos de que Educación para la Salud integre los planes de estudio de las carreras de los integrantes del equipo de salud.

Especial mención merece la relación con el sector Educación. Aprender cómo se enseña a prevenir debe ser una tarea en la que SAP debe colaborar en todos los niveles de la Educación. De hecho, el maestro, tradicionalmente, ha sido el emisor más importante y eficaz para crear hábitos higiénicos y colaborar en las medidas de prevención.

Los Colegios y Federaciones médicas del país desarrollan una importante tarea de Educación Sanitaria. La Sociedad de Pediatría debiera ser su natural asesor en el aspecto pediátrico, a la vez que tendría que utilizar los recursos y medios de que estas instituciones disponen y que, sin duda, pondrían a disposición.

3. Rol del pediatra

Medios de comunicación interpersonal

Cada vez se reconoce más la importancia del pediatra como médico de la familia en tanto se lo concibe como el encargado de conducir el proceso de crecimiento y desarrollo de los miembros más jóvenes de la misma, tarea que realiza en estrecha relación con los adultos del grupo familiar, dado que la familia es considerada como la instancia mediadora de la salud de niños y jóvenes al proporcionar el medio ambiente material, social y afectivo donde éstos se desenvuelven.

La madre es el agente sanitario natural de primera línea, que actúa como transmisor y retransmisor de información desde dentro de la familia.

La transmisión del mensaje la puede realizar, además del pediatra, el clínico o médico de la familia, el psicólogo, la enfermera, la asistente social, el maestro, el dirigente vecinal, el ministro religioso o el encargado o capataz laboral.

Asimismo, es responsabilidad de la esfera de acción del pediatra, asesorar y colaborar en la capacitación de todos los que, de modo directo o indirecto, promueven acciones sanitarias (periodistas, educadores, autoridades municipales, etc.).

En este sentido se destaca la importancia del aporte del pediatra para

tratar no sólo de resolver problemas "médicos" sino también educacionales y del medio ambiente biofísico y social, ejerciendo una acción integral e integradora sobre los elementos que inciden en el crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

I Oportunidades de la transmisión oral

A) La consulta médica configura una oportunidad inmejorable para la Educación para la Salud, ya sea hospitalaria, privada, en Obra Social y en domicilio, realizada en estado de salud o enfermedad, "pero debe ser jerarquizada".

Es importante porque el médico generalmente es considerado por la población como un profesional con prestigio en lo que respecta a su salud y porque permite una propicia relación interpersonal.

Aunque el médico no sea el efector directo de las acciones de Educación, puede cumplir otras funciones tales como la de asesor, especialmente en lo que respecta a los contenidos de esas actividades.

B) Transmisión en momentos institucionales de crisis

Aspectos a tener en cuenta:

1) Las vivencias individuales y de la familia durante la internación en Sanatorio o en el Hospital sirven para reforzar o rectificar imágenes o pre-conceptos negativos respecto de la salud, quedando fijadas como huellas indelebiles en los individuos.

2) La visita a un enfermito o a una puerpera internada que movilizan situaciones vitales de vida y muerte.

3) Elaboración y comprensión de la angustia de muerte.

4) Transmisión de mensajes de salud en los grupos operativos de los psicólogos con las madres de los niños internados y con los padres de los niños en psicoterapia.

5) Elaboración del proyecto de vida de una familia a punto del nacimiento de un hijo como forma de apuntalar la relación madre-padre-hijo.

C) Transmisión en las consultas

1) Transmisión de los mensajes de comprensión del crecimiento y desarrollo psicoevolutivo del niño, en especial en el primer año de vida, en el preescolar y el escolar.

2) Transmisión de los mensajes de salud al adolescente, sus padres y hermanos, necesidad de adecuar al discurso médico y familiar en relación con ese grupo etario.

3) Especial transmisión de mensajes de pautas evolutivas y roles familiares a los padres adoptivos.

II Interferencias en la transmisión del mensaje de salud

Si bien se recomienda incluir la Educación para la Salud en la consulta médica, no podemos dejar de señalar algunas dificultades para concretarla.

1) Experiencias negativas de los padres en su niñez o adultez por operaciones, mala atención en consultorio o insatisfacción en las demandas de salud. Miedo al guardapolvo o a los olores odontológicos u hospitalarios asociados a amigdalectomías o suturas.

2) Transmisión del mensaje de salud invalidado o no emitido por recetas ilegibles en la letra y el código y no acompañadas de la explicación sobre la forma de administrar la medicación.

3) Negación y no aceptación de la patología adquirida o congénita de un hijo por parte de los padres.

4) Imposibilidad de transmisión de mensajes de salud por atención médica rápida, por exceso de número de pacientes en guardias de hospitales, Obras Sociales, centros de salud y consultorios privados por falta de adecuada planificación o desmedido espíritu de lucro.

5) Resistencia del profesional, por falta de formación integral o por sus conflictos no resueltos ni elaborados, a comprometerse con el paciente niño-familia en la emisión de mensajes de salud de psicoprofilaxis del vínculo familiar, por ejemplo: respecto al uso inadecuado del chupete, el colecho, la cohabitación o la puesta de límites lógicos, junto con las pautas de crecimiento psicoafectivo esperables.

6) Resistencia de los padres a interpretar y asumir el mensaje de salud cuando éste lleva implícitos aspectos en que los padres se sienten en situaciones críticas de pareja o de trabajo que no permiten la necesaria dedicación a sus hijos.

7) Interferencia de la transmisión de mensajes de salud cuando la consulta, que puede ser importante o no, es vivida como urgente, movilizándolo al profesional o al equipo de profesionales sin causa justificada para una atención por guardia o domiciliaria.

8) No emisión de mensajes que expliciten lo que se entiende por urgente e importante en la consulta, lo cual puede producir angustia, errores o dependencias negativas.

9) Interferencia de la transmisión de mensajes de salud cuando existe contradicción en los mensajes del equipo de salud respecto de una conducta:

Ejemplo A: Amamantamiento natural: Para que se apoye y estimule a la madre puerpera es absolutamente necesario que haya coherencia en la comprensión de la importancia de dar

pecho entre el obstetra que controla el embarazo, el que atiende el parto, el neonatólogo, el pediatra que controla la internación conjunta (rooming-in), las enfermeras de nursery y obstetricia, las mucamas de las salas de internación y los pediatras de seguimiento de consultorio externo. Asimismo, es necesario que el equipo conozca las especiales características del puerperio con sus vicisitudes esperables y superables para poder transmitir mensajes útiles a la madre, al padre y a la familia.

Ejemplo B: Contradicción entre los miembros del equipo de salud en la información que proporcionan a la familia respecto del diagnóstico y seguimiento de la enfermedad del niño por no crear angustias, falsas expectativas o miedos a conductas médicas que tendrán que realizarse al niño, ejemplo: canalizaciones, luminoterapia, exanguinotransfusiones.

10) Interferencia en los mensajes cuando las conductas de cambio propuestas no se acompañan de una conducta personal del equipo de salud que las avale.

Ejemplo: disociación de la familia del líder, conductas antisociales, falta de encuadre en la tarea.

11) Interferencia en la emisión, transmisión y recepción de los mensajes de salud por:

- 1) a) Inaccesibilidad geográfica.
- b) Inaccesibilidad cultural.
- c) Inaccesibilidad económica.
- d) Inaccesibilidad temporal (horarios y frecuencia de atención).
- 2) a) Ambito de consulta y atención inadecuado.
- b) Simultaneidad de consultas.
- c) Falta de privacidad.

Como consecuencia del no reconocimiento de las actividades de Educación como prestaciones de Atención Médica y en relación con esta desvalorización de dichas actividades: falta de tiempo en la consulta ambulatoria que está relacionada con una mala organización de la atención médica que no jerarquiza el Consultorio Externo ni capacita al pediatra en lo que respecta a Educación para la Salud.

12) Falta de conocimiento de las características antropológicas, culturales y económicas de la comunidad a la cual se emite el mensaje, la que puede ser subestimada o sobrevalorada en sus pautas, lo que no permite la transmisión-recepción ni comprensión de los mensajes.

13) Transmisión de mensajes sin tener en cuenta la posibilidad de comprensión y cambio de conducta del oyente, por uso paternalista o autocrático de los conocimientos sin permitir la discusión y elaboración del mensaje.

Además de la relación interpersonal y directa resalta cada vez más el

papel protagónico que para la Educación para la Salud, como práctica continua de su quehacer, le cabe a la Pediatría, no sólo en el ámbito de la consulta sino también en relación con la comunidad a través del trabajo en equipo de profesionales de otras áreas (educación, ingeniería sanitaria, alimentación, recreación, religión, etc.) y con la difusión de sus conocimientos científico-preventivos por los medios masivos de comunicación.

4. Rol de la familia en la Educación para la Salud

Para hablar de este rol debemos partir de su conceptualización. La familia es una institución social primaria en la cual se satisfacen las necesidades primordiales del individuo y en cuyo proceso, dinámico por cierto, se forjan las relaciones vinculares básicas y donde se encuentran presentes patrones de conducta anteriores (la familia de origen) que condicionan las relaciones que se dan dentro y fuera del grupo familiar.

La familia como ente transmisor de la cultura tiene funciones que hacen a:

- la reproducción y a las relaciones afectivas, que tienen por objeto lograr la madurez emocional de los miembros del grupo;
- la socialización del niño en las normas educativas, morales, ideológicas y de protección de la salud;
- la economía y que están ligadas a la productividad y a la división del trabajo.

Es decir que la familia forma al individuo, al niño y, desde su gestación, impone una ideología y una determinada visión del mundo. Al respecto afirma I. Calvo:

"Las características sociales del grupo familiar conforman al individuo otorgándole una identidad social y una ubicación en una clase social determinada con ciertas costumbres y posibilidades adquisitivas y las características psicológicas le darán una matriz diferencial bajo la forma de un mito y un arquetipo familiar organizados a través de la historia y pre-historia (los antepasados) de su grupo."

Estos supuestos básicos, desde la relación madre-hijo hasta la protección del grupo familiar, especialmente a través de la pareja, son los cimientos primarios que hacen a la salud mental del individuo.

La socialización es la que convierte a un niño en miembro de la Sociedad. Es en la familia y luego en la es-

cuela donde el niño adquiere sentimientos, creencias, hábitos que van a influir sobre su conducta a lo largo de la vida. Por ello, las personas encargadas de socializarlo no sólo deben tener algo que transmitir y la responsabilidad de hacerlo, sino la capacidad como para orientar e incidir un cambio de actitudes.

De ahí se desprende la importancia de la figura materna durante este proceso; luego, en la escuela, es la maestra la que continúa la educación impartiendo conocimientos y técnicas intelectuales, trabajando con el grupo familiar y recibiendo su apoyo.

Si retrocedemos en el tiempo, vemos que el desarrollo histórico de la familia se fue diferenciando de acuerdo con los cambios producidos en la sociedad.

La familia tradicional funcionaba como una unidad básica de producción, es decir, era autosuficiente y todos sus miembros colaboraban en la producción de bienes materiales, necesarios para la subsistencia. Para cumplir con esa función era menester que la familia fuera numerosa por el tipo de división del trabajo existente. Los roles y actividades de cada uno estaban bien definidos, al igual que sus deberes y derechos. El padre era el jefe y tenía la máxima autoridad mientras que la madre era la encargada de las tareas domésticas y maternas.

En la sociedad moderna el padre no se ocupa solamente de proveer económicamente a la familia sino que, además, cumple un rol cada vez más importante en la educación y cuidado de los hijos. Por su parte, la madre al participar cada vez más en el proceso de producción y no abandonar sus antiguas tareas, comparte con su pareja la situación psicosocial, económica y cultural de la familia. En poblaciones marginales donde el padre trabaja doce o catorce horas (es el "ausente") no se desarrolla dicha situación.

Las necesidades de la familia, como institución y como grupo humano concreto, están relacionadas con las necesidades sociales del sistema al cual pertenece y sujetas a patrones socioculturales de la propia sociedad en que se mueve.

Es en este proceso donde se observa la singular influencia de las actitudes familiares, condicionadas por el grado de instrucción, del nivel socioeconómico y la ideología, con respecto al concepto de salud y enfermedad.

La familia primitiva se ocupaba por sí misma de cuidar a sus enfermos, diagnosticando y administrando tratamiento.

La familia moderna, dado el avance científico-técnico, participa en forma limitada en el cuidado de la salud,

pero no por ser limitada su función desaparece. Por el contrario, tiene fundamental importancia en el mantenimiento de la salud y en programas de alcance comunitario, principalmente en países subdesarrollados.

Ella debe tender a crear un sentido de responsabilidad frente a la propia salud y la de los demás. Por eso es indispensable que sus miembros posean conocimientos correctos y adecuados pues a través del aprendizaje van a quedar fijados en el individuo condicionando actitudes positivas hacia la salud.

Actitudes positivas tendrán vital importancia a partir del rol fundamental que juega la madre en la educación para la salud.

La madre, porque es la que participa concretamente en el seguimiento y control de crecimiento de su hijo; en lo que respecta a estimulación precoz como prevención primaria; en su vinculación con el pediatra donde por medio de la relación médico-paciente ella va a incorporar nuevos conceptos acerca de la salud infantil.

Es la que se transforma de receptora en emisora del mensaje que volcará primero en su grupo familiar y luego en la comunidad a la que pertenece, llegando en algunos casos a ser activa participante en programas de prevención y protección de la salud como real promotora de la misma.

En definitiva, la familia, educando para la salud a sus miembros, está educando en un proceso cuyo objetivo último es la "Calidad de la Vida".

Calidad de la Vida, que tiene que ver con necesidades y derechos satisfechos o no satisfechos, dependiendo aquélla de la doctrina que se maneja para caracterizar lo sano y lo enfermo.

Al respecto entiende Mallaman: *"Las necesidades pueden ser consideradas como los prerrequisitos necesarios y suficientes para que los seres humanos estén sanos psicossocialmente y psicosocialmente; las necesidades humanas están siempre presentes; las enfermedades sólo ocurren cuando las necesidades no se satisfacen regularmente."*

El concepto de Calidad de la Vida implica no sólo ver cómo están los individuos sino también cómo está el medio ambiente y cómo se da la relación entre ambos.

Calidad de la Vida que la familia podrá alcanzar en la medida en que los cambios a nivel de la estructura económico-social le permitan satisfacer sus necesidades vitales, entre ellas la salud como derecho impostergable.

**CONTENIDOS PARA
"MENSAJES" DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD
DESTINADOS A PREVENIR
DAÑOS RELEVANTES
DEL SECTOR
MATERNO-INFANTO-JUVENIL**

1. Menor de 1 año

1.1. **DAÑO:** Niño de bajo peso y mortalidad perinatal excesiva.

CAUSA: Falta de control prenatal y de atención institucional del parto.

Atención primaria

1) *Al Estado*

Sensibilización de los niveles pertinentes para lograr la implementación de una infraestructura acorde con las necesidades de cada región del país para la atención materno-infantil accesible, suficiente y gratuita.

- Cobertura social a los sectores más desprotegidos.
- Distribución adecuada de los recursos humanos de salud (médicos y paramédicos).
- Educación sexual a todos los sectores de la población.

2) *Equipo de Salud*

Motivarlo para la captación precoz y seguimiento de la embarazada, captación temprana y control del RN y beneficios del parto institucional.

3) *Madre y familia*

Impartir conocimientos a la población en trance de ser madre y padre y a los grupos de población en edad fértil sobre: proceso de fecundación, beneficios de control correcto del embarazo iniciado precozmente, beneficios del parto institucional, control precoz y seguimiento del RN.

Atención secundaria

1) *Profesionales del equipo de salud materno-infantil e instituciones específicas*

- Seguimiento efectivo del niño de bajo peso a fin de brindarle tratamiento inmediato y eficiente.

2) *Madre y familia*

Concientizar a las madres y familiares de niños de bajo peso de los riesgos que los acechan a fin de que asuman una actitud positiva hacia el tratamiento y control de los mismos.

Atención terciaria

1) *Equipo de Salud materno-infantil*

Sensibilizar a los integrantes para la derivación oportuna de los niños

de bajo peso hacia centros especializados para su rehabilitación.

2) *Madre, familia y comunidad*

Tratar de cambiar la actitud fatalista de la madre y familia del niño desnutrido para que recurran a los centros que puedan brindarle atención adecuada para conseguir su rehabilitación.

1.2. **DAÑO:** Deterioro del vínculo madre-hijo.

CAUSA: Separación en el postparto inmediato del RN de su madre. Deterioro del vínculo madre-hijo: connota dos fenómenos diferenciables:

a) Relación madre-hijo deteriorada en diversos grados pero transitoriamente.

b) Separación definitiva.

Atención primaria

1) *Institucional*

- Supresión del sistema de nursery.
- Implementación del rooming-in.
- Concientizar a los órganos competentes del Estado acerca de la incidencia de las causas socioeconómicas y culturales sobre la ruptura total del vínculo madre-hijo.
- Apoyo a la madre soltera y a la familia numerosa.
- Educación sexual a todo nivel y especialmente dirigida a grupos de prepúberes, adolescentes y sus padres.

2) *Equipo de Salud*

Concientizar a los integrantes acerca de las consecuencias en el niño de la separación madre-hijo sobre su desarrollo bio-psico-social.

- Poner énfasis en los beneficios para el niño de la relación sin interferencias.
- Aceptar la separación sólo en casos específicamente indicados.
- Establecer el vínculo inmediatamente después de efectuado el parto.

3) *Madre, familia y comunidad*

Concientizar a las madres sobre los trastornos que pueden sobrevenir en el niño ante la separación.

- Todo esto implementarlo a través de un equipo de salud materno-infantil.

Atención secundaria

1) *Institucional y profesional*

- Favorecer siempre que sea posible la participación de la madre en el cuidado y atención del RN con patología.
- Agilizar los mecanismos legales para que en forma rápida se cubra

la necesidad de brindar al niño abandonado una familia.

2) *Madre, familia y comunidad*

Crear conciencia en ellas de la importancia de la participación de la madre en el cuidado del RN internado.

Atención terciaria

1) *Institucional y profesional*

Enfatizar el seguimiento efectivo del RN que ha sufrido daño, a través de la acción sistemática del equipo de salud.

2) *Madre*

Influir sobre ella para que cambie su actitud respecto de su relación con su hijo.

3) *Familia y comunidad*

Que internalicen el concepto de que la actitud de la madre hacia su hijo y la interrelación de ambos es fundamental para la rehabilitación del niño.

1.3. **DAÑO:** Deterioro del vínculo madre-hijo.

CAUSA: Reemplazo de la lactancia natural por alimentación con fórmula artificial.

Prevención primaria

Fomento de la lactancia materna a través de:

- Enseñar a cuidar el pezón.
- Explicar el momento en que baja la leche y cómo se da el ritmo de aumento de peso, que el bebé no siempre llora por hambre.
- Explicar las cualidades de la leche (prevención de enfermedades, que no depende de la cantidad y calidad de la leche, de la textura física de la madre.
- Que el amamantamiento no deforma a la madre estéticamente.
- Estimular al padre. Charlas con la pareja.
- Escuela primaria: explicar el proceso de reproducción y la función nutricia.

Para pediatras

Dr. Restanio: plantea la necesidad de utilizar un criterio uniforme con relación a cuándo usar alimento complementario.

Se pregunta: ¿Cuándo éticamente, según el conocimiento científico, puede estimular la lactancia artificial?

- Evitar la separación del RN de la madre (nursery).

Prevención secundaria

- Integrar a la madre soltera a la comunidad. Integración comunitaria.

Prevención terciaria

- Atender al niño y estimular su control.

1.4. **DAÑO:** Deterioro del proceso de crecimiento y desarrollo normal.

CAUSA: Falta de control del proceso de crecimiento y desarrollo.

Prevención primaria

- Que se haga información prenatal.
- Que en la escuela primaria y en los medios de comunicación se enseñe la importancia del control prenatal y natal y de lo que el niño necesita para crecer bien.
- Que la población conozca la extensión de servicios de información y control prenatal.
- Que la población conozca la necesidad de control del embarazo que evita la prematuréz, la distrofia placentaria, y permite la detección de enfermedades que llevan al aborto (sífilis, chagas, etc.). Favorece el crecimiento y desarrollo del niño, facilita la relación madre-hijo y madre-equipo de salud. Puesto que a veces el problema no es sólo aumentar la demanda, ya que no hay oferta, se propuso como medio de facilitar el proceso de crecimiento y desarrollo normal, el fomento de la *lactancia materna*.
- Estimular al padre a que concurra a la consulta. "EL HIJO DE LOS DOS." Incrementar su responsabilidad.
- Motivar a la madre para el control mensual. Que no tema la sobre demanda. Que traiga al niño cuando esté sano.
- Proporcionar y explicar la necesidad de vacunas.

Prevención secundaria

- Incentivar la consulta y tratamiento precoz.
2. De 1 a 4 años

2.1. **DAÑO:** Complejo desnutrición-infección.

CAUSA: Alimentación incompleta en calidad y cantidad.

- Lo más importante para el crecimiento y desarrollo del hijo es la dedicación de los padres, en especial de la madre.

Relación madre-hijo

- Limitar o restringir el uso de medicaciones o preparaciones caseras (tés de yuyos). (Sin prescribirlas directamente para no deteriorar la relación médico-paciente).
- Recomendar la ingestión de alimentos protectores (leche, huevo, carne, queso, verduras, hortalizas

y frutas) que deben constituir, por lo menos, la mitad de la dieta, complementando con aportadores de calorías como pan, arroz, polenta, fideos, harinas.

- Dar al niño las cuatro refecciones diarias y meriendas intermedias si es necesario.
- Administrar mejor el dinero disponible para la alimentación dando preferencia a los productos de la estación y evitando comprar fiambres, gaseosas o galletitas en vez de pan.
- No dar vino ni otras bebidas alcohólicas a los niños, por el daño al sistema nervioso central, al hígado y al crecimiento y desarrollo general.

2.2. **DAÑO:** Complejo desnutrición-infección.

CAUSA: Falta de higiene personal y en la preparación alimentaria, y/o en el ambiente del entorno familiar (hábitat).

Higiene personal

- Lavado de manos y uñas.
- Baño diario, lavado y corte de pelo y uñas.
- Pesquisa y tratamiento precoz de ectoparasitosis (piojos, pulgas y sarna).
- En caso de tener secreción nasal, extraerla para desobstruir la nariz y evitar la respiración bucal que favorece infecciones broncopulmonares.

Preparación de alimentos

- Lavado de manos y uñas de la madre antes de preparar la comida (o personal responsable).
- Hervido de la leche y limpieza de verduras y frutas.

Ambiente o entorno familiar

- Limpieza y desinfección de la casa.
- Combatir las moscas, cucarachas y vinchucas.
- Saneamiento básico de vivienda, agua, excretas, basuras.
- Animales domésticos: evitar ingestión de achuras crudas.

2.3. **DAÑO:** Accidentes domésticos (quemaduras, intoxicaciones).

CAUSA: Vigilancia deficiente del niño.

Intoxicaciones

Consejos preventivos

- 1) No administrar medicamentos a su niño sin indicación de un profesional de la salud.
- 2) Prevenga accidentes, los accidentes no son casuales, ocurren por falta de cuidado de los mayores.

- 3) Los medicamentos y otros elementos tóxicos deben colocarse en un lugar seguro.
- 4) No coloque en envases comunes sustancias tóxicas.

Medidas prácticas a tomar

- 1) Si su niño tomó una sustancia tóxica o medicamentos, consulte rápidamente a un profesional o a los centros de toxicología.
- 2) No administre ninguna sustancia ni medicamentos a un niño intoxicado sin haber consultado antes a un profesional.

Quemaduras

Consejos preventivos

- 1) Sra. Mamá: 'recuerde que la mayoría de los accidentes en niños de uno a cuatro años ocurren en el hogar'.
- 2) Las quemaduras se producen generalmente en la cocina; enseñe a su niño los peligros que hay en ella.
- 3) No premie a su hijo con golosinas o mimos después de una quemadura. "Eduquélo."
- 4) Advierta a los niños el peligro del fuego y del calor.

Medidas prácticas a tomar

- 1) Colóquele una gasa y consulte al médico.
- 2) No coloque ninguna sustancia sobre las quemaduras: ES PELIGROSO.

2.4. **DAÑO:** Enfermedades inmuno-prevenibles.

CAUSA: Falta o falencia del sistema institucional de inmunización.

- 1) La viruela no existe gracias a la vacuna.
- 2) Sra. Mamá: recuerde que muchas enfermedades se evitan con las vacunas:
 - TBC
 - Coqueluche
 - Difteria
 - Tétanos
 - Poliomelitis
 - Sarampión
 - Rubéola
 - Paperas.
- 3) Exija y asegure las vacunas que debe recibir su hijo.

Medidas a tomar

- 1) Motivar a las autoridades nacionales y provinciales la provisión regular de vacunas a los distintos establecimientos para poder llevar a cabo periódicamente los planes de vacunación.

3. De 5 a 9 años

3.1. **DAÑO:** Retraso escolar y/o trastornos del aprendizaje.

CAUSA: Falta de control psicopedagógico y/o adecuada metodología docente.

Objetivo: Diagnóstico precoz del daño.

- 1) Promover el control médico periódico en la edad preescolar.
- 2) Adiestrar a los docentes de Jardín de Infantes y preescolar en la observación de conductas inadecuadas-trastornos del aprendizaje.
- 3) Implícito en lo anterior, adecuada información y formación por parte del maestro y psicopedagogo.
- 4) A los pediatras y médicos en general, estimular la interconsulta con otros profesionales ante la sospecha de un retraso y/o trastorno del aprendizaje.
- 5) Implica una correcta adecuación del crecimiento y desarrollo del niño previo al ingreso escolar.
- 6) Ubicación adecuada del niño según desarrollo alcanzado.
- 7) Utilización de métodos propicios de acuerdo con el desarrollo alcanzado por el niño.
- 8) Recordar que en varias oportunidades, trastornos mínimos pueden solucionarse con una atención y estímulo *afectivo* adecuado.
- 9) Aceptación del daño.
 - Mensaje a la familia.
 - Clarificar la posibilidad de un grado de recuperación.
 - Enfatizar la necesidad del apoyo afectivo que requiere asumir la realidad del niño con dificultades.
 - Explicar los beneficios para su hijo de una reeducación especializada.
- 10) Reparación y/o rehabilitación del daño.

Mensaje a la familia y al docente

- Clarificar los roles de los distintos profesionales que intervienen en la reparación del daño (médicos, psicólogos, psicopedagogos, etc.).
- Promover el trabajo multidisciplinario.
- Al médico de niños, en especial, valorar la importancia del trabajo en equipo.
- Realizar evaluaciones periódicas del trabajo efectuado.

3.2. **DAÑO:** Caries dentarias.

CAUSA:

Promoción

- a) Enseñanza del hábito diario y técnica de la higiene bucal.
- b) Enfatizar la higiene bucal postalimentaria.

- c) Promover un consumo moderado y adecuado en la ingesta de golosinas.
- d) No premiar o calmar problemas afectivos con golosinas.

Prevención

- Control dental por parte de la familia y docentes primarios.
- Va implícito, previa educación sanitaria de dichos efectores, que es el primer hábitat social del niño.
- Control periódico (Pediatra, Odontólogo y otro efector de salud).
- Esclarecer a los distintos niveles de emisores la utilización del flúor en sus distintas presentaciones para que su utilización sea aceptada por el receptor.

Tratamiento - Rehabilitación

- Diagnóstico y tratamiento precoz: incluir la detención temporaria.
- Aumentar la creación de centros odontológicos.
- Cubrir las necesidades sanitarias u odontológicas en los tres niveles de atención (enfatizar la atención primaria).

3.3. **DAÑO:** Accidentes de tránsito.

CAUSA: Falta de Educación Vial.

Prevención

Sr. Conductor: haga revisar periódicamente el estado de su automóvil y evitará sorpresas desagradables; no olvide que los accidentes no son accidentales.

El volante en manos inexpertas multiplica el riesgo de accidentes. No dé el vehículo a su hijo adolescente, así evitará situaciones de gran responsabilidad.

No olvide que los excesos alimentarios, alcohólicos, el agotamiento físico, etc., conspiran contra su pericia de conductor.

Cuide la vida de los otros conductores y de los peatones, de esa manera estará respetando a la persona humana y a usted mismo.

Tenga conocimiento de las normas de tránsito y respételas, su hijo lo está observando.

Las normas sensoriales producidas por enfermedad o simplemente por años influyen negativamente en su comportamiento vial.

Recuerde siempre esta máxima: "Adelante usted, que yo estoy apurado".

Sr. Peatón: sepa cruzar las calles y enseñe a sus hijos.

Conozca y haga conocer el funcionamiento de los semáforos.

Si participa en un viaje no distraiga al conductor.

Tenga cuidado, el camino hacia la escuela está lleno de peligros.

Con respecto a las rutas: Las rutas están hechas para los vehículos, no para peatones. Señalizar las rutas convenientemente ayuda al conductor y evita accidentes.

Limitación del daño

Si usted no conoce muy bien qué debe hacerse ante un accidente, ayude no interviniendo intempestivamente.

En caso de accidente evite aglomeraciones y colabore señalizando la zona donde ocurrió el mismo.

Avisé a la autoridad más cercana y/o al personal idóneo.

Sea solidario con el accidentado.

Recuperación del daño

La recuperación del daño producido por un accidente debe ser completa en su aspecto físico y social.

Si usted ha sufrido las consecuencias de un accidente, transmita la experiencia como factor de prevención.

3.4. **DAÑO:** Déficit sensorial no reconocido.

CAUSA: Falta de control oportuno.

Prevención

Controle periódicamente a su hijo, en salud. Ante cualquier alteración del comportamiento del niño, concurra precozmente a la consulta.

Atienda la opinión de la maestra con respecto a la conducta y aplicación de su hijo.

Limitación

Una vez descubierto el problema cumpla estrictamente las indicaciones profesionales, guiado por su pediatra.

Rehabilitación

El camino a recorrer a veces es largo, no lo abandone ni se desanime, de ello depende el futuro de su hijo.

Estimule a su hijo a llevar una vida normal.

4. De 10 a 19 años

4.1. **DAÑO:** Embarazo precoz.

Consideraciones

A) Capacitar adecuadamente al equipo de salud sobre toda la problemática de la educación sexual para que en su función de emisor fundamental enfoque oportuna y correctamente esta temática.

B) El grupo considera que la prevención de este daño debe comenzar desde la más temprana edad, en la familia y en la escuela primaria, im-

plementando en ésta los programas, adiestrando previamente a los docentes encargados de transmitir los programas, y adiestrando previamente a los docentes encargados de transmitir los contenidos.

Contenidos básicos

- 1) Anatomía y fisiología de la reproducción con utilización de la anatomía comparada.
- 2) Proceso de formación de la personalidad desde las primeras etapas de la vida, a fin de integrar la educación sexual correctamente en el contexto del crecimiento y desarrollo del niño.
- 3) Concepto de paternidad responsable: embarazo precoz; inmadurez emocional, física, psíquica, social y económica; definición de roles; inestabilidad de la pareja.

Ante la presencia del daño

- 1) Aceptación y reconocimiento de la situación por parte de la futura mamá.
- 2) Valor de la maternidad.
- 3) Apoyo psicosocial a la futura madre.
- 4) Reconocimiento y aceptación en la familia de su responsabilidad.
- 5) Prevención del aborto.
- 6) Aceptación del niño como forma de prevenir el rechazo, abandono y/o infanticidio.
- 7) Apoyo a la madre adolescente en su reubicación social.

Daño: Trastorno psicosocial intrafamiliar o extrafamiliar durante la adolescencia.

Consideración

Capacitar a la familia y a la comunidad sobre la problemática de la adolescencia a fin de clarificar en todos los niveles sobre este proceso.

Contenidos

- 1) Conceptos de crecimiento y desarrollo en la etapa de la adolescencia (prevención primaria).
- 2) Prevención al adolescente sobre los cambios de esta etapa: velocidad de crecimiento acelerada. Aparición de menarca en la mujer y poluciones nocturnas en el varón. Inseguridad con sus pares y con integrantes del sexo opuesto. Inestabilidad emocional y afectiva.
- 3) Desequilibrios que se producen entre adolescentes y familia como una etapa transitoria.
- 4) Fomento de la regulación de los canales afectivos para reintegrar al adolescente al grupo familiar.
- 5) Delincuencia, drogadicción, perversión sexual, inestabilidad emo-

cional, desintegración social e inmadurez afectiva.

4.2. DAÑO: Desadaptación social (delincuencia, drogadicción).

CAUSA: Crisis de identificación. Crisis de la relación adolescente-familia.

Desadaptación social

Es notoria la dificultad para ejemplarizar con modelos que orienten a la adolescencia porque se halla en un mundo adulto en desajuste, donde recibe esos modelos precursores de su personalidad.

- 1) Dadas las características de la crisis del adolescente es importante presentarle modelos adultos coherentes de identificación.
- 2) Es importante que el adulto sepa escuchar al niño y consecuentemente al adolescente. Es decir, que se mantenga un diálogo permanente.
- 3) Es imprescindible que el modelo propio de identificación que alcance o adolescente integre los valores positivos universales permanentes e inmutables: amor, solidaridad, amistad, justicia, cooperación.
- 4) Se debe promover una adecuada escolaridad.
- 5) Es conveniente rescatar los valores esenciales del deporte.
- 6) La Educación debe incorporar la educación sexual como expresión de la persona.

Corresponde aceptar como normal la sana rebeldía del adolescente.

Rehabilitación. Desadaptación social

Se aconseja introducir en los programas de atención médica:

- 1) Grupos susceptibles en la población adolescente (abandonados, carenciados afectivos, depresivos) con el propósito de establecer mecanismos de control (diagnóstico precoz, nivel de prevención secundaria) y de tratamiento (nivel de prevención terciaria).
- 2) Expuestos al riesgo (irregularidad familiar, deficitarios intelectuales, semianalfabetos).
- 3) Identificación de agentes causales específicos (propaganda a través de medios masivos de difusión) con el propósito de establecer los mecanismos adecuados legales y operativos tendientes a su eliminación.

Dadas las características de la personalidad del drogadicto, relacionada con la intolerancia ante la frustración, debe promoverse el rescate de todos los sistemas humanos de apego afectivo, incluida la relación padre-madre-hijo.

Recomendación

Se recomienda solicitar a las autoridades la sanción de una legislación concreta, que imponga normas y reglamente la publicidad y propaganda de vinos y bebidas alcohólicas y tabaco.

4.3. DAÑO: Intento de suicidio. Accidentes en la vía pública.

CAUSA: Carencia afectiva. Falta de Educación Vial.

- Remarcar el concepto de seguridad teniendo en cuenta la comunidad en que se aplica.
- Legislación de tránsito actualizada y adecuada.
- Cumplimiento estricto de las normas sobre:
 - a) Habilitación de vehículos.
 - b) Habilitación de conductores.
 - c) Sanción de los infractores.
- En el sujeto pasible de accidentes teniendo en cuenta el período de la vida (búsqueda de identidad, influencia del medio ambiente) dirigir las acciones tendiendo a moderar las mismas.

Frente al daño

Para el accidentado: Asistencia médica precoz y adecuada.

En el medio ambiente, alertar a la población sobre las conductas a seguir frente al accidente difundiendo los servicios a los que se debe acudir.

Promover la rehabilitación completa del accidentado y su posterior integración social.

Intento de Suicidio

Reafirmar el valor de la familia como institución básica promoviendo el normal desarrollo de los vínculos afectivos en la misma.

Promover la adopción como mecanismo que disminuya los niños institucionalizados.

Fomentar en el medio social pautas que disminuyan el rechazo por el adolescente favoreciendo el conocimiento y la comprensión de la problemática de ese grupo.

Frente al daño

Ofrecer un adecuado tratamiento médico-psico-social que permita la correcta integración posterior con el menor número de secuelas.

4.4. DAÑO: Venéreas.

CAUSA: Falta de educación sexual oportuna.

Contenidos del mensaje

- 1) La sexualidad es un componente normal e indivisible del ser huma-

- no, dentro de su integridad psicofísica. *Sublimar la sexualidad.*
- 2) Educar acerca de la sexualidad es educar para el amor y la procreación. Como tal, es responsabilidad de la familia, de los educadores, de las instituciones y de la sociedad.
 - 3) La educación sexual forma parte del contexto de la educación total, entendida ésta como un proceso integral formativo (NO INFORMATIVO).
 - 4) Educación sexual implica como condición fundamental el diálogo, la buena comunicación y adecuada comprensión entre el niño, la familia y sus educadores.
 - 5) Los contenidos deben apuntar a consolidar y jerarquizar la relación entre el adolescente y el médico de cabecera (por la oportunidad que ofrece esta relación), el médico de familia u otros integrantes del equipo de salud.

- 6) La enfermedad de transmisión sexual implica por parte del individuo el reconocimiento de su responsabilidad social, como portador de la enfermedad.

4.5. *DAÑO*: Crisis puberal no reconocida por el adolescente.

CAUSA: Falta de capacitación para la comprensión del propio proceso de crecimiento y desarrollo.

Contenidos del mensaje

- 1) La crisis puberal es una etapa normal del proceso de crecimiento y desarrollo en su integridad psicofisiológica. Este concepto exige la comprensión por parte de padres, educadores y sociedad.
- 2) La etapa puberal del adolescente debe contar con la ayuda orienta-

dora de un interlocutor válido (si no hermanos mayores, el padre, la madre, los educadores).

- 3) El diálogo del adolescente con sus mayores (mayores significativos) implica por parte de éstos buena comunicación y conocimientos del perfil adolescente y sus modificaciones psicofísicas y sociales.
- 4) La etapa puberal implica el reconocimiento del sexo por parte del adolescente y su identificación con el concepto de la sexualidad responsable.
- 5) La *CRISIS O ETAPA PUBERAL* es un cambio positivo que implica el paso de niño a adulto y le confiere al adolescente nuevas e importantes responsabilidades, que deben ser aceptadas y comprendidas por la familia y la sociedad, como condición básica para su propia comprensión.

CONGRESOS DE PEDIATRIA

LA HABANA – CUBA

11 AL 16 DE NOVIEMBRE 1984

PALACIO DE LAS CONVENCIONES

VII LATINOAMERICANO
XIV PANAMERICANO
XXI NACIONAL

SAP. PRESENTA

“SOLERISIMO '84”

Inscripciones

SAP. ó AEROPERU – La Plata, Calle 5 entre 50 y 51

MORTALIDAD INFANTIL Aportes metodológicos

Coordinador: Dr. Norberto Baranchuck

Colaboradores: Lic. Graciela Climent, Dra. Nelly Defina, Dra. Myriam Gersenovic, Dr. Carlos María Juliá, Dr. Vicente Mazzafero, Lic. Ana María Méndez Diz, Dra. Mabel Iris Neira, Dr. Juan Carlos O'Donnell, Dr. David Palais, Dr. Raúl Ruvinsky, Dr. Héctor Salerno, Srta. Blanca Tamborenea, Dr. Alberto Valetti, Dr. Roberto Yabo.

El propósito del presente documento es exponer ante los participantes del III Simposio Nacional de Pediatría Social la inquietud de los integrantes del grupo de trabajo, por la repercusión biosocial que las muertes infantiles acarrearán a la comunidad. Ante la convicción absoluta de que anualmente acontecen muertes evitables en los menores

de 1 año, el grupo considera necesario efectuar un trascendente llamado de atención en el principal foro de la Pediatría Social Argentina. De donde, junto a la revisión crítica de la situación actual y pasada, tenemos el propósito de que surjan propuestas de solución para los responsables de llevar a cabo. El objetivo específico es la profundización

del estudio de nuevas metodologías.

CONCEPTOS GENERALES

La tasa de Mortalidad Infantil mide el riesgo que tienen los menores de 1 año de fallecer, relaciona las defunciones de 0 a 1 año por cada 1.000 nacidos vivos en el mismo lugar y época, según la fórmula:

$$\text{Tasa de Mortalidad Infantil: } \frac{\text{Número de defunciones de 0 a 11 meses y 28 días de vida} \times 1.000}{\text{Número de nacidos vivos}}$$

La tasa de Mortalidad Infantil es un indicador global de la situación de salud o indirectamente señala el nivel socioeconómico de la comunidad.

Aquellos que requieren estudiar en forma integral la problemática materno-infantil deben completar el panorama con el análisis de las tasas de mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, mortalidad postneonatal y mortalidad preescolar.

Nuestra presentación profundizará en la temática del menor de 1 año en cumplimiento de la tarea encomendada y en el deseo de señalar aspectos y soluciones que se han incorporado al acervo científico en los últimos años.

La magnitud registrada de la Mortalidad Infantil en la República Argentina no permite la definición de una tendencia, atento a los cambios observados en la consistencia de datos y en los procedimientos metodológicos empleados en los últimos años.

Las distintas jurisdicciones nacionales presentan variaciones que señalan que el riesgo de morir en los menores de 1 año, es muy alto en determinadas áreas. Con relación al nivel de Mortalidad Infantil en la República Argentina, lo fundamen-

tal no es establecer solamente cuál es nuestra ubicación con respecto a otros países, sino determinar cuál debería ser el nivel de la Mortalidad Infantil en función de las posibilidades con que el país cuenta.

La lista de factores causales de Mortalidad Infantil es muy larga, pero su control es decisivo para la reducción de la enfermedad y la muerte. Tenemos conocimiento de que estos factores pesan con singular gravitación en determinados grupos humanos expuestos a altos riesgos. Surge, desde ya, la responsabilidad de desarrollar técnicas para su detección y control.

Entendemos que la profundización del estudio de nuevas metodologías ya descriptas o por crearse, es la primera etapa para el conocimiento de la realidad sanitaria y paso previo al logro de una verdad científica. Con ese objetivo el grupo realizó una búsqueda bibliográfica que se describe a continuación.

INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA

El propósito de la búsqueda bibliográfica fue obtener un panorama de lo más relevante que se ha escrito sobre el tema en los últimos años. El

rastreo se realizó desde 1972 en adelante. Es decir a partir de la última fecha que citan Puffer y Serrano en la bibliografía de su trabajo Mortalidad en la Niñez, de 1973. La lista bibliográfica incluida en dicho trabajo es muy extensa y se considera que informa sobre lo más importante escrito sobre el tema hasta el momento.

Se consultaron repertorios de resúmenes como *Courrier y Resúmenes sobre Población en América Latina*, de DOCPAL; revistas de índice, como el *Index Medicus*; índices de citas, como el *Science Citation Index*, *Current Contents*; repertorios estadísticos como el *World Health Statistics Report* y el *World Health Statistics Annual*, de OMS, y las revistas relacionadas con el tema en estudio que posee la Biblioteca de la Escuela de Salud Pública (UNBA).

Dados el tiempo y los recursos de que se disponía se procedió según los siguientes criterios:

- Se empezó a buscar desde 1978 hasta 1973 inclusive; es decir, de la fecha más tardía a la más temprana.
- En el caso del *Index Medicus* la consulta se limitó a la sección *reviews*. Esto se hizo así porque se considera que cada *reviews* es una síntesis, llevada a cabo

generalmente por un experto en el tema, de los trabajos más importantes en ese campo. En la sección general de artículos sólo se buscó si habían publicado trabajos los autores más citados en la bibliografía de Puffer y Serrano.

— Se eliminaron las referencias de trabajos en lenguas que necesitaran de servicios de traducción extra, por ejemplo: japonés, ruso.

— Una vez seleccionadas las referencias que parecían pertinentes se procedió a localizar la mayor cantidad posible de ellas. (Véase el listado de la bibliografía consultada.)

— De entre los artículos obtenidos se prefirieron aquellos que aportan información sobre metodología para el estudio de la Mortalidad Infantil. (Véase el listado de la bibliografía recomendada.)

La búsqueda puso en evidencia que en nuestro medio están disponibles fuentes bibliográficas (repertorios) que nos informan sobre la existencia del material para cubrir las necesidades de investigación, actualización, etc., pero todavía no existe una infraestructura que permita el acceso a la bibliografía citada en esas fuentes en forma ágil y segura. En la medida en que los usuarios reales y potenciales de ese servicio tomen

conciencia de la necesidad de fomentarlo, se estará más cerca de su implementación.

La etapa que presentó más dificultades fue la de localizar los artículos que se extrajeron de los repertorios de índice o resúmenes.

La mayoría de las bibliotecas han debido suspender suscripciones y limitar su horario de atención al público, algunas colecciones no están completas y el excelente servicio de catálogo centralizado que brinda el CAICYT (Consejo Argentino de Información Científica y Técnica) no es suficiente por cuanto no todas las bibliotecas envían regularmente información sobre sus existencias.

TABLA 1

NACIDOS VIVOS Y TASA DE NATALIDAD POR JURISDICCION
— REPUBLICA ARGENTINA — 1970-1976

División política	Año	Población ²		Nacidos vivos		Tasa de natalidad	
		1970	1976	1970	1976	1970	1976
Total de la							
República		23.748.000	25.719.000	*516.025	656.768	*21,7	*25,5
Capital Fed. ¹		2.973.000	2.979.000	46.350	*54.029	15,6	*17,1
Bs. Aires ¹		8.903.000	10.090.000	167.465	*231.659	18,8	*23,0
Catamarca		175.000	175.000	5.221	6.274	29,8	35,8
Córdoba ⁵		2.119.000	2.293.000	42.516	49.561	20,1	21,6
Corrientes		583.000	596.000	17.737	18.957	28,7	31,8
Chaco		570.000	578.000	17.748	21.679	30,6	37,5
Chubut	194.000		2188.000	5.497	7.583	28,3	34,8
Entre Ríos	834.000		³ 845.000	19.289	³ 21.916	23,1	25,9 ³
Formosa	238.000		269.000	9.152	9.985	38,4	37,1
Jujuy	311.000		348.000	11.776	15.210	37,9	43,7
La Pampa	175.000		181.000	3.928	4.277	22,4	23,6
La Rioja	137.000		143.000	3.961	5.146	28,9	36,0
Mendoza	994.000		1.086.000	25.257	30.749	26,4	28,3
Misiones	454.000		503.000	15.034	20.246	33,1	40,2
Neuquén	160.000		192.000	5.658	7.564	35,4	39,4
Río Negro	267.000		310.000	8.760	11.096	32,8	35,8
Salta	515.000		570.000	17.385	23.176	33,8	40,6
San Juan	397.000		⁴ 416.000	11.381	13.864	28,7	33,3 ⁴
San Luis	186.000		188.000	4.095	5.240	22,0	27,9
Santa Cruz	88.000		107.000	2.278	2.925	25,9	27,3
Santa Fe	2.154.000		2.289.000	*41.351	*49.678	*19,2	21,7*
Sgo. del Estero	515.000		529.000	11.157	*16.688	21,7	31,5*
Tucumán	793.000		797.000	22.905	28.799	28,9	36,1
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sur ⁵	14.000		17.000	313	549	22,4	32,3

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública, Departamento de Estadísticas.

Notas

¹ Se efectuaron las correcciones del caso cuando los hechos ocurridos en la Capital Federal correspondieron a residentes en Pcia. de Bs. Aires.

² INDEC.

³

* Información provisoria.

³ Estimación sobre la base de Ter. semestre del año 1977.

⁴ Información correspondiente a 1975.

⁵ Tabulados provinciales.

Dentro de estas limitaciones la investigación bibliográfica se realizó con el mayor rigor posible, todos los artículos citados fueron leídos por los integrantes del grupo y discutido su contenido.

Siempre estará presente la disyuntiva entre formular un trabajo de difusión general que llegue a todos los niveles del equipo de salud y en especial a aquellos que tienen la responsabilidad como efectores de la atención médica, o la investigación acuciosa de las técnicas y procedimientos en el más alto nivel científico. Ambos son una necesidad de la hora actual y el documento de trabajo intentará ser la base para una discusión creativa en los dos niveles citados.

APORTES METODOLOGICOS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD INFANTIL

1) Premortimorbilidad: un nuevo concepto para el análisis estadístico de las defunciones

Se pretende ofrecer una nueva metodología para el análisis de las defunciones con la finalidad de que los datos de mortalidad puedan utilizarse como indicadores indirectos de morbilidad.

De acuerdo con la metodología internacional actual para la clasificación de enfermedades, la selección de la causa básica de una defunción, si bien regida por normas y definiciones preestablecidas es, en el fondo, siempre arbitraria y, por lo tanto, los datos obtenidos de esta forma, reflejarán en parte el problema de salud que nos interesa y por otra parte la arbitrariedad del método. Como ejemplo se menciona que el atribuir al sarampión la causa de la defunción de un lactante que, además, tenía desnutrición, de acuerdo con normas actuales, conduce a una visión parcial del problema, cuando se analizan las causas de las defunciones. Esto, a su vez, conduciría a la toma de medidas inadecuadas o parciales en el campo de la salud y la atención médica.

Basta, además, con observar los cambios de la estructura de mortalidad por causa, que se producen como consecuencia de las periódicas revisiones de normas y clasificación, para destacar el efecto de las reglas de selección de causa sobre una realidad subyacente, que no depende de metodología alguna.

Se señala que en los estudios de causas múltiples, en los que se pretende evitar los problemas antes señalados, se cae en errores aun mayores debido al agregado de un mayor número de definiciones arbitrarias

(causa básica, causa asociada, etc.). Se propone una nueva metodología de análisis que básicamente consiste en el análisis de la enfermedad o de las enfermedades que afectaban a un individuo antes de su muerte, sin considerar cuál de ellas fue la causa de la defunción.

Esta proposición denominada por el autor como de estudios premortimorbilidad, implicaría la revisión completa de los métodos actuales de registro y elaboración de los datos, pero se señala que al eliminarse las complicadas normas actuales de clasificación y selección de causas, el método significa una simplificación ventajosa.

En el trabajo se describen, además, los indicadores que surgirían de la nueva metodología (razón de premortimorbilidad, tasa de premortimorbilidad, índice de asociación mórbida y razón de frecuencia relativa) y se aplican los datos del estudio "Características de la mortalidad en la niñez" OPS, publicación científica 262, 1973, con la finalidad de demostrar las ventajas del método propuesto con respecto al método clásico utilizado en dicho estudio. El autor señala que, de aplicarse, los estudios de premortimorbilidad implicarían un valioso aporte al conocimiento de la salud en las poblaciones y un cambio filosófico

fundamental en la interpretación de la muerte desde el punto de vista médico.

Finalmente se destaca que el concepto de premortimorbilidad podría aplicarse también al estudio de consultas y egresos hospitalarios, donde, al igual que en mortalidad, se ha procedido con una metodología que distorsiona los resultados con definiciones arbitrarias tales como: diagnóstico principal, diagnósticos asociados, complicaciones del diagnóstico principal, etc.

Resumen de: Yabo, Roberto: Premortimorbilidad, un nuevo concepto para el análisis estadístico de las defunciones. Atención médica, 1975/75, 4 (1/4) 76.

2) El método de William Brass para estimar la mortalidad a partir de datos del censo de población

La metodología elaborada por Brass permite estimar la mortalidad a partir de información proporcionada por el censo de población en los casos en que éste incluye las preguntas sobre hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes (o muertos). Brass propone transformar las proposiciones de hijos muertos/hijos nacidos vivos, clasificadas por grupos de edad de

TABLA 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

* Argentina, año 1975

Grupos de edad	Varones	Mujeres	Total
0-4	1.303.000	1.259.000	2.562.000
5-9	11208.000	1.168.000	2.376.000
10-14	11170.000	1.127.000	2.297.000
15-19	1.134.000	1.089.000	2.223.000
20-24	1.081.000	1.043.000	2.124.000
25-29	974.000	945.000	1.919.000
30-34	851.000	835.000	1.686.000
35-39	789.000	776.000	1.565.000
40-44	781.000	771.000	1.552.000
45-49	767.000	763.000	1.530.000
50-54	683.000	690.000	1.373.000
55-59	567.000	594.000	1.161.000
60-64	479.000	519.000	998.000
65-69	380.000	421.000	801.000
70-74	271.000	309.000	580.000
75-79	163.000	201.000	364.000
80 y más	111.000	161.000	272.000
Total	12.712.000	12.671.000	25.383.000

* Calculada sobre la base de la estructura poblacional del Censo Nacional de 1960

FUENTE: Serie anual de la población de la Capital Federal y las provincias por sexo y grupos de edades, 1960-1975
Serie Información Demográfica - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - 1.

las mujeres, en la probabilidad de morir durante un período determinado.

Esta relación se fundamenta en una comprobación empírica hecha por Brass. Este partió de la idea de que la proporción de hijos muertos/hijos nacidos vivos de mujeres en un grupo de edades en una determinada población es función de la distribución por edad de los hijos de mujeres entre determinadas edades y de la mortalidad experimentada por esos niños. Dicha proporción está determinada, en consecuencia, por la estructura de la fecundidad y la mortalidad vigentes.

Siguiendo esta idea y adoptando un modelo de mortalidad y otro de fecundidad, Brass derivó valores para diversos intervalos de edades de las madres. Comparando estos valores con las probabilidades de muerte, que obtiene de su tabla de mortalidad modelo, observa que las proporciones establecidas son muy próximas a los valores de mortalidad por edades exactas. Por ejemplo, la proporción de hijos muertos/hijos nacidos vivos que corresponde a las mujeres de 15-19 años es aproximadamente igual a la probabilidad de morir durante el primer año de vida; la de mujeres de 20-24 años es cercana a la probabilidad de morir entre 0 y 2 años, etc.

Como es más práctico y facilita

su uso y comparación con las medidas de la mortalidad obtenida de otras fuentes, Brass ha elaborado una tabla de factores que permite convertir sus proporciones en probabilidades de muerte.

Brass encontró que la relación entre pares correspondientes de proporciones y probabilidades está influida principalmente por las características de la fecundidad y en particular por la edad de comienzo de la fecundidad. En consecuencia, la elección del multiplicador depende de la estructura de la fecundidad.

El método, además, se basa en los siguientes supuestos:

1) Que la ley de fecundidad haya sido más o menos constante en el pasado inmediato y se conozca la forma aproximada de dicha ley.

2) Que las tasas de Mortalidad Infantil y Juvenil hayan sido más o menos constantes en los últimos años.

3) Que no haya una fuerte asociación entre la edad de la madre y la mortalidad infantil y entre la tasa de mortalidad de las madres y la de sus hijos.

4) Que las tasas de omisión de los niños muertos y de los niños sobrevivientes sean aproximadamente las mismas en totales de nacimientos declarados.

TABLA 3

VARIABLES DEMOGRAFICAS GLOBALES PARA ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS

CIRCA 1975

Países	Nacimientos anuales cada 1.000 personas	Muertes anuales cada 1.000 personas	Tasa anual Tasa anual crecimiento vegetativo
Argentina	20,3	9,5	1,3
Australia	17,3	8,1	1,5
Austria	12,5	12,8	0,2
Brasil	37,1	8,8	2,8
Bulgaria	16,6	10,3	0,5
Canadá	15,7	7,3	1,4
Chile	25,0	7,2	1,8
El Salvador	40,1	8,0	
Estados Unidos	14,8	8,9	0,7
Grecia	15,7	8,9	0,7
Holanda	13,0	8,3	0,9
Hungría	18,4	12,4	0,4
Israel	28,2	7,3	3,0
Noruega	14,1	10,0	0,6
Panamá	32,3	7,1	3,1
Polonia	18,9	8,7	0,9
Reino Unido	12,5	11,8	0,2
Rumania	19,7	9,3	1,0
Rusia	18,1	9,3	0,9
Suecia	12,8	16,8	0,4
Uruguay	19,3	9,2	1,2
Venezuela	36,1	7,0	3,2

FUENTE: Demographic Yearbook - Naciones Unidas - Nueva York 1976

No se puede esperar que estas condiciones se cumplan cabalmente en una población real; sin embargo, se ha comprobado que los multiplicadores son relativamente poco sensibles a la forma detallada de la función de fecundidad y que el método en general es bastante robusto en el sentido de que el error es relativamente pequeño cuando no se cumplen las condiciones teóricas implícitas en el método o hay disparidades entre los modelos de mortalidad y fecundidad empleados en el cálculo de los multiplicadores y la situación real de mortalidad, a menos que estas disparidades sean extremas.

Lo interesante de anotar es que, a pesar de todas estas restricciones, el método de Brass aplicado a los países de Latinoamérica ha permitido obtener estimaciones que son razonables y coherentes. La prueba ha sido exigente, porque se han hecho estimaciones para centenares de subpoblaciones que tienen condiciones de fecundidad y mortalidad muy variadas. Por otra parte, en una región donde el conocimiento detallado de la mortalidad en los primeros años de vida es, en general, muy deficiente, el estudio ha permitido precisar diferenciales geográficos y socioeconómicos de gran significación práctica, los cuales no pueden ser detectados con los datos del registro de nacimientos y defunciones. Este es su principal mérito.

Extractado de: INDEC Serie de Investigaciones demográficas N° 3.

Notas de Población, Revista latinoamericana de demografía.

Año VI, N° 16. Centro Latinoamericano de Demografía.

3) Investigación a través de fuentes múltiples

Para mejorar la calidad, precisión y certeza de la información con respecto al estudio de la Mortalidad Infantil se aconseja utilizar fuentes múltiples, que permitan la realización de reparos, la corrección de errores y la incorporación de omisiones, que pudieran existir en los registros tradicionalmente usados para establecer la Mortalidad Infantil.

Las posibles fuentes según varios autores* son las siguientes:

(*) Fuente:

Smud, Rubén E.: Nuevos Aportes Metodológicos para el Estudio de la Mortalidad Infantil en el Área Metropolitana - Premio "Federación Médica - CEICA" de la Provincia de Buenos Aires, octubre de 1977.

Clement G., Méndez Diz, A. M. y Rosenthal A. G.: Mortalidad Infantil; Sectores socioeconómicos y culturales asociados - Cuaderno de Salud Pública N° 11 - 1976.

- Informe estadístico del nacido vivo.
- Certificado de defunción fetal.
- Certificado de defunción (del menor de 1 año).
- Actas de defunción del Registro Civil.
- Registro de inhumaciones (cementérios).
- Formulario ad hoc para el registro de antecedentes del embarazo y parto.
- Historia Clínica de los Establecimientos.
- Protocolo de Autopsia (para corroborar la causa de muerte).
- Entrevistas con el médico o los médicos que asistieron al menor en su última enfermedad y/o en las enfermedades que lo llevaron a la muerte.
- Entrevistas con la madre o familiar del menor fallecido o de la defunción fetal.

La incorporación de una entrevista con el médico tratante de la madre (en caso de mortalidad perinatal) o del menor fallecido, será útil para mejorar la calidad y precisión de la información obtenida de los registros, poniéndose énfasis en las condiciones o situación que llevó a la muerte.

La utilización de una entrevista con la madre o familiar del menor fallecido o de la defunción fetal es una fuente relevante que aporta datos al estudio de la Mortalidad Infantil. Su objetivo es recabar información sobre los factores socioeconómicos, demográficos, médicos y culturales que aparecen asociados a la Mortalidad Infantil, y ausentes en las fuentes tradicionales de recolección de datos.

I. Factores socioeconómicos y demográficos

- Edad de la madre.
- Estado civil de la madre.
- Origen urbano-rural de ambos padres.
- Nivel ocupacional de los padres.
- Nivel educacional de los padres.
- Características de la vivienda y barrio del grupo familiar.
- Constitución del grupo familiar.
- Seguridad social (cobertura).

II. Antecedentes médicos

a) Embarazo y parto:

- Fecha de la primera consulta.
- Número de consultas durante el embarazo.
- Características del embarazo y parto (narradas por la madre o familiar).

b) Primer año de vida:

- Fecha de la primera consulta.
- Número de consultas durante el año hasta la defunción.
- Problemas de salud durante el año hasta la defunción (narrados por la madre o familiar).

III. Factores culturales

Actitudes y conductas respecto de:

- la medicina (tratamiento, medicamentos).
- la salud y la enfermedad (percepción de enfermedad, conductas adoptadas ante la percepción: consultar médicos, legos, automedicación, etc.).
- el personal del equipo de salud (criterios de evaluación según trato, confianza, revisión, explicación, etc.).
- las instituciones de salud según tiempo de espera, comodidad, higiene, costo, etc.

4) Las investigaciones colaborativas

A un lustro de la publicación científica N° 262/OMS/OPS "Características de la Mortalidad en la Niñez" de R. R. Puffer y C. V. Serrano* se quiere destacar entre sus múltiples aportes el haber introducido en forma definitiva el uso de las investigaciones colaborativas en el estudio de la problemática materno-infantil.

El desarrollo de planes coordinados de investigación en escala nacional o internacional ha constituido una experiencia nueva y estimulante. El proceso supone organizar y conducir un programa de inves-

tigación que involucre varias instituciones, diversas regiones y diferentes especialidades.

En el estudio de los múltiples y complejos factores que intervienen en la epidemiología de numerosas enfermedades, y de modo especial de las que son frecuentemente mortales, la identificación de poblaciones que exhiben diferencias significativas en cuanto a su mortalidad constituye un paso inicial importante. De hecho, en los comienzos es posible que sea el único camino a seguir, esperándose encontrar los contrastes en la mortalidad más marcados cuando se hace una comparación entre poblaciones sujetas a la influencia de factores biológicos y ambientales que difieran más considerablemente entre sí. Aun cuando tales poblaciones pueden encontrarse ubicadas dentro de límites muy restringidos —por ejemplo, niños de distintas clases sociales—, de la misma manera las condiciones de vida habrán de variar en una escala mucho mayor cuando se

* Fuente:

Puffer R. R. y Serrano C.V.: Características de la Mortalidad en la Niñez. Publicación científica N° 262 OMS/OPS. Washington 1973.

TABLA 4

PORCENTAJE DE POBLACION MENOR DE 15 AÑOS Y MAYOR DE 64 AÑOS Y PORCENTAJE DE PBLACION EN CONGLOMERADOS URBANOS - 1975

Países	Porcentajes	Porcentaje de población menores de 15 años	Porcentaje de población mayores de 64 años	Porcentaje de población de urbes más 100.000 hab.
Argentina		28,5	7,9	51,1
Australia		28,0	8,4	68,7
Austria		23,2	15,0	30,7
Brasil		41,5	3,3	27,3
Bulgaria		22,2	10,6	24,1
Canadá		26,3	8,4	54,1
Chile		35,2	5,1	54,9
El Salvador		46,2	3,4	9,5
Estados Unidos		24,5	10,7	66,4
Grecia		23,9	12,2	36,9
Holanda		25,3	10,8	41,3
Israel		32,8	7,8	57,9
Noruega		23,8	13,7	24,0
Panamá		43,4	3,7	31,4
Polonia		24,0	9,5	25,8
Reino Unido		20,3	12,4	62,8
Rumania		25,2	9,6	18,1
Rusia				36,5
Suecia		20,6	15,1	41,8
Uruguay		31,3	8,5	41,1
Venezuela		44,6	3,0	38,2

FUENTE: Demographic Yearbook - Naciones Unidas - Nueva York 1976.

comparan diversos países. La naturaleza y magnitud de las variaciones puestas de manifiesto por las comparaciones de orden geográfico se hallan bien ejemplificadas por las tasas de Mortalidad Infantil. Podemos citar como ejemplos de investigaciones colaborativas realizadas en Latinoamérica: Características de la Mortalidad Urbana, OPS, 1968; Las Carencias Nutricionales y la Anemia, OMS/OPS, 1972; Características de la Mortalidad en la Niñez, OPS, 1973; Ruptura precoz de las Membranas Oculares, CLAP, 1975; Malformaciones Congénitas, SESP, Permanente; Equipos de Salud Materno-Infantil, ESPUBA, 1975; Calidad de Atención Médica, CLAM/Niños, 1975; Deambulación durante el Trabajo de Parto, CLAP, 1977.

El valor de las investigaciones colaborativas en el análisis de los factores de la Mortalidad Infantil está determinado por los siguientes beneficios:

- Permiten efectuar comparaciones entre poblaciones diferentes.
- Permiten extender las investigaciones a centros que carecen de recursos financieros.
- Reducen el problema de carecer de recursos para tabular datos.
- Mejoran la racionalización de recursos.

- Dinamizan la atención médica.
- Permiten llevar el tamaño de la muestra a cifras significativas.
- Crean corrientes de intercambio científico entre los Centros que participan en las investigaciones colaborativas.

5) Aplicación del concepto de riesgo en salud materno-infantil

La noción de riesgo para las poblaciones que componen el grupo materno-infantil adquiere difusión a partir de los trabajos de obstetras y neonatólogos como: H. E. Chase, R. Nesbitt, N. Butter, R. Caldeyro Barcia, E. M. Gold, J. V. Goodwin, E. Papierini, etc.

Una consideración reflexiva del concepto de riesgo desde el punto de vista epidemiológico, para su aplicación a programas de salud lo efectúa Carlos Montoya Aguilar en 1974*.

“Se entiende por riesgo en salud la probabilidad de que una población determinada sufra cierta enfermedad o daño”.

Una población determinada puede considerarse compuesta de varios subconjuntos o subpoblaciones caracterizadas por tener distinto grado de

riesgo (alto, medio, bajo) en relación con un determinado daño. Estos niveles en la magnitud del riesgo pueden atribuirse a la existencia de diferencias entre las subpoblaciones en cuanto a distinta vulnerabilidad presentadas por sus individuos miembros. Si estas características se pudieran conocer, podrían identificarse las subpoblaciones de mayor riesgo y predecirse la ocurrencia más frecuente del daño en ellas.

El resultado de tal investigación es de alcance limitado. Es probable que en ella no se tomen en cuenta todos los atributos importantes para la explicación del daño. También es posible que algunos atributos que muestran correlación con el daño no tengan un papel causal con respecto a él, y que el efecto de algunos atributos dependa de su interacción con otras variables.

Las limitaciones señaladas se reflejan en el hecho de que un daño nunca aparece circunscripto exclusivamente a la población definida como de alto riesgo, por ser portadora de características supuestamente relacionadas con la génesis de dicho daño: en la población de menor riesgo siempre acontecen casos afectados por el daño

6) Aportes al estudio de la magnitud, factores y soluciones de la Mortalidad infantil

El trabajo Mortalidad en la Infancia en la República Argentina* efectúa importantes aportes al estudio de:

— La magnitud del daño definiendo tasas y sus valores correspondientes, destacándose el concepto de que “lo fundamental no es sólo establecer cuál es nuestra ubicación con respecto a otros países sino determinar cuál debería ser el nivel de Mortalidad Infantil en función de las posibilidades con que el país cuenta”.

— Los factores responsables donde se analizan las variables relacionadas con la condición de la madre, la situación socio-económica-cultural de la familia, la presencia del complejo desnutrición-infección, el sanea-

* Montoya Aguilar, C.: Aplicación del concepto de Alto riesgo de Salud Materno-Infantil. B.O.S.P. Agosto 1974, pág. 93.

* Baranchuck, Norberto; Sicardí, Beatriz: Mortalidad en la Infancia en la República Argentina - Revista del Hospital de Niños XX, 80: 162/190, agosto 1978.

TABLA 5

MODELOS DE MORTALIDAD PROPORCIONAL AGRUPADA EN ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS - CIRCA 1974-1975

Países	Menos de 1 año	1-4 años	5-49 años	50 y más
Argentina	12,2	2,1	15,7	70,0
Australia	3,4	0,7	11,2	84,7
Austria	2,0	0,4	7,7	89,9
Bulgaria	4,5	0,6	9,2	85,7
Canadá	3,3	0,6	13,2	82,9
El Salvador	27,8	10,8	24,2	37,2
Estados Unidos	2,7	0,5	11,9	84,9
Grecia	4,3	0,5	7,6	87,6
Holanda	1,6	0,5	7,7	90,2
Hungría	4,9	0,3	9,2	85,6
Israel	8,9	1,4	10,8	79,0
Noruega	1,5	0,4	6,3	91,8
Panamá	18,5	10,6	22,6	48,3
Polonia	5,4	0,7	13,0	80,9
Reino Unido	2,0	0,3	5,9	91,8
Rumania	7,8	1,7	12,2	78,3
Suecia	1,0	1,2	6,4	91,4
Uruguay	10,0	0,8	11,6	77,6
Venezuela	27,1	7,7	21,0	44,2

TABLA 6
DEFUNCIONES REGISTRADAS EN EL AÑO POR JURISDICCION Y POR GRUPO DE EDAD SELECCIONADOS
MODELO DE MORTALIDAD PROPORCIONAL AGRUPADA

REPUBLICA ARGENTINA, 1976

División política	Total	Edad ignorada	Sub Total	1 año		1 - 4 años		5-49 años		50 y más años	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de la República	240.764	2.485	238.279	29147	12,2	5295	2,2	37213	15,6	167224	70,1
Capital Federal ¹	37.202	8	37.194	1562	4,2	178	0,5	3426	9,2	32633	87,7
Buenos Aires ¹	85.036	1.465	83.571	8315	9,9	1135	1,4	13612	16,3	60509	72,4
Catamarca	1.703	13	1.690	377	22,3	79	4,7	274	16,2	960	56,8
Córdoba ²	20.475	186	20.297	1609	8,9	257	1,3	3168	15,6	15053	74,2
Corrientes	5.934	37	5.897	1115	18,9	299	5,1	998	16,9	3485	59,1
Chaco	6.371	75	6.296	1619	25,7	448	7,1	1160	18,4	3069	48,7
Chubut	2.025	34	1.991	502	25,2	101	5,1	461	23,2	927	46,6
Entre Ríos ³	7.600	60	7.540	984	13,1	84	1,1	1180	15,6	5292	70,2
Formosa	1.935	31	1.904	425	22,3	169	8,9	486	25,5	824	43,3
Jujuy	4.039	36	4.003	1267	31,7	370	9,2	827	20,7	1539	38,4
La Pampa	1.511	19	1.492	148	9,9	27	1,8	212	14,2	1105	74,1
Mendoza	9.151	10	9.141	1447	15,8	214	2,3	1445	15,8	6035	66,0
Misiones	4.609	66	4.554	1138	25,0	252	5,5	1005	22,1	2158	47,4
Neuquén	1.460	23	1.437	341	23,7	65	4,5	406	28,3	625	43,5
Río Negro	2.438	56	2.382	506	21,2	100	4,2	624	26,2	1152	48,4
Salta	6.052	24	6.028	1687	28,0	561	9,3	1245	20,7	2535	42,1
San Juan ⁴	3.323	—	3.323	604	18,2	78	2,3	596	17,9	2045	61,5
San Luis	1.726	9	1.717	266	25,5	29	1,7	274	16,0	1148	66,9
Santa Cruz	682	7	675	135	20,0	13	1,9	204	30,2	323	47,9
Santa Fe	23.160	197	22.969	2255	9,8	324	1,4	3156	13,7	17234	75,0
Santiago del Estero	4.679	83	4.586	852	18,5	192	4,2	792	17,2	2760	60,1
Tucumán	8.229	43	8.180	1493	18,3	276	3,4	1417	17,3	4994	61,1
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sur ²	116	—	116	24	20,7	1	0,9	50	48,1	41	35,3

¹ Se efectuó la corrección del caso cuando los hechos ocurridos en la Capital Federal correspondieron a residentes en la Pcia. de Bs. Aires.

² Tabulados provinciales. ³ Estimación hecha sobre la base del 1er. semestre de 1977.

⁴ Información correspondiente al año 1975.

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública, Sector Estadístico de Salud.

miento ambiental y la atención médica. Se señala que la ocurrencia de la enfermedad y la muerte en la infancia no obedece a causa única sino a la concurrencia de múltiples factores que establecen la madeja de causalidad responsable. Se destaca la importancia de actuar en los niveles de prevención que controlan los primeros eslabones de la cadena epidemiológica, como estrategia para la reducción de la Mortalidad Infantil.

— Las soluciones: "La contribución que se ha efectuado desde el campo sanitario a este tópico ha sido la de ordenamiento y compatibilización de actividades en programas de control de la salud, ya que acciones como las vacunaciones, el control del crecimiento y desarrollo, la educación sanitaria, etc., son parte de la materia médica, que no son novedades ni entran en discusión.

Sin embargo, creemos que son aportes recientes e importantes el señalamiento de que estos controles tienen por finalidad evitar daños, a los que están expuestos los distintos grupos materno-infantiles a los que controlamos, y no el cumplimiento de normas que apuntan a su eficiencia (precocidad, continuidad, cobertura) por sí mismas.

Cada tipo de control dedicado a un grupo vulnerable o etario en especial tiene un nivel de prevención prioritario que es el objetivo central de su realización, aunque se integre con actividades correspondientes a distintos niveles.

Así, ejemplificamos cuando decimos que el nivel de prevención medular del control del lactante es el primario, con funciones de "fomento y prevención específicas", ya que lo que interesa es que el lactante llegue al año de edad con el crecimiento y desarrollo que su potencialidad genética prevé, y protegido con las inmunizaciones pertinentes; a la inversa, el control prenatal de la embarazada está centrado en el "diagnóstico precoz y tratamiento oportuno" (nivel secundario) de cualquier patología que ponga en riesgo a ella y/o al fruto de la concepción.

En cada tipo de control podemos establecer el nivel de prevención prioritaria alrededor del cual se construirán la doctrina y la metodología de aplicación del mismo.

En tercer lugar cabe destacar que entre las distintas técnicas de evaluación no pueden estar ausentes las que midan la efectividad de cada tipo

de control en términos de reducción de la morbimortalidad.

VALOR DEL DIAGNOSTICO DE SITUACION

Nunca será excesiva la insistencia en desarrollar actividades continuas que faciliten los mecanismos para conocer la realidad sanitaria.

El avance del conocimiento médico y sus dificultades para implementarlo, por un lado, y la tendencia general al desarrollo socioeconómico, por el otro, con sus periódicas crisis hacen que esa realidad esté permanentemente en cambio y su percepción se dificulte. Sin embargo, los esfuerzos por lograr diagnósticos de situación correctos son el camino más eficiente para el planteo de alternativas de solución al problema de la Mortalidad Infantil. Este buscar soluciones a partir del diagnóstico es una toma de posición en lo que respecta a política de salud y a la manera de encarar los planes respectivos; pero, cabe aclarar, que la información diagnóstica debe estar acorde con la capacidad de análisis e implementación de soluciones de los organismos. Un exceso de información no dirigida ni instrumentada, puede significar una dilapidación de recursos.

TABLA 7

DEFUNCIONES REGISTRADAS EN EL AÑO POR JURISDICCION Y POR SEXO REPUBLICA ARGENTINA - 1976

División política	Total general	Sexo ignorado	Sub Total	Varones		Mujeres	
				No.	%	No.	%
Total de la	240.764	435	240.329	139.802	58,2	100.527	41,8
Capital Federal ¹	37.202	—	37.202	20.162	54,2	17.040	45,8
Buenos Aires ¹	85.036	312	84.724	50.453	59,5	34.271	40,5
Catamarca	1.703	2	1.701	918	54,0	783	46,0
Córdoba ²	20.475	—	20.475	12.078	59,0	8.397	41,0
Corrientes	5.934	—	5.934	3.168	53,4	2.766	46,6
Chaco	6.371	12	6.359	3.765	59,2	2.504	40,8
Chubut	2.025	3	2.022	1.269	62,8	753	37,2
Entre Ríos ³	7.600	16	7.584	4.418	58,2	3.166	41,8
Formosa	1.935	10	1.925	1.034	53,7	891	46,3
Jujuy	4.039	2	4.037	2.233	55,3	1.804	44,7
La Pampa	1.511	7	1.504	981	65,2	523	34,8
La Rioja	1.298	—	1.298	686	52,9	612	47,1
Mendoza	9.151	1	9.150	5.338	58,3	3.812	41,7
Misiones	4.619	3	4.616	2.633	57,0	1.983	43,0
Neuquén	1.460	9	1.451	925	63,8	526	36,2
Río Negro	2.438	10	2.428	1.570	64,7	858	35,3
Salta	3.323	—	3.323	1.933	58,2	1.390	41,8
San Juan ⁴	1.726	3	1.723	1.043	60,5	680	39,5
San Luis	1.726	3	1.723	1.043	60,5	196	28,8
Santa Cruz	682	2	680	484	71,2	196	28,8
Santa Fe	23.165	43	23.123	13.909	60,6	9.214	39,4
Santiago del Estero	4.679	—	4.679	2.604	55,7	2.075	44,3
Tucumán	8.223	—	8.223	4.717	57,4	3.506	42,6
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sur ²	116	—	116	91	78,5	25	21,5

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación — Sector Estadística de Salud.

¹ Se efectuó la corrección del caso cuando los hechos ocurridos en la Capital Federal correspondieron a residentes en la Pc. de Bs. Aires. ² Tabulados provinciales. ³ Estimación hecha sobre la base del 1er. semestre de 1977. ⁴ Información correspondiente al año 1975

TABLA 8
 NACIDOS VIVOS, DEFUNCIONES INFANTILES, TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR JURISDICCIONES DE LA
 REPUBLICA ARGENTINA - 1970 Y 1976

política	1970		1976		1970		1976		1970		1976	
	No.	Tasa %	No.	Tasa %	No.	Tasa %	No.	Tasa %	No.	Tasa %	No.	Tasa %
Total de la República	516.025	656.768*	32070	62,1	29147	44,4	13549	26,3*	14475	22,0		
Capital Federal ¹	46.360	54.029*	1459*	31,5	1562	28,0	867	18,7	1040	19,2		
Buenos Aires ¹	167.465	231.659*	9367	55,0	8315	35,9	4229	25,3	4545	19,6		
Catamarca ²	5.251	6.274	371	70,7	377	60,1	102	19,4	189	30,1		
Córdoba ²	42.516	49.501	2005	49,2	1809	36,5	900	21,1	925	18,7		
Corrientes ²	16.737	18.987	1261	75,3	1115	58,9	381	22,8	452	23,9		
Chaco	17.448	21.679	1620	92,8	1619	74,7	639	36,6	644	29,7		
Chubut	5.497	7.583	449	81,7	502	86,2	206	37,5	226	29,8		
Entre Ríos ³	19.289	21.916	1043	54,1	984	44,9	425	22,1	528	24,1		
Formosa	9.152	9.985	476	52,0	425	42,6	159	17,4	164	16,4		
Jujuy	11.776	15.210	1520	129,1	1267	83,3	431	36,6	437	28,7		
La Pampa	3.928	4.277	143	36,4	148	34m6	67	17,1	86	20,1		
La Rioja	3.961	5.146	331	83,6	276	53,6	93	23,5	125	24,3		
Mendoza	26.257	30.749	1447	55,1	1447	47,1	577	22,0	724	23,5		
Misiones	15.034	20.246	1087	72,3	1138	56,2	437	29,1	724	23,5		
Neuquén	5.658	7.564	578	102,2	341	45,1	231	40,8	530	26,2		
Río Negro	8.760	11.096	799	91,2	506	45,6	300	34,2	218	19,6		
Salta	17.386	23.176	1897	109,1	1687	72,8	688	39,6	637	27,5		
San Juan ⁴	11.381	13.862	911	80,0	604	43,6	394	34,6	637	27,5		
San Luis	4.095	5.240	303	74,3	266	50,8	112	27,4	147	28,1		
Santa Cruz	2.278	2.925	112	49,2	135	46,2	49	21,5	58	19,8		
Santa Fe	*41.351	49.678*	2333	56,4*	2255	45,4	977	23,6*	1232	24,8		
Sgo. del Estero	11.157	16.683	771	69,1	852	51,0	396	25,5	345	20,7		
Tucumán	22.905	28.799	1680	73,3	1493	51,8	881	38,5	698	24,2		
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sur	313	549	17	54,3	24	43,7	7	22,4	14	25,5		

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública. Sector Estadístico de Salud.

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública. Sector Estadístico de Salud.

¹ Se efectuó la corrección del caso cuando los hechos ocurridos en la Capital Federal correspondieron a residentes de la Pcia. de Bs. As.

² Tabulados provinciales. ³ Estimación hecha sobre la base del 1er. semestre de 1977. ⁴ Información correspondiente al año 1975.* Información provisional.

Tabla 9

MORTALIDAD GENERAL – NUMERO DE DEFUNCIONES Y PORCENTAJES SEGUN GRANDES GRUPOS DE CAUSAS – JURISDICCIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA – 1976

División Política	a	b	bx100		c	cx100		d	dx100		e	ex100		f	fx100		g	gx100		
			a	a-b		a-b	a-b		a-b	a-b		a-b	a-b		a-b	a-b				
	Total General	Mal definidas		Sub	Infecc. y Paras. ²		Tumores		Cardiovasculares		Accidentes		Otras bien definidas							
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total de la																				
República	240.764	11966	5,0	223.820	27858	12,2	39160	17,2	98727	43,1	18235	8,0	44550	19,5						
Cap. Fed. ¹	27.202	528	1,4	56.674	2760	7,5	7173	19,5	20105	54,8	1457	4,0	5179	14,1						
Bs. Aires ¹	85.036	2085	2,4	82.951	7534	9,1	15368	18,5	38135	46,0	6950	8,4	14964	18,0						
Catamarca	1.703	237	13,9	1.466	265	17,0	176	12,0	534	36,4	110	7,5	381	26,0						
Córdoba	20.475	859	4,2	19.616	1192	6,1	3813	19,4	8158	41,6	1493	7,6	4960	25,3						
Corrientes	5.934	724	12,2	5.210	1212	23,3	595	11,4	2014	38,6	467	9,0	922	17,7						
Chaco	6.371	727	11,4	5.644	1725	30,6	635	11,3	1724	30,5	406	7,2	1153	20,4						
Chubut	2.025	169	8,3	1.856	430	23,2	241	13,0	491	26,4	241	13,0	453	24,4						
Entre Ríos	7.600	366	4,8	7.234	652	9,0	1304	18,0	3144	43,5	580	8,0	1554	21,5						
Formosa	1.935	263	13,6	1.672	527	31,5	141	8,4	509	30,4	171	10,2	324	19,4						
Jujuy	4.039	970	24,0	3.069	1038	33,8	230	7,5	717	23,4	368	12,0	716	23,3						
La Pampa	1.511	24	1,6	1.487	165	11,1	331	22,2	609	41,0	118	7,8	264	17,7						
La Rioja	1.298	174	13,4	1.124	212	18,9	159	14,1	441	39,2	78	6,9	234	20,8						
Mendoza	9.151	128	1,4	9.023	1618	17,9	1282	14,2	3370	37,3	795	8,3	1958	21,7						
Misiones	4.619	366	7,9	4.253	1164	27,4	392	9,2	923	21,7	451	10,6	1323	31,1						
Neuquén	1.460	102	7,0	1.358	242	17,8	151	11,2	307	22,6	281	20,7	377	27,0						
Río Negro	2.438	120	4,9	2.318	424	18,3	306	13,2	601	25,9	411	17,7	576	24,8						
Salta	6.052	1162	19,2	4.890	1559	31,9	414	8,5	1244	25,4	450	9,2	1223	25,0						
San Juan ⁴	3.323	103	3,1	3.220	489	15,2	436	13,5	1158	36,0	333	10,3	804	25,0						
San Luis	1.726	127	7,4	1.599	278	17,3	244	15,0	618	38,6	128	8,0	331	20,7						
Santa Cruz	682	17	2,5	665	95	14,4	78	11,7	224	33,6	119	17,9	149	22,4						
Santa Fe	23.166	533	2,3	22.633	2369	10,5	4535	20,0	9558	42,2	1857	8,2	4314	19,6						
Santiago del Estero	4.679	1572	33,6	3.107	545	17,5	423	13,7	1241	39,9	253	8,1	645	20,8						
Tucumán	8.223	582	7,1	7.641	1347	17,6	1016	13,3	2875	37,6	694	9,1	1709	22,4						
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sur	116	6	5,2	110	16	14,5	6	5,4	27	24,5	24	21,8	37	33,6						

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública, Sector Estadística de Salud.

¹ Se efectuó la corrección del caso cuando los hechos ocurridos en la Capital Federal correspondieron a residentes de la Pcia. de Bs. Aires. ² Tabulados provinciales - ³ Estimación hecha sobre la base del 1er. semestre de 1977. ⁴ Información correspondiente al año 1975.

TABLA 10

MORTALIDAD INFANTIL – NUMERO DE DEFUNCIONES Y PORCENTAJES SEGUN GRANDES GRUPOS DE CAUSAS – JURISDICCIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA – 1976

	a	b	bx100		c	a-b	d	c-100		e	dx100		Otras bien definidas	
			a	a-b				a-b	a-b		g	a-b		
	Total General	Mal definidas	Sub	Infec. y Parasitar.	Mal form. cong.	Perinatales	Otras bine definidas							
	Nº	5%	Total	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total de la República	29.147	2541	8,7	26.606	12296	40,2	2229	8,4	9357	35,2	2724	10,2		
Cap. Fed. ¹	1.562	17	1,1	1.545	499	32,3	189	12,2	733	47,4	124	8,0		
Bs. Aires ¹	8.315	166	2,0	8.149	3195	39,2	852	10,4	3051	37,4	1051	12,9		
Catamarca	377	41	15,6	318	137	43,8	7	2,2	150	47,2	24	7,5		
Córdoba ³	1.809	105	5,8	1.704	681	40,0	153	8,8	696	40,8	174	10,1		
Corrientes	1.115	143	12,8	972	606	62,3	58	6,0	219	22,5	89	9,2		
Chaco	1.619	189	11,7	1.430	874	61,1	61	4,3	390	27,3	105	7,3		
Chubut	502	57	11,4	445	226	30,8	20	4,5	134	30,1	65	14,6		
Entre Ríos ³	984	52	5,3	932	352	37,8	88	9,4	386	41,4	106	11,4		
Formosa	425	54	12,7	371	263	70,1	6	1,6	70	18,9	32	8,6		
Jujuy	1.267	411	32,4	856	529	61,8	53	6,2	203	23,7	71	8,3		
La Pampa	148	7	4,7	141	56	39,0	15	10,6	56	39,7	15	10,6		
La Rioja	276	60	21,7	216	100	46,3	9	4,2	73	33,8	84	15,7		
Mendoza	1.447	26	1,8	1.421	701	49,3	120	8,4	489	34,4	111	7,8		
Misiones	1.138	113	9,9	1.025	611	59,6	50	4,9	255	24,9	109	10,6		
Neuquén	341	40	11,7	3-1	111	36,9	35	11,6	107	35,5	48	15,9		
Río Negro	506	26	5,1	480	210	43,8	50	10,4	161	33,5	59	12,3		
Salta	1.687	389	23,0	1.298	781	60,2	52	40,0	321	24,7	144	11,1		
San Juan ⁴	604	30	5,0	574	246	42,8	42	7,3	236	41,1	50	8,7		
San Luis	266	23	8,6	243	105	43,2	22	9,1	110	46,3	6	2,5		
Santa Cruz	135	10	7,4	125	36	28,8	18	14,4	45	36,0	26	20,8		
Santa Fe	2.255	76	3,4	2.179	950	48,6	207	9,5	844	38,7	178	8,2		
Santiago del Estero	852	650	41,1	502	259	51,6	11	2,2	167	33,3	65	12,9		
Tucumán	1.493	137	9,1	1.356	763	56,3	111	8,2	453	33,4	29	2,1		
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sur	24	1	4,2	23	6	25,1	-	-	8	34,8	0	39,1		

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública. División Estadística de Salud.

¹ Se efectuó la corrección del caso cuando los hechos ocurridos en Capital Federal correspondieron a residentes de la Pcia de Bs. Aires. ²² Tabulados provinciales. ³ Estimación hecha sobre la base del 1er. semestre de 1977. ⁴ Información correspondiente al año 1975.

TABLA 10 Bis

NACIDOS VIVOS Y DEFUNCIONES INFANTILES POR CAUSAS SELECCIONADAS - JURISDICCIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
AÑO 1976

División política	Nacidos vivos	TBC		Tos convulsa		Tétanos		Sarampión		Difteria		Diarreas	
		Nº	o/ooo	Nº	Tasa o/ooo	Nº	Tasa o/ooo	Nº	Tasa o/ooo	Nº	Tasa o/ooo	Nº	o/ooo
Total de la República ¹	656.768	62	9,4	257	39,1	162	24,7	310	47,2	4	0,6	3133	477,0
Cap. Fed. ¹	54.029	1	1,9	10	18,5	—	—	5	9,3	—	—	59	98,1
Bs. Aires ¹	231.659	12	5,2	139	60,0	4	1,7	110	47,5	—	—	578	249,5
Catamarca	6.274	—	—	10	159,4	—	—	—	—	—	—	48	765,1
Córdoba ²	49.501	2	4,0	13	26,3	3	6,1	1	2,0	—	—	175	353,5
Corrientes	18.937	6	31,7	5	26,4	16	84,5	23	121,5	—	—	179	945,2
Chaco	21.679	4	18,5	6	27,7	30	135,4	30	138,4	—	—	211	973,2
Chubut	7.583	3	39,6	1	13,2	—	—	4	52,7	—	—	92	1218,2
Entre Ríos ³	21.916	2	9,1	6	27,4	16	73,0	—	—	—	—	118	538,4
Formosa	9.985	5	50,1	1	10,0	18	180,3	4	40,1	—	—	104	1041,5
Jujuy	15.210	7	46,0	3	19,7	3	19,7	13	85,5	—	—	189	1203,1
La Pampa	4.277	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	280,6
La Rioja	5.146	1	19,4	2	38,9	—	—	1	19,4	—	—	19	369,2
Mendoza	30.749	2	6,5	11	35,8	—	—	16	52,0	—	—	236	707,5
Misiones	20.246	3	14,8	1	4,9	34	167,9	4	18,9	1	4,9	205	1012,5
Neuquén	7.564	—	—	—	—	1	13,2	—	—	—	—	30	396,6
Río Negro	11.096	1	9,0	2	18,0	—	—	1	9,0	—	—	55	496,6
Salta	23.176	8	34,5	2	8,6	16	69,0	35	151,0	1	4,3	301	1298,8
San Juan ⁴	13.862	—	—	—	—	—	—	1	7,2	—	—	44	317,4
San Luis	5.240	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	515,2
Santa Cruz	2.925	—	—	2	68,4	—	—	—	—	—	—	8	275,3
Santa Fe	49.678	1	2,0	26	52,3	7	14,1	18	36,2	1	2,0	261	525,4
Santiago del Estero	16.688	3	18,0	4	24,0	7	42,0	—	—	57	341,5	—	—
Tucumán	28.799	1	3,5	14	48,6	10	34,7	37	128,5	1	3,6	136	472,2

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública, División Estadística de Salud.

¹ Se efectuó la corrección del caso cuando los hechos ocurridos en la Capital Federal correspondieron a residentes en la Pcia. de Bs. Aires.

² Tabulados provinciales. ³ Estimación hecha sobre la base del 1er. semestre de 1975. ⁴ Información correspondiente al año 1975.

* Información provisional.

T. del Fuego,
Antártida e Islas
del A. Sur²

549

1 182,1

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Alvarea-Lajonchere, Celestino: Investigación perinatal, Cuba 1973. Atención médica y factores socio-biológicos. Revista Cubana de Administración de la Salud. 2 (3): 269-275, jul-set, 1976.
- Aceves Sainos, Dionisio: Investigación interamericana de mortalidad en la niñez: resultados seleccionados del proyecto realizado en el área de Monterrey, México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 79 (6): 485-507, 75.
- Arizcun Pineda, J. y Alonso Ortiz, T.: Mortalidad perinatal. Aspectos biológicos, obstétricos y asistenciales de la mortalidad fetal y neonatal. Análisis de una muestra. Revista Española Pediatría. 33: 69-100, 77.
- Behn Rosas, Hugo y Correa, Mónica: La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina, Chile, 1965-1966. San José, CELADE, 1977, 60 pp., mimeogr. (Serie A 1030).
- Behn Rosas, Hugo y Maguid, Alicia: La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina, Argentina, 1966-1967. San José, CELAD, 1978, 77 pp. (Serie A 1039).
- Behn Rosas, Hugo y Ledesma, Alfredo: La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina, Perú, 1967-1968. San José, CELADE, 1977, 62 pp. (Serie A 1029).
- Drass, William y Hill, K. H.: Estimación de la mortalidad adulta a partir de información sobre orfandad. Notas de Población; CELADE. Año 1, 2 (9). Agosto 1973.
- Busso, Nélida F. de, Manterola, Alberto C. y O'Donnell, Juan C.: Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires. Revista del Hospital de Niños XVII, 65: 39/46. Marzo 1975.
- CAUSAS de la mortalidad infantil. Crónica de la OMS. 30 (5): 212-215, 76.
- Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de mortalidad infantil a partir de datos del Censo de 1973. Boletín Estadístico. 26 (305): 39-42, 76.
- Cortés, Arnoldo; Cura, Héctor, Martorano, Italo; Terradas, Luis: Evaluación de la mortalidad infantil en el Partido de Olavarría, Años 1890/1977. Monografía de Promoción. Biblioteca ESPUBA. Buenos Aires, 68 pp.
- Cortina Grues, P. y Llatas Escrig: Estudio de la mortalidad infantil en Valencia. Bienio 1971-72. Acta Pediatría Española. 23 (374): 73-82, febr. 74.
- Chamberlain, Roma y Baranchuck, Norberto: El bajo peso al nacer como problema de salud pública. En: Aspectos perinatales del parto prematuro. Buenos Aires, El Ateneo, 1978, pág. 1-12.
- Chase, Helen C.: A study of risks, medical care and infant mortality. American Journal of Public Health. Vol. 63; suplement, set. 1973.
- Dameno, Rodolfo; Castresana, Jorge y Schaumeyer, Helena: Mortalidad neonatal; estudio necroscópico. Archivos Argentinos de Pediatría. T. 76 (2): 74-80. Mar-abr. 78.
- Escudero, José C. Mortalidad por desnutrición: un estudio de causas múltiples de muerte. Cuadernos de Salud Pública. 10: 75-82, 75.
- Hill, K. H.: Métodos indirectos para estimar la mortalidad: Ejemplos de aplicaciones en Bangladesh. Notas de Población. CELADE. Año III N° 16:55-74. Dic. 1975. Santiago, Chile.
- INFORME de meningitis meningocócica; descripción de la situación epidemiológica en 1975. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 7-8. 789-798, 76. México.
- INTERPRETACIONES de los cambios de las características y tendencias de la mortalidad. Crónica de la OMS. 31 (2): 90, 77.
- Laurenti, Ruy: Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da investigação interamericana na infância na área do projeto de São Paulo, Brasil. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. 79 (1): 1-14, 75.
- Laurenti, Ruy: Resultados e acoes apontadas pela investigação interamericana de mortalidad na infancia no Brasil. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud 82 (4): 344-360, 77.
- Legarreta, P. Adela: Omisión del registro de defunciones de niños ocurridas en maternidades, Santiago, Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria de la Salud. 75 (4): 308-314, 73.
- Loza Zaldívar, Arnoldo de la: Variaciones trascendentes de la mortalidad por edades en México. Salud Pública de México. 19 (1): 13-38, 77.
- Martini, Carlos: Sociomedical health indicators for child health. In: Evaluation of Child Health services; The interface between research and medical practice. U. S. Dep. Health, Education and Welfare. DHEW Publication N° (NIH) 78-1066, pág. 73-87.
- Menchaca, Francisco J.: Factores sociales de la morbimortalidad perinatal. Cuadernos médico-sociales. 18 (4): 5-19, 77.
- México. Dirección General de Estadística. Evaluación de la mortalidad infantil en la República Mexicana, 1939-1970. México, Dirección General de Estadística, 1975. 52 pp. mimeogr.
- Molina Cartes, Ramiro: Evolución y características de la mortalidad materna y perinatal en Chile. Cuadernos médico-sociales. 18 (4): 5-19, dic. 77.
- LA MORTALIDAD de la niñez en las Américas. Crónica de la OMS. 28 (6): 308-315, 74.
- MEJORAMIENTO de las perspectivas de supervivencia de los recién nacidos. Crónica de la OMS. 31 (1): 77-83, 77.
- NUEVA información sobre las características de la mortalidad en la niñez en las Américas. Crónica de la OMS. 28 (6): 308-315, 74.
- Peeney, Griffith: Estimación de tasas de mortalidad infantil a partir de información de supervivencia de hijos clasificados por edad de la madre. Santiago, CELADE, 1977, 19 pp. mimeogr. (Serie D 87).
- Peeney, Griffith: Estimación de tendencias de mortalidad a partir de información de hijos sobrevivientes. Santiago CELADE, 1977, 37 pp. mimeogr. (Serie D 88).
- Rojas Ochoa, F.: Cobertura y calidad de la información estadística sobre la mortalidad perinatal en Cuba. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. 82 (4): 334-343, 77.
- Santos, Isabel dos: Investigación interamericana de mortalidade na infancia: alguns aspectos do aleitamento materno em Recife. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 81 (5): 399-404, 76.
- Serrano, Carlos V. y Puffer, Ruth R.: Utilization of hospital birth weights and mortality as indicators of health problems in infancy. Bulletin of the Pan American Health Organization. 8 (4): 825-345, 74.
- Smud, Rubén; Anzorena, Oscar; Egea, Eduardo; Penna, Enrique; Silva, Hilda y Efron de Smud, Beatriz: Atención médica y condiciones socio-económicas asociadas a la mortalidad infantil. Premio mención Arturo San Martín. 1977, mimeogr. 25 pp.
- TENDENCIAS de la mortalidad y perspectivas futuras. Crónicas de la OMS. 28 (12): 584-595, 74.
- Teruel, J.R.: Investigación interamericana de mortalidad en la niñez: peso al nacer en la región de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. 79 (2): 121-130, 75.
- Wallace, Helen M.: Características de la mortalidad en la infancia

y la niñez temprana en el proyecto de California de un estudio interamericano cooperativo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 79 (1): 15-23, 75.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Baranchuck, Norberto y Sicardi, Beatriz: Mortalidad en la Infancia en la República Argentina. Revista del Hospital de Niños. 20 (80): 162-190. Agosto 1978.
- Behm, Hugo y Primante, Domingo: Mortalidad en los primeros años de vida en la América Latina. Notas de Población, CELADE. Año VI, N° 16: 23-44. Abril 1979, San José, Costa Rica.
- Climent, Graciela; Mendes Diz, Ana M. y Rosenthal, Amalia: Mortalidad infantil: sectores socioeconómicos y culturales asociados. Cuadernos de Salud Pública. 11: 37-53, 76. ESPUBA. Buenos Aires.
- Montoya Aguilar, Carlos: Aplicación del concepto de alto riesgo de salud materno-infantil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Agosto 1974, p. 93.
- Puffer, Ruth R. y Serrano, Carlos V.: Características de la mortalidad en la niñez. Publicación científica N° 262 OMS/OPS. Washington/ 1973.
- Schkolnik, Susana: Mortalidad infantil en la República Argentina, a partir de la muestra del Censo de 1970. Serie Investigaciones Demográficas. N° 3. INDEC. Buenos Aires, 1975.
- Smud, Rubén E.: Nuevos aportes metodológicos para el estudio de la mortalidad infantil en el área metropolitana. Premio "Federación Médica". CEICA de la Provincia de Buenos Aires, octubre, 1977.
- Yabo, Roberto: Premortimorbilidad. Un nuevo concepto para el análisis estadístico de las defunciones. Atención Médica, 1975/76. 4 (1/4) 76.

GUIA DE DISCUSION

I. Tema: Magnitud y causas de la Mortalidad Infantil

1. Repercusión del número de nacidos vivos en magnitud de la tasa de Mortalidad Infantil (tabla 1).
2. Efecto del incremento del registro de los nacidos vivos en la República Argentina sobre la tasa de Mortalidad Infantil (tabla 1)
3. Factores determinantes del incremento del número de nacidos vivos (tabla 1) en la República Argentina.

4. Implicancia de las características de la distribución de la población por edad y sexo en la salud materno-infantil (tabla 2).

5. Correlación entre las tasas de Natalidad y Mortalidad de la población sobre el nivel de salud (tabla 3).

6. La Mortalidad proporcional por jurisdicción, proyecciones futuras (tabla 6).

7. Evolución de la Mortalidad Infantil y Neonatal entre los años 1970-1976 (tabla 8).

8. Causas de Mortalidad General y Mortalidad Infantil en la República Argentina (tablas 9, 10 y 10 bis).

II. Tema: Soluciones al problema de la Mortalidad Infantil

1. Aportes recientes al campo de la atención médica para el control de la Mortalidad Infantil.

2. Avances en medicina administrativa para la organización de programas de salud materno-infantil.

3. Condicionamientos que acarrea el porcentaje de población menor de 15 años en la estrategia de los programas de atención materno-infantil (tabla 4).

4. Aportes del concepto de Mortalidad proporcional a la solución de la Mortalidad Infantil y preescolar (tabla 5).

5. Población según sexo (tabla 2) y defunciones según sexo (tabla 8). Estrategias de los programas materno-infantiles en jurisdicciones con distribución desarmónica.

6. Aplicación del concepto de Alto Riesgo en los programas materno-infantiles.

7. Estrategia para la implementación de soluciones en el momento actual en la República Argentina.

III. Tema: Aspectos metodológicos para el estudio de la Mortalidad Infantil

1. Utilidad y aplicación del método de William Brass.

2. Las fuentes múltiples como sistema para mejorar la calidad de la información.

3. Aportes de las investigaciones colaborativas en América Latina.

4. Posibilidad actual de aplicar el concepto de premortimorbilidad a los registros de defunciones.

5. Otros aportes metodológicos no contemplados en el Documento de Trabajo.

CONCLUSIONES

Tema II: Mortalidad Infantil

Los grupos de trabajo sobre el tema Mortalidad Infantil recomiendan:

1) Con referencia a Metodología para estudio del problema:

a) Aplicación de la Metodología de Roberto Yabo premortimorbilidad en un estudio piloto auspiciado por la SAP.

b) Encargar al Comité de Salud Pública de la SAP que oriente y convoque a entidades científicas vinculadas al estudio de la demografía a que analicen los fenómenos de fecundidad en la República Argentina.

c) Efectuar en forma permanente y periódica la auditoría técnico-administrativa de todas las funciones infantiles en los Servicios de Pediatría.

d) Expresar con referencia al método de William Brass para el conocimiento de la probabilidad de morir en los dos primeros años de vida:

- Que es un método complementario para el estudio de la probabilidad de morir y no alternativo del análisis de las tasas de Mortalidad Infantil.
- Que el país necesita disponer del recurso humano con la capacitación técnica para el análisis nacional de la probabilidad de morir según la técnica de Brass.
- Que estamos ante un método retrospectivo ya que la confección de sus índices expresa situaciones históricas entre 5 y 7 años.
- Que su implementación conlleva la periodicidad propia de los censos o sea decenal.
- Que los estudios de las variables correlacionadas con la Mortalidad están limitados a las excluidas en el censo.
- Que es necesario analizar la consistencia de los datos censales, en especial las preguntas básicas-referidas a N° de hijos fallecidos y N° de hijos vivos.
- Se reconoce su utilidad en el campo del análisis de la mortalidad diferencial y en su aplicación para la selección de grupos vulnerables.

2) Con referencia al valor de la Mortalidad Infantil como indicador, señalar que su tasa caracteriza el sector Salud y sólo indirectamente otros fenómenos, recomendando prudencia en la práctica extendida de conferirle valor como indicador socioeconómico.

3) El conocimiento y su estudio acucioso de la Mortalidad Infantil es un medio para obtener mejoramiento del nivel de Salud.

4) Con referencia a la magnitud del daño destacamos la preocupación por las 30.000 defunciones infantiles anuales que se registran en número absoluto en el país. Considerando que la reducción de un

10% en los últimos 7 años registrados (1970-76) es escasa.

5) Llamar la atención a los niveles gubernamentales, técnicos y profesionales sobre el inusitado incremento que señalan los datos referidos a natalidad correspondientes al año 1976, al cual este Simposio no ha podido encontrar explicación y cuyo análisis es motivo de interés pediátrico y social.

Se espera que los datos del año 1977 permitan cotejar las cifras de nacimiento y lograr una interpretación integral de este llamativo fenómeno demográfico.

Con referencia a las propuestas de solución para el control de la Mortalidad Infantil se recomienda:

Grupos 1, 3 y 4:

- 1) Promover la eficiente relación

médico-paciente y la atención personalizada.

- 2) Reforzar los recursos para el control del embarazo de alto riesgo.

- 3) Acrecentar las acciones preventivas y la Educación para la Salud.

Grupos 2 y 10.

- 1) Promover un sistema de asignaciones a las familias de menores recursos.

- 2) Incrementar la cobertura del grupo materno-infantil.

Grupo 8

- 1) Modificar la legislación laboral para que tienda a proteger a la embarazada de alto riesgo.

- 2) Adaptar el currículum de los integrantes de los equipos de salud para atención de la madre y el niño a las necesidades de la población.

- 3) Facilitar la accesibilidad a la atención médica primaria.

- 4) Actualizar el diseño de programas de control a la población materno-infanto-juvenil.

Grupos 6 y 9

- 1) Concientizar al médico pediatra con respecto a la atención médico-pediátrica primaria.

- 2) Ampliar la cobertura de atención materno-infantil básica.

Las medidas recomendadas para el control de la Mortalidad Infantil son pertinentes, punto más o punto menos, al actual nivel de Mortalidad Infantil, debiéndose pasar sin más trámites a la etapa de ejecución de estas y otras actividades de salud que, sin duda, reflejarán la voluntad de hacer y se traducirán en una sensible reducción de las muertes infantiles evitables.

IV SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL



ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

SEDES:

HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO "DR. NOEL H. SBARRA"
CALLE 8 y 67 LA PLATA (1900)

CENTRO CULTURAL GENERAL SAN MARTIN
BUENOS AIRES

TEMAS CENTRALES

DETECCION PRECOZ DE LAS ENFERMEDADES EN LA INFANCIA
EL NIÑO ABANDONADO

25 al 29 de abril de 1983

Buenos Aires

Argentina

XXVI

JORNADAS ARGENTINAS

DE PEDIATRIA

3ra. Semana - Octubre de 1984

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA -- FILIAL ROSARIO

TEMA CENTRAL: "EL NIÑO Y SU ECOLOGIA"

COMITE DE HONOR

Prof. Dr. José Celoria
Prof. Dr. Jorge Gueglio
Prof. Dr. Angel Invaldi
Dr. Francisco Menchaca
Dr. Oscar Ronchi
Prof. Dr. Francisco Rosello

COMITE ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Alberto Palazzi
Vicepresidente: Dr. Eduardo E. Nolter
Secretario General: Dr. Roque G. Arnolt
Pro Secretario: Dr. Pedro Tartara
Secretario de Actas: Dr. Osvaldo Aymo
Tesorero: Dr. Miguel A. Galicchio
Pro Tesorero: Dr. Miguel A. Colombo
Vocales: Dr. José L. D'Elia
Dra. Alicia Grancelli
Dra. Noemmi Cassone

Lugar de realización

CENTRO CULTURAL BERNARDINO RIVADAVIA

Teatro El Círculo - Rosario

COMITE ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Alberto C. Manterola

Vice-Presidente: Dr. Jorge R. Restanio

Secretarios: Dra. Susana Hoxter

Dr. Rubén Smud

Vocales: Dr. Oscar Anzorena

Dr. Norberto Baranchuk

Dr. Juan Carrazana

Dr. David Charchir

Dr. Juan Carlos David

Dra. Nelly De Fina

Dr. Alberto Valetti

Dr. Mario Gutiérrez Leyton

Dr. Jorge Mera

Dr. Jorge Nocetti Fasolino

Dr. Juan Carlos O'Donnell

Dr. Oscar Ronchi

Dr. Raúl Ruvinsky

COMITE LOCAL - SANTA FE

Presidente: Dr. Juan Carlos David

Secretario: Dr. Edgardo Tardivo

Vocales: Dr. Eduardo Pérez

Dr. Danilo Simez

Dr. Omar Bertero

Dr. Orlando Alassia

AUSPICIOS

- Ministerio de Bienestar Social - Secretaría de Estado de Acción Social.
- Poder Ejecutivo de la Provincia de Entre Ríos.
- Ministerio de Bienestar Social del Neuquén.
- Ministerio de Bienestar Social - Provincia de Salta.
- Ministerio de Salud Pública - Provincia del Chaco.
- Secretaría de Estado de Salud Pública de Corrientes.
- Secretaría de Estado de Salud Pública de Entre Ríos.
- Secretaría de Estado de Salud Pública de Córdoba.
- Secretaría de Estado - Servicio Provincial de Salud de San Juan.
- Consejo Provincial de Salud de Río Negro.
- Subsecretaría del Menor y la Familia.
- Subsecretaría de Salud Pública de Chubut.
- Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe.
- Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Medicina.
- Universidad Nacional del Litoral.
- Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
- Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas.
- Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Ciencias Médicas.
- Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas.
- Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina.
- Universidad Católica de Córdoba. Facultad de Ciencia Médicas.
- Universidad del Salvador, Facultad de Medicina.
- I. N. O. S. Instituto Nacional de Obra Social.
- Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población (CAESPO).

IV SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

INDICE

Discurso inaugural pronunciado por el Sr. Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría: Dr. Teodoro F. Puga	217
Reunión de expertos previa al IV Simposio de Pediatría Social Tema: "El niño abandonado"	222
Compilación efectuada por la Lic. Amanda Galli y el Dr. Mario Gutiérrez Leyton	
Mesa Redonda: "El niño abandonado"	225
Coordinador: Dr. Marcos Cusminsky	
Mesa Redonda: Técnicas y pruebas habituales en pesquizas de enfermedades	233
Coordinador: Dr. Andrés Sibbald	
Conferencia: "Concepto de riesgo en detección precoz"	244
Dr. Elbio N. Suárez Ojeda – Representante de la OPS	
Encuesta Nacional: "Primera Encuesta Nacional de los establecimientos que atienden niños en riesgo social de abandono"	249
Director responsable de la encuesta: Dr. Mario Gutiérrez Leyton	
Conferencia: "Pasado, presente y futuro de la Pediatría Social"	256
Dr. Francisco Mardones Restat.	
Mesa Abierta a la Comunidad: "Adopción"	
Coordinador: Dr. Teodoro F. Puga.	
Conferencia: "La pesquiza de las enfermedades inaparentes y el pediatra"	271
Dr. Carlos Gianantonio	
Conclusiones	278

COLABORACIONES

Agradecemos la colaboración de las siguientes entidades y empresas:

BAYER	KNORR SUIZA
BOEHRINGER SOHN	NESTLE
CANALE	PHOENIX
COCA COLA	SANDOZ
FANACOA	SQUIBB
GADOR	TRES CRUCES
KASDORF	FUNDACION DAGLIO

La Sociedad Argentina de Pediatría expresa asimismo su agradecimiento a las autoridades de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

DISCURSO INAUGURAL PRONUNCIADO POR EL PRESIDENTE DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA: Dr. TEODORO F. PUGA
EN EL IV SIMPOSIO NACIONAL DE PEDIATRÍA SOCIAL

Centro Cultural General San Martín - 27 de abril de 1983

Autoridades presentes, delegados extranjeros, colegas del Equipo de Salud, amigos pediatras.

Hace apenas unos días, festejábamos en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires los 100 años de la creación de la 1.ª Cátedra de Pediatría en nuestro país y, aunque nuestros hospitales pediátricos habían nacido mucho tiempo antes, es válido afirmar que la formación universitaria del pediatra arranca desde el año 1883.

La Pediatría, desprendida definitivamente de la Medicina del adulto, pasó a ser considerada erróneamente una especialidad, y durante muchos años y aún en la actualidad, nos sacude la expresión "el niño es un adulto pequeño".

Aquellas definiciones hoy están definitivamente aclaradas; al niño se le reconoce su propia personalidad y a la Pediatría se la define como la parte de la Medicina que se ocupa del ser humano durante la etapa de su Crecimiento y Desarrollo.

¡Cuán lejana nos parece la equivocada valoración del niño a través de los siglos y las culturas! ¡Qué malestar nos provoca el sólo pensar en los infanticidios que se cometían en Esparta, en la antigua Grecia, donde se sacrificaban los niños malformados o incapacitados!

¿Cuál ha sido la evolución de la Pediatría en este siglo?

A pesar de su individualización, en sus comienzos y en muchos aspectos aún hoy, siguió sosteniendo la concepción científica del siglo XIX, concebida en la atención del niño *terminado en sí mismo*.

Sin embargo, ese enfoque organicista y cerrado a la persona, se fue modificando y a un pediatra actual es imposible imaginarlo sin claros

conceptos de medicina de familia y del ambiente donde se desarrolla el niño.

Porque la Pediatría ha ido evolucionando en dos aspectos: el tradicionalmente *científico* que se ocupa de la biología y que trajo aparejado el desarrollo de las especialidades pediátricas, y el *filosófico*, expresado por la actitud del pediatra que en su práctica diaria aconseja normas de prevención, cuidado y educación, cumpliendo en forma individual una importante acción social.

Pero es imprescindible reconocer que esta tarea individual no basta, que aunque valorable no es suficiente, sobre todo en los lugares más desprotegidos y en poblaciones con mayor riesgo, donde debemos acentuar y dinamizar la tarea con la finalidad de proteger y cuidar la salud de la madre, el niño y la familia.

Y aquí aparece con toda su fuerza la Pediatría Sanitaria y Social, que en su significado más amplio se ocupa de las tareas médicas que resultan de las relaciones entre el niño y la Sociedad.

Considerando al niño como sector social, se interesa por su bienestar promoviendo su salud, defendiéndolo de la enfermedad y la muerte, impulsando la sanción de disposiciones gubernamentales y leyes adecuadas, velando por su cumplimiento y estimulando la planificación, regionalización y coordinación correctas de la asistencia, docencia y educación para la salud.

Abarca todas las estructuras sociales con que el niño entra en contacto en el curso de su desarrollo, comprende las circunstancias marcadas por una determinada sociedad, estudia los determinantes sociales de la frecuencia de las enfermedades y de la morbimortalidad en la infancia y qué in-

fluencia ejercen sobre la estructura de dicha sociedad.

Investiga las relaciones recíprocas entre el niño sano y su medio ambiente, derivándose tareas concretas que corresponden a la Pediatría preventiva y que sólo la Pediatría de nuestro tiempo ha comenzado a reconocer.

Toda esta Pediatría cuando está en función del grupo social, constituye la *Pediatría Social*. No se trata de una nueva especialidad, sino que es una actitud que acompaña al gesto preventivo o curativo del pediatra.

Las conquistas de la Pediatría Social no serían concebibles sin los fundamentos científicos logrados mediante la labor de la Pediatría Clínica. De ésta surgieron, por ejemplo, los esfuerzos que se realizaron y se realizan para combatir la desnutrición, la diarrea, las enfermedades transmisibles y las deficiencias vitamínicas como el raquitismo.

Hoy continúa desempeñando un papel fundamental la investigación clínica relacionada con la Pediatría Preventiva, como muestran los resultados obtenidos en el *diagnóstico precoz de las enfermedades en la infancia*, uno de los Temas centrales de este Simposio, y la profilaxis de las anomalías congénitas del metabolismo.

Lo dijo el gran pediatra francés Robert Debré: "La Pediatría Social representa menos un programa de estudios que un espíritu"

Se apoya en otras disciplinas que contemplan los problemas médicos en planes para grupos y poblaciones y en otras ciencias humanas. La estadística, la epidemiología, la nutrición, la genética, la accidentología y la neuropsiquiatría entre las primeras y la sociología, la filosofía, el dere-

cho, la arquitectura, la economía, la antropología y la historia entre las últimas.

El sentido de la palabra niño está tomado en su acepción más amplia, abarcando el período que va desde la concepción hasta la madurez. Por lo tanto, la Pediatría Social también se ocupa del período prenatal y de la adolescencia.

Uno de los grandes problemas de nuestro tiempo es el de la juventud, por eso ha tomado gran relevancia todo lo que se pueda hacer para lograr un buen desarrollo puberal y postpuberal, así como la preocupación para lograr una correcta inserción social de los adolescentes.

La maduración del hombre ha variado en tiempo y modo. Las estructuras sociales se modifican. No conocemos bien las razones de la rebeldía de la juventud, de algunas desorientaciones que la impulsan a refugiarse en la droga o el alcohol. Los delincuentes son cada vez más jóvenes.

La Pediatría Social es el fundamento de la organización de la protección Sanitaria y Social de la niñez.

La evolución de la Pediatría, que ha transitado desde los primeros cuidados de la puericultura hasta la profilaxis más específica, la lleva en la actualidad a un nuevo desempeño: *la protección Social*.

La finalidad de la Pediatría Social quedó señalada en la Declaración de

Ginebra en 1923 y, tras un período de discusión que se prolongó más de 10 años, definitivamente aclarada en 1959 en la *Asamblea General de las Naciones Unidas* donde, sin ningún voto en contra, fueron aprobados los Derechos del Niño que actualmente conocemos.

La Sociedad Argentina de Pediatría ha percibido el deterioro socioeconómico y, por consiguiente, ha sido sensible al destino de nuestra niñez. Por dicha razón, habiendo nacido puramente científica y poseedora de gran prestigio y reconocimiento general, ha sentido la obligación de interesarse directamente en la Pediatría Social, *poniendo a su servicio todo su conocimiento e influencia para decir y ser escuchada*.

Y esta actitud no es de ahora, les diría que ha sido permanente desde su fundación en 1911 y que en todas las Jornadas y Congresos, que con vocación federalista realizó en sus Filiales de todo el país durante los 70 años de su existencia, de una u otra manera fueron abordados temas de Pediatría Social. Lo dije hace 2 días en La Plata en las magníficas jornadas Pre-Simposio, al referirme a un ejemplo de gran actualidad. La *desnutrición, una patología con gran contenido social*, muchas veces una forma de abandono psicoafectivo, socioeconómico, cultural, institucional y de gobierno, pareciera que recién ahora se descubriera en la Ar-

gentina. Llena las páginas de diarios y revistas, así como también innumerables espacios de radio y televisión.

El periodismo debería saber que las Actas de Nuestras Jornadas y Congresos están abarrotadas de trabajos vinculados con la desnutrición; que esas Actas y las conclusiones finales siempre fueron enviadas a las autoridades y, vaya paradoja, en 1978 en las Jornadas de Mendoza dos latinoamericanos: Cravioto, de Méjico, y Monckeberg, de Chile, autoridades mundiales en el tema, en sendas conferencias presentaron su experiencia, alertaron sobre el problema y plantearon soluciones, y en 1980, precisamente en las Jornadas de Tucumán el Tema central fue: "Nutrición Infantil", con discusiones a fondo y aportes de todas las Regiones de nuestro país, donde quedó señalada la importancia de los subregistros estadísticos en este tema. Por otra parte, destacados pediatras de nuestra Sociedad organizaron y dirigieron Centros de Salud, que llegaron a alcanzar gran prestigio, como los de Retiro, Isla Maciel, Villa Ofelia (Lanús) y el CEREN de Lomas de Zamora.

Fue tanta la preocupación de la Sociedad, que, paralelamente a sus tradicionales Jornadas Argentinas, se crearon los Simposios Nacionales de Pediatría Social. El primero desarrollado en Huerta Grande, Córdoba, en 1975, donde se abordó la "Enseñan-





za de los aspectos sociales y preventivos de la Pediatría"; el segundo en Mar del Plata, en 1977, sobre la base de dos Temas centrales: "Los Servicios de Pediatría y el Hospital Pediátrico" y "La atención institucional del preescolar"; el tercero en Reconquista, Santa Fe, en 1979, donde se cambiaron ideas sobre: "Educación para la salud", "Mortalidad infantil" y "Rol del pediatra en las Obras Sociales". Hoy iniciamos el cuarto que seguramente será coronado con el mismo éxito de los anteriores.

Me pregunto: ¿Qué nos está pasando? ¿No conocemos nuestros propios problemas? ¿Se trata de falta de información y comunicación? ¿O es tanto nuestro acostumbramiento a estas lacras que no podemos erradicarlas? A ustedes les dejo las respuestas, pero sí quiero manifestarles que, según mi criterio, es urgente definir una clara Política Nacional de Salud, con claros objetivos en el área Materno-infantil que aporte los recursos económicos necesarios tanto en el área Salud como en el área Educación, pero sobre todo que sean inteligentemente distribuidos, estableciendo prioridades y contenidos realizables a corto, mediano y largo plazo. Así todos: gobernantes, equipo de salud y comunidad, en franco diálogo, comenzaremos a transitar un largo y espinoso camino que nos llevará a la realidad que estamos buscando.

El comportamiento de la sociedad

ante el niño es un síntoma de la vida que lleva esa sociedad.

Aunque el progreso científico de la Medicina y de la Psicología y, en general, el desarrollo cultural de los pueblos, han logrado establecer un patrón de comportamiento ante los niños, las circunstancias hacen que muchas veces la conducta de los padres no condiga con los cánones establecidos, a los que tal vez no han llegado, o con las leyes naturales desvirtuadas por la complejidad de la vida moderna.

Es evidente que la mayor cantidad de abandonos se producen en las clases más necesitadas donde acucian los problemas económicos y las pautas culturales son deficientes. Se me ocurre pensar, sin embargo, que muchas veces no se trata de falta de afecto. Por el contrario, aquellas personas que carecen de todo, se nutren del amor de sus hijos a quienes, paradójicamente, castigan y quieren al mismo tiempo.

En este Simposio también serán objeto de estudio los factores de riesgo social, posibles causantes de abandono, aportando la experiencia que realizan distintos grupos en busca de mejores soluciones.

Factores fundamentales son la investigación y la docencia por medio de las cuales se implementará la prevención. Además se tratará de lograr los mecanismos más adecuados para

que el niño abandonado encuentre un medio familiar sustituto y la adopción pueda concretarse sin tropiezos.

Esta es una labor que debe concitar la atención de todos, porque la familia es célula de un organismo global. Si una célula se enferma, y otra y otra... y no son controladas, el cáncer se propaga y ya no hay atención médica que lo detenga. *Prevenir es la solución.* En ella debemos estar involucrados todos. Se previene en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en el centro de salud, en el hospital, en el Ministerio, en el Congreso de la Nación. Donde haya una persona responsable, obligada a la responsabilidad por el mandato que cumple, deberá existir prevención.

Una expansión urbana no planificada es falta de prevención.

Para el pediatra y el psicólogo la obligación más inmediata ante el niño abandonado, es tratar de encontrarle pronto un ambiente familiar, con el objeto de evitar agresiones que lesionen definitivamente su salud.

Pero los pediatras aquí presentes sabemos que teniendo la posibilidad de tratar a la madre o al padre, o a ambos a la vez, la tarea puede y debe extenderse más allá de nuestras responsabilidades científicas.

El trabajador social es el llamado a conocer en profundidad la problemática, el abogado a emplear las leyes pertinentes y el gobernante a

crearlas y modernizarlas. Pero éste no es un trabajo lineal. Debe existir una interacción entre todos los llamados a formar el equipo.

Ante los hechos consumados es imprescindible buscar una solución, pero es condición "sine qua non" que sea humanitaria. El niño abandonado debe encontrar respuesta a sus necesidades básicas en forma positiva, pues luego reflejará en la sociedad lo que recibió en la infancia.

El abandono puede originarse en la disgregación de la familia, cuyas causas no voy a analizar.

Cuando el niño ha pasado los primeros meses de vida ya posee una formación previa que en mayor o menor grado afectará su futuro; esta situación será diferente cuando el abandono se produce en el mismo momento de nacer, generalmente por una madre sola o inmadura que desea ocultar su maternidad o no puede afrontar por sus propios medios el futuro. Sin duda este niño tiene mejor oportunidad de recibir una educación más coherente si es adoptado en forma inmediata.

Aunque en la Argentina se considera el abandono en forma global, físico y psíquico, se dan muchos casos en que es solamente moral y el físico se transforma en castigo. Es decir que el padre o la madre conservan al niño, pero como víctima de sus malos tratos. Estos casos, muy delicados de tratar, requieren leyes e implementaciones muy adecuadas.

El síndrome del niño maltratado tal como se lo denomina desde 1961, y que será motivo de un Seminario, explica toda la patología de los malos tratos que sus padres o sus sustitutos propinan a los niños. En realidad no hace mucho tiempo que se está tratando este tipo de trauma, que el pediatra está obligado a detectar rápidamente, especialmente en el primer año de vida, y a denunciarlo para evitar su repetición.

Aunque hubiere motivo de sanción, jamás es justificable una agresión de este tipo.

La negligencia en la alimentación es un tipo de abandono que algunas veces tiene justificación por la inanición en que vive la familia.

La ausencia de los padres del hogar es otra de las causas y no se limita solamente a las clases sociales bajas. Existen niños que disfrutan de todos los beneficios que puede aportar el dinero, pero padecen de soledad, falta de afecto; soportan las neurosis de sus padres y sufren sus agresiones.

Es infinito el número de circunstancias que pueden desencadenar un castigo físico violento. Pero básicamente, la causa primera es la no aceptación del niño por no haber sido deseado, por interferir en la vida de los adultos, por constituir un problema agudo su manutención, por celos, etc.; en definitiva, por inmadurez de los padres que muchas veces no es otra cosa que un mecanismo de auto-

defensa e ignorancia en una sociedad que los margina también a ellos.

La dificultad para tratar estos casos reside precisamente en el hecho de que, pasado el momento de ira, muchos padres no aceptan la existencia de un rechazo y apelan al derecho de sancionar a su hijo.

Cuando el castigo es tan grave que provoca lesiones irreversibles, debemos considerar seriamente la atención de los padres y establecer un control y un contacto frecuente para detectar posibles patologías o serios trastornos de conducta. Hacerles comprender que son objeto de preocupación para sus semejantes y no tratarlos con intolerancia ni resentimiento.

Como todos los problemas pediátricos, tanto sanitarios, educativos como jurídicos, el abandono, casi siempre, es el resultado de un modo de vida por el que transita la sociedad. Así, que sería conveniente detenernos, con mirada introspectiva, en nuestro propio abandono.

Se habla del egoísmo del hombre moderno, pero, señálemoslo sin tapujos, a veces ni siquiera se quiere a sí mismo. Se abandona para lanzarse en una vorágine que todos conocemos. Actúa acicateado por las presiones; las necesidades inmediatas van relegando sus propias inquietudes, sus nobles aspiraciones, sus gustos. Se posterga para un eterno mañana. Sin darse cuenta va minando lentamente su cultura, se va diso-



ciando. ¿Cómo podemos cumplir el precepto bíblico, el más humano de todos, "amad a vuestros semejantes" si ni siquiera intentamos la premisa "como a nosotros mismos"? *Para dar es preciso poseer*. Por eso me atrevo a decir, que muchos niños, en mayor o menor medida, sufren de abandono en nuestra sociedad actual.

Es plausible que nos ocupemos de los que sufren de real abandono, físico y moral, pero primero debemos tomar conciencia de qué les vamos a dar. Tengo presente en este momento una referencia hecha a propósito de una reservación guaraní de la provincia de Misiones, donde un grupo de indígenas viven muy decorosamente por obra y gracia de una fundación extranjera, en un lugar donde los criollos que trabajan en las plantaciones carecen del necesario apoyo y quedan librados a su ignorancia, con la perspectiva de que cuando acabe la ayuda, los indígenas pasarán nuevamente a integrar el grupo de indígenas. ¿Por qué? Simplemente porque el que está abandonado no soluciona su carencia solamente con dinero y comida; así sólo logrará fortalecer su cuerpo y alimentar rencor. El abandonado necesita nutrir tam-

bién su mente y su corazón; precisa afecto, saber que se ocupan de él pero a la vez que puede ser útil y responsable. Necesita participar. De esta manera podrá transmitir a sus hijos ese mismo sentimiento que hilará entre las generaciones del hombre. Así podrá querer su descendencia, y el temor, el sufrimiento o la impotencia no darán a luz esos engendros pavorosos que son las negras ideas de abandonar al hijo.

Lo terrible de este acto es que las personas pasibles de abandono son ambas: el niño de quien nos ocuparemos en este Simposio Nacional, en la medida de nuestras posibilidades, y el que abandona, de quienes deben ocuparse los que gobiernan, los que cargan sobre sus hombros la responsabilidad y asumen la prerrogativa de conducir, de hacerse cargo.

Quien abandona a su hijo se escapa del orden natural, es un agente perturbador y perturbado que si recobra la conciencia de su acto será un ser desgraciado toda su vida.

Sólo teniendo en cuenta los derechos del niño podemos prever aquellos "errores" que la sociedad más

tarde se siente obligada a tratar duramente.

Los niños constituyen casi la mitad de la población. Cuando llegan al mundo deben tener un sitio preestablecido y no ser yuxtapuestos a una sociedad que sólo espera su desarrollo para que sean útiles y no incommoden. Desentendiéndose de ellos, se descuida la misma sociedad en que vivimos.

La sociedad comete ese pecado de omisión. Niega afecto y atención al niño. Lo hace en forma institucional con aquellos que carecen de posibilidades. Es obligación del Equipo de Salud pediátrico, cuyo primer afán es el normal desenvolvimiento del niño, bregar porque aquellos que de una manera u otra se vinculan con la población infantil, no eludan sus responsabilidades.

Me gustaría que al inaugurarse este Simposio, nos posea un sentimiento generalizado: la semilla del abandono germina en los corazones desgraciados y desesperados. Luchemos contra la desesperanza, intentando ser nosotros mismos *más efectivos y esperanzados*.

Reunión de Expertos previa al
IV SIMPOSIO DE PEDIATRIA SOCIAL
Organizado por la Sociedad Argentina de Pediatría

Tema: "EL NIÑO ABANDONADO"

La Plata, 24 al 26 de abril de 1983

Síntesis de la producción de los cinco grupos de trabajo

(Compilación efectuada por la Lic. Amanda Galli y
el Dr. Mario Gutiérrez Leyton)

A. DEFINICIONES DE ABANDONO

1. **ABANDONO:** interrupción o perturbación temporaria o definitiva, por omisión o comisión, de los procesos de humanización e individualización.
2. **MENOR ABANDONADO:** es el que sufre una desprotección total o parcial, manifiesta o encubierta, consciente o inconsciente, de parte de las personas y/o instituciones que progresivamente debieran encargarse de estimular y controlar el desarrollo normal de sus potencialidades psíquicas y físicas.
3. **SITUACION DE ABANDONO EN LA NIÑEZ:** estado de vulnerabilidad pre y/o postnatal por carencia total o parcial, física, psíquica y social, más allá del grado de desarrollo comunitario del grupo al cual el niño pertenece.
4. **ABANDONO:** es toda situación sostenida que limita o interfiere el Crecimiento y Desarrollo del niño por incompetencia de la familia, comunidad y gobierno en el cumplimiento de sus funciones específicas.
5. **SITUACION DE ABANDONO EN LA NIÑEZ:** este problema fue definido globalmente como un problema de Salud Pública de gran complejidad y extensión ya que abarca desde las consecuencias letales (aborto inducido) para el niño desde antes de su nacimiento, cuando no fue deseado, hasta los daños psíquicos del adulto que en su infancia sufrió un proceso, manifiesto o no, de abandono real. Cuando el abandono es el resultado de un hecho forzoso fortuito de pérdida de la familia de origen (guerra, accidentes), sus consecuencias pueden ser similares con la tipología habitual pero contiene diferencias trascendentes para el aná-

lisis de su prevención y tratamiento. La forma habitual de abandono fue definida como una perturbación de la crianza cuya gravedad varía según el período evolutivo del desarrollo del niño en que se produce la desprotección psicofísica.

B. ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN UNA SITUACION DE ABANDONO

1. Las situaciones de abandono son siempre complejas y obedecen a una multicausalidad: factores individuales, familiares y sociales.
Jurídicamente se denomina "abandono de persona".
El riesgo de abandono se origina en la incapacidad del grupo familiar para ser continente de las necesidades del niño. La incapacidad de la familia puede originarse en los individuos (enfermedad de la madre), en la familia (desintegración del vínculo, divorcio), causas sociales (falta de vivienda, de trabajo, etc.)
2. Existe un adulto abandonante que se advierte en todas las clases sociales, niveles intelectuales y profesiones; hay una sociedad con mentalidad abandonante. Una familia abandonante se origina en las experiencias de abandono superadas por los padres en su propia niñez. Existe un abandono determinado por factores económicos: inestabilidad de residencia, trabajo golondrina, etc.

Factores que favorecen el abandono:

- migraciones
- afán de lucro desmedido, procesos de industrialización, urbanismo, búsqueda constante de éxito (características de la sociedad actual)

- estructura sociocultural que desvaloriza lo afectivo y espiritual y estimula los valores materiales e individuales
- carencia de instituciones que apoyen y refuerzen el vínculo familiar y sus valores
- incapacidad física y/o mental de los progenitores.
- alcoholismo y prostitución
- grado de integración-desintegración de la trama familiar

3. Una situación de abandono se genera por múltiples causas:

falta de alimentación

físicas: falta de abrigo
falta de higiene

falta de afecto

psicosociales: falta de estimulación
falta de educación

Factores de riesgo según grupo etario:

Preconcepcionales:

Falta de preparación de la pareja:

- educación sexual
- planificación familiar

Prenatales:

- Embarazo no deseado. Aborto
- Falta de medidas de seguridad social de la embarazada

Perinatales:

- Falta de apego madre-hijo inmediatamente después del parto (atención hospitalaria del parto y nursery)
- Falta de estimulación y/o lactancia materna
- Falta de reconocimiento del padre
- Barreras burocráticas en la inscripción del Registro Civil.

Recién nacidos:

- Maltrato. Infanticidio (forma de abandono)
- Falta de estimulación

Lactante:

- No satisfacción de necesidades básicas (forma de abandono)

Preescolar y escolar:

- Deserción escolar
- Mendicidad (formas de abandono)
- Trabajo de menores

Adolescencia:

- Falta de comunicación con los padres
- Mala ocupación del tiempo libre
 - patotas
 - drogadicción
 - vagancia
- Fuga del hogar
- Trabajo de menores (formas de abandono)

Factores de riesgo según estrato socioeconómico:

Privilegiada

No privilegiada

- Trabajo moderno fuera del hogar (en especial de la madre)
- Desintegración familiar
- Malformado/discapacitado
- Alcoholismo/Drogadicción
- Madre adolescente
- Abandono forzado por desaparición de los padres

Consumo, materialismo
Búsqueda de éxito-status

(abandono moderno)

Pobreza, indigencia
Migraciones
Desocupación
Hacinamiento
Prostitución
Reinternaciones hospitalarias
frecuentes
(abandono tradicional)

4. **Factores de riesgo**

- Carencia prolongada de las necesidades básicas
- Déficit o incompetencia del cumplimiento de las funciones familiares
- Déficit o incompetencia del medio comunitario
- Irresponsabilidad del Estado
- Inmadurez de los padres
- Familia desorganizada
- Estilo de vida familiar
- Situaciones que afectan el apego madre-hijo
- Niño discapacitado
- Marginalidad

5. **Características de la situación de abandono**

Existen distintos tipos de abandono: a) total y manifiesto, y b) crónico, sutil, dentro del ámbito familiar.

La familia abandonica, como la abusiva (apalea, explota), se inscriben en el capítulo de la "crianza anormal". Los factores que pueden inducir a una crianza anormal comienzan con una pareja joven, inmadura; un embarazo no deseado; un niño desconfiado, inseguro, aislado con profundos sentimientos de impotencia que, a su vez, llegará a ser un padre incapaz de expresar y satisfacer las necesidades personales y las de su propia pareja e hijo. La crianza anormal que volcará en su descendencia cierra el círculo de un modelo aprendido de su propia experiencia.

C. **PREVENCIÓN PRIMARIA**

1. Promoción de la lactancia materna

- Control prenatal con consentimiento de la pareja

- Implementación de actividades de estimulación temprana
 - Guarderías para los hijos de mujeres trabajadoras
 - Detección precoz del fracaso escolar para prevenir la deserción
2. Crear centros integrales comunales de Asistencia Social que desarrollen actividades de información y orientación para la promoción, fortalecimiento y protección de la familia. Centros donde la problemática sea atendida por un equipo interdisciplinario y ubicados en zonas o barrios de alto riesgo.
- Promover y sostener —a través de medios de comunicación masiva— los valores familiares. Reconsiderar la legislación laboral, sanitaria y social en función de promover y proteger la estructura y funcionamiento sano de la familia.
3. Cobertura de las necesidades básicas:
- vivienda
 - salud
 - alimentación.
4. Educación para la vida familiar
5. Extender la cobertura de la asistencia a las familias normales que atraviesan una crisis transitoria, ya sea ésta de carácter económico, espiritual o de salud, para prevenir la desintegración familiar.

D. PREVENCIÓN SECUNDARIA

- Instrumentar medidas tendientes a la identificación precoz del niño en abandono manifiesto
- Subsidiar a las familias de alto riesgo
- Atención psicopatológica accesible para las familias en crisis, sin discriminación de clase
- Integración de acciones conjuntas entre el equipo de salud materno-infantil, tribunales de menores y funcionarios de Minoridad y Familia, buscando el surgimiento de comisiones intersectoriales descentralizadas
- Colocación temporal —el plazo más breve posible— del niño de máximo riesgo en hogares transitorios o pequeños hogares con facilidades en el régimen de visitas de los padres para prevenir el abandono definitivo.
- Preferir la tenencia por parte de algún miembro de la familia que se haga cargo del niño manteniendo los vínculos afectivos
- Programas de estimulación a los niños separados de su ámbito familiar en forma transitoria. Apoyo y capacitación a la familia sustituta.
- Que las instituciones como guarderías, jardines de infantes, escuelas complementarias,

constituyan una real ayuda al grupo familiar para evitar el abandono total

- Revisión normativa y perfeccionamiento de los organismos de Protección del Menor existentes. Dotación de recursos humanos capacitados. Formación de técnicos de Minoridad. Formación en Minoridad de los futuros abogados en la Facultad de Derecho

F. PREVENCIÓN TERCIARIA

Ante la necesidad inevitable de internación por trastornos del carácter, discapacidad, etc., se propicia la creación de Pequeñas Unidades Terapéuticas descentralizadas y con cobertura nacional, donde se asegure un tratamiento individualizado y una enseñanza y formación profesionales.

- Creación de Tribunales de Menores en aquellas jurisdicciones donde no existen, e incremento del número de éstos donde los haya, de conformidad con la densidad de la población
- En la etapa de planificación para atacar el problema del abandono infantil preferir la creación de instituciones tales como Hogares Sustitutos antes que los grandes establecimientos de internación.

ADOPCIÓN (se incluyen las recomendaciones elaboradas por el Taller de Adopción que se realizó el día miércoles por la tarde, coordinado por el Dr. Nocetti Fasolino)

- Promover una campaña de información masiva a fin de jerarquizar y valorar la adopción como expresión de la paternidad psicosocial que posee valores diferentes de la biológica.
- Evitar las discriminaciones raciales y religiosas, para lo cual los funcionarios judiciales debieran flexibilizar sus criterios.
- Estimular la adopción de niños mayores de 2 años.
- Recomendar la reducción del lapso de un año para confirmar la existencia del abandono.
- Revisar el sistema de citación a la madre biológica en casos comprobados de abandono y que originan conflictos emocionales en la familia adoptiva al exponer a la posibilidad de pérdidas afectivas.
- Establecer que la diferencia máxima de edades entre adoptantes y adoptados no sea mayor de 45 años.
- Reducir la edad mínima para poder adoptar.
- Abreviar el plazo que establece la Ley 19.134 art. 11 inc. b; de 1 año a 90 días.

MESA REDONDA

EL NIÑO ABANDONADO

Integrantes: Dres. Mario Gutiérrez Leyton, Roberto Mateos, Aurora Pérez, Julio Martínez Vivot (h), Eduardo Trezza, Nélica Secreto y Lic. Peter Taçon.

Coordinador: Dr. Marcos Cusminsky

INTRODUCCION: Dr. Marcos Cusminsky

Esta Mesa Redonda es la continuación de una reunión previa que se llevó a cabo en La Plata, en la que estuvieron representados jueces, abogados, psicólogos, trabajadores sociales y pediatras, que en número de 92 participaron durante dos días en la discusión de la problemática del niño abandonado. Los participantes de esta Mesa Redonda han estado conviviendo durante estos dos días con diferentes grupos y van a presentar en su exposición las conclusiones, en términos generales, a que se llegó en los diferentes grupos de trabajo. Las conclusiones finales han de ser elaboradas posteriormente por un grupo de la Sociedad Argentina de Pediatría y han de ser distribuidas y alcanzadas a las autoridades nacionales y provinciales.

EPIDEMIOLOGIA DEL ABANDONO. Dr. Mario Gutiérrez Leyton

En los días pasados en La Plata nos hemos abocado a la parte más importante de este tema. Intentamos, en un debate de grupo, durante dos horas, realizar lo más difícil de todo que es acotar el marco del problema, definir la situación de abandono y sobre ella iniciar la serie de pasos tendientes a identificar factores de riesgo y fundamentar sobre éstos medidas de prevención en tres niveles. Este esfuerzo hecho en La Plata quedó sintetizado en lo que se refiere a la definición de situación de abandono que sería la siguiente: "Situación sostenida, que limita e interfiere con el crecimiento y desarrollo normal del niño por incompetencia de la familia, de la comunidad y del Estado para satisfacer sus necesidades bio-psico-sociales cambiantes en las diversas etapas de su vida".

En casi todos los grupos se dieron definiciones un poco diferentes pero todas bajo esa matriz conceptual. Primitivamente se pensó que se iba a referir solamente a describir la magnitud del daño: "El niño abandonado de hecho". Sin embargo pareciera que el centro del problema no está en el niño abandonado en sí, que es un efector de una situación anterior y que el nudo verdadero está en la familia, que lo abandona. Dentro de esa familia que lo

abandona, la problemática recae en la madre que aparece como efector final de este daño.

Con este enfoque ecosistémico, en el cual en el centro del sistema en estudio está la familia abandonante o abandonónica, podemos hacer un análisis de tipo conceptual, tratando de medir la magnitud de su daño tanto en número, como en profundidad.

Ocurren hechos, eventos, que son muy claramente identificables como aquellos daños que llevan a la muerte. Los mayores de ellos ocurren antes de que nazca el niño, cuando la situación parte del hecho de un niño no deseado o no concebido a través de una práctica anticonceptiva o eliminado durante el proceso de embarazo, dando origen a lo que mundialmente se llama el aborto inducido; producido el nacimiento, el niño es abandonado en diferentes etapas evolutivas de su desarrollo, sufriendo distintas suertes. Si es abandonado pero de inmediato adoptado, prácticamente permanece en estado de salud. Si es abandonado y transitoriamente permanece en un albergue que lo cuida, va sufriendo deterioro progresivo según sea la permanencia en ese albergue, por muy bien cuidado que esté allí en forma institucional. Hay otro tipo de abandono o pseudoabandono en el cual el niño queda en la familia, pero dentro de la familia se detectan síntomas, signos que obedecen a situación de daño de la personalidad de este niño, de él con su familia o de su familia con él. Entonces, habría daños intrafamiliares que llevan al maltrato del niño, a la sedicia: el no lactar al niño, el destete precoz, el síndrome abandonónico con angustia del niño, con problemas de autoagresión, etc., o síntomas extrafamiliares, que son relaciones patológicas entre el niño y la escuela o entre la escuela y el trabajo; allí tendríamos indicadores para medir esto, como: deserción escolar precoz, inserción precoz en la franja laboral, problemas de conducta que rastreándolos en estudios psicológicos pueden deberse a trastornos intrafamiliares en la interacción de la familia. La delincuencia juvenil sería una consecuencia; el trabajo femenino, con un abandono, entre comillas, obligado del hijo, también sería una causa de tipo social que tendría que ser considerada en este estudio de

superficie de cuáles son los factores determinantes o contribuyentes del daño.

Mirada panorámicamente la situación, buscaríamos indicadores para medir esto y tendríamos indicadores directos e indirectos. Entre los directos están los abandonados en instituciones, en hogares de tránsito, las adopciones, las denuncias de sedicia, de crueldad, de maltrato de los niños, de abortos inducidos. Entre los indicadores indirectos de daño tendríamos: bajo rendimiento o alteración conductual del niño con un coeficiente intelectual normal, abandono escolar precoz, trabajo infantil, trabajo femenino en edad fértil en los estratos medios y bajos, hábitat urbano inadecuado para el niño, familia incompleta, pobreza urbana, delincuencia o violencia juvenil, vínculo madre-hijo deteriorado, no lactancia, destete precoz, etc.

Como hábitat incompleto, factor condicionante importante en la vida moderna, rastreando el último censo del 80 en la Argentina, nos encontramos con dos datos importantes: la familia incompleta en la cual existe un jefe sin cónyuge y con hijos, en la Argentina alcanza a 500.000 hogares, lo cual es 1.500.000 habitantes. El promedio de personas por vivienda particular ocupada, desde nuestro punto de vista inadecuado para una familia normal, pieza, inquilinato o vivienda precaria con 5 o más ocupantes corresponde a 457.000 viviendas con una ocupación de 1.800.000 personas. Embarazos no deseados que darían origen a una pérdida en abortos inducidos, lindan la cifra cercana a los 100.000.

En una encuesta que se realizó en Ramos Mejía aplicando un score de vínculo, se encontró que en el control prenatal el 53% de los casos no había establecido vínculo. En el período connantal en maternidad el 40% había establecido vínculo; en el postnatal el 37%.

Los abandonados que están institucionalizados, que han sido rastreados a través de encuestas, suman más o menos 32.000 en la franja de 0 a 19 años, de estratos socioeconómicos inferiores.

La colocación familiar, dato que nos proporcionó Minoridad, suma alrededor de 6.500 casos para el año 1982.

Hemos efectuado en la Sociedad Argentina de Pediatría, y sólo para dar la magnitud de la muestra, una encuesta; son 132 establecimientos que corresponden a varias provincias con un total de 18.826 niños asistidos en el año 1981.

EL ABANDONO DESDE EL PUNTO DE VISTA PEDIATRICO. Dr. Roberto Mateos

Cuando hace varios años comenzamos a acercarnos a la Sociedad Argentina de Pediatría a plantear esta problemática, muchos colegas nos entendieron con facilidad, otros nos entendían parcialmente y

algunos colegas de la Pediatría aún hoy siguen sin entender que el problema del niño abandonado es un problema eminentemente pediátrico.

Ayer en La Plata el Dr. Matera decía: "¿Hay en la actualidad alguna enfermedad pediátrica o síndrome pediátrico de tal o igual magnitud y gravedad como cuando un niño está abandonado?" ¿Podemos, los pediatras, seguir ignorando esta realidad? ¿Podemos, los pediatras, seguir ignorando la multicausalidad, lo multifacético, lo multisectorial que lleva a esta grave situación pediátrica? ¿Podemos, los pediatras, seguir ignorando que un niño abandonado en cualquiera de sus efectos, es un niño que tiene quebrantada su salud? ¿Podemos, los pediatras, olvidarnos de que un niño que carece de alimento, de vivienda y, en tiempos más recientes, aunque tenga vivienda y tenga recursos, no tiene afecto, ese niño podrá tener un crecimiento y desarrollo adecuados?

Todo esto lo planteo para que definitivamente entendamos que el abandono es un problema de la pediatría, es un problema de salud infantil que de ninguna manera podemos soslayar.

¿Es posible que nuestra Universidad y nuestra Facultad de Medicina nos preparen como médicos sin hacernos conocer esta entidad nosológica? ¿Es posible que seamos pediatras y que sigamos haciendo cursos de capacitación y que muchos aún ignoremos esta situación?

Creemos que esto no es posible, de ahí que estamos sumamente satisfechos de que esta institución que siempre ha albergado estas inquietudes de tipo social haya posibilitado que en esta reunión se enfoque con absoluta libertad este tema y que entre todos, en forma optimista, podamos encontrar mínimas soluciones, pero que en última instancia serán soluciones al fin, para superar esta dramática realidad que aqueja a nuestro país y al mundo.

Hay un factor para mencionar: la violencia; ese flagelo tremendo que azota al mundo de nuestros días es uno de los generadores de abandono; ¿y qué podemos esperar de un niño que fue abandonado y que seguramente tendrá grabado en lo más íntimo de su ser esta situación por la cual ha pasado?: seguramente él va a ser un abandonante; ¿y qué podemos esperar si ese abandonante se junta con otro abandonado?: esa pareja seguramente integrará una familia abandonante; ¿y qué podemos esperar de familias abandonantes, sino una sociedad abandonante?

Entonces, ¿no es éste el momento, el minuto, en el cual definitivamente debemos empezar a trabajar con ahínco para lograr soluciones a esta problemática?

Lo que podemos hacer, en primer término, es tener conciencia de esta situación, conocer esta realidad que nos rodea, pudiendo hacer una detección temprana de esta patología, pudiendo así encontrarle solución. Este planteo hay que hacerlo a todo el

equipo de salud; el pediatra debe entender que no puede seguir trabajando solo, ni en ésta ni en ninguna otra problemática; es integrando equipos de salud que es posible hacer el diagnóstico precoz y de esa forma pueda, ese niño, ser restituido a la sociedad y a una familia y pueda crecer y desarrollarse adecuadamente.

Es fundamental que la sociedad comprenda esta realidad; seguramente poco lograríamos si la sociedad no nos ayuda a superar esta dramática realidad.

LA FAMILIA ADOPTANTE. Dra. Aurora Pérez

La niñez y la adolescencia son fetaciones sucesivas pero extrauterinas para organizar la plataforma desde la cual el humano joven sea capaz de hacerse cargo de su funcionamiento para el desarrollo y completamiento de su propia maduración y el logro de las funciones que tienen que ver con una maduración en completud con el otro que se basa en la integración de la pareja heterosexual, pero que implica muchísimo más que la situación de reproducción: implica el encuentro de dos sujetos, maduros después de estas dos fetaciones, hábiles para llevar a cabo una realización en completud, desde la cual la terminación de esta completud va a estar dada por la posibilidad de acceder nuevamente a hijos.

La matriz sobre la cual se desarrollarían estas fetaciones, que yo propongo como metáfora para pensar el tema de la familia, será justamente la familia. Tenemos la primera fetación intrauterina, pero salimos muy indefensos y, para que realmente podamos ser autónomos y capaces de funcionar, necesitamos continuar en esta fetación, que he llamado la niñez y la adolescencia, cuya placenta es la trama familiar.

En este sentido quisiera remarcar que la situación del grupo humano natural, la familia, no es un elemento contingente, del cual podríamos prescindir, al cual podríamos sustituir. En este sentido y desde este abordaje, la familia es realmente un elemento de esencialidad de la humanización, del infante humano, en el momento de nacer.

Una situación estructurante que hace que el grupo familiar, sea como fuere, funcione a nivel de toda la superficie del planeta como la única posibilidad de organizar adultos humanos normales, está basada en el hecho de la indefensión y la dependencia que son características naturales de nuestra esencia de especie; con lo cual vuelvo a referendar la no contingencia de la situación familiar, sino que ésta responde a necesidades esenciales de nuestra inherente esencialidad de ser seres humanos.

De esto se desprende que la función más importante de la familia es la humanización y la individuación a la que debe dar curso a lo largo de la crianza para poder resolver la situación de la completud y la maduración del infante humano en crecimiento y desarrollo durante la infancia y la adolescencia.

La humanización responde a fenómenos exquisitamente sutiles que se dan entre dos personas en una situación característica de asimetría: uno indefenso y que no puede y otro adulto que sí puede, pero ambos convirgiendo en la necesidad de llevar adelante la vida humana, no solamente la vida de la especie biológica, sino que este adulto necesita poder transmitir la esencialidad de sus valores y poder dar a este hijo que lo va a continuar y que lo va a hacer sentir menos finito, menos vulnerable, menos morible, todo aquello que él ha sido capaz de madurar, de valorar y de enriquecer en su propio desarrollo anímico.

La familia no es una contingencia; alimentar a un chico, lo puede hacer una institución; ya demostró Spitz en el año 1946 que esto no remediaba el problema de un chico abandonado; vestir y abrigar a un chico, darle una casa más espaciosa, por supuesto que es importante, pero no es esencial. Es esencial que haya un adulto que se haga cargo de la indefensión y de las necesidades de este niño y que sea capaz de llevar a cabo estos procesos sutiles que significan ir humanizando a un infante desde un adulto que también debe estar en un nivel de humanización.

En la familia normal hay dos sujetos en circunstancias similares: el niño necesita sobrevivir y el adulto necesita sobrevivir a través de la figura de su hijo. En la familia adoptante pasa lo mismo: hay una familia que no puede o que no desea continuar su situación familiar con la posibilidad de la crianza de hijos, o sea que no necesita para su completud y su maduración tener un hijo, y hay un hijo que no puede tener una familia. Este encuentro ofrece la posibilidad de dar realmente a un niño en estas circunstancias a una familia que lo quiere. No solamente porque tienen la necesidad de tener un hijo para que los complete en familia, sino también porque necesitan transmitir a este hijo todo el potencial humano que tiene dentro de sí y que no tendrían posibilidad de transmitir de no acceder a la crianza de este niño. Está este niño en posición de indefensión y de gran dependencia que necesita que esto se le brinde.

En este encuentro la familia adoptante tiene las mejores posibilidades de llevar a cabo esta situación de crecimiento y desarrollo.

Detrás de esto está la problemática de este chico de haber sido abandonado y la problemática de esterilidad que ha hecho necesario que esta familia tenga que tomar un chico no criado dentro de su propia biología.

Esto implica que la familia adoptante realmente tiene un problema que elaborar, es ir procesando y metabolizando estas dos situaciones profundas que existen: la situación de haber sido abandonado el chico y la esterilidad de la familia, no resuelta solamente por el hecho de adoptar.

La situación de adopción no es "per se" origina-

ria de ningún tipo de psicopatología, y en la familia adoptante, si se cumplen los procesos descriptos anteriormente, no tendrían por qué darse fenómenos patológicos particulares. Por otra parte, de acuerdo con las estadísticas que conocemos de años recientes, solamente un porcentaje muy pequeño de familias fracasan, o sea logran productos muy alterados psicopatológicamente en la crianza de sus hijos; la mayoría de las situaciones de adopción son exitosas.

EL ABANDONO DESDE EL PUNTO DE VISTA JURIDICO. Dr. Julio Martínez Vivot (h.)

Analizar desde el punto de vista jurídico el problema del abandono me impone hacer una consideración previa que está dada por el hecho de remarcar que el abandono no es un problema jurídico, sino social, respecto del cual el Derecho concurre a traer una solución en la medida en que lo concibamos como el medio para restablecer el orden jurídico alterado.

Desde el punto de vista jurídico debemos definir o establecer un concepto respecto del abandono. Para definir el abandono las distintas legislaciones han utilizado dos sistemas diferentes. Uno, el de establecer una suerte de listado casuístico; el Código del Niño en Paraguay en el año 80 es la expresión más reciente de esta situación. Otros, en cambio, entre los cuales se incluye nuestra legislación, han preferido no establecer una nómima taxativa de situaciones que producen abandono sino que han dejado a los jueces establecer cuándo nos encontramos en esta situación.

En función de esto, los jueces hemos intentado establecer una definición jurídica de abandono, y el año pasado en el III Encuentro de Magistrados de Menores realizado en la ciudad de Colón, Entre Ríos, dijimos que "el abandono era la situación de peligro real o potencial de carácter material y/o moral en que pueden encontrarse los menores por el ejercicio abusivo o deficiente de la patria potestad o de algún régimen análogo por parte de quien tiene su titularidad o de hecho la ejerce, o bien por no estar sometida a ella de hecho o de derecho".

A partir de esta definición se habrán de producir consecuencias jurídicas; entonces, detectado jurídicamente el abandono, habrá de jugar éste sobre diferentes instituciones tales como la patria potestad, ya que de comprobarse, de acuerdo con el artículo 307 del Código Civil, el padre que ha abandonado o expuesto a su hijo pierde la patria potestad. Va a incidir también respecto de la mal llamada delincuencia juvenil ya que a partir de la comparencia del menor en el Tribunal y establecerse que se encuentra en estado de abandono, el juez va a disponer tutelarmente del menor y consecuentemente va a restringir ese ejercicio de la patria potestad por parte de los padres. También va a jugar en forma

directa sobre lo que se refiere al problema de la adopción.

Como bien dice Arce Flores Valdez, catedrático de Oviedo: "El abandono en sí mismo constituye la médula y la fundamental razón de ser de la institución jurídica de la adopción". En función de ello, nuestra Ley de Adopción establece un sistema en virtud del cual, lo que está guiando al juez es el interés del menor. Esto me sirve para recalcar lo que decía el Dr. Banzas: fundamentalmente debemos estar orientados a darle una familia a quien no la posee, antes que brindar hijos a quienes carecen de ellos.

Nuestro régimen de adopción no establece un proceso previo de declaración de abandono, como lo han hecho otros países como Italia y Francia, sino que esta situación se integra dentro del propio proceso de adopción. Esto puede generar algunas situaciones problemáticas, generalmente cuando la guarda con miras a adopción es otorgada no por los jueces sino por el órgano administrativo de aplicación.

Es importante señalar lo que se refiere a la audiencia de los padres de sangre dentro del proceso; los artículos 11 y 12 de nuestra Ley establecen que no es obligatoria tal audiencia, podrán ser llamados e, incluso, dice que en determinados supuestos tales como el abandono manifiesto o la entrega por un período de más de 1 año a una institución pública o privada, hacen que no pueda ser oído si se presentase espontáneamente.

A partir del año 74, con un fallo de la Corte Suprema de Salta se produce todo un movimiento en el cual se insiste en la inconstitucionalidad de esta norma. Creo que tenemos que insistir en ella y no debe preocuparnos porque audiencia no significa aceptación de la oposición paterna, y con la audiencia a través del juez se garantiza el derecho a la jurisdicción contemplado en la Constitución Nacional que se materializa fundamentalmente en el principio del juez natural y del debido proceso legal.

La adopción no es una panacea ni soluciona todos los problemas de abandono porque no todos los casos de abandono son susceptibles de adopción por dos circunstancias fundamentales: la primera, porque a medida que avanza en edad, encontramos muchos menos futuros padres adoptantes; todos quieren tener el chiquito de meses, recién nacido. La segunda, porque no todos los casos de abandono generan la posibilidad de adopción; puede ser uno solo de los padres el que abandona y, en consecuencia, no se daría la situación que admite que pueda concederse la adopción.

Hay muchos casos que quedan fuera de esta institución: la adopción, baste referir una estadística del año 80 que indica que en la Capital Federal fueron detectados 2.130 chicos de los cuales el 21,4% de edades a partir de los 3 años se dedicaban a abrir puertas de automóviles, el 11,2% a la venta callejera y de todos ellos, el 18,9% en un estado deplorable

de salud y abandono general. Si a ello agregamos que la Provincia de Buenos Aires a través de su Policía nos dice que en el año pasado fueron detectados 2.740 casos de menores que antes no habían delinquido y que provenían de las 239 villas de emergencia, nos damos cuenta de que el problema no es jurídico sino que es un problema de política social; las leyes solas pueden ser muy buenas pero precisan a su vez la infraestructura que les permita poder ser aplicadas, si no la ley se queda exclusivamente en una expresión de deseos. Por eso deben instrumentarse, junto con las normas, los medios necesarios que permitan su efectiva aplicación. Este es un compromiso, por un lado, del Estado que debe estructurar una política social efectiva que atienda a la familia como medio al cual hay que proteger a través de la salud, de la educación, de la vivienda y del salario adecuado, y, además, de la propia comunidad que debe asumir también su responsabilidad.

Para terminar, se me ocurre traerles aquello que hace ya varias décadas, defendiendo la Ley Agote y hablando del problema del abandono, decía Call: "Señores, por sentimiento o por convicción todos estamos obligados a sostener estas leyes. Para unos la calidad que ha de ser eternamente una tonalidad delicada en el colorido paisaje interior, para otros el anhelo de una mayor justicia ante el cuadro tristísimo de la infancia desamparada; y para todos, señores, el porvenir de la patria que el niño simboliza como esperanza".

Por eso me animo a decirles a todos que si cada uno de nosotros, en nuestros respectivos roles, asume la responsabilidad estaremos mucho más cerca de alcanzar la justicia a través del derecho. Como decía Ortega: "Argentinos, a las cosas".

TRIBUNAL DE MENORES Y PROBLEMAS DE ADOPCION. Dr. Eduardo Trezza (Juez de Menores de la Provincia de Buenos Aires).

Compartiendo el criterio de los que sostienen que la adopción es una institución que tiene por finalidad proteger al menor, es indudable que la sanción de la Ley del año 1948 vino a llenar una sentida necesidad de nuestra legislación vigente posibilitando una nueva estructura familiar que, interpretando la realidad social, dé soluciones al árido y siempre actual problema de los niños y los jóvenes que por diferentes causas carecen de familia o a quienes la crisis de ésta en cualquiera de sus formas, los coloca en situación de desamparo, y para los matrimonios estériles que sienten la necesidad superior de la paternidad como un imperativo de su vocación frustrada.

En la Provincia de Buenos Aires y a partir del año 1982, con la sanción de la Ley 9.994 se incorporó a la competencia de los Tribunales de Menores la facultad de entender en juicios de adopción de menores cuyas guardas previas hubieran sido discernidas por el Tribunal.

En otras provincias se procedía a adjudicar esa competencia a Tribunales Letrados de Menores como ocurre con Córdoba, Mendoza, San Juan, Corrientes, Formosa, etc.

Admitiendo que la adopción es fundamentalmente un remedio de carácter asistencial cuyo objetivo es la protección integral del menor, consideramos que esta tendencia de adjudicar a los Tribunales de Menores la tramitación del juicio es la acertada.

Los Tribunales de Menores por la especialización de sus funcionarios, por la existencia de servicios médicos, psicológicos, asistenciales, debidamente estructurales y organizados y con el aporte de los organismos técnicos administrativos específicos, se encuentran en condiciones jurídicas, asistenciales y técnicas competentes para entender procesalmente en los juicios respectivos.

Nuestra provincia tiene una larga experiencia sobre la materia; más de veinte Tribunales de Menores Letrados la facultan para ir integrando un fuero especializado en todos los aspectos jurídicos y procesales atinentes a la protección jurídica y social del menor.

Estos organismos como consecuencia de la propia dinámica de la función tutelar, se han visto a veces impelidos a transitar por aspectos jurisdiccionales que parecían en principio ajenos a su competencia originaria, pero que subyacen a la función proteccional y la integran como el caso del ejercicio de la patria potestad, las inscripciones de nacimiento, las autorizaciones para viajar, para desempeñar determinadas tareas, para contraer matrimonio de menores que se encuentran bajo el amparo del Tribunal. Como ya es práctica en muchos Tribunales de la Provincia, todo ello siempre con el asentimiento del Ministerio Público.

En ese sentido, son numerosas las causas que se tramitan para la obtención de guardas de menores con fines de adopción por la seguridad que la intervención judicial presupone para los posibles guardadores, frente a la procedencia, identidad y perfil medicopsicológico de los niños, así como también a la situación legal de sus progenitores.

Resulta evidente que la relación del Tribunal de Menores con la solicitud de adopción y la posterior asistencia y control cuando se otorga la guarda, facilita la tramitación, acelerando las resoluciones que deben tomarse y tener en condiciones de autos para sentencia al cumplirse el año de guarda previa que exige la Ley. Debe tenerse presente que en ese término puede resolverse el estudio medicopsicológico del menor y sus guardadores, también la identidad e inscripción, el estado civil del menor y la situación legal de los progenitores.

Asimismo, la solución posibilita que tenga efecto ante el organismo jurisdiccional la denuncia previa de la guarda de un menor para dar certeza al período legal exigido y hacer posible la consolidación del

vínculo afectivo entre padres e hijos, asegurándose una normal y pacífica convivencia al margen de sobresaltos de orden médico, psicológico, social y jurídico.

La gestión ante los Tribunales de Menores ya sea para obtener una guarda de un menor o para denunciar la que ya está ejerciendo con vistas a la adopción debe ser el paso inicial que permita movilizar todos los recursos técnicos, científicos y jurídicos para establecer las gestiones medicopsicológicas de los elementos humanos en cuestión, desenvolvimiento social posible, capacidad y orientación para ejercer funciones de una paternidad y maternidad responsables y particularmente la declaración judicial correspondiente al menor y sus guardadores con expresa mención de la sanción a la patria potestad o en ejercicio que recaiga sobre los padres de sangre si los hubiera.

Para concluir, podemos decir que el abandono está íntimamente relacionado con la situación socio-económica del país, que en los últimos tiempos se ha deteriorado en forma alarmante y que si no se resuelven las causas, los problemas de la infancia se acrecentarán y si se acrecientan éstos las dificultades del país van a ser de más difícil resolución.

El niño es el hombre que formará la sociedad del mañana y de acuerdo con la forma en que se eduque ese niño, será la sociedad del mañana. No hay duda de que ocupará los puestos de vanguardia en el concierto universal aquel pueblo que cuente con una sociedad cuyos miembros estén integralmente formados y sólo será posible el día en que se comience a cuidar como es debido la vida psíquica, moral y social del niño.

LA PROBLEMÁTICA DEL MENOR

INSTITUCIONALIZADO. Dra. Nérida Secreto
(Asesora de la Subsecretaría del Menor y la Familia)

Hoy día proteger al niño es asegurarle todos sus derechos, derechos que él no puede ejercer por sí mismo dada su incapacidad y su inmadurez; entonces, esa responsabilidad debe ser asumida por la familia, la sociedad y el Estado.

Por razones de derecho natural esta obligación, que es una verdadera misión, compete a la familia, pero cuando la familia falta, no puede, no sabe, cuando por múltiples razones de tipo económico, social, la familia no puede ejercer esa obligación o, incluso, cuando actúa en contra desde el punto de vista físico, psíquico o moral del niño, el Estado tiene la obligación de intervenir, en ejercicio de lo que se llama la Función Tutelar.

Esta función tutelar es una función social que se conoce con el nombre de Patronato de Menores y que éste asume a través de los organismos y las personas que ha nombrado para tal efecto.

En nuestro país es la Ley 10.903 la Ley del Pa-

tronato de Menores, que data del año 1919, la que establece que el patronato se ejerce por medio de los jueces nacionales o provinciales con la concurrencia del organismo técnico administrativo en el ámbito nacional y el Ministerio de Menores y en las provincias por este último o ambos organismos si se adhieren a régimen establecido.

En consecuencia, se dispone una medida jurisdiccional o de asistencia respecto de un menor, como el defensor de menores que plantea múltiples problemas referidos a un menor, incluso de tipo pecuniario. Todos hacen Patronato de Menores, cada uno de acuerdo con su misión y con sus fundamentos y objetivos.

En el orden nacional el organismo técnico administrativo encargado del Patronato es la Subsecretaría del Menor y la Familia, que es la sucesora de organismos pioneros en la materia a nivel internacional que han sido el Patronato de Menores y el Consejo de Menores.

Estos organismos fueron los que sentaron las bases en materia de protección de menores, y a pesar de todos los problemas fueron superando la doctrina y adecuando paulatinamente un sistema de protección integral.

Hoy día la Subsecretaría actúa a través de la Dirección Nacional del Menor que es el órgano ejecutivo que detecta y recibe problemas de menores resultantes de su abandono, desintegración familiar, etc. Yo diría que los que abundan son los niños desprotegidos de su medio familiar y que son los que llenan la mayor parte de nuestros institutos.

La principal preocupación del organismo protector es el abandono tardío, progresivo, el semiabandono de los niños más grandecitos y que forman a mi entender el capítulo más importante de la Pediatría Social y de la Acción Social, puesto que es el que requiere los medios más gravosos desde el punto de vista humano.

El abandono de hecho, absoluto, del niño recién nacido, a nuestro entender no es tan grave porque justamente estos chicos pueden ser dados rápidamente en adopción, que es la institución que de manera más generosa soluciona el problema del menor abandonado.

Lo trágico es la existencia de familias en situación de riesgo que, ya sea que el chico esté en su medio familiar o en uno de nuestros institutos, realizan un abandono que a veces se manifiesta de modo inaparente, un abandono que se repite de manera constante y que nunca se termina de realizar; ésa es la preocupación de nuestra institución.

Nosotros hemos tratado de responder a esta problemática partiendo de la base de que, entendemos según nuestra experiencia, habría tres grupos de situaciones familiares desfavorables: 1) La familia que se encuentra en dificultades de todo tipo, económicas, sociales, psicológicas, culturales, pero que

si es ayudada puede asumir no sólo la guarda sino la formación del menor. 2) La familia que atraviesa una situación difícil y el menor debe ser puesto bajo el amparo de la institución proteccionista, pero que, de acuerdo con el primer diagnóstico presuntivo, entendemos que se trata de una familia recuperable y que rápidamente el menor puede volver a ella. 3) La familia que no puede hacerse cargo del menor porque está totalmente desorganizada. En estos casos la institución tiene que hacerse cargo del menor por lo menos hasta que se case o que se inserte totalmente en la sociedad.

Respecto de estas tres situaciones la institución ha establecido una modalidad de trabajo; nosotros tratamos de que toda nuestra intervención a nivel preventivo, promocional y asistencial se focalice en el grupo familiar para tratar a todos sus integrantes. Además procuramos que esta intervención se haga, en la medida de lo posible, en el propio medio familiar del niño. Se reserva el tratamiento en institutos de internación cuando realmente ésta es la única solución idónea o no existen otros medios.

Para dar solución a estas situaciones hemos tratado de diversificar las formas de intervención ampliando paulatinamente el espectro de atención en el medio preventivo tanto primario como asistencial o secundario.

Tenemos así una serie de programas de tratamiento en el medio social para ayudar directamente a la familia hasta tanto salga de la situación de crisis. Programas que son de tipo económico pero también de apoyo psicológico y social. Cuando la institución debe amparar directamente al menor lo que tratamos es de asegurarle un sustituto familiar que responda con carácter de permanencia; eso lo hacemos a través de todos los programas de tratamiento en el medio social, como el Programa de Amas Externas, Amas de Cuidado Preferencial, Familia Sustituta, Pequeños Hogares, Guardas, etc.

EL PROBLEMA DEL NIÑO ABANDONADO

A NIVEL INTERNACIONAL. Lic. Peter Taçon
(Representante de la UNICEF en problemas de abandono en América Latina)

El problema del niño abandonado, del niño de la calle en América Latina es bastante difícil, porque es un problema estructural de las sociedades de nuestros continentes. Es un problema que no va a desaparecer rápidamente; necesita un ataque integral que no solamente corresponde al niño abandonado sino también a la familia en crisis, porque muchas veces sabemos que el niño abandonado vive en una familia abandonada, que vive también en una comunidad abandonada. Nuestros programas en términos de UNICEF son programas de prevención a nivel de la comunidad.

Miles y miles de niños abandonados resultan de los llamados milagros industriales, por ejemplo Bra-

sil con su complejo industrial, México con su recién llegado regalo de petróleo, sin saber de las consecuencias sociales de la riqueza que estos milagros producen para algunas personas pero no para muchas, y las víctimas de esos milagros, más que nadie, son los niños.

Sabemos que las atracciones a las ciudades que son parte de esos milagros, traen muchos campesinos; por ejemplo, en el Distrito Federal de México entran 1.500 campesinos a la ciudad diariamente. En Brasil, en Colombia, en México hace 40 años la distribución de la población era 30% urbana y 70% rural; ahora es exactamente al revés y sabemos que el 80% va a vivir en las ciudades de América Latina después de esta generación.

Cuando llegan los campesinos a la ciudad no consiguen trabajo y así la miseria urbana necesita el ataque concentrado en servicios básicos de salud, nutrición, educación, agua potable, etc.

De una encuesta realizada en Brasilia por el grupo de parlamentarios de nuestro hemisferio se desprende que en el año 2.020 nuestras ciudades de América Latina, del Caribe, van a tener 300 millones de menores; de éstos el Instituto Latinoamericano del Niño en Montevideo calcula que el 30% va a ser carente, esto es 90 millones de menores. Es alarmante y debemos estar muy asustados porque si tenemos esta realidad en América Latina, son nuestros hijos.

Tenemos que preocuparnos por esta migración, por esta miseria y por la desintegración resultante de la familia, pero tenemos que ver que en algunas situaciones de emergencia, no resulta la desintegración familiar.

Les daré a continuación dos ejemplos: después del terremoto de febrero del 75 en Guatemala fuimos un grupo de nosotros del Gobierno de Canadá para buscar huérfanos con la Cruz Roja y casi no encontramos ninguno porque esto pasó en la zona indígena y las familias automáticamente adoptaron esos niños y los integraron a sus propias familias.

Otro ejemplo, tal vez más difícil, lo que pasó en Nicaragua: después de su guerra nacional que terminó el 19 de julio de 1979, fuimos con un grupo no gubernamental para hacer un análisis, para el nuevo gobierno, de la situación de la niñez en Nicaragua después de la guerra. Encontramos en agosto entre 70 y 75 mil niños desplazados, huérfanos, abandonados, etc. Les recuerdo que Nicaragua tiene una población de 2 millones de personas. Frente a esto yo fui a Canadá para buscar los fondos para ayudar; éstos tardaron 6 meses y regresamos en febrero e hicimos una nueva investigación, y estimamos que había entre 20 y 25 mil niños; el resto había sido adoptado y llevado a sus casas porque dijeron que ningún hijo nuestro va a salir de este pueblo.

Yo creo, entonces, que lo que necesitamos no son nuevas leyes ni nuevas prácticas sino nuevas mentalidades, nuevas actitudes.

El problema es que no sabemos que en nuestra región del mundo estamos en guerra, porque cuando llega un terremoto o una guerra civil, sabemos de la emergencia y actuamos en consecuencia, pero ignoramos que hay entre 3 y 5 millones de niños completamente abandonados en nuestra región y 40 millones de niños de la calle en América Latina y el Caribe; no sabemos que estos niños juegan con la vida y la muerte cada día.

La Organización Mundial de la Salud calcula que hay más de 90 millones de niños explotados en trabajo. La Organización Internacional del Trabajo calculó que había más de 50 millones de niños menores de 14 años trabajando.

En México, según un relato de UNICEF, de 1979, hay 6 millones de niños mexicanos que no asisten a escuela primaria; hay 35 millones de niños en total en México. Hay más de 2 millones de niños explotados en trabajo. En la Capital hay medio millón de niños de la calle.

En Colombia hay 13 millones de niños en total; según un relato de UNICEF, de 1979, hay 4 millones de menores de 18 años trabajando, o sea el 30%

de la población infantil. Entre 1980-1990 Bogotá va a producir 200.000 gamines (niños de la calle).

En Brasil, según el ex presidente de la Asociación de Jueces de Menores, hay 30 millones de niños carentes, 25 millones de niños sin atención médica escolar adecuada, 12 millones de niños sin registro civil y 7 millones de niños sin lugar en las escuelas primarias; él dice que casi todos ellos van a llegar, si no lo son ya, a ser niños de la calle.

En 1975, el gobierno de Brasil calculó que había 17 millones de niños abandonados; ahora calculamos 20 millones o la mitad del total latinoamericano.

Sin embargo, la República Federada del Brasil es el país donde vemos la mayor esperanza para resolver este problema en América Latina.

Mencioné 3 hasta 5 millones de niños completamente abandonados en nuestra región; ésta es la población total de Costa Rica y Panamá juntos; en la Asamblea General de las Naciones Unidas, Panamá y Costa Rica tienen 2 votos, los niños abandonados de América Latina no tienen ni voz ni voto.

MESA REDONDA

TECNICAS DE PRUEBAS HABITUALES EN
PESQUISAS DE ENFERMEDADES

Integrantes: Dr. Amancio Alvarez, Jefe de Pediatría del CEMIC. Dr. Juan Heinrich, Médico del Servicio de Endocrinología del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

Coordinador: Dr. Andrés Sibbald, Pediatra del Servicio de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Dr. Andrés Sibbald

Los tres somos pediatras, no somos sanitarios, pero estamos vinculados al tema a través de pequeños esfuerzos que hemos hecho en distintas áreas. El objetivo principal de esta Mesa Redonda sería el de ofrecer un marco de referencia para lo que son los programas de pesquisa y para iniciar una discusión ilustrando con algunos ejemplos cuáles son las consideraciones científicas y prácticas que hacen a la puesta en marcha de los programas de pesquisa. Es de esperar que de la discusión que surja posteriormente salgan algunas conclusiones acerca de las medidas que pueda tomar la Sociedad Argentina de Pediatría para presentar eventualmente ante las autoridades pertinentes, presionando en cierta medida, para poner en marcha programas de pesquisa. Lo hemos intentado y después el trabajo resulta híbrido porque no se transforma en una acción.

El mayor desafío, cuando contemplamos un programa de pesquisa, es primero, el seleccionar muy bien las enfermedades o los problemas y después, encontrar métodos confiables para detectar la enfermedad en la etapa presintomática.

Definiciones de pesquisa hay muchas; ésta es una de las más adecuadas porque señala tres conceptos que podemos tener bien claros: La pesquisa es la identificación presuntiva de enfermedades o defectos inadvertidos; mediante la utilización de pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden aplicarse rápidamente. Las tres cosas esenciales son: 1) No estamos haciendo diagnóstico sino identificación presuntiva, estamos separando de un grupo de chicos aparentemente sanos aquellos que probablemente tengan algún problema. 2) Los defectos son inadvertidos para ese niño o para su familia. 3) Las pruebas o exámenes deben ser sencillos, incruentos, de bajo costo y rápidos.

Se han propuesto muchas enfermedades susceptibles de un programa de pesquisa y siempre se tropie-

za con un análisis; es difícil encontrar que cada una de estas enfermedades reúna las condiciones que se requieren para un programa de pesquisa.

Resulta muy difícil alejarnos de los principios enunciados por la OMS sin caer en alguno que no sea pesquisa y que puede llamarse catastro o sondeo de la población o encuesta epidemiológica, pero que no es pesquisa, porque lo fundamental de la pesquisa es que va implícita la promesa o la garantía de que en el chico en que se observa la sospecha de algún problema se puede cumplir la etapa posterior que es la de confirmar o descartar enfermedades.

Estas son algunas de las enfermedades: hipoacusia, trastornos visuales, desarrollo psicomotor, crecimiento físico, anemia, luxación congénita de cadera, bacteriuria asintomática, enfermedades venéreas, problemas de lenguaje y articulación de la palabra, tuberculosis, pediculosis, hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, déficit de glucosa 6 fosfato dehidrogenasa, Tay Sachs, Wilson, hiperlipidemia, intoxicación por plomo y otras.

El primer concepto a tener en cuenta es que debemos buscar enfermedades que son importantes, en cuanto a producir una morbilidad considerable en individuos o en la comunidad; de poco sirve ponerse a buscar enfermedades que tienen poca trascendencia, también tienen importancia las enfermedades que van a afectar permanentemente al niño impidiendo su futuro desempeño como ser útil en la sociedad; podemos pensar acá en trastornos sensoriales importantes y enfermedades metabólicas que llevan a retardo mental o degeneración neurológica. Esas son las enfermedades típicas que se prestan para este tipo de enfoque.

El doctor Alvarez se va a referir a una que es el paradigma de éstas, como es la fenilcetonuria que, si bien no es una enfermedad muy común, reúne todos los criterios que vamos a seguir elaborando.

También puede ser que la enfermedad en vez de ser importante para el individuo pueda tener una trascendencia comunitaria importante, como podría ser una infectocontagiosa como la tuberculosis o una enfermedad venérea; en ese caso la detección oportuna de algunos enfermos cumple la misión de interrumpir el ciclo de transmisión de esta enfermedad; entonces se convierte en una enfermedad que justifica un programa de pesquisa.

El segundo principio es que la enfermedad tenga una prevalencia adecuada; sabemos que la prevalencia es el número de personas que en un determinado momento padecen una enfermedad en una población conocida, distinto de la incidencia que es el número de nuevos casos que se agregan al total de enfermos. Es importante conocer la prevalencia por un lado, porque si iniciamos un programa vamos a querer saber qué número de niños deberíamos estar detectando con este problema en tal comunidad: esto nos trae el concepto de la especificidad y la sensibilidad de las pruebas que se van a usar, o sea que no queremos tener ni demasiados falsos positivos ni falsos negativos, pero si no tenemos idea de cuál es la frecuencia de esa enfermedad en esa población es difícil medir el impacto de nuestro programa con relación a esto. El otro de los motivos es que el costo; indudablemente, de encontrar una enfermedad muy rara como podría ser una frecuencia de 1 en 100.000, va a ser casi prohibitivo, mientras que cuanto más prevalente es la condición o enfermedad menos costosa resulta su ubicación. Una enfermedad como el hipotiroidismo congénito, que tiene una frecuencia de 1 en 5.000, podría estar plenamente justificada en función de las ventajas que ofrece reconocerla precozmente, aunque su prevalencia no sea tan importante; pero si vamos ya a considerar algunos de los defectos sensoriales como podría ser la ambliopía, que en el adulto tiene una frecuencia de 2 a 3% y que es el resultado de una enfermedad no reconocida en el momento oportuno, que es la edad preescolar o los primeros años de la edad escolar, va a ser mucho más fácil justificar el programa de pesquisa en función de la prevalencia.

Hay algunas formas, un tanto artificiales, de modificar la prevalencia. En realidad la prevalencia en sí no se modifica, pero podemos buscar, por ejemplo, dentro de un grupo de alto riesgo que no sea toda la población, sino un grupo que por algunas características se comporta en forma distinta. En ocasiones se llega a esto a través de algo que a veces la gente no concibe claramente como una maniobra de pesquisa pero que, en realidad, lo es, que es el interrogatorio, la anamnesis. Cuanto más sabemos acerca de las enfermedades que buscamos, más somos capaces de seleccionar, dentro de un grupo de pacientes que nos llegan, aquellos que están en mayor situación de riesgo. Un ejemplo de esto podría ser la sospecha de hipoacusia severa neurosensorial en el primer año de vida. Sabemos que hay un índice de alto riesgo que se basa en una serie de ele-

mentos perinatales como ser muy bajo peso, hiperbilirrubinemia, antecedentes familiares de hipoacusia, malformaciones de los sacos branquiales; hay un índice que enumera unos 5 o 6 principios que colocan al niño que reúne algunos de ellos en una categoría de alto riesgo. En esos niños se deberá entonces investigar la enfermedad. Esa es una forma de modificar la prevalencia.

El tercer concepto es el período de latencia, que es el tiempo que transcurre entre el momento en que una enfermedad es reconocible en su huésped por alguna prueba y el momento en que aparecen normalmente los síntomas o signos, los datos clínicos que nos llevarían al hallazgo de esa enfermedad. Este período de latencia se mide en semanas, meses o años; cuanto más largo es, más susceptible es esa enfermedad de un programa de pesquisa.

En un momento determinado hay un comienzo biológico, en el individuo, de la enfermedad, que eventualmente llega a un resultado final, pasando por algunas etapas, la primera que es la asintomática y la segunda donde ya es sintomática, un poco antes del momento habitual de diagnóstico, porque sabemos que los síntomas no llevan inmediatamente a la consulta. El período de latencia es aquel que transcurre entre el reconocimiento por la prueba de pesquisa y el momento habitual de diagnóstico.

Cuanto más largo es el período de latencia más factible es que se encuentre esa enfermedad si hacemos en un determinado momento un corte transversal y nos volcamos hacia una población con grupo de pruebas. Si las enfermedades tienen una latencia muy corta, como podría ser la diabetes juvenil, en que desde sus primeros momentos de cambio hasta las manifestaciones clínicas transcurren alrededor de 3 meses. Hemos visto lugares donde se pretende pesquisar diabetes con una glucemia; consideramos que no es acertado este enfoque dado que no cambia nada, el curso de la enfermedad. Otras enfermedades tienen un período de latencia más largo; la ambliopía es un ejemplo de un cambio que se empieza a producir en el primer año, con el cual se nace, y que tiene tratamiento hasta los 6, 7 u 8 años, es decir existe un largo período; de tal manera que detectar un error de refracción o estrabismo latente en esa etapa nos permitiría llegar al fondo del problema y solucionarlo.

El cuarto principio es que la enfermedad sea tratable; esto parece obvio pero en algunos países se han iniciado algunos programas tendientes a pesquisar enfermedades que en última instancia eran de interés solamente para la persona que buscaba esa enfermedad sin poder ofrecer tratamiento; por suerte esto ha sido excepcional. Quizás existan algunas excepciones, por ejemplo la ceguera a los colores, el daltonismo. Si bien no existe ningún tratamiento, el detectar problemas como éstos nos permite orientar, aconsejar al niño y su familia en la medida en que esto pueda afectar su vida futura. Pero, esencialmente la enfermedad debe ser tratable y, además, deben

existir recursos cercanos y accesibles, tanto desde el punto de vista geográfico como económico para que el niño pesquisado tenga acceso al tratamiento.

El quinto principio es el de aceptabilidad. Esto ya no tiene tanto que ver con el nivel técnico o científico de las pruebas sino con el grado de incomodidad o molestia que puedan engendrar algunas de éstas para la población que va a ser sometida a una pesquisa o para los padres de un niño, por ejemplo una punción para extracción de sangre. Con la pesquisa escolar hemos tenido muchos niños que han rehusado el pinchazo para la obtención de la muestra de sangre. Pensar en métodos cruentos en un programa de pesquisa desalienta o contribuye al poco cumplimiento con ese programa.

El sexto criterio es el de la calidad de las pruebas. Hay varias formas de hablar de la calidad de las pruebas; se puede hablar del grado de confiabilidad de las mismas y desglosar ésta en varias formas, por ejemplo: si en una misma persona se repite la prueba qué grado de posibilidad existe de que al repetirse dé nuevamente un valor idéntico; que no haya diferencias importantes, respecto de la confiabilidad entre observadores; que ante un mismo examen dos o más observadores encuentren un mismo resultado. Otro aspecto es el de pertinencia o acuidad: aquí veremos si se están haciendo observaciones directas del problema que buscamos o si son indirectas. Por ejemplo, si queremos pesquisar anemia y vamos a medir una hemoglobina o un hematócrito, tenemos una observación directa, mientras que si pretendemos pesquisar tuberculosis a través de una abreografía se trata de un método indirecto, ya que cualquier mancha en esa radiografía puede tener alguna importancia, pero no siempre para tuberculosis. Indirecto sería algo que se está haciendo en las escuelas en Europa, la impedanciometría, la timpanometría para detectar las efusiones persistentes del oído medio que conducen en algunos casos a la hipoacusia. Si pensamos que lo que nos interesa es la hipoacusia y no necesariamente el derrame persistente del oído medio, entonces se trata de una prueba indirecta y la dificultad principal estriba en que para la forma directa tenemos el error de observación que puede o no ser considerable, agregándose para las indirectas el error de interpretación.

La forma que más se tiene en cuenta para medir la calidad de las pruebas es aquella que mide la validez o sea el grado de concordancia que existe entre la prueba de pesquisa o de screening y la prueba diagnóstica. Idealmente, todas aquellas pruebas que resultan positivas en la etapa de pesquisa sería ideal que dieran positivas en la etapa diagnóstica, pero muy raramente es así. La validez se califica entonces con los términos de sensibilidad y especificidad que son dos conceptos muy interrelacionados. La sensibilidad es la capacidad que tiene una prueba para detectar como enfermos, o como positivos, a aquellos que padecen la enfermedad, mientras que la especifici-

dad es la contraparte, es la capacidad de una prueba para reconocer como sanos, o negativos, a aquellos que no padecen la enfermedad.

Del interjuego de estas dos variables surge la fijación del punto límite, porque muchas veces en Medicina usamos distintos criterios para establecer grado de normalidad y anormalidad. Rara vez existe una dicotomía absoluta y muchas veces lo que tenemos es un área gris, intermedia, en la cual no sabemos si esa persona padece la enfermedad o no. Podemos pensar en niveles de presión arterial, en niveles de tensión ocular para glaucoma, niveles intermedios de glucemia para diabetes, recuento de colonias para establecer si hay infección urinaria, etc. Entonces, para fijar el punto límite se tienen en cuenta fundamentalmente 3 criterios: 1) El hallazgo de una anormalidad física; por ejemplo, si buscamos caries, encontrar la caries ya de por sí no ofrece dudas de que el problema existe y lo mismo vale, por ejemplo, para escoliosis, pero hay ocasiones en que debe fijarse el punto límite un poco arbitrariamente y es entonces donde a veces utilizamos las desviaciones estándar y los percentilos. Según en qué punto fijemos ese límite vamos a estar llamando positivos o negativos a más o menos niños. Por ejemplo, un programa que pretende medir la desnutrición en una población y ofrecerle el suplemento lácteo. Es muy diferente fijar el punto límite en el 3er. percentilo o en el 5º; la diferencia en números puede ser importante, sobre todo a nivel de lo que representa el costo.

Finalmente llegamos al costo. Este depende del grado de eficacia y eficiencia con que se cumplen todos los principios anteriores. Hay varios aspectos del costo: el costo puramente monetario o financiero, el costo para las personas, el costo humano se podría llamar, que fueron falsamente asignados a un grupo u otro, falsos negativos y falsos positivos; el costo genético: si podemos reconocer más enfermedades genéticas y tratar a esas personas aumenta la cantidad de seres humanos útiles, capaces de procrearse pero estamos aumentando el número de genes anormales que circulan en una población. Hay muchas formas de mirar el costo, pero el análisis del costo/beneficio de, por ejemplo, tener fuera de una institución a un chico con fenilcetonuria que fue reconocida oportunamente impidiendo que se convierta en una oligofrenia y que pase a formar parte pasiva de una institución quizás sea el paradigma de una enfermedad que se presta, desde el punto de vista del costo, a un programa de pesquisa.

Dr. Juan Heinrich

Reconocer a la antropometría como la técnica básica en la práctica pediátrica es reconocer la esencia de la Pediatría. La Pediatría se diferencia de la Clínica Médica por el crecimiento y desarrollo y la antropometría es la forma de llevar a la práctica

todo lo referente a crecimiento y desarrollo. La importancia que se le asigna a la antropometría está reconocida mundialmente y quizá el ejemplo más conspicuo de esto sea la creación de un programa de cooperación internacional liderado por la doctora Natalie Mass cuando creó el Centro Internacional de la Infancia, parte del cual se dedicó fundamentalmente al estudio de problemas del crecimiento y desarrollo, además de dar las pautas que se aplicaron en diversos lugares del mundo, e inclusive en nuestro medio por el doctor Cusminsky, para desarrollar los patrones normales de crecimiento y desarrollo. Se ha llegado más lejos, a organizar congresos y sociedades que se dedican al estudio de crecimiento y desarrollo, y existen algunas revistas que se dedican especialmente a problemas de crecimiento y desarrollo como *Human Biology*, por ejemplo.

La antropometría sirve para que el pediatra la use y si no la usa no es pediatra, para detectar la anormalidad y asegurar la normalidad a los padres en forma individual, para detectar problemas sociales sobre la base de estudios poblacionales.

Se ha confundido muchas veces lo que significan estudios poblacionales normales y referenciales, los que se van a utilizar como normas en una determinada población, y aquellos que representan estudios de *detección precoz de enfermedades*. Los ejemplos más claros son aquellos en que se pretende elaborar tablas de crecimiento y desarrollo en poblaciones que no son normales y con el pretexto de que cada *área del país debe tener sus valores normales*; aquí se incurre en errores básicos de interpretación, ya que las únicas determinantes de las variaciones del crecimiento y desarrollo de una población infantil que deben ser tenidas en cuenta para incorporarlas dentro de las variaciones normales son las variaciones genéticas; todas aquellas que tienen influencias ambientales deben ser optimizadas. Vale decir que para estudiar una población, la nutrición debe ser la mejor, la enfermedad debe estar prácticamente ausente y todas las variables que influyen el crecimiento y desarrollo y que no sean genéticas deben estar en su más alto nivel. Sobre esta base, la antropometría puede ser utilizada como metodología de pesquisa de enfermedades y para la aplicación de programas con una evaluación posterior mediante las mismas técnicas antropométricas.

Existen miles de estudios de este tipo y los más conocidos son aquellos para la detección de desnutrición en una población, la aplicación de un programa de suplementación alimentaria y la evaluación posterior por métodos antropométricos.

Más afín al trabajo que efectuó en el Servicio de Endocrinología es la antropometría aplicada a estudios individuales que después, al aumentar el número de los individuos, se transforman en estudios grupales. En nuestro servicio existe un programa para el tratamiento de pacientes con insuficiencia hipofisaria con hormona del crecimiento humana; el análisis individual de cada niño por métodos antropométricos

permite una evaluación correcta del tratamiento; el análisis de todo el grupo que hoy día supera los 250 lleva a un estudio de un sector muy importante, quizá no desde el punto de vista sanitario pero sí grupal de todos estos pacientes.

La defensa de esta metodología es que es posible, es más simple, es la más barata, y la más fácilmente aplicable y cumple prácticamente con todos los postulados que mencionó el doctor Sibbald en cuanto a los requerimientos básicos para un programa de *detección precoz de enfermedades*.

Prácticamente todas las enfermedades de la infancia se pueden detectar mediante las técnicas antropométricas. En cuanto al tiempo de latencia hay que hacer algunas observaciones; cómo la antropometría permite una detección precoz en un tiempo de latencia largo; los ejemplos más claros quizá son: la enfermedad celíaca, un gran grupo de chicos con esta enfermedad no manifiestan signos más que una alteración del crecimiento y desarrollo, el craneofaringioma; últimamente ha sido publicado un trabajo que demostró que el 40% de los pacientes que fueron diagnosticados luego como portadores de un craneofaringioma, una tumoración no de por sí maligna pero que produce una muy alta morbilidad, podían haber sido diagnosticados por los menos 5 años antes si se hubiesen aplicado correctamente técnicas antropométricas.

La aceptabilidad: posiblemente la antropometría sea una técnica que no presenta ningún problema con respecto a su aceptabilidad.

La calidad de las pruebas sí presenta algunos problemas que merecen discusión. Hay que definir muy bien lo que uno acepta como calidad antropométrica antes de efectuar un determinado estudio de acuerdo con los requerimientos o con la información que uno quiera obtener de este tipo de estudio. En algunos momentos la calidad es suficiente si se comete un error al pesar a un chico de ± 500 g; para otros estudios son necesarios errores cercanos a los 10 g. En cuanto a mediciones de estatura, en general los centros internacionales donde se efectúan buenos estudios de crecimiento y desarrollo aceptan un error no mayor de 4 mm intra o inter observador.

Con referencia a especificidad la antropometría pierde un poco, ya que abarca un conjunto enorme de problemática detectable precozmente y que habría que definir para cada caso.

El costo es el menor de todos; no existe metodología de menor costo que aquella que utiliza la antropometría: es el precio de una cinta métrica.

Esta metodología es fácilmente adaptable a todos los postulados de un buen programa de screening.

Puede aplicarse prácticamente en todas las edades. En el período prenatal, el costo es mayor porque se necesita un buen ecógrafo para estudiar correctamente y en forma no invasiva el crecimiento intrauterino y detectar precozmente la desnutrición

fetal con todas sus implicancias. En la época neonatal es mucho más simple y permite la detección muy temprana de una serie de enfermedades: la desnutrición fetal, la microcefalia, enfermedades genéticas, etc. El seguimiento de niños durante toda la infancia utilizando antropometría es fundamental para controlar el estado de salud y todas sus alteraciones. La importancia de esta metodología aumenta en la pubertad; en ésta posiblemente la importancia sea la inversa de lo que ocurre en la neonatología, o sea demostrar a los responsables de los niños la normalidad de los mismos. Una gran porción de la población infantil cuando llega a la pubertad está preocupada por su estatura como posible causa de enfermedad y la gran mayoría no son nada más que variaciones de la normalidad, y esto es una forma de descartar patología con una metodología muy simple.

Una vez medido el niño, no sólo debemos tener en cuenta una cifra sino la variación normal de las cifras, lo que se conoce como el 3er. percentilo, el percentilo 97° y el percentilo 50°. En la Argentina existen valores normales hasta los 12 años y no hay valores normales de pubertad, por eso se recomienda usar valores de tablas extranjeras. Para la antropometría la normalidad se mueve entre el percentilo 3° y 97° o entre el percentilo 10° y el 90°, esto surge de un concepto de probabilidad; la probabilidad de que exista un niño normal por debajo de lo que indican esos percentilos es muy pequeña.

En peso las variaciones son más amplias que en estatura. La antropometría no se puede mover por determinaciones únicas, debe incorporar el concepto dinámico, o sea el de velocidad de crecimiento y si bien esto se puede hacer también utilizando las tablas de distancia alcanzada es mucho más útil el uso de gráficos de velocidad de crecimiento. Para la utilización de estas tablas el tiempo mínimo de observación en poblaciones que se consideran normales son 6 meses, tiempo óptimo es 1 año; en poblaciones en las cuales uno espera un crecimiento muy acelerado uno puede disminuir el tiempo de observación a 3 meses, pero nunca menos de ese período.

Una metodología que tiene algunos inconvenientes porque el aparato que se utiliza no es fácilmente accesible, es la medición del pliegue cutáneo. Debe ser un aparato que ejerza una presión uniforme y no demasiado intensa sobre el pliegue cutáneo y mida en milímetros el espesor del pliegue. Sirve para estudios de nutrición ya sea en exceso o en defecto, la detección precoz de obesidad y la incidencia de programas tanto individuales como grupales para la reducción de peso.

Se nos ocurrió hace algunos años estudiar qué problemas tenían los niños que consultaban por retardo de crecimiento al Servicio de Endocrinología y al Centro de Crecimiento y Desarrollo que existe en el Hospital de Niños. Durante 1 año recopilamos los datos de todos los pacientes que fueron

335; agregando los 96 del Centro de Crecimiento y Desarrollo, sumaban cerca de 400 chicos, una incidencia muy alta. Para nuestro Servicio significó cerca del 17%. Surgió inmediatamente la diferencia de sexo, consultan muchos más varones que mujeres. En cuanto a la edad de consulta había dos claras diferencias: una a los 6 años y otra en la época puberal, a partir de los 12 años. Seis años, cuando los chicos entran al colegio y se los compara con sus congéneres; 12 años, principalmente los varones que querían saber si su crecimiento era adecuado.

Surgió que dos tercios eran niños normales; sólo un tercio tenía una patología que justificaba su retardo del crecimiento. Casi el 40% de todos los niños que consultaron no tenían retardo del crecimiento, podían ser considerados como de estatura dentro de lo normal.

De los 103 niños en los cuales se demostró una patología, el número más importante correspondió a enfermedades genéticas. Esto coincide con la tendencia actual del Hospital. Otro número muy importante correspondió a niños que tenían bajo peso para edad gestacional, que tienen desnutrición fetal y no se recuperan en la vida postnatal. Había un número grande de pacientes con deficiencia hipofisaria y un número importante de niños desnutridos. Este dato está muy viciado, ya que se incluye desnutrición por síndrome de malabsorción. Había 4 chicos que tenían esta patología y que habían consultado por retardo del crecimiento. Otra causa fue el hipotiroidismo, para el cual existen formas de detección precoz por otros métodos, pero en los cuales se escaparía un pequeño número de pacientes que sufren de hipotiroidismo adquirido por tiroides lingual o tiroiditis y que recién consultan por retardo del crecimiento. Existe otro grupo, principalmente formado por enfermos crónicos pero sin diagnóstico o sea que con esta metodología se detectó una serie de pacientes que tenían una patología cuyo diagnóstico es difícil y que no se pudo completar en el año que duró este estudio.

Dr. Amancio Alvarez

Nosotros desarrollamos un programa de screening de fenilcetonuria. Ustedes saben que la primera descripción de esta enfermedad la hizo un noruego, Foring, que analizando las orinas de un grupo de pacientes con deficiencia mental encontró que algunos de ellos excretaban una gran cantidad de ácido fenilpirúvico, por lo que la primera denominación de la enfermedad fue oligofrenia fenilpirúvica.

Es una enfermedad motivada por un error congénito en el metabolismo y su consecuencia más grave es el daño cerebral. El efecto metabólico alterado es la incapacidad de convertir la fenilalanina en tirosina. Esta condición es heredada siguiendo las leyes de Mendel y con una transmisión autosómica recesiva. Tiene una frecuencia aproximada de

1 en 11.000 nacidos vivos a 1 en 14.000 nacidos vivos. Es más frecuente entre los centroeuropeos y los celtas y menos frecuente entre los negros y judíos.

La fenilalanina hidroxilasa es la enzima que está estructuralmente alterada, de modo tal que la actividad está abolida, o casi completamente. Es una enzima termolábil que se encuentra normalmente en hígado, riñón y páncreas. Aunque la homeostasis del pool de fenilalanina refleja una interacción entre proteína dietética, balance proteico y salida de la fenilalanina a través de la hidroxilación hacia la tirosina por transaminación a ácido fenilpirúvico y otros derivados, solamente la hidroxidación defectuosa que es el defecto que tienen los pacientes fenilcetonúricos, lleva una expansión de ese pool de fenilalanina con un sobreflujo a los caminos alternantes que son ácido fenilpirúvico, ácido fenilacético y fenilaceticoglutamina.

Un chico fenilcetonúrico nace sin ningún signo que lo pueda detectar; es un chico aparentemente sano; recién en los primeros 2 meses puede tener vómitos e irritabilidad. El retraso del desarrollo se hace evidente entre los 4 y los 9 meses. Los chicos más severamente afectados pueden sufrir convulsiones antes de los 18 meses; las convulsiones tienen la forma de espasmos infantiles que después se convierten en accesos de gran mal. El niño típico es rubio de ojos azules, más rubio que sus hermanos; la piel es áspera y seca y a veces presenta eccemas; tiene un olor peculiar que puede inducir a dar el diagnóstico. Este olor es atribuible al ácido fenilacético que tiene un olor arratonado. Los enfermos pueden tener microcefalia y algo de aumento del tono muscular, especialmente en miembros inferiores. Los niños mayores son hiperactivos y tienen tendencia a movimientos repetitivos del cuerpo y de las manos.

Los niños afectados tienen una variedad de patrones electroencefalográficos; quizá los más comunes sean patrones de ipsarritmia aun en ausencia de convulsiones y descargas únicas o múltiples de espigos.

Se puede sospechar que el niño está enfermo mediante la prueba de cloruro férrico que es la forma como se detectó por primera vez este grupo de enfermos. Agregando una solución de cloruro férrico al 10% en 1 ml. de orina, ésta toma un color verde esmeralda que se desvanece en 30 a 40 minutos. También se puede diagnosticar mediante una cinta especial que vira su color en presencia de ácido fenilpirúvico, pero el inconveniente que tienen estos dos métodos y por ello fueron dejados de lado como métodos de pesquisa, es que eran tardíos. Era necesario que la enfermedad acumule suficientes metabolitos que sean eliminados por riñón en cantidad suficiente como para detectar esta enfermedad; esto necesita un tiempo en el cual la fenilalanina se ha mantenido alta y ya ha impregnado y dañado el cerebro.

Mucho más eficiente es la demostración de la fenilalanina alta en sangre que es lo que realiza el diagnóstico. Sin embargo, antes de efectuarlo se puede pesquisar la enfermedad con dos métodos biológicos o fluorométricos en los cuales se mide cuantitativamente la cantidad de fenilalanina en sangre; esto da el diagnóstico de hiperfenilalaninemia, y después corresponderá hacer el diagnóstico exacto para determinar si es una fenilcetonuria o no y qué régimen de tratamiento requiere.

Son tan simples los métodos de detección que han hecho de la pesquisa masiva en recién nacidos un componente de rutina en la medicina preventiva de todo país desarrollado que tenga preocupación por la frecuencia de esta enfermedad.

Los dos métodos son ampliamente difundidos y tienen características comunes que conforman los requisitos que debe cumplir un examen para poder pesquisar masivamente una enfermedad.

Los métodos son confiables, poseen una alta sensibilidad y una alta especificidad; tienen un costo relativamente bajo, son fácilmente aceptables por los padres porque solamente implican el pinchazo del talón del niño y también por los médicos porque no trastornan demasiado su trabajo. Son oportunos porque aunque el período de latencia de la enfermedad es corta permiten la sospecha de la misma dentro de ese período, para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento correcto.

La enfermedad también reúne los requisitos necesarios para ser pesquisada en forma masiva: es una enfermedad grave; no diagnosticada, no tratada, lleva al daño cerebral irreversible. El 90% de los pacientes no tratados tienen cociente de inteligencia menor de 50. Tiene un período de latencia de 4 a 6 semanas, pero en ese tiempo se puede aplicar el método de pesquisa, el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado. Es tratable.

El método de pesquisa en sí consta de varios pasos. La extracción de la muestra debe ser hecha en la mayor cantidad de recién nacidos. El objetivo de toda pesquisa es cubrir el 100% de los recién nacidos. El momento óptimo para realizar la extracción es 48 horas de vida; es necesario que el recién nacido haya recibido proteínas, de modo tal de poder elevar su fenilalanina en sangre para que ésta pueda ser medida. Por este motivo ponemos como término para extraer la sangre, el momento inmediatamente anterior al alta del recién nacido. En prematuros o recién nacidos con patología que requieren una internación más prolongada, se efectúa antes del alta, entre el 5° y 7° día de vida.

Se punza el talón de modo tal que se forme una gota de sangre espontáneamente para que se pueda recoger en el papel de filtro especial estandarizado en su velocidad de absorción y se recoge de modo tal que la mancha de sangre sea homogénea, que no tenga sobrecarga, recogiéndola en una sola vez,

haciendo que llene los círculos que están impresos en ese papel, tanto en la faz como en el reverso

Esta muestra puede ser enviada al laboratorio por correo y no necesita conservación especial, salvo preservarla de la humedad.

Los dos métodos con que se hace la pesquisa masiva son el método biológico que es el que estamos utilizando nosotros y el método fluorométrico que fue descrito por Makamar y Robin y que puede ser realizado con pequeños volúmenes de sangre.

Con cualquiera de las pruebas, en definitiva una cifra de 4 mg por 100 cm³ de sangre de fenilalanina indica la existencia de hiperfenilalaninemia que puede llegar a ser fenilcetonúrica. El paciente debe ser hospitalizado para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

Durante la hospitalización se controla la fenilalaninemia cada 24 horas durante 3 días. El tratamiento debe ser iniciado inmediatamente en el período de latencia de la enfermedad; a las 4 a 6 semanas de vida ya empieza el daño cerebral. El tratamiento se basa en el aporte de alimentos empobrecidos en fenilalanina, monitoreando constantemente la fenilalaninemia con el objeto de mantenerla por debajo de los 10 mg %.

Nuestra experiencia es que hace 2 años y medio que estamos tratando de empezar y hace 2 meses lo hemos logrado; llevamos examinados más o menos 1.500 recién nacidos y hasta ahora no hemos tenido fenilcetonúricos ni otro tipo de hiperfenilalaninemia.

Dr. Andrés Sibbald

Voy a enfocar dos temas, uno que es el de la ambliopía y otro que es el de la infección urinaria o bacteriuria asintomática. Este último iba a ser el tema de la doctora Caletti, tras haber realizado un estudio en terreno en escuelas de la capital, en un esfuerzo coordinado de la Academia Nacional de Medicina con la Municipalidad. No tengo los resultados pero sí tengo la ideología que acompañó a ese estudio y las conclusiones a las que se arribó.

Voy a empezar con ambliopía; la palabra en sí quiere decir literalmente visión pobre, pero en Oftalmología la usamos para indicar disminución de la agudeza visual a causa de la interferencia en el desarrollo de la visión en los primeros 7 a 8 años de vida.

Es una enfermedad originada en la niñez. El adulto no puede desarrollar ambliopía; ésta se debe a la particular característica del chico que es capaz de suprimir la doble imagen cuando ésta se presenta, para aceptar una sola y de esa forma cae en desuso la vía óptica y se engendra una importante pérdida de visión unilateral. La retina en este caso tiene aspecto normal ya que el defecto se debe a un cambio en el SNC, en el cuerpo geniculado y en la corteza, que resulta de la supresión del estímulo nece-

sario durante una etapa del desarrollo. El 2% de la población de adultos padece esta enfermedad.

La causa principal de esta afección es el estrabismo. Curiosamente no se ve en el estrabismo divergente pero sí en el estrabismo convergente, sobre todo en el adquirido. También se pueden observar, cuando hay errores de refracción severos, diferencias de un ojo a otro que pueden deberse también a privación de estímulo, a la existencia de una catarata o de una ptosis palpebral, algo que ocluye durante un tiempo importante la imagen retiniana e impide el desarrollo de la visión de ese lado.

El sistema ocular es muy plástico al principio de la vida, por eso es que ocluyendo el ojo sano y permitiendo que desarrolle mejor el ojo perezoso, uno puede restablecer un grado de visión importante en ese ojo que si no perdería la capacidad de visión.

La prevalencia de esta enfermedad en menores de 2 años es de 0,4%, pero va aumentando para hacerse de 2% a los 4 o 5 años y en la edad escolar llega al 3 o 4%. El momento óptimo para el tratamiento se halla entre los 4 y los 6 años ya que después de esta edad muchos chicos se resisten a la oclusión. Si se puede realizar antes de los 4 años, la garantía de la recuperación casi completa es aun mayor.

El diagnóstico depende del reconocimiento de la agudeza visual reducida que es difícil medir antes de los 3 o 4 años. Antes de los 2 años podemos usar la prueba de fijación, incluso en lactantes; si uno logra fijar la mirada de ese niño, sentado en la falda de la madre, sobre un objeto que se mueve o que llama su atención, debe hacer primero el reflejo de fijación y ver luego si sigue con la mirada ese objeto a medida que lo movemos. Por otro lado, hay que observar cómo se comporta al fijar la mirada, si se ocluye intermitentemente un ojo o el otro, de tal manera de comprobar si al desocluir un ojo tiene movimiento el globo ocular.

Esta es la prueba del reflejo luminoso de Hirschbend. En muchos casos en el primer año de vida los padres mismos consultan por lo que parece ser un estrabismo y en ocasiones es un pseudostrabismo que a veces presenta una desviación real. Colocando una linterna a una distancia de 30 cm uno puede ver dos imágenes que son normales.

La prueba de la oclusión intermitente o alterna es muy sencilla de realizar y los niños la aceptan bastante bien; lo importante es no tocarle los ojos al niño, apoyar la mano en la frente y hacer correr el pulgar de un lado al otro de tal forma de ver si en algún momento al desocluir el ojo hay un movimiento del globo ocular en un sentido tanto horizontal como vertical; esto detecta un estrabismo latente o una foria.

En niños un poco más grandes la evaluación de la agudeza visual se hace muchas veces con la prueba de las "E" en la que, situado el niño a una distancia adecuada, se coloca la letra "E" en distintas posicio-

nes. El niño, ocluyendo un ojo y después el otro, indica la posición que observa.

Este es un ejemplo de lo que puede ser un programa de pesquisa donde primero se fijan cuáles van a ser los puntos límites; en este caso se fija la agudeza visual con la tabla de Selemen. Se debe sospechar problema oftalmológico en todo niño que no ve en la línea de 20-40 o que tiene incapacidad de fusión o presenta estrabismo evidente. Puede encontrarse en un primer estudio chicos que son normales, otros que son anormales y los que son no examinables por algún motivo: porque tenían conjuntivitis ese día o porque no colaboraron. Pasan a una repesquisa que debe hacerse en un corto plazo de 12 a 15 días y entonces, en el grupo de anormales vamos a ver que algunos resultaron normales y en otros se confirma la impresión de que son anormales. Lo que se les indica a los padres es que cumplan en la casa una suerte de adiestramiento del chico para que venga sin temor y generalmente la segunda vez un niño de 4 o 5 años colabora con la prueba. Luego viene la evaluación diagnóstica que ya realiza el oftalmólogo y finalmente llega la etapa de tratamiento.

Es fundamental que se cumplan las 4 etapas y que sepamos, para poder hacer una correcta evaluación del programa, cuáles fueron los resultados en esos niños; es lícito iniciar un programa de pesquisa sin tener alguna idea de qué es lo que pasa con cada uno de ellos, porque si no no podemos saber si las pruebas que estamos utilizando tienen la sensibilidad y la especificidad que mencionábamos antes.

Querría señalar rápidamente lo referente a infección urinaria. La literatura está llena de pruebas que nos permiten usar recursos para detectar bacteriurias; es una evidencia más de disponer de una tecnología que pone en nuestras manos la capacidad para hacer ciertas cosas, pero muchas veces es mayor la tecnología que el conocimiento íntimo que tenemos de lo que realmente estamos observando con esa tecnología.

La infección urinaria es un problema frecuente. Estoy hablando de la infección urinaria sintomática, que llega a nuestra observación en el hospital o en el consultorio; tiene una frecuencia de alrededor de 1% para varones y hasta 3% para las niñas. De ahí el interés en algunos países, nórdicos, con el fin de reducir esa morbilidad que para nosotros podría resultar escasa en razón de otras patologías mucho más importantes; a ellos les interesaba disminuir, tratar de evitar que el 3% de la población escolar faltara a la escuela por infección urinaria.

Lo que surgió como dificultad era determinar si la forma asintomática, la bacteriuria asintomática, llevaba siempre a la forma sintomática o, si en realidad, se trataba de dos condiciones diferentes. Esa era la primera pregunta; y, por otra parte, si el tratamiento en gran escala de estos chicos asintomáticos evitaría el desarrollo de los síntomas. Este era el planteo para una situación totalmente ajena a la

nuestra. A nosotros nos podría interesar otra vinculación que sería la asociación de daño renal definitivo con infecciones urinarias, y cabe preguntarse si la pesquisa de infección urinaria es válida para reconocer alteraciones anatómicas o funcionales de la vía urinaria.

En realidad hay dos grandes categorías de infección urinaria. Para la gran mayoría de los niños esto representa una morbilidad de poca envergadura y que no se repite y no conduce a una enfermedad más grave; pero para una fracción de estos chicos que presentan infección urinaria sabemos que esa infección puede ser expresión de una enfermedad subyacente mucho más seria como es la insuficiencia renal crónica progresiva por pielonefritis crónica secundaria a trastornos en la vía urinaria.

La infección urinaria da lugar a varios cambios en la orina, en el sedimento, en el pH, pero los únicos métodos importantes para la detección de la bacteriuria son aquellos que buscan la presencia de bacterias, y hay varios de ellos: los microcultivos, los medios químicos como nitritos y el consumo de glucosa. Existe la tecnología para poner de manifiesto estos problemas, el asunto es si debemos o no utilizarla.

En primer lugar vemos que hay evidencia para decir que los organismos que producen la bacteriuria asintomática son diferentes de aquellos que producen infección urinaria sintomática. Se adhieren menos al uroepitelio, son menos tipificables y son más rugosos. Parecería que existe una IgA intravascular tipo específica para estas bacterias y que entonces se logra una especie de simbiosis vesical donde esta bacteriuria, si bien existe, no produce problemas.

Si se trata la bacteriuria, porque se utilizó el antibiótico por otro motivo, a veces se altera ese equilibrio y tiene lugar la reinfección por cepas de las cuales la vejiga no se defiende tan bien y entonces las infecciones son sintomáticas. Por lo tanto, como conclusión inicial, la bacteriuria asintomática no debe ser tratada porque representa una simbiosis, un comensal de la vejiga y no hay realmente enfermedad.

La única manera de justificar la pesquisa de bacteriuria sería que el tratamiento de esta condición evitara el advenimiento de daño renal. Hasta hace poco se sostuvo que la infección urinaria insuficientemente tratada progresaba lenta y silenciosamente a la atrofia parenquimatosa con hipertensión e insuficiencia renal. Sin embargo, los trabajos prospectivos y retrospectivos sobre la historia natural de la infección urinaria no han confirmado que esto ocurra en las formas comunes, sin componente obstructivo. Cuando coexiste la infección urinaria con un reflujo vesicoureteral severo, o con reflujo intrarrenal, la situación es completamente distinta. En este caso es común ver lesiones renales, generalmente antes de los 4 años de edad. Idealmente un programa de pesquisa de enfermedad urológica de-

bería dirigirse al reconocimiento del reflujo vesicoureteral severo que puede, incluso, existir sin infección urinaria, antes de los 4 años. Lamentablemente no hay ningún método simple para la detección de reflujo vesicoureteral. Actualmente, el mejor método, de tener que utilizar alguno, para descubrir este reflujo en niños aparentemente sanos es el de pesquisar bacteriuria y someter a los que tienen infección a un examen radiológico. Pero este enfoque es indirecto, es oneroso y es poco específico; por lo tanto, no puede recomendarse y, entonces, podemos decir que la prevención de la insuficiencia renal asociada a la infección urinaria deberá postergarse hasta tanto se desarrolle una técnica incruenta y eficiente para la pesquisa del reflujo vesicoureteral.

Preguntas y comentarios

—Quisiera repetir cosas seguramente conocidas por todos los pediatras que tratamos de ser pediatras en serio. En cuanto a las técnicas antropométricas, la confiable a grandes rasgos es la del peso, suponiendo que la balanza esté bien calibrada. Con respecto a las mediciones de talla, vemos, aun con gente supuestamente entrenada, que se cometen errores bastante grandes; habría que extremar la instrucción del personal, inclusive la propia para hacer estudios de este tipo. En cuanto a la circunferencia cefálica ya conocemos la premisa de la cinta metálica; además quisiera observar que las tablas argentinas existentes dan cifras un poco bajas para la generalidad de la población; porque no es raro que chicos que, por otro lado, tienen talla algo baja para su edad tengan cabeza algo grande para su edad, y no son patológicos. Otra observación referente a la sencillez de la pesquisa de enfermedades, es que, por ejemplo, en niños obesos enviados al consultorio para aclarar si no tienen alguna endocrinopatía, ya con el sólo hecho de medirlos y ver que la talla es normal o elevada se pueden descartar prácticamente todas las endocrinopatías, mucho más si se asocia una observación somera del cociente intelectual.

Con respecto a la aceptación del screening, requiere una muy buena información de las personas y de los niños que van a ser sometidos, dado que muchos tienen un cierto miedo acerca de lo que les va a pasar.

Respecto de los costos de tratamiento de un niño inválido para la sociedad, recuerdo la observación del delegado de un país árabe en una reunión internacional en la cual se decía que le salía al Estado más barato prevenir que tratar después los casos. Este delegado dijo: "Mi Estado no se ocupa de ningún inválido, de manera que no puedo invocar que va a ahorrar un centavo".

Hay una observación del doctor Kestelman que dice que han hecho un estudio comparativo de las tablas de crecimiento y desarrollo de La Plata con las de la Organización Mundial de la Salud obtenien-

do resultados muy similares, lo que hablaría a favor de la operatividad en el uso de las tablas de La Plata.

Hay una pregunta del doctor Manterola sobre qué opina la Mesa con relación a la detección de anemia como pesquisa en algún momento de la infancia. En algunos países se realiza sistemáticamente hematócrito a los 9 meses de edad para la detección de la anemia ferropénica que puede surgir en el primer año de vida. Creo que reúne algunas de las condiciones, sobre todo en algunos medios donde la alimentación puede ser un poco carenciada en hierro; en nuestro país, que yo sepa, no se hace en ningún lugar en forma sistemática. Aquí se plantea la diferencia entre screening y diagnóstico; ver un niño pálido a los 10 meses o con taquicardia es muy distinto a efectuar a todos los niños que pasan por el consultorio un hematócrito. No estoy plenamente convencido de que debe ser un estudio a utilizar regularmente, sobre todo si en algún momento del primer año se ha fortificado la alimentación con hierro.

Dr. Mardones

En la reunión de ayer quedamos un poquito defraudados cuando no se consideró la antropometría como el método de screening más importante, de tal manera que estamos muy contentos de haber escuchado el análisis que se ha hecho en el día de hoy. La información que el doctor Heinrich nos dió acerca de esta simple metodología permite el diagnóstico anticipado, incluso en 5 años, de una patología tan seria como es el craneofaringioma es muy importante. Habitualmente el pediatra está enfrentado a obtener la mejor información y luego seleccionar el patrón de referencia. Hemos asistido en Argentina en el año 71 con Natalie Mas, en el Centro de La Plata, a una discusión respecto de estos patrones. Suceden dos cosas: Cuál es el perfil de este patrón, cuál es su medida de tendencia central y luego elegir la medida de dispersión, el límite de dispersión, lo que significa sensibilidad versus especificidad. Esto ha generado tal preocupación que la OMS creó un grupo permanente que propuso la aplicación de estándares como la referencia mundial. Pero, no se han terminado los problemas porque muchos países aun cuando participaron en la investigación de la utilidad de esta referencia después no la han aplicado. Natalie Masse ha tenido un peso con su autoridad tan enorme con sus estudios que para la mayoría de los países de América Latina están quedando muy pobres, no son representativos de un país sino de un Distrito de París, de clase media y media baja; en consecuencia, son extraordinariamente poco exigentes, sus medidas de dispersión son escasas y, por lo tanto, tienen la posibilidad de medir grupos diversos. Estos son los argumentos que dieron Walter Lou y su grupo para recomendar esta investigación en Estados Unidos. Pero lo curioso es que los mismos investigadores han estado recomendando para su aplicación en el país

límites o referencias diversas para calificar normalidad; uno de los investigadores dice que en Estados Unidos esta tabla es excelente como medida de tendencia central pero que todo pediatra debiera estimar anormal a todo niño que está por debajo del percentilo 25° y por encima del percentilo 75°. Ustedes saben cómo están preocupados los norteamericanos por la obesidad, y señalan que esos niños deben ser sometidos a control frecuente para producir la educación de los padres y evitar el sobrepeso por encima del percentilo 75° o el peso deficiente por debajo del percentilo 25°. Con esto quiero señalar la relatividad de los límites; aunque usemos un mismo patrón, de acuerdo con el propósito que busquemos podemos sacrificar la sensibilidad o la especificidad. Muchos autores señalan que es muy caro incorporar a un programa de atención de desnutridos a algunos niños normales; yo quisiera afirmar que es mucho más caro dejar afuera a un desnutrido y atenderlo tarde por los daños que van a producirse para toda la vida. El juego entre estas dos variables mutuamente excluyentes que tienen una curva de dispersión de ese orden, debe ser considerado con tanta minuciosidad como cuando se elige el patrón de referencia.

Dr. Cusminsky

Es interesante destacar cómo en estas reuniones pediátricas se vuelve sobre temas que hacen a la esencia de la Pediatría. Estamos todavía en la Argentina discutiendo la necesidad o no del uso de una gráfica, cuando ya el doctor Mardones en su primera visita a la Argentina, en el 59, propuso la curva que estaban usando en Chile. Esa curva fue empleada en la Provincia de Buenos Aires con una eficiencia realmente importante; fue una época de gloria para la salubridad de esa provincia, cuando existían los centros de salud funcionando "a full", cuando había un grupo de médicos pediatras y sanitarios con vocación. En esa época se hizo un ligero quiebre en la mortalidad infantil. Eso tuvo un período de auge, se observó la necesidad de establecer nuevos estudios de crecimiento en el país y lo cierto es que los estudios se realizaron; lástima es que no han sido utilizados con la minuciosidad y la difusión con que deberían serlo, y son los organismos del Estado los responsables directos de implementar lo que los técnicos proponemos.

—¿Qué importancia se les debe dar a los valores o curvas de peso para la talla, dado que ello es útil para la detección de nutrición? Tienen sus pro y sus contra; a veces los parámetros de crecimiento y desarrollo no corren paralelos; cuando se alteran, y esto pasa en la desnutrición, la talla demora más en afectarse que el peso y entonces estas tablas son tremendamente útiles para evaluar el estado nutricional en problemas agudos. Pierden un poco de utilidad cuando se trata de problemas crónicos en los cuales se alteran los dos parámetros, donde una talla para peso se mantiene constante y tenemos una po-

blación más chica pero que de todos modos se enferma, o sea hay que elegir nuevamente en qué situación se utiliza peso solo, talla sola o la combinación de peso para talla.

Dr. Manterola

Aquí se ha hablado de un tipo de extensión del término screening a aspectos que no eran tradicionales, o sea, en los países anglosajones no se consideraba al asunto del crecimiento y desarrollo físico como un elemento importante como para screening; en cambio aquí lo estamos resaltando y yo creo que es importante que así lo hagamos. También querría hacer una extensión de este término pesquiza a otros aspectos que no son tradicionales dentro del criterio de screening general, como es el uso del interrogatorio dirigido y especificado de algunos aspectos que se podrían pesquisar. Entendemos que dos aspectos son importantes: los trastornos de conducta que se podrían detectar en temprana edad en un niño a los efectos de evitar problemas ulteriores y aquellos aspectos familiares que podrían producir dificultades. En esto todavía no hay metodología especificada, tal vez porque todavía no hemos usado una imaginación suficiente como para que tengamos técnicas y métodos que nos digan que lo que hoy detectamos puede ser un peligro para el futuro.

Dr. Clark

En alguna medida la comunicación que nosotros expusimos en los trabajos libres pretendía aportar una metodología que incluía aspectos comentados, especialmente los aspectos psicológicos sobre los cuales hemos ensayado con éxito un interrogatorio dirigido que está complementado con un interrogatorio dirigido a los docentes de esos niños y con un examen psicológico mínimo.

Dr. Alistein

En el Boletín del año 78 aparece la recomendación de las tablas americanas en primer término y de las inglesas en segundo. Se recomienda la manera de diagnosticar la desnutrición a través de dos tablas: una de peso para edad y la otra de peso para talla, descartando lo que sería talla para edad. Con esas dos realiza unas nuevas tablas que son los dos desvíos estándar por encima y por debajo del percentilo 50° para la talla. Esa es la recomendación de la OPS. Por otro lado, revisando todas las tablas se ha visto que están superpuestas las del doctor Cusminsky con las inglesas por valores numéricos estrictamente; algunas parecen calcadas, copiadas. Donde hay diferencias es en las tablas de perímetro cefálico que se están revisando.

—Desearía saber si cumplo con los enunciados mencionados el siguiente estudio: EEG practicados a la totalidad de un grupo de niños internados en

un instituto de menores para investigar patología neurológica, disritmia, pasible de ser medicada.

Es una población especial de alto riesgo para este tipo de trastornos. Si lo que se quiere es medicar, pienso que reúne algunas de las condiciones pero no otras; es un grupo especial, estamos usando una prueba, el EEG, donde no estoy muy seguro si la sensibilidad y la especificidad son fácilmente medibles, sobre todo cuando el término es disritmia, que es demasiado amplio como para poder permitir una definición clara. En una época en Estados Unidos con algunos niños y adultos internados en institutos y con características violentas se hicieron ciertos estudios genéticos y se pensó en cierto momento que para algunos había, en un grupo significativamente mayor que el esperado, una anomalía genética.

—¿Hay experiencia en la confección de la somatocarta en pequeñas o grandes poblaciones? Parecería que hablar de la somatocarta no es necesario. Brasil ha hecho grandes experiencias y una serie de deducciones con respecto a estos parámetros detectados. Lo mismo que Chile, a través del Instituto de Fisiología ha trabajado mucho en somatotrofismo. La pregunta me surgió al ver el compás y la medición de los pliegues cutáneos. Yo fui becado en el Instituto de Medicina del Deporte y en ese momento no se trabaja; este año sí se piensa trabajar a todo nivel y en todas las edades en el estudio de la somatocarta; es por ello que necesitaba saber y poder comparar trabajos ya efectuados en el país con los trabajos que se van a hacer.

Yo personalmente no lo puedo contestar.

Dr. Manterola

El costo individual de la determinación es de alrede-

dor de 7 a 10 pesos argentinos, dos atados de cigarrillos; el costo de 10.000 exámenes sería entre 70 y 100 mil \$a. El sentido de la pregunta del doctor Manterola es el costo del hallazgo de 1 caso de fenilcetonuria dada la frecuencia de 1 en 10.000 de la enfermedad. Este es el costo: 100.000 pesos arg.; esto es sensiblemente inferior al costo de diagnóstico, tratamiento y educación especializada que debería recibir de por vida un niño con daño cerebral. Yo he recibido respuestas como, por ejemplo, en obras sociales me han dicho que ellas no se hacen cargo de la rehabilitación de los pacientes dañados, de modo tal que para ellas no es un ahorro introducir una pesquisa de fenilcetonuria. A nosotros nos preocupó inicialmente si era lícito introducir un examen de pesquisa masiva para una enfermedad rara en un país que además de tener problemas económicos tiene otros severos problemas de salud infantil. La respuesta a esta pregunta es afirmativa; por ello estamos desarrollando el programa, y la base de la contestación es que la fenilcetonuria existe en el país, que en éste nacen entre 50 y 70 chicos con fenilcetonuria que no son diagnosticados y que van irreversiblemente hacia el daño cerebral y que, además, estos chicos no van a llegar a ser los adultos sanos capaces de incorporarse a la producción nacional y que constituyen el mayor capital de una Nación. Nosotros no sustraeríamos recursos de salud sino que ahorraríamos recursos que podrían ser aplicados en el desarrollo de otros programas.

Dr. Manterola

La pregunta fue bien interpretada. El costo es de 100.000 pesos arg., es un costo bastante alto; yo creo que estos 100.000 pesos arg. deben ser extraídos de alguna parte; yo querría que esos fondos sean extraídos de gastos innecesarios, pero nunca de detección de la desnutrición, ni de la entrega de leche, ni de la habilitación de centros de salud.

CONFERENCIA

CONCEPTO DE RIESGO
EN DETECCIÓN PRECOZ

Dr. Elbio N. Suárez Ojeda
Representante de la OPS.

En las últimas décadas todos hemos vivido el cambio que ha tenido la Pediatría. Uno ha visto que de ese predominio de patologías agudas de tipo infectocontagioso han empezado a destacarse cada vez más, a tener mayor prevalencia y mayor incidencia, afecciones de tipo crónico y muchas veces procesos que no podemos englobar directamente con el nombre de enfermedades.

Tenemos condiciones patológicas, situaciones patológicas que no tienen, así tan precisamente, el rótulo que nos daba anteriormente una enfermedad con su agente causal generalmente de tipo microbiano.

Esto ha llevado al crecimiento de las enfermedades crónicas o enfermedades de aparición larvada, que han hecho muy necesario el desarrollo de mecanismos para poder descubrirlas precozmente.

El gran instrumento para todo este tipo de avances es "la epidemiología", sobre todo la epidemiología moderna que está suministrando herramientas muy hábiles, muy útiles cuando son aplicadas adecuadamente para esta detección temprana de las enfermedades, para este anticiparse a las enfermedades.

El concepto de riesgo existe desde Hipócrates. Según los estudiosos de la historia de la medicina ya encuentran en escritos supuestamente hipocráticos, algunas nociones de lo que era riesgo. Dentro de nuestro campo pediátrico materno-infantil, Little, hace 120 años, estableció alguna idea del concepto de riesgo, relacionando características del parto con retardo mental. Pero el gran desarrollo de la tecnología de riesgo se ha hecho en las últimas 2 o 3 décadas, coincidiendo con la aparición de toda la metodología cibernética de computación que permitió ponerle peso matemático, que posibilitó ponderar con una cierta seguridad matemática, con mayor poder predictivo, las características de aquellos individuos o grupos que iban a padecer determinadas condiciones patológicas.

El campo de atención perinatal pareció sumamente fértil para este tipo de estudios y entonces aparecieron los scores de predicción de riesgo perinatal.

Lo importante es tener la idea de que cuando hablamos de riesgo, hablamos de predicción, de la posibilidad de anticiparse a que un hecho suceda y entonces un estudio de riesgo, tiene que establecer una ligazón entre una característica de un individuo o grupo y un determinado resultado no deseado, o condición patológica. Si nosotros no tenemos ese hilo conductor entre la característica del individuo y el resultado que se obtiene un tiempo después, no estamos hablando de riesgo.

Es muy frecuente, incluso, llegar a esfuerzos enormes que nos muestran 1 millón de recién nacidos y el riesgo de bajo peso al nacer, en estudios de tipo retrospectivo que toman áreas hospitalarias con clientela espontánea. Ese tipo de estudio tiene un gran valor como estadística hospitalaria; podemos decir que en ese hospital se registran partos que dan 11% de bajo peso al nacer, pero esto no es un estudio de riesgo porque no se estableció el nexo entre las características cuando empieza la gestación y este resultado final que se había definido como bajo peso al nacer.

Entonces hay que tener presente que para poder hacer estudios de validez científica en riesgo debemos contar con alguna cobertura de atención ambulatoria. En el caso de los riesgos perinatales es necesario tener una muy buena cobertura de la atención prenatal. Esto es un hecho fundamental que tiene algunas repercusiones de carácter ético. Nosotros no podemos hablar de riesgo o de alto riesgo si no tenemos por lo menos una aceptable cobertura de servicios, porque entonces, sobre todo cuando se habla con el criterio de alto riesgo, se transforma en una concentración del privilegio en la gente que ya asiste a los servicios.

Condición para poder hacer una aplicación de estudios e intervenciones con conceptos de alto riesgo es la "expansión de cobertura". A su vez, las metodologías de aplicación del riesgo nos van a llevar a permitir una mayor expansión de cobertura porque generalmente permiten una racionalización de los servicios.

En esta línea, debemos reconocer que estos dos conceptos que estamos debatiendo en estos días,

“enfoque de riesgo” y “screening” (tamizado, como se dice en español), tienen una sola madre: “el método epidemiológico”.

Podemos decir que en la historia natural de la enfermedad y con todo esto que se refiere a la metodología de riesgo y de screening hay que tener presente continuamente el esquema de Lewell y Clark de la historia natural de la enfermedad, y entonces el riesgo sería una metodología basada en la epidemiología que une la clínica con la administración de salud y que permite asignar los recursos de salud, en función de la probabilidad de padecer daños, con lo cual determina una gran racionalización para la asignación de recursos.

Concretamente, significa que las mujeres que van a usar monitores y que van a ser sometidas a la amniocentesis van a ser aquellas que realmente lo necesitan. El tipo de atención va a estar determinado por la característica de riesgo y la probabilidad de complicación del paciente y no, muchas veces, por alguna característica del paciente o de las probabilidades de pago de éste. En este sentido tiene una enorme repercusión en cuanto a la administración y a la organización de los servicios de salud.

Decimos que un “factor de riesgo” es cualquier característica de un individuo o grupo que aumenta la probabilidad de padecer determinado daño o resultado no deseado.

Muchas veces este factor de riesgo está en la cadena causal. Cuando uno estudia diarreas, entonces se va remontando hacia atrás (la diarrea, el microbio, la suciedad, la falta de agua potable, la madre analfabeta), en una serie de factores que están en la cadena causal, factores causales. Pero además, una de las riquezas que tiene el concepto de riesgo, es que si uno encuentra que hay una asociación válida entre la presencia de una característica y la aparición de un resultado final no deseado, no importa que no conozcamos cuál es la cadena etiológica. Como esta característica se relaciona con el resultado final, eso es un factor de riesgo.

Estadísticamente esto se explica por lo que se llama variable canónica, que sería que muchas veces una característica simboliza una serie de condiciones del sujeto que son las que se van a traducir, las que tienen su verdadera ligazón etiológica. Pero desde el punto de vista de la aplicación del riesgo, utilizamos simplemente la aparición de esa característica que es fácil de observar. Por ejemplo, en una investigación de riesgo de morbilidad se notó que el mayor poder predictivo sobre el número de episodios de patología que iba a padecer un niño, era el hecho de que la madre en la primera consulta del embarazo dijera “no deseo darle pecho”. No importa que después le diera el pecho si en el proceso se la convenció, pero esos niños pasaban a ser alto riesgo simplemente por ese dato, que desde el punto de vista lógico y del sentido común no tendría ninguna re-

lación con el número de episodios patológicos, pero que sí está traduciendo toda una actitud de la madre, que era lo que finalmente se relacionaba con la aparición. Esto es lo que le da gran riqueza potencial al estudio de los factores de riesgo, que no se limita a aquellos en los que hay una concatenación material con el hecho que se busca prevenir o solucionar.

Otra cosa que ha estado muy de moda son los scores; desgraciadamente a la mayoría de nuestros países llegaron los scores de riesgo perinatal antes de que llegara la metodología para elaborarlos y entonces un poco compramos tecnología sin adaptarla y sin saber cómo se hacía; entonces un país de Latinoamérica adoptó sin adaptar previamente un esquema extranjero, lo aplicó seriamente y al cabo de unos años descubrieron que el 82% de las mujeres embarazadas las habían clasificado como riesgo con un intervencionismo enorme que les aumentó, incluso, la incidencia de prematuridad por el exceso de intervención, y un gran obstetra concluía diciendo: “a veces pusimos en riesgo la vida de la madre por tratar de evitar la muerte de un feto que nunca pensó en morir”.

Entonces este score de riesgo, cuando uno lo ve desde el punto de vista de la metodología científica, es un modelo predictivo en el cual se han juntado varios factores que en conjunto tienen un poder de predicción del acaecimiento de un suceso. Este modelo predictivo puede hacerse numérico. En la actualidad, con la metodología de regresión múltiple se le puede dar una numeración de tipo científico que establece el grado de relación que hay entre los distintos factores que se incorporan al modelo predictivo y la enfermedad que se busca evitar.

Lo común, en nuestros países, es que se toma un score de riesgo de la literatura, se aplica y luego damos los resultados. Esto, cuando se hace con pequeños grupos, no ayuda mucho pero no es tan dañino como cuando se aplica masivamente en una provincia o país.

Lo que tenemos que aprender y tener muy claro es que hay una serie de etapas que cumplir antes de llegar a la aplicación de un modelo predictivo o score de riesgo.

— Tenemos que tener muy claro el análisis de la situación de salud, socioeconómica y demográfica del área, región, provincia o país, donde lo vamos a aplicar.

— Analizar el sistema de salud.

— Sobre la base de estos elementos tenemos que decidir qué problema es el que vamos a someter al proceso de un estudio de riesgo y luego a la aplicación de intervenciones para solucionarlo. En esto, lo de riesgo es muy similar a lo que sucede con screening; debemos tener muy en cuenta, antes de decidir qué vamos a aplicar, “criterio de riesgo” o “enfoque de riesgo”, qué patología es

la que tiene sentido: en términos de prevalencia, por ejemplo, es fundamental que se dé una patología de prevalencia de esa zona: en términos de trascendencia, una enfermedad que signifique gravedad. problema; en términos de tener eficacia tecnológica para poder reducirla, de qué nos vale poder conocer muy bien los factores de riesgo de una enfermedad si luego no tenemos ningún mecanismo de intervención eficaz.

Entonces allí hay que detenerse y decidir. En un país que tiene una altísima mortalidad por desnutrición, deshidratación y enfermedad respiratoria aguda, será prioritario y conveniente establecer un estudio de el riesgo para prevenir mortalidad perinatal. ¿será el bajo peso al nacer una patología de trascendencia para hacerlo?.

— Una vez que fue decidido cuál es el problema o problemas a los que nos vamos a dedicar, tenemos que entrar al estudio de la cadena causal, cuáles son los diferentes factores que intervienen en llevar a ese resultado no deseado.

Tenemos que identificar dentro de ellos aquellos factores de riesgo que están incidiendo de una manera primordial. Tenemos que hacer el estudio de ponderación de esos factores. Tenemos que ver cuáles pesan más, cuáles pesan menos, y hoy día la capacidad estadística nos permite establecer muy bien. relaciones de riesgo relativo entre diferentes factores, y poder decir la edad de la madre va a valer 5 puntos y el peso de la madre 3 puntos, pero no como una invención o tomándolo de la literatura que muchas veces no se aplica. La epidemiología es un fenómeno eminentemente nacional o local, entonces no podemos tomar esquemas importados para esto.

— Luego de esa ponderación nos va a salir la selección de predictores, cuáles de todos estos factores. En una de las investigaciones hechas en el continente se identificaron 41 factores de riesgo, pero esto es inoperable. De éstos se seleccionaron los 5 que tenían mayor poder predictivo y entonces con éstos recién llegamos (éste es un proceso que puede llevar años) a un modelo predictivo de valor científico y de suficiente precisión epidemiológica.

— Recién cuando llegamos a un modelo predictivo, así elaborado, podemos pasar a probarlo y si esto funciona tenemos que diseñar las intervenciones sobre esos factores de riesgo.

Para señalar un caso muy común: en la mayoría de los países se está teniendo como gran factor determinante del bajo peso al nacer, la baja edad de la madre (por debajo de los 19 años). Entonces nuestra intervención tiene que orientarse hacia la prevención del embarazo en ese grupo etario que es el que está generando la mayoría de los casos de bajo peso.

— Obviamente, como en todo proceso de salud, iremos luego a la evaluación de los resultados y circularmente otra vez a todo el replanteo del problema.

Creo que aunque la visión no haya sido muy bue-

na hemos tratado de decir y dar una idea de que para poder hablar realmente de investigaciones de riesgo o de aplicaciones del enfoque de riesgo, tenemos que seguir un proceso cuidadoso, que se basa en el conocimiento de la epidemiología local; tenemos que tomar decisiones a nivel local y no tomar un score que se probó en Canadá o en Inglaterra y entrar directamente a aplicarlo.

Lo importante es aprender el cómo hacer, cómo se desarrolla esta tecnología.

Cuando hablamos de riesgo, lo que se ve en general en cualquier población es una distribución del riesgo que sigue una curva.

Si dejamos que la población se atienda espontáneamente, que utilice los recursos de Salud sin que haya una orientación selectiva, una captación activa de pacientes, vamos a ver que es gran parte de esta población de mediano riesgo la que se atiende, alguna de muy bajo riesgo, pero lo que nos preocupa es la del alto riesgo, que queda sin cobertura.

Todo lo que se ha hablado en esta década de atención primaria por concepto de Salud para todos, dependerá de la capacidad que tengamos de expandir los Servicios hacia esos grupos de riesgo.

Esa es la tarea primordial de la Salud Pública, de la Obstetricia y de la Pediatría particularmente. tratar de hacer una cobertura selectiva de aquellos pacientes que son los que realmente nos van a generar mayor enfermedad y muerte.

Cuando tenemos que seleccionar qué enfermedad o proceso vamos a elegir, debemos tener en cuenta fundamentalmente la prevalencia de esa enfermedad, porque ustedes ven cómo a medida que se reduce su prevalencia crece de una manera sustancial la incidencia de falsos positivos en los resultados y esto es lo que más nos cuesta en términos de atención de la salud.

De allí recalco la importancia de tener muy en cuenta la prevalencia. Esta enfermedad que ahora estamos por estudiar con criterio de riesgo, o por someter a un tipo de screening, ¿en este país tiene realmente una prevalencia que nos cubra suficientemente del número de falsos positivos?

Cuando uno hace un screening de 20.000 niños, con lo costoso que resulta, en una condición como el retardo mental de una prevalencia del 3%, nos va a rendir 600 casos detectados.

En la fenilcetonuria con una prevalencia del 0,05% apenas nos va a rendir 1 caso cada 20.000 niños sometidos a screening y cuando tenemos un proceso de alta incidencia como caries dental, 70% de prevalencia, nos va a rendir muchísimo más. Pero, ¿se justifica aplicar una técnica de screening en caso de una patología que está cubriendo a toda la población?

De una manera similar, diríamos nosotros, en muchos países de América Latina las anemias ferropénicas del embarazo que afectan al 70% u 80% de

las mujeres embarazadas, no requieren que se realice un screening, y se toman las medidas correspondientes.

Hemos querido resumir todos los criterios que se deben tener en cuenta para la selección de la condición que será sometida al screening y para deducir qué procedimiento de screening se va a aplicar.

El primero es que esa condición, como les decía, sea **tratable o controlable**. No tiene sentido hacer screening, hacer estudios de riesgo, en una enfermedad sobre la cual no vamos a poder intervenir de ninguna manera.

Tenemos que ver también **que el tratamiento temprano mejore el resultado**.

Fíjense en un detalle lingüístico que puede ayudar a entender la diferencia epidemiológica entre riesgo y screening. Cuando uno habla de riesgo puede hablar de tratamiento precoz, porque éste es un tratamiento que se realiza antes de que la enfermedad empiece. Estamos actuando con factores probabilísticos. En cambio cuando hablamos de screening tenemos que hablar de tratamiento temprano, porque se instituye cuando ya algunos elementos de la enfermedad están presentes pero antes del período ideal de tratamiento. Como sucede en el caso de fenilcetonuria que si no se empieza antes de 5 semanas lleva al retardo mental. En cambio, si tenemos un test que nos permita diagnosticarlo antes, nos da un tiempo de screening para empezar un tratamiento en el momento adecuado.

Esto se halla reafirmado en el punto 3 cuando se refiere a que aquellas enfermedades que abordemos deben darnos un tiempo de screening suficiente. El caso clásico de la ambliopía que nos da un tiempo de screening entre 2 y 5 años. Otras veces que sentido tendría hacer la detección de fenilcetonuria en un área que para llegar a un servicio nos llevaría 3 meses, es decir, que tenemos que tener en cuenta las condiciones de factibilidad en screening y también las posibilidades de un diagnóstico firme. Podríamos ahondar en relación con los conceptos de sensibilidad y especificidad de los elementos que nos permitan llegar a un diagnóstico firme, de que realmente se trata de esta enfermedad y no es simplemente una probabilidad de la enfermedad.

El otro elemento está en relación con la **prevalencia**. Tiene que ser una condición que realmente tenga un peso, una prevalencia, no sólo por razones de no malgastar recursos sino, también, por la importancia que tiene en el manejo de los falsos positivos. No vale la pena molestar a los niños, a las madres para la detección de una patología vanal. Esta es una reflexión muy importante cuando hablamos de niños en edad escolar. Los escolares son a veces víctimas de la curiosidad médica y como están en las escuelas y es tan fácil llegar a ellos, no se piensa cuánto los molestamos, cuánto interferimos en su proceso de aprendizaje, en ese afán permanente de conocer cosas que tal vez no son serias. Tenemos

que ser criteriosos en decidir qué es lo que vamos a buscar y si la no detección oportuna nos va a determinar alguna patología realmente dañosa para la salud de ese individuo.

Finalmente, cuando debemos **evaluar** los procedimientos, tenemos este gran concepto de la **validez**, a que ya nos hemos referido y sería tema de un seminario en sí mismo. Hay que tratar de identificar muy bien y ejemplificar sensibilidad, especificidad, poder predictivo de los distintos tests y distintos scores. Y **factibilidad**, que es otro elemento muy importante que se puede representar matemáticamente.

Los procedimientos deben ser simples, tanto en el uso de un score de riesgo como en el uso de un test de screening. Tenemos que llegar a la simplificación y a que esté adecuado con el nivel del personal de salud que lo va a usar. Si nosotros estamos hablando de un programa en que el auxiliar de enfermería es el que nos va a detectar, o la partera empírica, tenemos que diseñarle un score o un mecanismo de screening que pueda utilizar o que al menos pueda interpretar para hacer una referencia consciente.

Es necesario que estos procedimientos sean **aceptados** especialmente por el equipo de salud y por el hospital de referencia. He visto infinitas veces en que se hace todo el esfuerzo por detectar determinada patología y cuando se va al hospital de referencia el profesional dice "para qué me están molestando".

La otra cosa importante y que tiene muchas resonancias éticas es que **no sea dañoso**. No sólo daño al hacer el screening sino el posible daño psicológico y el daño por exceso de intervención.

El otro elemento es la posibilidad del **seguimiento de la referencia**.

El elemento más grave es **costo**. En estos países nuestros donde los recursos son tan escasos, donde el sector salud compite con otros sectores de la economía en desventaja, donde excepcionalmente tenemos prioridad presupuestaria, antes de emprender cualquiera de estas cosas tenemos que pensar cuánto va a costar: ¿su relación costo-beneficio va a ser realmente positiva?, es decir, cuánto nos va a ahorrar la racionalidad que implica la aplicación de enfoque de riesgo en mujeres innecesariamente sometidas a excesivos tratamientos. Esta relación costo-beneficio creemos que es fundamental y que no se puede olvidar antes de empezar cualquiera de estas dos fases: sea el estudio de riesgo, sea las pruebas de screening o la adopción de nueva legislación y nuevas pruebas de screening.

Tenemos que recordar, y en esto voy a citar un documento muy reciente del Director General de UNICEF, que realmente cuando comenzamos a hacer screening, y ya hay elementos tan avanzados, cuando decidimos una inversión de este tipo tenemos que recordar que con cinco actividades que se

hagan bien (control de crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna y nutrición básica, las cinco vacunas elementales de la inmunización, control de las enfermedades respiratorias agudas) podemos evitar 20.000 muertes de niños por día en el mundo actual. Yo creo que siempre que

piensemos en ambiciosas elucubraciones intelectuales como es lo referente al riesgo, o al screening, debemos tener presente que eso no implique una postergación de la prioridad que estas acciones básicas fundamentales deben tener en todos los programas de Salud materno-infantil.

ENCUESTA NACIONAL

PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS
QUE ATIENDEN NIÑOS EN RIESGO SOCIAL DE ABANDONO

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Abril de 1983

Director responsable de la Encuesta: DR. MARIO GUTIERREZ LEYTON
(Diseño de la encuesta, análisis y presentación de resultados)

Asesor metodológico: Lic. E. SAFORCADA
Asistentes del procesamiento Lic. Isabel GARCIA
Marcelo MORACHO

Colaboradores en la recolección de la información a nivel central:

Para la Capital Federal: DR. H. GAMBARINI
Para la Provincia de Buenos Aires: DR. R. MATEO
Para el resto de las provincias: DRA. L. GARIBOTO

La encuesta, concebida y realizada como una actividad de investigación del Comité de Salud Pública de la Sociedad Argentina de Pediatría (Entidad matriz), recogió la información entre fines de 1982 y principios de 1983.

Sus resultados se ofrecen en calidad de insumo al trabajo preparatorio y fase deliberativa del IV Simposio Nacional de Pediatría Social en lo referente al tema central "EL NIÑO ABANDONADO"

Se agradece muy especialmente la diligente respuesta de los presidentes de las filiales de la SAP bajo cuya órbita de acción se encuentran las provincias del Chaco, Tucumán, Santa Fe, Buenos Aires, La Pampa y Chubut que, junto con la Capital Federal, constituyen la muestra de la presente encuesta, así como la inestimable y desinteresada colaboración de O.R.T. en cuyo prestigioso Centro de Cómputos se efectuó el procesamiento de los datos.

Igualmente, expresamos nuestro agradecimiento a la Lic. Cristina Diríé, funcionaria de la FLACSO/Programa Bs. As., que ayudó en la presentación del texto y cuadros estadísticos.

Antecedentes

El procesamiento de datos de la primera encuesta nacional de los establecimientos que atienden niños en riesgo social de abandono, se realizó sobre una muestra de 131 establecimientos de dependencia nacional, provincial, municipal y privada, distri-

buidos en Capital Federal y en las provincias de Buenos Aires, Tucumán, Chaco, San Juan, La Pampa y Chubut. La Capital Federal más las provincias mencionadas reúnen el 48,2% de la población total del país, esto es, 13.496.000 habitantes.

En el caso de las encuestas en Capital Federal hay confusión en la información, sobre todo en la referida a la edad de los internados; en general no se discrimina el número exacto de niños asistidos de cada grupo etario. En ningún caso se señalan las vías de ingreso de los asistidos, así como el destino de los egresados (con la excepción de dos establecimientos).

Por el contrario, las encuestas del Gran Buenos Aires parecen haber sido tomadas con mayor dedicación. Es el mismo caso de Tucumán.

En cuanto a la provincia del Chaco, resulta significativo el hecho de que prácticamente todos los establecimientos contestaran que la totalidad de los asistidos vuelve a su hogar de origen al egreso, así como que la única vía de ingreso especificada sea "otros" (sólo tres establecimientos presentan sus datos en forma más variada).

Si se establece un orden de integralidad de las encuestas recogidas según la dependencia legal de los establecimientos, se podría afirmar que los establecimientos provinciales presentan un mayor porcentaje de respuestas correctas en todas las variables, siendo seguidos por los establecimientos privados y los municipales.

Integralidad de las encuestas recibidas según dependencia legal de los establecimientos

Atributos de interés relevante

Variables cuest.		Edad		Vías de ingreso		Destino al egreso		Régimen de visitas		Asistencia a la familia de origen		Asistencia a la familia de destino	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Pertenencia legal	Total	120 (92)	11 (8)	109 (83)	22 (17)	109 (83)	22 (17)	125 (95)	6 (5)	123 (94)	8 (6)	119 (91)	12 (9)
Nacional	10	8 (80)	2 (20)	— (100)	10 (100)	— (100)	10 (100)	10 (100)	— (100)	10 (100)	— (100)	10 (100)	— (100)
Provincial	53	50 (94)	3 (6)	50 (94)	3 (6)	50 (94)	3 (6)	51 (96)	2 (4)	51 (96)	2 (4)	50 (94)	3 (6)
Municipal	21	17 (81)	4 (19)	18 (86)	3 (14)	16 (76)	5 (24)	20 (95)	1 (5)	19 (90)	2 (10)	19 (90)	2 (10)
Privado	47	45 (96)	2 (4)	41 (87)	6 (13)	43 (91)	4 (9)	44 (94)	3 (6)	43 (91)	4 (9)	40 (85)	7 (15)

131

Las cifras entre paréntesis corresponden a los porcentajes de cada atributo

Sí: respuestas correctas

No: ignora/sin especificar

En los *establecimientos nacionales* se aprecia que, con excepción de la variable "edad" (en la cual un 80% responde correctamente y un 20% en forma incorrecta), en las demás variables se dan las dos situaciones extremas: en "vías de ingreso" y "destino al egreso" la totalidad de las respuestas son incorrectas, mientras que en "régimen de visitas", "asistencia a la familia de origen" y "asistencia a la familia de destino", la totalidad de las respuestas son correctas.

Resultados

Cuadro 1. Establecimientos según pertenencia

	%
Total (131)	100
Nacional	8
Provincial	40
Municipal	16
Privado	36

La mayoría (40%) de los establecimientos son de pertenencia legal provincial, seguidos (36%) por los establecimientos privados, situándose en tercer lugar (16%) los municipales, y un 8% de establecimientos con dependencia legal nacional.

Cuadro 2. Establecimientos según sexo de los internados

	%
Total (130)	100
Masculino	30
Femenino	37
Ambos	33

Con una base de 130 respuestas, el 37% de los establecimientos atiende niños de sexo femenino, un 30% de ellos, niños de sexo masculino, y un 33% niños de ambos sexos.

Cuadro 3. Establecimientos según capacidad potencial de internación

	%
Total (131)	100
0 - 10	3
11 - 20	10
21 - 30	15
31 - 40	8
41 - 50	9
51 - 60	18
61 - 70	4
71 - 80	3
81 - 90	3
91 - 100	3
101 - 125	9
126 - 150	5
151 - 200	5
201 - 250	1
251 - 400	1
NS/NC	4

Si se tiene en cuenta la capacidad potencial de internación, el mayor porcentaje (18%) es el de los establecimientos que tienen una capacidad de 51-60 niños, seguidos por aquellos cuya capacidad potencial es de 21-30 niños (15%), y los que podrían internar de 11 a 20 niños representan el 10%, seguidos por los demás rangos que comprenden menos del 10%.

Cuadro 4. Asistencia en 1981 según edad

	%
a) Total (18.826)	100
0 - 1 año	7,5
2 - 5 años	13,1
6 - 10 años	13,4
11 - 19 años	53,0
Sin especificar	13,0
	%
b) Total (16.375)	100
0 - 1 año	8,6
2 - 5 años	15,0
6 - 10 años	15,4
11 - 19 años	60,8

Ya no se trata de establecimientos sino que los porcentajes se estimaron sobre un total de 18.826 niños asistidos, discriminados según su edad. La mayoría (53%) está representada por el rango de edad de 11-19 años, seguido por el de 6-10 años (13,4%), el de 2-5 años (13,1%) y el de 0-1 año (7,5%). Asimismo, para un 13,0% de los asistidos no se especifica la edad. Al excluirse los establecimientos donde no se especifica la edad (cuadro 4,b) la distribución porcentual no cambia, aunque se acentúan los montos respectivos.

Cuadro 5. Asistencia en 1981 según edad y pertenencia legal

Edad	Total	PERTENENCIA LEGAL			
		Nacional (%)	Provincial (%)	Municipal (%)	Privado (%)
Todos	18.826	35,7	44,5	8,4	11,4
0 - 1 año	1.421	5,4	78,0	4,8	11,7
2 - 5 años	2.458	7,5	75,8	4,7	11,9
6 - 10 años	2.524	8,5	40,8	11,8	31,9
11 - 19 años	9.972	39,2	42,9	9,3	8,5
Sin especificar	2.451	95,0	3,8	—	1,2

De los 18.826 niños asistidos, la mayoría (44,58%) lo son en establecimientos provinciales, el 35,7% en establecimientos nacionales, el 11,4% en establecimientos privados y el 8,4% en establecimientos dependientes de municipalidades.

El grupo en el cual participa más la esfera privada es el de 6-10 años, donde cubre el 32% del total de internados de esa edad. En las otras edades su participación bordea el 10%.

Cuadro 6. Total de niños asistidos durante 1981 según vías de ingreso

		%
a) TOTAL	18.616	100
Tribunal de Menores	7.240	38,9
Comisarías	757	4,1
Hospitales	79	0,4
Otros	2.921	15,7

Sin especificar	7.619	40,9
b) TOTAL	10.997	100
Tribunal de Menores	7.240	65,8
Comisarías	757	6,8
Hospitales	79	0,7
Otros	2.921	26,5

Se tiene el dato de 18.616 asistidos según la vía de ingreso. De entre ellos, un número considerable (40,9%) no registra el dato específico, mientras que el 38,9% ingresa por el Tribunal de Menores, el 15,7% por "otros", el 4,1% por comisarías y el 0,4% por intermedio de hospitales.

Al depurar la información mediante la exclusión de los "sin especificar" la derivación del Tribunal de Menores sube al 65,8% y los catalogados en "otras vías" al 26,5%.

Cuadro 7. Asistencia en 1981 según sexo y vías de ingreso

VIAS DE INGRESO	SEXO		
	Total	Masculino	Femenino
Todos	12.612 (100)	4.818 (38,3)	7.794 (61,7)
Tribunal de Menores	3.599	1.620 (45,1)	1.979 (54,9)
Comisarías	439	81 (18,4)	358 (81,6)
Hospitales	5	4 (80,0)	1 (20,0)
Otros	950	374 (39,4)	576 (60,6)
Sin especificar	7.619	2.739 (35,9)	4.880 (64,1)

Se realizó el cuadro sobre la base de 130 establecimientos con 12.612 niños asistidos. De entre ellos, el 61,7% fueron mujeres. Si se toman en consideración las vías de ingreso porcentualmente más importantes, se encuentra que, en el caso del Tribunal de Menores a través del cual ingresaron 3.599 niños, los porcentajes de ambos sexos no difieren en forma significativa (45,1% varones y 54,9% mujeres), pero resulta llamativo que de los 439 menores ingresados por comisarías el 81,6% fueran mujeres.

Del total de egresados en 1981 (6.732) el agrupamiento del área pública y su contraste con la privada muestra pequeñas variaciones en el comportamiento según destino, todo lo cual se visualiza mejor en el cuadro siguiente.

Si se consideran los egresados de 1981 según que el establecimiento pertenezca al ámbito provincial-municipal o al privado, y su destino, se obtienen porcentajes muy similares en ambos casos, ya que alrededor de 2/3 de los asistidos vuelven a su hogar de origen.

La tasa de fallecidos en el ámbito privado resulta ser el doble de la que registra el área pública. Esta diferencia es significativa ($p = 0,01$).

Si para conocer la ayuda que recibe la familia de origen según la pertenencia legal del establecimiento, se separan los estatales (englobando los nacionales, provinciales y municipales) por un lado, y por el otro los privados, se aprecia que, en el caso de los estatales, más de la mitad (54%) recibe ayuda

Cuadro 8. Egresados en 1981 según destino y pertenencia provincial, municipal o privado.

			Provincial y Municipal	Privado
Total	6.732	(100%)	(82,8%)	(17,2%)
Hogar de origen	4.587	(100%)	(83,0%)	(17,0%)
Adopción definitiva	342	(100%)	(86,2%)	(13,8%)
Hogar transitorio	396	(100%)	(75,0%)	(25,0%)
Otros	1.390	(100%)	(83,0%)	(17,0%)
Fallecidos	21	(100%)	(76,0%)	(24,0%)

Cuadro 9. Egresados en 1981 según pertenencia provincial-municipal, privado y destino

Dependencia legal	Destino (%)					
	Todos	Hogar de origen	Adopción definitiva	Hogar transitorio	Otros	Fallecidos
Prov-Municipal	5.571 (100)	3.810 (68,3)	295 (5,3)	297 (5,3)	1.153 (20,6)	16 (0,28)
Privado	1.161 (100)	777 (66,6)	47 (4,0)	99 (8,5)	233 (20,3)	5 (0,42)
Ambos	6.732					

Cuadro 10. Distribución de los establecimientos, según tipo de asistencia a la familia de origen y pertenencia de los establecimientos

Establecimientos según dependencia legal	Asistencia a la familia de origen (%)						
	Todos	Económica	Apoyo psicológico	Médica	Otras	Ninguna	Ignorada
Público (Nacional-Provincial Municipal)	84 (100%)	8	49	4	54	21	5
Privado	47	17	45	9	26	23	9
Ambos	131*	11	47	5	36	22	6

(*) La base porcentual suma 158 establecimientos debido a las opciones combinadas

caratulada como "otras", siendo la más importante de las especificadas, el apoyo psicológico (49%), mientras que en el 21% de los casos el establecimiento no ofrece ninguna ayuda.

En los establecimientos privados, la mayoría (45%) ofrece apoyo psicológico a la familia de origen, seguido por el porcentaje de "otras" (26%), "ninguna" (23%) y "económica" (17%).

Cuadro 11. Distribución de los establecimientos según tipo de asistencia a la familia de destino y pertenencia de los establecimientos

Establecimiento según pertenencia legal	Asistencia a la familia de destino (%)						Ignorada
	Todas	Económica	Apoyo psicológico	Médica	Otra	Ninguna	
Público (Nacional, Provincial, Municipal)	84 (100%)	7	45	5	33	42	7
Privado	47	4	38	2	15	36	13
Ambos	131 (100%)	6	43	4	27	40	9

En cuanto a la asistencia a la familia de destino, según la pertenencia pública o privada del establecimiento, en ambos casos el porcentaje mayor está

representado por la ayuda psicológica seguido por los casos en que no se presta ninguna ayuda.

Cuadro 12. Distribución de los establecimientos según su pertenencia y el régimen de visitas

Establecimientos según dependencia legal	Régimen de visitas (%)				
	Diarias	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	Quincenal
Nacional	10(100%)	5(50)	4(40)	1(10)	—
Provincial	49 (100%)	24(49)	17(35)	1(2)	1(2)
Municipal	20(100%)	15(75)	1(5)	2(10)	2(11)
Privada	45(100%)	18(40)	23(51)	1(2)	1(2)
Total	124(100%)	62(50)	45(36)	5(4)	4(3)

La inmensa mayoría de los establecimientos, cualquiera sea su dependencia, tiene establecido un régimen de visitas diario o de 1 vez por semana (80-91%). La excepción lo tienen sólo cada 15 días

(4-12%). Llama la atención que en el ámbito provincial esta circunstancia se da en forma 3 veces más frecuente que en los establecimientos privados.

Cuadro 13. Destino de los egresos según sexo en subsector público y privado

	Sexo	Total (%)	Hogar de origen	Adopción definitiva	Hogar transitorio	Otras instituciones	Fallecidos
Público							
(Provincial	M	903 (100)	70	1	2	27	0,2
Municipal)	F	1.498 (100)	47	1	7	46	0,1
Privado							
	M	205 (100)	46	2	2	49	0,0
	F	419 (100)	51	3	20	25	1,0
Todos							
	Am- bos sexos	3.025 (100)					

En cuanto al destino de los egresos se aprecian diferencias referidas al sexo del niño asistido, según lo sea referido a un establecimiento público o privado. En los públicos la mayoría de los varones (70%) vuelve al hogar de origen y un 27% pasa a otras instituciones, mientras que en el caso de las

mujeres el porcentaje de las que vuelven a su hogar es muy similar al de las que pasan a otras instituciones (47% y 46% respectivamente). Situación exactamente inversa con respecto al sexo se observa en los establecimientos privados.

Cuadro 14. Asistencia de 0-5 años según sexo y ubicación geográfica de los establecimientos (en porcentajes)

	TOTAL		MASCULINO	FEMENINO
	Nº	%		
Capital Federal	265	100	62 (2)	38 (1)
Provincia de Buenos Aires	112	100	27 (5)	73 (14)
Resto de provincias	26	100	0	100 (3)
Total	403	100		

Los números entre paréntesis corresponden a la cantidad de establecimientos que comprende cada submuestra.

La asistencia de los menores de 6 años según sexo y ubicación geográfica de los establecimientos muestra que en la Capital Federal el 62% de los in-

ternados son varones (casi 2/3 del total) y en la provincia de Buenos Aires se da el caso inverso, el 73% son mujeres (más de 2/3).

CONFERENCIA

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE
LA PEDIATRÍA SOCIAL

Dr. Francisco Mardones Restat*

"...Política social, medicina social, educación, humanismo, en la más amplia acepción del vocablo, se asocian estrechamente.

Es necesario producir, importar, exportar, pero para satisfacer las necesidades de todos.

Es la vida la que hay que cultivar, enriquecer, prolongar.

Las reservas humanas son más necesarias y preciosas que las reservas de capitales.

El inventario social priva sobre el balance financiero.

Los niños mal nutridos o descuidados, las mujeres fatigadas, los hombres atrofiados por la cesantía y la desocupación, las existencias sacrificadas, constituyen un déficit social más grave que el de los presupuestos públicos.

La producción, la moneda, el régimen económico representan un medio y no un fin.

EL FIN DE LA VIDA ES LA VIDA.

René Sand, 1928

Al iniciar un análisis de las contribuciones de la Pediatría Social al bienestar del niño resulta imperativo reconocer la labor pionera del Prof. Debré y de sus colaboradores (Natalie Masse, Manciaux, Mondé y muchos otros) en el Centro Internacional de la Infancia, en especial, a través de este organismo creado por el Gobierno de Francia, con el especial apoyo de UNICEF, para beneficio del niño de países en desarrollo.

En 1950 inicia, en su sede, los cursos de Pediatría Social que se transforman en un foro de discusión de los problemas sociales que afectan al bienestar de la infancia y genera un movimiento mundial con la contribución de los ex becarios no sólo de cursos en París sino de los realizados en las diversas regiones del orbe. Es así que se concita el apoyo de otros organismos internacionales como la OPS/OMS y el Instituto Interamericano del Niño que contribuyen al desarrollo de los cursos anuales del Centro en las Américas, como también de los que en forma regular establecieron algunos países (Chile desde 1962, Argentina desde 1968, Panamá desde 1972 y otros).

El acervo cultural que ha entregado este movimiento se incorporó, sin duda, en el acta de Bogotá en 1959, en la Carta de Punta del Este en 1961 y en el Plan Decenal de la Salud para las Américas (Santiago, Chile, 1972) que logra el consenso de los

Gobiernos de la Región para otorgar la más alta prioridad a la elaboración y ejecución de políticas multisectoriales de protección integral de la familia, la maternidad, la infancia y la juventud para la orientación de la extensión de la cobertura de los servicios por medio de las estrategias del desarrollo de la atención primaria y la participación capacitante de la comunidad. Estos principios lograron su más pleno apoyo en la Declaración de Alma Alta (1978)*. La Pediatría Social, como una nueva actitud se ha encarnado, así, en la realidad de los países de la Región, inspirando la docencia de pregrado y postgrado de los profesionales de la Salud, así como las políticas de los Ministerios de Salud y de las instituciones de protección a la infancia.

Contando con el privilegio de esta rica herencia de reflexiones y experiencias, de ideas y prácticas, de doctrinas y políticas, enfrentamos la tarea de responder al desafío y al honor que significa la invitación de la Sociedad Argentina de Pediatría de relatar el pasado, presente y futuro de la Pediatría Social.

* Las reflexiones realizadas durante el año Internacional del Niño en 1979, renovaron la adhesión de las Naciones a la Declaración de los Derechos del Niño (1959).

* Ex Director del Servicio Nacional de Salud de Chile.
Ex Consultor de Salud Familiar de OPS/OMS.
Académico del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.

La primera pregunta que debiéramos hacernos es, si una disciplina como la Pediatría Social puede tener un Pasado, un Presente y un Futuro. Ello querría decir que es una disciplina cambiante y esto implica que es responsabilidad de aquellos profesionales que la aplican estar actualizados en los progresos que en ella se producen.

Quisiéramos afirmar que, por principio, la Pediatría Social es cambiante, porque son cambiantes los problemas que afectan a la salud del niño y de la familia y porque son cambiantes los principios de doctrina que inspiran toda política orientada a su cuidado. Estos principios son dinámicos porque se renuevan los conocimientos científicos, tanto en lo que se refiere a la fisiología y psicología del crecimiento, desarrollo y maduración, que es la esencia del niño, como a la fisiopatología, es decir, a los trastornos de este proceso y a sus mecanismos de producción. Cambia, también, la disponibilidad de tecnologías que permiten aplicar estos conocimientos a la satisfacción de las necesidades humanas. Pero todo principio de doctrina no se conforma, exclusivamente, con las áreas propias del conocimiento científico y de la tecnología que se desarrolla en consecuencia, sino que ambas áreas son armonizadas por los principios de la Ética que recogen los valores de una comunidad y aseguran la mayor equidad en el uso de los recursos para atender el máximo de población al más bajo costo, de manera de producir el mayor impacto en beneficio de su Bienestar, Salud y Felicidad. Cambian los valores de una comunidad y así podemos decir que cada comunidad tiene el nivel de mortalidad infantil que corresponde al valor que ella da a la vida del niño. Las tasas son muy altas cuando el fatalismo es alto (la conformidad con la pérdida de vidas humanas genera una pasividad, por una actitud de resignación), cuando se anestesian las conciencias de los grupos profesionales que saben y que pueden entregar ese conocimiento científico a los niveles de decisión y no lo hacen obstaculizando así el que se adopten las medidas efectivas para resolverlos, y, por último, cuando la voluntad política es titubeante respecto de la asignación de recursos para resolver esos problemas.

En síntesis, en estas modificaciones de la valoración por la Comunidad de los principios éticos no sólo tienen importancia sus actitudes respecto de la vida, la enfermedad y la muerte, sino que muy en especial, las contribuciones que realizan los grupos de Profesionales para identificar los factores que condicionan los riesgos de enfermar y morir y la capacidad de estos grupos de dar a conocer oportunamente las posibilidades de controlarlos, tanto en la comunidad misma, como a los niveles de decisión. El Poder Formal, adecuadamente informado por los grupos de profesionales y reconociendo la importancia relativa que da la comunidad a cada uno de los problemas que se refieren a la salud y bienestar del niño, debe definir e instrumentar las políticas correspondientes. Como dijo Aristóteles:

“la Política es la primera de las ciencias y es propio de ella enjuiciar las situaciones. Es responsabilidad del Gobierno adoptar las decisiones y cumplirlas con el apoyo de su Nación”.

Si convenimos en que la Pediatría Social, como cualquier otra disciplina al servicio del hombre, puede evolucionar y por lo tanto puede tener un pasado, un presente y un futuro, debiéramos definir qué entendemos por la connotación “Social” que hemos agregado al término Pediatría. Es obvio que el campo de la Pediatría implica el desarrollo de todas las técnicas médicas para el cuidado de la salud del niño. La connotación social implica, al menos, el reconocimiento de que los problemas de salud afectan a los niños en una nación constituyen “hechos sociales”, porque se dan en forma diversa en los distintos estratos sociales y, por lo tanto, ameritan no sólo la identificación de estos grupos específicos, sino el desarrollar intervenciones correctivas diferenciadas para cada uno de ellos de acuerdo con las características de tales grupos. Nace, entonces, la responsabilidad de pasar de la tenencia de la Pediatría a atender casos individuales, o de las políticas sociales a referirse sólo a promedios nacionales, a reconocer las características propias de los distintos estratos sociales. En ellos podemos identificar “hogares polares” donde el conjunto de condiciones adversas en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo y la familia hace que en ellos se concentre la mayor proporción de las defunciones infantiles, aunque constituya un grupo relativamente pequeño.

Queremos ilustrar esta afirmación, mostrando en la tabla 1 la siguiente comprobación del hecho. En Chile en el 11% de los nacimientos de 1979 se concentran casi el 70% de las defunciones de los niños menores de 1 año con antecedentes de desnutrición. Llamamos antecedentes de desnutrición a aquella calificación que otorga el médico al extender el certificado de defunción, registrando en cualquiera de las causas de muerte (inmediatas o las asociadas) los códigos que corresponden a la desnutrición en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Muertes, vale decir, del 260 al 269 y 280 y 281. Esta enorme concentración en una pequeña proporción de los nacimientos, permite reconocer una definida heterogeneidad de la comunidad e identificar en esos hogares polares, donde se concentra esta alta tasa de mortalidad, un conjunto de regularidades y características sociales que el equipo investigador de un programa de salud debe saber valorar y calificar como factores de riesgo. El propósito de esta calificación es asignar a estos grupos una adecuada concentración de recursos de atención propios del sector Salud. También debe orientar y estimular la participación de otros sectores sociales para lograr las modificaciones de aquellas características definidas por los factores de riesgo que pueden ser responsabilidad de la acción de distintos sectores sociales.

Entre éstos podemos señalar: el nivel de instrucción; las características de la vivienda; la alimentación y, muy en especial, el empleo y la seguridad social. Estas condiciones determinan las posibilidades de cumplir no sólo con el deber sino con el derecho que tiene el jefe del hogar de atender la mantención de la familia. Por ello constituye una de las variables de mayor poder condicionante. En consecuencia, la falta de empleo, la cesantía, es una de las agresiones más graves a la familia y uno de los problemas que más influye en la orientación de las tareas de la Pediatría Social.

Un hecho trascendente que marca una diferencia entre la Pediatría Clásica y la Pediatría Social es que en aquella priva la relación médico-paciente. El pediatra atendiendo la enfermedad de un niño.

En la Pediatría Social el médico es parte integrante de un equipo de salud multiprofesional, en el que se incluye al personal auxiliar, y el niño está formando parte de una familia, a la que se reconoce su capacidad, al menos potencial, de ser la primera, principal y permanente cuidadora de su salud, bienestar y felicidad. Esta familia constituye en sí la comunidad más completa pues tiene intereses y bienes, necesidades y capacidades comunes, y el amor es su fuerza de cohesión. Sin embargo, ella no es totalmente autosuficiente y requiere del apoyo de su comunidad regional y la subsidiaridad del Estado, cuando familia y comunidad son incompetentes para enfrentar su problemática. La presencia del Estado se concibe así, no como sustitutiva de la familia y la comunidad, sino presente oportunamente y en forma eficaz para complementar las acciones que les competen a la familia y la comunidad. La estructura regionalizada de los Servicios de Salud garantiza prestaciones de complejidad creciente para atender las necesidades específicas identificadas desde el seno de la familia de la comunidad participante, y de los niveles primarios, secundarios y terciarios del sistema formal adecuadamente articulados entre sí y con la comunidad a que sirven con su correspondiente desarrollo para prevenir y conservar el bien máspreciado de las familias que la integran, que es su salud.

Tal articulación implica el traspaso progresivo de roles activos en el cuidado integral de la salud a los miembros de la comunidad, promoviendo su participación capacitante.

En esta relación familia-equipo de salud se dan diversos grados de eficacia, medidos por indicadores del impacto logrado en el nivel de bienestar. Esta relación que los sociólogos llaman "interfase" está condicionada principalmente por la adecuación de la oferta de Servicios a las necesidades de la comunidad así como por la demanda de prestaciones de ésta determinada principalmente por la percepción que ella tiene de la situación salud-enfermedad, así como de la identificación en el equipo de salud como el recurso adecuado para complementar su capacidad de enfrentar esta necesidad sentida. Se

ha destacado en numerosos estudios que esta relación es compleja y muchas veces desconcertante, ya que aun en comunidades de buen nivel educacional con alta capacidad de comprensión de las características de la enfermedad, no siempre cumplen la norma de salud que intelectualmente aceptan. Esta disociación aceptación-cumplimiento de normas de comportamiento debe considerarse adecuadamente en la programación de salud ya que ella explica limitaciones importantes en el logro de metas razonables, cuando se dispone de personal calificado y tecnologías de alta eficacia, como en el caso de la vacunación antipoliomielítica. Es lamentable que aún esta patología no haya sido erradicada. Es cierto que varios países de las Américas llevan más de 5 años sin que se presente un caso en su territorio.

Numerosos expertos en la enseñanza de la Medicina en general y de la Pediatría Social en especial, han señalado la necesidad de otorgar oportunidades de aprendizaje al estudiante que le permitan valorizar adecuadamente estas situaciones. Ellos han destacado que la enseñanza al lado de la cama del paciente de Hospital no otorga las evidencias suficientes para generar actitudes favorables a la prevención integral de la salud y enfatizan la necesidad del trabajo del estudiante en los Consultorios distritales participando en los comités locales de Salud incluyendo el seguimiento del nivel de salud, de familias, en sus propios domicilios.

Hemos centrado nuestra atención en el análisis de la relación del equipo de Salud con las familias en cada comunidad, para comentar algunos elementos que afectan la eficiencia del esfuerzo de ambos por elevar la condición del bienestar del niño. Sin embargo, hemos postulado en los párrafos anteriores que esta relación está mediada por variables intervinientes que podemos ubicar tanto en el macrosistema o nacional como en el microsistema o comunitario.

En el microsistema hay consenso en reconocer dos dimensiones fundamentales: la que agrupa "*los factores socioeconómicos*" cuya influencia relativa puede apreciarse por indicadores como el ingreso familiar per cápita, el gasto en alimentación, la ocupación del jefe del hogar, el nivel de instrucción de los padres, la situación de tenencia de la vivienda y su equipamiento, entre otros; y la que reúne los "*factores psicosociales y pautas culturales*" que se aprecian por los mitos, creencias y tabúes, así como por los hábitos y costumbres de los grupos en estudio. Estas dos dimensiones constituyen los ejes principales en que se agrupan las variables intervinientes del microsistema. Sin embargo, es conveniente identificar en forma separada algunas dimensiones secundarias cuando puede reconocerse su gran importancia en la determinación del nivel de salud del niño y de la familia. Entre éstas podemos destacar: *los factores biodemográficos* (peso al nacer, lactancia materna, edad de la madre, tamaño de la fami-

lia, estructura y funcionamiento de ésta, etc.), las características de la *dieta* y el *saneamiento* de la vivienda, entre otros. Estas variables intervinientes modifican la relación entre el equipo de salud y la familia, pudiendo potenciar el impacto en salud, limitar su efecto y hasta anularlo en los hogares polares en condiciones de pobreza crítica identificada por la limitada satisfacción de las restantes necesidades básicas. Esta situación ha sido claramente definida en un estudio sobre costo-beneficio de los programas de alimentación complementaria que se realizan tradicionalmente en Chile, en los planes del Ministerio de Salud. Este estudio fue realizado por el Instituto de Economía de la Universidad Católica y demuestra que el impacto del programa en el quintil de menor nivel socioeconómico es significativamente menor que en el quintil siguiente. De todas maneras la tasa interna de retorno TIR de este programa es de un 117%, lo que significa que cada año se recupera en beneficios evaluables un 17% más que el costo del programa. El más exigente gerente de un banco se contenta con tasas que van de 1/5 a 1/6 de la que este programa alcanza.

En el macrosistema se pueden identificar entre otras las siguientes dimensiones: "*La economía del país*", entendiendo por ella al menos sus recursos naturales, la producción, el consumo, los factores del mercado nacional e internacional; "*Las Políticas de Gobierno*" tanto en los sectores sociales como económicos y su expresión práctica en la asignación de recursos para el desarrollo de las "*Instituciones*" encargadas de cumplir tales políticas; y, por último, los valores que inspiran tales políticas que se han destacado en párrafos anteriores.

El futuro de la Pediatría Social estará fuertemente condicionado, no sólo a la vocación de servicio del personal de salud, ni sólo a su sentido del deber en el cumplimiento de sus tareas específicas sino también, en espacial, al grado de compromiso comunitario, madurez y compromiso del Ser Social que es el "Bien Común".

Este ser social tiene como base los recursos naturales de un país, como nivel intermedio, los bienes materiales que cada cultura ha construido (ambos niveles permiten satisfacer las necesidades humanas, gracias al desarrollo de las tecnologías apropiadas). El vértice de este ser social que estamos comparando con una pirámide está constituido por la Verdad, bien de la Inteligencia, y la Paz, bien de la Voluntad. La inteligencia humana ha demostrado su extraordinario poder desarrollando las diversas disciplinas del método científico, cuya aplicación práctica permite el mejoramiento constante de la calidad de vida humana, pero igualmente puede orientarse a la nunca imaginable capacidad destructiva que ya se ha acumulado, y que puede dar cuenta de toda expresión vital en nuestro planeta. Es por ello que la sobrevivencia humana sólo depende de la suma de voluntades para conquistar la Paz, primero en nuestros espíritus, en el seno de nuestras familias y comunidades, en nuestras naciones, nuestros continentes y así lograrla en el planeta Tierra que es la nave espacial en que más de 4 mil millones de seres humanos comparten su suerte y su futuro.

Como pediatras y ciudadanos sintámonos comprometidos, contribuyendo al desarrollo de la Pediatría Social para beneficio integral del niño, el hombre del mañana.

MESA ABIERTA A LA COMUNIDAD

ADOPCION

Coordinador: Dr. Teodoro F. Puga

Integrantes: Dres. Marcos Urcovich, Aurora Pérez, Gustavo Piantoni, Lic. Dora García y Dra. Susana Fernández de la Puente.

Autoridades Presentes: Sr. Ministro de Bienestar Social Dr. Adolfo Narvajas Artaza; Sr. Ministro de Defensa Dr. Julio Martínez Vivot; Sr. Subsecretario del Menor y la Familia Sr. Iván Posse Molina.

Dr. Teodoro F. Puga

Queremos agradecer la presencia de tantas madres, padres y familias que se han acercado aquí a participar con nosotros en esta Mesa Abierta a la Comunidad, y a los congresales, con los que hemos compartido todos estos días.

Pienso que dos cosas son relevantes, por lo menos desde mi punto de vista: en primer lugar, y por costumbre, a los Simposios y los Congresos, las autoridades concurren al Acto Inaugural o al de Clausura; tal vez porque son actos protocolares. En esta ocasión, las autoridades han concurrido a participar con nosotros en el Simposio. Esto sale de lo común, es una situación inédita, diría yo, haciendo llegar por este motivo nuestro especial agradecimiento.

En segundo lugar, otra cosa inédita para la Sociedad Argentina de Pediatría, que ha estado casi siempre encerrada en sí misma, es la de salir de la pediatría científica, volcándose ahora a la pediatría social.

Quiero informar a las autoridades que este Simposio es el cuarto que realiza nuestra sociedad, con temas tan importantes como: "Abandono", "Detección precoz de enfermedades en la infancia", "Niños maltratados", y en este caso "Adopción", tema que arrastra desde lejos el espíritu de los pediatras argentinos. Como decía un gran pediatra francés, Debray: "La pediatría social no es una especialidad, sino un espíritu, un gesto, frente a la prevención y a la curación del niño".

Realmente, éste es un hecho inédito: los congresales, las autoridades presentes y los padres y madres participando todos juntos en esta mesa, intercambiando opiniones sobre un tema, como éste de Adopción. Todo esto es motivo de especial satisfacción, personalmente para mí y seguramente para todos ustedes.

Tenemos en el Panel al doctor Marcos Urcovich, médico pediatra, ex Jefe del Consultorio Docente del Hospital de Niños de Buenos Aires.

A la doctora Aurora Pérez, psicoanalista infantil, Secretaria del Comité de Psicopatología Infantil y Familia de la Sociedad Argentina de Pediatría.

A la licenciada Dora García, Asistente Social del Hospital Santojanni, miembro del Comité Organizador de este Simposio y de la SAP.

Al Dr. Gustavo Piantoni, Jefe de Oftalmología del Hospital Durand, Miembro del Equipo de Adopción que integra otro grupo, dedicado privadamente a este tipo de problemas.

Finalmente, en el aspecto jurídico tenemos a una abogada, la doctora de la Puente, que estuvo muchos años a cargo del Sector Jurídico del Menor y la Familia.

Este Panel va a desarrollar estos temas y ustedes prepararán las preguntas, para completar, después, esta mesa tan rica y que tiene tanta trascendencia para la SAP.

Dr. Marcos Urcovich

¿Qué es la Pediatría? ¿Qué es la Puericultura? ¿Qué es la Adopción? ¿Qué es un niño adoptado? ¿Qué es la familia? Qué es una comunidad, frente a todas estas situaciones, es lo que yo me planteé cuando me solicitaron que hablara de este tema en esta mesa.

El pediatra se ocupa, de acuerdo con el consenso habitual, de las enfermedades de los niños. En realidad, lo fundamental que el pediatra tiene in mente es el cuidado del niño sano, desde la situación previa a su nacimiento, es decir, desde la integración de la pareja con la idea que tiene de la concepción esa pareja y, a posteriori, del seguimiento dinámico de este niño, una vez que ha nacido.

Frente a esto, yo diría que el gran porcentaje de las situaciones que encara un pediatra, correspondería a crecimiento, es decir, la adquisición de materia por parte del niño; desarrollo, es decir, la adquisición de funciones de este niño y algo que en alguna época se daba como sinónimo de desarrollo, pero

que es preferible asumirlo como un aspecto separado, y representa la maduración.

En esta circunstancia, maduración es el niño que crece, que adquiere funciones de acuerdo con el medio en el cual está inmerso.

Entendido así, cuando un pediatra encara una situación de adopción, se encuentra con todas las situaciones habituales que desarrolla a lo largo de cualquier aspecto de su especialidad. Esto implicaría casi el concepto fundamental que quisiera transmitir y con esto yo podría terminar mi presentación como para después establecer el diálogo. ¿Por qué digo esto? Porque a lo largo de prácticamente 30 años de profesión, cada vez que me encuentro con un adoptado, con una familia adoptante, siento una especie de desafío y espero la novedad que me plantea una diferencia notable entre este niño a lo largo del seguimiento que hago de él y los niños que, en cierta forma, se llaman "hijos biológicos de una pareja", y que yo prefiero llamar "niños engendrados por una pareja".

No siempre una pareja que ha engendrado un hijo ha tenido la sensación de la gratificación que va a recibir con ese niño. No siempre ha deseado esa concepción y no siempre obtiene gratificación por el nacimiento de ese hijo.

En cambio, en la situación de adopción, lo más habitual es que esta pareja haya deseado ese hijo; este deseo del niño es lo que, por otra parte, está implícito en la etimología de la palabra, adoptar, que viene del latín "a" que significa optar. Esto implica, prácticamente, las circunstancias fundamentales de la familia, adoptar, es decir, el deseo de transformar una pareja en una familia.

Actualmente, desde hace muchos años, nosotros oímos un cuestionamiento de la denominación "crisis de la familia", a través de circunstancias sociológicas e, incluso, a través de circunstancias pediátricas. Se planteó mucho el hecho de que a la familia nuclear, la que sucedió a la familia paternalista, debiera seguir alguna otra forma de familia. Como pediatra, nunca he logrado convencerme y nunca he leído un argumento realmente convincente de que esta situación fuera totalmente real. Esto lo digo en función del adoptado porque a lo largo de haber visto muchos adoptados, considero que a un útero orgánico de la mujer que concibe un hijo en su interior, se propone por parte de la familia adoptante, un útero que es mucho más trascendente, que es el útero afectivo. El útero orgánico es el que ya existe en la mujer que va a engendrar un hijo y que engendra un hijo. El útero afectivo es un útero que se va desarrollando.

A lo largo de mi carrera médica he visto y he logrado concebir, que no hay ninguna mujer que nazca siendo madre y ninguna mujer que sea madre por la concepción de un hijo. Tampoco, ninguna mujer que sea madre inmediatamente después del parto. Indudablemente, lo es desde el punto de vista jurídico,

desde el punto de vista de una concepción semántica, pero, desde el punto de vista de la realidad, una mujer se va haciendo madre de la misma manera que un hombre se va haciendo padre. Esto es lo que en el caso de la familia adoptante llamo útero afectivo, que, por otro lado, se va condicionando a partir del mismo momento en que los componentes de una pareja, que por cualquier circunstancia no han podido tener un hijo engendrado por ellos mismos, empiezan a pensar en la idea de incorporar en su seno a un ser desprotegido, y transformarse en una familia. Diciendo esto no puedo olvidar un viejo dibujo de Steimberg, que sobre un fondo amarillo plantea la evolución un poco dramática de la sociedad en los momentos de la crisis de guerra, hasta culminar en una destrucción prácticamente total; esto lo hace a través de unos dibujos en tiza, y después de que todo está destruido, aparece una mujer, un hombre, una flor, un niño y el mundo empieza nuevamente a condicionar su crecimiento.

Esto lo expreso, porque, además del útero afectivo que va condicionando una familia adoptante, debe estar, debe incorporarse coincidentemente, lo fundamental para un ser humano en desprotección: un proyecto de vida. Los proyectos de vida deben desarrollarse juntos, y a medida que lo hacen, comienza esa balanza, que también es un desafío para todos los seres humanos, que es la balanza de la gratificación y de la frustración.

Las particularidades que un niño en adopción plantea a la familia adoptante sobre esta balanza, están dadas fundamentalmente por la gran cuestión que tiene que encarar, y que es la información que requiere este niño. Frente a esto se ha discutido mucho si el secreto que se mantiene, habitualmente, respecto de la familia original, la madre primitiva, engendradora de este niño, debe mantenerse o no. Yo no voy a entrar en esa disquisición, porque no me corresponde; pero además de esto, pienso que de mantenerse alguna información en ocultamiento, ésta debiera ser la única; todas las otras deben plantearse al niño para evitar que perciba en sus padres, una laguna de afecto, porque ésta origina en el niño una laguna en la percepción del continente que esta familia adoptante le ofrece, y le crea inseguridad de cariño.

Esta sería, entonces, la primera información y por cierto todas las familias adoptantes que he tratado en algún momento, tienen siempre a flor de labios una pregunta: ¿Cuándo decírselo al niño? Sobre esto también hay una cantidad enorme de opiniones distintas. Yo siempre les he propuesto que hay una entidad que ha de ser la primera que debe enterarse de la adopción del niño y esa entidad es la pareja. En la medida en que el padre y la madre coinciden en la posible adopción, en la medida en que el padre y la madre se convengan de que ese ser humano que incorporan es absoluto y total y permanentemente su hijo/y que va a tener las enfermedades que cualquier niño tiene, que

va a tener la felicidad que todo ser humano logra tener, que va a tener las tristezas, que va a tener todas las posibilidades de dependencia e independencia que acompañan al ser humano. En esa medida esta información comienza, en el mismo momento en que este niño ha sido incorporado. En función de esto, siempre incluyo en mis conversaciones con la familia adoptante, el hecho de que el niño, todo niño en cualquier circunstancia, tiene que recibir de la familia a la cual se incorporó, la situación de anidamiento; debe recibir un nido y de la misma manera que éste se prepara previamente y se va completando a medida que crece el pichón, uno debe ir anidando a lo largo de toda su vida al ser humano que ha incorporado.

Este anidamiento implica preguntas permanentes, por eso traje al principio la circunstancia de lo que es maduración. Yo a veces les ejemplifico diciendo que no hay ningún chico de 4 meses de vida que se caiga mientras sube una escalera, porque no la sube. El chico se va a caer de la escalera cuando pueda subir.

En las distintas etapas madurativas de ese ser humano que es el hijo, éste va a preguntar respecto de la situación de adopción a su familia, de distintas maneras y connotaciones. Pero en tanto la pareja haya incorporado ese útero afectivo y sepa perfectamente que la mejor circunstancia para este chico es haber pasado de ser un niño abandonado a ser un chico contenido por una familia, viendo esto a partir del niño y no de la familia, no como un hecho de placer para ellos sino de solidaridad social. Esta es la situación donde todos encuentran una circunstancia de crecimiento e integración. A medida que sucede esto, la información surge espontáneamente de acuerdo con las capacidades que el niño va teniendo para incorporarla. Concretando, equivale a decir que la información no debe transmitirse en una edad determinada sino en todas las edades.

La otra pregunta que habitualmente recibimos como pediatras es: ¿Qué circunstancias desfavorables pueden ocurrir en este niño, que lo diferencien de los otros niños llamados biológicos? Evidentemente, yo no sé, porque también cuando empecé a ver los primeros adoptados, esperaba siempre el gran drama que iba a aparecer en algún momento.

En este momento, y hace muy pocos días, recibí la visita de uno de aquellos primeros niños adoptados que actualmente tiene 22 años, que fue incorporado a una familia junto con su hermano; en ese momento él tenía 1 año y su hermano era un recién nacido. De este niño se conocían algunos de sus antecedentes, entre ellos, que había estado durante ese año a cuidado de una "guardadora" que nunca lo había alzado para darle de comer, nunca le había dado la mamadera; había preparado una especie de aparato del cual el chico succionaba, y por gravitación iba comiendo.

Frente a esta situación, teóricamente, este niño

era irrecuperable. Vino a verme para requerir mi opinión acerca de si era conveniente trabajar con su padre en el estudio de arquitectura, pues todavía le faltaban 2 o 3 años para recibirse y no sabía si la relación con su padre iba a ser buena o no

Esto define algo que desde el punto de vista del crecimiento se llama "cachat" y desde el punto de vista del ser humano se llama capacidad de recuperación.

Todas estas situaciones que uno esperaba que iban a surgir, tales como trastornos de aprendizaje, algún tipo de psicología patológica, no han aparecido más aun, tengo el altísimo honor de compartir la mesa con la doctora Pérez, con la cual hemos visto en común muchos niños, y coincidimos en pensar que las patologías más severas las hemos visto más en chicos no adoptados que adoptados, lo cual por supuesto, dadas nuestras estadísticas, no quiere decir demasiado; pero lo que sí quiere decir, es que las circunstancias de adopción, de por sí, no condicionan patologías.

Dra. Aurora Pérez

Yo diría que, dado el grado de integración entre los pediatras, psicólogos, psicoanalistas o psiquiatras como yo, casi no tengo cosas que agregar después de lo que ha expresado el pediatra. Sin embargo, quizá valga la pena repasar y reforzar algunos de esos conceptos.

El tener un hijo es una necesidad esencial del ser humano. Yo insisto en la palabra esencial, aunque tiene muchas connotaciones, porque trabajo en crecimiento y desarrollo psicológico, observo chicos desde muy pequeños, y los veo y los sigo en su juego.

Las nenas juegan a cuidar y a tener hijos desde muy chiquitas y los varones juegan a la mamá y al papá. Posteriormente, van pasando otras cosas, pero se van repitiendo estos anhelos de ser en algún momento, madre y padre de un hijo, mucho antes de estar preparados para sus funciones reproductoras o sea, mucho antes de la adolescencia. Esta culmina, corona estos procesos de maduración, hace que la niña se invista de todas sus potencialidades de femineidad y de maternidad, como elaboración durante la adolescencia, y al varón le acontece un fenómeno parecido, por lo cual sale a la plataforma vital con el gran anhelo de constituir una pareja, una pareja heterosexual, lo que nosotros consideramos como un patrón de la maduración. Pero detrás de la maduración de esa pareja sigue subyaciendo aquel tipo de fantasías que expresaban en sus juegos desde muy temprano, de ser madre y padre de un hijo. Y en ese sentido, la necesidad de tenerlo acontece por esta situación interna, que seguramente es la "chance" que nos ofrece Dios a través de la biología, de expresar nuestra posibilidad de trascendencia y de regular nuestras sensaciones de inmediatez y definitud.

Pero al mismo tiempo la necesidad de ser padre y madre implica el enorme anhelo de poder transmitir a alguien que nos continúe, lo que nosotros hemos logrado como maduración, lo que hemos conseguido de nosotros mismos. No es solamente, lo he dicho ayer y lo repito hoy, darles de comer y cuidar, eso es fundamental, es básico, es la infraestructura de la crianza. Quiero decir que la necesidad de criar un hijo es una necesidad espiritual de ser un ser humano adulto y normal. Por otra parte, un hijito que nace, un chiquito que nace, un niño que crece, necesita, aunque no lo pueda expresar con palabras, aunque no pueda ir a una agencia de adopciones y decir "quiero que me adopten", necesita ineludiblemente ojos que estén dedicados exclusivamente a él, porque de otro modo no va a poder crecer en forma adecuada.

La pareja humana se configura a través de la necesidad de un desarrollo de la sexualidad femenina y la masculina, con la característica tan particular que tiene esto, dado que el hombre está mediatizado en su reproducción por carecer de órganos de la reproducción en su propio cuerpo y la mujer posee estos órganos en su propio cuerpo pero asimismo está mediatizada porque necesita del componente del varón para poder hacer su reproducción.

Es un fenómeno muy particular, que se llama útero, y estoy de acuerdo con esto, pero es un útero fecundado, fecundado porque también hay un padre, que no tiene el útero pero que toma el cuerpo de la mujer que ha elegido como posibilidad de hacer su propio útero para el hijo que anhela tanto como una mujer. Por lo tanto, la circunstancia de anhelar un hijo es común para ambos en la formación de la pareja y la necesidad que tiene ese hijo es justamente ser esperado, ser amado, no solamente en lo biológico, sino, y en forma importantísima, en lo psicológico y en lo emocional.

A este respecto también subrayo y hago mías las palabras del doctor Urkovich, en el sentido de que el hijo adoptado es el hijo enormemente deseado. No obstante, aprovecho esta circunstancia que a una pareja adulta la ha llevado a una especie de freno, de límite por no haber tenido los hijos de sí mismos. Implica procesos mentales que obligan a esta pareja a madurarlos y a pensar por qué, si no podría ser que la búsqueda de un chiquito fuera simplemente una situación tapón, para ansiedades o dificultades que puedan crearse en el desequilibrio de la pareja, al comprobar una sensación de **infertilidad**.

También pueden generarse otros tipos de preocupaciones dentro de esta pareja que podrían ser malamente cubiertas por una situación de adopción. Con esto quiero decir, que si bien el chico es muy deseado, es probable que tengamos que ayudar a esta pareja a ir despojando situaciones, quizá egoístas, para poder dar curso, plenamente, a estas posibilidades de querer y amar a un niño, más allá de que haya sido gestado por el propio cuerpo de la pareja.

El ser humano afortunadamente tiene esa posibilidad, la adopción. La familia adoptante puede ser un comienzo de solución para un chiquito que no puede expresarse, como dije antes, que necesita enormemente ojos, brazos, cuerpo, amor que le esté dirigido en forma exclusiva para que pueda, realmente, hacer su maduración. Quizá sean las funciones más elevadas de la pareja humana que, por otra parte, es la que sostiene toda nuestra organización social, porque es la que se hace cargo del desempeño pleno de los roles autónomos de la individuación. Tiene también la posibilidad de amparar a los que necesitan protección en cualquier segmento etario y la única posibilidad de afirmación de sus propias necesidades, que en el adulto están en relación con la configuración de la pareja.

Por otra parte, entonces, la necesidad del funcionamiento de madre y padre está directamente relacionada con este tipo de raigambre en el ser humano que no está, vuelvo a decirlo, en relación directa y lineal con la posibilidad de la situación biológica. Sin embargo, la crianza de los chicos puede significar algún tipo de desafío a dificultades emocionales o falta de maduración en la personalidad de los padres. Esto sucede tanto en las familias que adoptan y los chicos adoptados, como en las familias donde los chicos han nacido del cuerpo biológico de la pareja. Por lo tanto no se plantean diferencias; siempre pueden presentarse dificultades.

Sin embargo, yo diría que para estas dificultades sería necesario, desde el punto de vista de lo emocional y lo psicológico, auxiliar a la pareja de padres adoptantes en distintos momentos de la crianza, de la aceptación, de la incorporación y del desarrollo de las funciones materna y paterna. Pero nada más que esto. Quizá tendríamos que hacerlo con todas las familias, o el pediatra tendría que ser una voz capacitada que pueda dar la palabra necesaria a esa familia.

Finalmente quisiera decir y reafirmar que la posibilidad de la adopción es un punto crucial de integración, porque junta la problemática de alguien que necesita sostener, proteger y transmitir su bagaje espiritual y emocional, con alguien del otro lado que justamente necesita eso. De todos modos, cuando tengamos la oportunidad de responder a las preguntas, espero que pueda ampliar y aclarar y aun contestar sobre situaciones particulares, que tenemos muchas; pero no quiero terminar sin contarles a ustedes una entrevista que me pidió en una oportunidad una pareja que había adoptado una bebita que en ese momento tenía 10 meses, con algún trastorno del sueño o de la alimentación, no recuerdo bien.

Yo trabajo mucho con actividad lúdica y los símbolos que la gente desarrolla a través del juego, me van diciendo cosas. Una familia organizó un juego donde la madre pesquisó enseguida que la chiquita se interesaba por uno de esos patitos de goma que hacen "pi-pi" cuando uno los aprieta y buscaba eso porque ya comenzaba a gatear. Entonces lo tomé

ella, empezó a ofrecérselo a la beba y se iba acercando más a su cuerpo; estaba arrodillada en la alfombra del consultorio y fue llevando el patito sobre todo su cuerpo, de modo que la bebita tuvo que ir trepándose sobre ella; terminó poniéndose el patito en la cabeza con lo cual alcanzó a darle un beso a su bebita.

Yo trabajé con esta gente que estaba un poco asustada de criar un hijo adoptado, de no saber si eran buenos o malos padres. Tomé esto como un ejemplo del gran cariño de esta madre hacia su bebita, y su dolor consistió, precisamente, quizá, en no haberle podido dar su propio cuerpo, su propia interioridad y ella lo recreaba con esta posibilidad lúdica.

Lic. Dora García

Yo me he preguntado durante estos días, antes de venir a conversar con ustedes, qué cosas podría transmitirles a ustedes, miembros de la comunidad, sobre este tema tan apasionante que es la Adopción. Qué cosas podría transmitirles para que ustedes comprendieran cuál es la función de la Asistente Social en este aspecto, que pudiera aclararles la problemática.

La doctora Pérez y el doctor Ukcovich dijeron cosas con las cuales me siento comprometida, ya que formamos un equipo dentro de la Sociedad Argentina de Pediatría. Trataré de no ser repetitiva.

En lo referente al tema adopción, por lo menos desde la comunidad, siento que existe una falta de comunicación con respecto a cuál es el sistema y cómo realizar este tipo de trámites que los futuros papás tienen que efectuar. Pienso, también, que en estos últimos años se ha corrido un poco la cortina y se están aclarando más las cosas.

Adoptar un hijo no es sólo satisfacción de necesidades de la pareja; es uno de los medios de brindar amor, de brindar un lugar adecuado para que nuestro hijo se desarrolle, crezca, madure y pueda llegar a ser un hombre feliz. Es también darle una familia a un niño que la necesita, una familia en la cual se sienta partícipe, incorporado, y pueda sentir y vibrar con esos papás que tanto desearon tener ese hijo.

A nivel hospitalario, el paso más trascendente que deben dar los papás, es decir la pareja adoptante, es vencer todos esos prejuicios que traemos desde nuestros ancestros con respecto al tema adopción, y, como decía el doctor Ukcovich, se plantean los interrogantes: ¿Se lo tengo que decir? ¿Cómo adoptar? Pero también dijo la doctora Pérez que estos conflictos los van pasando los papás en su etapa de maduración, hasta tomar conciencia y autoconvencerse de que deben darle amor a un niño que lo necesita.

Durante este proceso los padres se preguntan:

¿Adónde ir? ¿Cómo se hace el trámite? ¿Me darán los documentos del niño? Tengo miedo que después de un tiempo me lo saquen. ¿Y si la mamá biológica se entera de que yo lo tengo?

Todas estas preguntas traen mucha angustia, inseguridad, avances y retrocesos en todo este trayecto hacia la adopción definitiva. ¿Cuál es la función de la Asistente Social en todo esto? Nosotros creemos que el equipo de salud, a nivel hospitalario, sabe o cree saber cuál es nuestra función. De lo que sí estoy segura es de que la comunidad conoce perfectamente cuál es nuestra misión. Nosotros decimos que ustedes sienten que nosotros los ayudamos. ¿Los ayudamos a qué? ¿Qué significa ayudar?

La definición de Servicio Social no es el objeto de esta reunión pero quiero resumir en esta palabra, lo que ustedes sienten que nosotros hacemos. Es decir, sería orientar, educar, informar acerca de todas las necesidades de la población; en este caso, conocer cómo se hace para adoptar un niño.

Nosotros decimos, que así como el médico conversa con el paciente para conocer su dolencia y hacer un diagnóstico, ustedes saben que nosotros también hacemos una entrevista en la cual charlamos con la mamá, la pareja o la familia que tiene problemas, para, luego de hacer un diagnóstico de la situación, encontrar juntos, paciente y asistente social, una solución.

En los hospitales municipales las consultas que recibimos por adopción provienen de parejas muy confusas; creen que vienen al hospital y que firmando un papel les entregamos un chico abandonado en la sala de niños. Los papás deben concurrir a la Dirección de Minoridad y Familia; nosotros somos el nexo del hospital con esta Dirección; nosotros orientamos a los papás confundidos y esa Dirección en la que entrega el niño en adopción, primero con un tiempo de guarda y luego en adopción definitiva, pero en los hospitales municipales no entregamos chicos en adopción. Yo quisiera que esto les quede muy claro; es necesario cumplir con ciertos requisitos. Sí, yo entiendo: ¡los trámites!

Los trámites a veces son largos o se hacen largos por la ansiedad de la pareja, pero son necesarios. Últimamente vemos que el tiempo que permanece en el hospital un niño abandonado es cada vez menor; de alguna manera los trámites se están agilizando.

Nuestro planteo, a nivel hospitalario, consiste en prevenir el abandono. Prevenirlo por medio de acciones de educación para la salud, es decir, durante el proceso de embarazo, detectando aquellas situaciones de riesgo de abandono, educando a la madre, a la familia; en el momento del parto fomentamos el apego hacia el hijo y en el puerperio continuamos con la educación para la crianza.

A pesar de ello, a veces existen situaciones límites en las cuales una mamá se ve forzada a abandonar a su hijo; en otras, nosotros creemos que con

nuestras charlas convencimos a una mamá ambivalente y resulta que fuera del hospital realiza una entrega clandestina del niño. Hay muchas circunstancias por las cuales una mamá abandona a su hijo, y en este simposio se ha hablado bastante de esto, pero fundamentalmente existe el abandono porque la sociedad, el Estado, no brinda la posibilidad de satisfacción de las necesidades de una mamá que se encuentra en una situación muy crítica. La mamá abandonante puede entregar su hijo para adopción en la Dirección antes mencionada, a través de los hospitales, en otras instituciones que se dedican a esta problemática, o puede hacerlo ilegalmente, forzada por una situación desesperada. En algunos casos, madre sola sin apoyo familiar; adolescentes; problemas económicos muy graves, etc.

En ocasiones, se lucra con el abandono: nos encontramos así con una madre desesperada, forzada por la situación económica (a veces no puede darles de comer a otros hijos mayores), y una pareja ansiosa de tener un hijo y con posibilidades económicas. Todo esto es muy doloroso, para la madre que abandona y para los padres que adoptan, pero en el medio se encuentra un niño que necesita una familia y que no es culpable de lo que pasa en ese mundo de los adultos.

Para terminar, quiero aclarar que en los hospitales nos encontramos para prevenir el abandono y también para educar y orientar a la familia en lo que respecta al modo de adoptar. Un gran deseo: que no haya más niños abandonados y si los hubiera, que encontrarán parejas con ansias de amarlos.

Dr. GUSTAVO PIANTONI

En nombre de la institución que represento, "Equipo de Adopción", quiero agradecer a la Sociedad Argentina de Pediatría, el alto honor que nos hacen, invitándonos a participar en esta mesa. Voy a utilizar dos minutos para contarles quiénes somos y qué hacemos.

En 1957 un grupo de matrimonios nos unimos con la idea de la adopción legal, incorporándonos años después a un movimiento de la Iglesia para la adopción: el Movimiento Familiar Cristiano. Durante muchos años se sumaron nuevos matrimonios, nuevas gentes dentro del equipo y así pudimos obtener de la Sub-secretaría del Menor y la Familia, sucesivos convenios que nos permitieron trabajar en relación con ellos. Hasta que nos transformamos en una institución con personería jurídica, lo cual nos obligó a separarnos del Movimiento Familiar Cristiano como ente protector y seguimos desde 1979 trabajando como asociación civil.

En realidad, en este momento el Equipo de Adopción es una Institución muy grande que tiene 3 áreas. La primera, es el área que trata a la mamá en conflicto. Llamamos "mamá en conflicto" a la mujer, o al grupo familiar, que viene a consultarnos porque no sabe qué va a pasar con su embarazo. En segundo lugar, un área que se ocupa del

chico, en el caso de que esa mamá lo entregue en adopción, y en tercer lugar, el área de los papás adoptantes.

¿Por qué dije que para nosotros la mamá en conflicto es nuestra prioridad? Yo he escuchado durante estos dos días de congreso todas las charlas y todas las preguntas de los médicos, de la gente, de los psicólogos, de las asistentes sociales, con respecto a la adopción, a los niños abandonados, a los papás adoptantes y a los requisitos. En realidad hay aquí una gran ausente, y es la mamá que por diferentes razones, donde el común denominador es la soledad, no sabe por qué es rechazada por el mundo en que vive. Por qué no tiene la suficiente capacidad para afrontar tanto lo laboral como lo material, lo espiritual, lo económico, lo cultural lo social, y no se siente con capacidad para afrontar una maternidad futura.

Por eso todos nuestros esfuerzos están dedicados a la atención de lo que llamé la gran ausente. Nosotros consideramos que cuanto mejor sea nuestro trabajo, cuanto mayor empeño pongamos en él, cuanto mayor sea nuestra dedicación, menos mamás que nos consultan van a entregar su chiquito en adopción.

Hemos asistido aproximadamente a 4000 o 4500 mamás, de las cuales el 70% han conservado sus hijos. Cuando esa mamá entrega su hijo, cuando tiene la capacidad de pensar libremente en el futuro de su hijo y su embarazo, y lo decide con absoluta libertad, entonces, en realidad, estamos ante un niño solo.

Aquí entramos en nuestra segunda área, donde atendemos a estos niños gracias a un grupo de voluntarios que ofrecen su hogar, con sus hijos propios, para atender a un chiquito en todos sus aspectos durante 2 o 3 semanas, que tomamos para darle tiempo a esa mamá que se separó de su bebido, para que confirme o bien, de alguna manera, rectifique su decisión de entregarlo. Pero cuando esto es un hecho irreversible lo entregamos en adopción y ahí comienza nuestra tercera área, la de los papás adoptantes.

Con respecto a la adopción, a mí me gratifican enormemente estas reuniones porque de alguna manera van enterando a todos los que trabajamos en adopción, y a los miembros del equipo de salud, de que la adopción no consiste en un niño solo y un matrimonio que quiere llevárselo como hijo. La adopción, para nosotros, es un proceso. Un proceso donde hay una mamá que libremente entregó su hijo porque piensa que es lo mejor, donde hay un niño solo, donde hay padres adoptantes, con sus miedos, sus inquietudes, con todo lo que aquí se señaló, que es muy cierto; pero todo eso cuando se une con amor y confianza, configura una verdadera gestación. El matrimonio que recibe ese niño cumple sus anhelos de paternidad y el niño, como ayer decía el Dr. Nocetti Fasolino al abrir el taller de adopción, obtiene, a nuestro modo de

ver, el mejor medio, la panacea para desarrollarse como hombre.

DRA. SUSANA FERNANDEZ DE LA PUENTE

Uno de los muchos recuerdos que tengo grabados a fuego a lo largo de mi actuación en menores, es la primera visita que hice al Instituto Riglos, con motivo de conocer la situación de los chicos que estaban en condiciones de ser entregados en adopción. Y digo que lo tengo grabado a fuego porque fue una escena realmente dramática, que se repetía todos los domingos durante la visita de los padres. Al retirarse éstos del instituto, las criaturas quedaban horas y horas llorando extenuadas, luego de haberles dicho adiós a sus padres.

Recuerdo la figura de la hermana Clara Bigna, que era la Directora del establecimiento, que alzaba a los chicos como racimos, mientras otros se le colgaban de sus hábitos, llorando permanentemente. Aparte otros chicos quedaban en estado de estupor, como colgados del espacio sideral. Yo digo que tengo grabada a fuego esa escena, que después viví muchas veces, para traer a colación lo que significa el abandono tardío, que se produce a través del tiempo y se mantiene mediante las visitas que efectúan los padres para conservar el estado de vinculación con los niños. No digo que lo hagan con esa intención, pero es lo que resulta.

Yo no sé, y después lo dirán los pediatras, qué es más dañino para el niño: el abandono total por no visitarlos nunca o esa repetición de escenas dramáticas que lo van desarmando paulatinamente.

Traigo a colación esto, porque para la institución es una gran dificultad hablar de adopción en los casos de niños que todavía están vinculados con sus padres y, además, la institución estimula la visita de éstos, pero, finalmente estas situaciones se prolongan definitivamente cuando los niños ya han perdido la posibilidad de adopción, por la edad o por los problemas que presentan. Hay muy pocos matrimonios que se interesan por estas criaturas. Este es uno de los puntos importantes a tener en cuenta, porque la gente se pregunta cómo hay tantos chicos abandonados y no los hay en adopción. ¿Cómo hay que esperar tanto tiempo? ¿Por qué no están ahí dispuestos los chicos esperando a los matrimonios? Primero hay que saber si estos niños están realmente abandonados.

Hay dos tipos de entrega en adopción: uno, cuando la madre u otros miembros de la familia entregan al niño definitivamente con fines de adopción, porque no están en condiciones de asumir sus obligaciones familiares y los casos antes mencionados, que realmente son los más dramáticos, porque no se solucionan rápidamente.

Nuestra ley de adopción, la que está en vigencia, en realidad es una ley muy amplia y está funcionando bien, pese a que ha sido motivo de muchas críticas por parte de los juristas, y aún está

en revisión. Habría que pensar cuáles son los puntos fundamentales a reformar a fin de facilitar la resolución de los casos de niños abandonados, porque ésa es la principal finalidad de la ley de adopción: proteger al niño abandonado.

Yo creo que uno de los puntos, que se debería estudiar a fondo porque hay opiniones controvertidas, es el de la actividad que debe tener el equipo de adopción y el órgano estatal que lo representa, que se ha ocupado del menor desde el principio y lo ha ubicado en adopción. No es posible, o por lo menos no es razonable, que en el momento de realizarse el juicio, no pueda intervenir. En la ley anterior, 13.252 del año 1949, había un artículo que decía: "son partes en el juicio, los adoptantes o el adoptante, el padre del menor, el ministerio público, el ministro del menor o en su caso el representante legal del menor". Esta salvedad "el representante legal del menor" hizo que paulatinamente el órgano institucional se interesara y se presentara en los juicios como parte, cuando había problemas, en defensa de la adopción que entregó al niño que estaba abandonado. El órgano protectorial tiene que defender esa situación de que nos habla.

Pero lamentablemente cuando se nos contisco la ley de adopción, el órgano protectorial desapareció como representante legal del menor.

Hay un célebre caso de la ley anterior del año 50 y 53; es un caso en que todavía no estaba fundado el Consejo del Menor, sino que era la Sociedad de Beneficencia en donde se decretó la adopción, de la misma forma no se citó a la madre del menor abandonado. Hay un artículo muy interesante del doctor Spota que se publicó con motivo de su fallo en el año 53, en donde dice que esta situación de los menores que están bajo la tutela del órgano protectorial es antifuncional porque hace aparecer sus propios derechos en el momento en que hay que defender los derechos del niño. Más adelante se han producido algunas novedades en este sentido porque el órgano protectorial siempre ha tendido a representar y defender y no sólo a representar y defender, en casos difíciles. Afortunadamente siempre con suerte, y en este sentido hay una jurisprudencia del año 64 que está publicada en la ley, donde revocando una insistencia de primera instancia dice que en las manifestaciones expresas no deben ser citados hechos por la madre en el legajo del Consejo del Menor; así ha quedado satisfecho el interés que pretende resguardar el artículo 9, inciso b, de la ley 13.252 que dispone que los padres deben ser citados al juicio. En esa oportunidad el asesor de menores de cámara pidió un recurso aclaratorio y esto es lo que la Cámara resolvió, sin modificar el criterio de los principios generales de la intervención de los padres mientras no hayan perdido la patria potestad; no escapa la tarea interpretativa que el tribunal ha de aplicar en función de las circunstancias que marca el caso, pues no faltan supuestos en que la aplicación lisa

y llana de normas universales, sin la debida consulta a las peculiaridades de hecho, se vuelve contra los valores que se pretende resguardar y que se ha procedido en el caso ponderando sus singularidades, individualizando las normas para lograr los altos propósitos tutelares de la institución en juego a despecho de lo que pudieran llamarse transgresiones formales.

Minoridad, muchas veces ha recogido al niño cuando la madre entregó al menor y no quiere ser citada al juicio; en las actas ha pedido no ser citada al juicio por motivo de índole privada. Esto también ha sido reconocido por la jurisprudencia y tenemos un fallo publicado en *El Derecho* del año 72: "Habiendo la madre manifestado ante la Dirección General de la Minoridad su conformidad en la futura adopción de su hijo y su expresa voluntad de no ser citada al juicio, queda debidamente configurado el interés que tal situación pretende resguardar".

COORDINADOR

Con esto completamos las exposiciones del panel en los distintos aspectos vinculados con la adopción y vamos a recibir las preguntas y respuestas, pero antes quisiera darle la palabra muy especialmente al doctor Martínez Vivot porque todos conocemos su actuación y el gusto de tenerlo entre nosotros; le damos el micrófono.

DR. JULIO MARTINEZ VIVOT

Muchas gracias Dr. Puga, le agradezco y por eso me hice un lugar para venir, porque en primer lugar quería agradecer esta distinción de ser miembro honorario, y en segundo lugar, de compartir con ustedes aunque esta vez las circunstancias me imponen prácticamente haber estado ausente. He escuchado atentamente todas las exposiciones y así, muy brevemente, lo que yo podría decir es que en general, sacando la doctora de la Puente, los cuatro primeros expositores han planteado lo que nosotros llamaríamos los casos ideales de adopción, es decir el caso del hijito, del niñito, del casi recién nacido, del que en alguna manera se inserta en el útero afectivo porque realmente recién ha salido del útero natural, y a su vez hablan todos ellos de la pareja, y entonces prácticamente se llega a la circunstancia ideal de adopción de un niñito de muy corta edad y de una pareja que recibe este niño, y se arma así esta familia.

Pero realmente, los casos que nos trae la doctora de la Puente, y los que nosotros tenemos institucionalizados, lamentablemente no son esos casos. Piensen que la limitada cantidad de niñitos de corta edad que están abandonados, en situación de ser entregados por los equipos que manifiesta el doctor

Piantoni, no se debe a que la nuestra es una sociedad ideal, sino porque no hemos atacado debidamente la venta de niños y toda una sistemática que está enderezada, tal vez con la idea final de proteger a esos niños porque los padres que compran los niños no son los que temen tanto al proceso de adopción y a su duración sino que lo que quieren es encubrir con una apariencia de maternidad real un hecho que luego va a aparecer como nacimiento y quieren protegerlo contra la maledicencia social, contra la actitud de una comunidad que a veces se rasga las vestiduras en la protección del niño respecto del abandono y todo lo demás pero que, finalmente, en voz baja dice que ese chico es adoptado; por eso, todos vemos que para resguardo existe en la sistemática hasta una simulación de maternidad, una apariencia de embarazo con el vientre correspondiente, más que nada para proteger al chico.

Lo que creo, es que todo ese sistema ideal que ojalá se amplíe, nosotros combatiendo este sistema irregular lleguemos a serlo. Lo que dijo la doctora es lo que, también, más me preocupa, porque nosotros tenemos un gran caudal de chicos en este semiabandono, que ella ha destacado muy bien, que no declaramos abandonados oportunamente por circunstancias que también la doctora menciona y que ajustándonos a pautas legales y constitucionales en el momento menos oportuno estamos citando a padres que a lo mejor aparecen para hacer un "chantaje".

Yo creo que en uno de los proyectos de reformas en que hemos intervenido, incluso con el doctor Sajón, hemos propuesto una especie de prejuicio de adopción, es decir, antes de dar un chico en adopción hay que hacer la declaración de que el chico está en situación de abandono, como para poder adoptado y así excluimos definitivamente y sin ninguna posibilidad de ser usado, el argumento constitucional que mencionó la doctora, es decir la posibilidad de excluirlo decididamente del juicio de adopción.

Hemos hablado de pareja; todos querríamos que a un chico recién nacido lo adoptara una pareja, pero el problema es que en la República Argentina hay muchas personas que quieren y pueden adoptar un chico y que no integran en ese momento una pareja, un matrimonio, o que en alguna medida ya tal vez ni siquiera van a poder hacerlo. Yo creo que el tema de la adopción tiene que tener esto en cuenta; no es el caso ideal. También nos encontramos con hijos de madres solteras o chicos cuyos padres mueren y carecen de los dos padres; el tener los dos padres es lo ideal, pero mejor que estar abandonado, institucionalizado, es tener un padre adoptivo.

Coordinador: Luego de las palabras del doctor Martínez Vivot, vamos a pasar a las preguntas efectuadas al panel.

¿No son demasiados los requisitos que se piden a los padres adoptantes y con esto se favorece la adopción clandestina o la pérdida de interés por adoptar?

—A mí me parece que no. Los requisitos son de documentación: hay que saber a quién se entrega el menor, en primer término, y después, conocer el medio de vida, recursos económicos y otra serie de datos; es conveniente una entrevista con un psicólogo para saber cuáles son las motivaciones de la adopción, porque no siempre son motivaciones puras, a veces hay algunas complicaciones, de manera que todo lo que se haga para investigar adónde va a ir a parar esa criatura, o dónde se va a ubicar, es absolutamente indispensable. No creo que sean exagerados los requisitos que se piden.

—Yo realmente creo que la pregunta que todo el mundo se hace, que la adopción no es difícil en nuestro país es un poco esquivar la tontería; en nuestra experiencia cuando realmente se quiere adoptar no importa la ley de adopción. Cuando realmente el matrimonio enfrenta la ley de adopción no le importan las entrevistas ni la visita de la asistente social y, por otra parte, es tan exiguo lo que piden y lo que pasa, que usted se entera de que termina el juicio porque el abogado se lo dijo un año medio después de tener el bebido en su poder. Por lo tanto, eso es esquivar la puntería; yo me preguntaría si esos papás, si esa pareja, no tienen otras cosas y le echan la culpa a la ley de adopción.

—Quisiera hacer un comentario sobre el tiempo que transcurre entre el momento del nacimiento del niño y el momento en que es adoptado. Hay instituciones que lo cobijan bastante bien, pero de cualquier manera, si uno se plantea el hecho de que el niño se va haciendo integrante de esa familia en función de la maduración como madre, de la mujer, y como padre del hombre, llegan a integrarse después de un lapso demasiado largo. Hay situaciones de protección que si no están muy bien cubiertas por una institución que tenga muy en cuenta esas circunstancias, en el caso que planteó el doctor Piantoni, es decir, que incorpore una familia hasta tanto la madre decidá si lo va a entregar en adopción o no; en estas circunstancias cuando va a lugares donde no se le da un cobijo lo suficientemente adecuado, puede ser riesgoso.

Dra. Pérez: Yo creo que algo va a haber que hacer con esta cuestión de la ley y de lo que se quejan los padres, a pesar de que coincido con el doctor acerca de que la gente realmente tiene ganas, pero me parece que hay que tomar en cuenta esta cues-

tion de que los padres tienen ganas de ser padres desde el inicio.

Me preguntan sobre los términos en que se le hace conocer al niño su situación de ser adoptivo. ¿Se le explica cuando puede comprender que fue abandonado? ¿Este conocimiento en la adolescencia no puede producirle una crisis afectiva?

Concretamente, a un chico en la situación de adopción nunca se le debe mencionar su origen; empezamos desde el momento en que el chiquito está en la casa, cualquiera sea su edad; no hay que fraguar embarazos ni partos, ni hablar de "cuando vos naciste", sino de su circunstancia: "Cuando vos viniste, cuando te fuimos a buscar". El chico por sí solo, cuando su maduración es adecuada, va a empezar a preguntar de dónde vino, no porque sea un hijo adoptado sino porque todos los chicos que maduran bien preguntan de dónde vienen, porque entran en el período de los porqués y se dan cuenta de que hay relación de una cosa con otra. Ese es el momento evolutivamente más indicado.

Debe incluirse, además, el término adopción, que a los chicos que crecen en esta situación se les llama adoptados, que es una situación o circunstancia que deben conocer de boca de sus padres y no de otros. Debe ser un proceso de comunicación entre el chico y sus padres; el chico va a insistir cuantas veces le vuelva a preocupar esta situación y los padres, tantas veces como sea necesario, van a tener que acompañarlo en el procesamiento.

La situación de abandono no implica que él sea informado de que fue abandonado. En lo que insisto es en que el chico no reciba respuestas mentirosas y que conozca su circunstancia hasta donde los padres sepan.

El conocimiento tardío de la situación de adopción provoca condiciones de crisis y mientras más tarde sea, más violenta puede ser la reacción de distintas características, pero esto no quiere decir que pasada esta crisis el hijo adoptivo no reelija su familia adoptiva.

Dr. Urkovich: Los pediatras no tenemos demasiado acceso, salvo que nos desempeñemos en instituciones dedicadas específicamente, al tema de la madre y el niño abandonado; nosotros recibimos al niño cuando ya está en condiciones de ser adoptado, cuando ha sido adoptado. La pregunta sería: ¿A qué edad es mejor la adopción? Yo pienso que en cualquier circunstancia un ser humano puede ser incorporado a una familia. Lo habitual, lo que uno plantea como situación más común de más impacto para el pediatra y la familia es la que adopta por primera vez un hijo sin tener hijos previamente. Como son seres humanos, en esta circunstancia se dan todo tipo de situaciones; se da la situación de la pareja que no tiene hijos, que es estéril,

que es infértil; la familia que adopta un hijo y después esa misma pareja engendra un hijo en el vientre de la mujer, o se da la situación de varias adopciones; es por eso que plantear a qué edad se adopta depende de cada circunstancia. Lo ideal sería que la incorporación de un recién nacido a una familia se haga al mismo tiempo dinamizándose y madurando él, siendo natural ese nido que se ha constituido. Con respecto a las adopciones por individuos solos, individuos que no están en pareja, yo he tenido en algún momento esa situación e indudablemente es mucho más difícil que cuando la familia está integrada.

Dr. Piantoni: Yo tengo preguntas del mismo nivel y que son absolutamente válidas e importantísimas con respecto al seguimiento a qué pasó con ese 70% que conservaron a ese bebé. Yo creo que es muy importante; le pediría al doctor Cacace que hizo la pregunta, que me espere 3 años y posiblemente podamos contestarle.

Con respecto a la otra pregunta: ¿Por qué consideramos al equipo de adopción como un hecho subjetivo, particular e individual y no un hecho social?

Yo creo que en sí la adopción es un hecho individual, constituir una familia es un hecho individual, pero en tanto y en cuanto estemos insertos en una sociedad también es un hecho social.

Dra. de la Puente: Me preguntan si pueden adoptar las parejas no constituidas legalmente. No se adopta cuando dos personas no están unidas por el matrimonio.

Preguntan cuál es el costo del juicio de adopción y si el matrimonio carece de recursos ¿cómo se puede realizar? La ley de Arancel me puede dar una idea; el costo depende de las dificultades del juicio y en ese caso se pide regulación al juez. Si el matrimonio no tiene recursos, hay que ver si carece en forma tal como para no poder adoptar. Los gremios y las obras sociales tienen también sus departamentos jurídicos que les tramitan a los afiliados el juicio de adopción.

—Yo hice cuatro juicios de adopción: el costo depende del abogado al que se recurre: si es caro o barato.

Dra. de la Puente: Alguien desea saber si hay niños mayores, no lactantes, que están internados en adopción pero que la sociedad no los acepta. La sociedad es un concepto muy global; yo puedo decir que de acuerdo con la experiencia y con lo que he visto en el sector jurídico que tiene la adopción, nunca hemos tenido dificultades para ubicar niños con cualquier tipo de problema, lo que sí hay que hacer es salir a buscarlos porque no están en las listas de los

que están esperando en las listas subsidiarias, pero siempre hemos encontrado matrimonios o personas solas, solteras, que han adoptado niños.

Lic. García: ¿El asistente social es un inspector? Es lo que muchos papás sienten cuando un asistente social va a sus casas a hacer el seguimiento de ese niño que tienen en futura adopción. No es así; la misión del asistente social es compartir un rato en familia, observar qué dificultades pueden existir para orientar a los papás y a su vez orientar y derivar al profesional responsable, sea por un problema pediátrico o psicológico, para que instituya el tratamiento adecuado para esa familia.

Dr. Piantoni: ¿Por qué trabajan con matrimonios solamente y no con personas solteras siendo que está contemplado en la Ley? Lo que nos sucede a nosotros es que de 400 madres en conflicto, solamente el 30% entrega su bebé en adopción o su hijo mayor, por lo tanto nosotros tenemos relativamente pocos chicos para entregar en adopción, 130 chicos por año, y tenemos 700 u 800 parejas para adoptar esos chicos; por eso preferimos integrar a esos niños en una pareja, una familia. Nosotros nunca entregamos el mejor chico para un matrimonio, sino que entregamos el niño al mejor matrimonio para ese chico.

Dra. Pérez: Yo tengo un par de preguntas sobre fraudar la lactancia materna y coincido con la persona que hizo la pregunta que esto es una especie de fraude para la historia del niño. Hay muchísimos matices en esto y habría que conversarlo más pero yo coincido con esta persona.

¿Cuáles son los peros psicológicos y afectivos de padres adoptantes que ya tienen otros hijos? Se refiere a las dificultades que tendrían al adoptar después de haber tenido otros chicos. No hay dificultades, siempre y cuando los padres sean capaces de dirimir adecuadamente las situaciones de rivalidad y competencia que son las características de la relación de pares; si esto es posible, no habría ningún pero y por otra parte, por lo menos en lo que es mi experiencia, el chico adoptado en una familia donde hay previamente hermanos, realmente se desarrolla en muy buenas condiciones.

Coordinador: Les pido disculpas por las preguntas que no van a ser contestadas por falta de tiempo; por supuesto que les agradezco a los penalistas sus brillantes intervenciones. Este ha sido el debut de la Sociedad Argentina de Pediatría vinculado con mesas abiertas a la comunidad; estamos realmente muy contentos porque ha tenido una gran aceptación en todo el auditorio. La comunidad y los funcionarios han participado, los científicos también a través de nuestra Sociedad; una verdadera mesa integrada por el equipo de salud donde la comunidad está inmersa y desde ahora en adelante, inevitablemente. Muchas gracias a todos.

XXVI JORNADAS ARGENTINAS DE PEDIATRIA

3ra. Semana - Octubre de 1984

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA -- FILIAL ROSARIO

TEMA CENTRAL: "EL NIÑO Y SU ECOLOGIA"

COMITE DE HONOR

Prof. Dr. José Celoria
Prof. Dr. Jorge Gueglío
Prof. Dr. Angel Invaldi
Dr. Francisco Menchaca
Dr. Oscar Ronchi
Prof. Dr. Francisco Rosello

COMITE ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Alberto Palazzi
Vicepresidente: Dr. Eduardo E. Nolter
Secretario General: Dr. Roque G. Arnolt
Pro Secretario: Dr. Pedro Tartara
Secretario de Actas: Dr. Osvaldo Aymo
Tesorero: Dr. Miguel A. Galicchio
Pro Tesorero: Dr. Miguel A. Colombo
Vocales: Dr. José L. D'Elia
Dra. Alicia Grancelli
Dra. Noemmi Cassone

Lugar de realización

CENTRO CULTURAL BERNARDINO RIVADAVIA

Teatro El Círculo - Rosario

CONFERENCIA

LA PESQUIZA EN LAS ENFERMEDADES
INAPARENTES Y EL PEDIATRA

Dr. Carlos Gianantonio

Quiero decir dos o tres palabras para ubicarnos con lo que yo entiendo quiero transmitirles al analizar la problemática de este acercamiento a la medicina moderna.

En último término, esto es un planteo que hacen los médicos asistenciales y que tiende a proyectarse a la Salud Pública. La hipótesis sería que cuanto más temprano se hace el diagnóstico de las enfermedades crónicas mejores serán las consecuencias alejadas: menor invalidez, menor morbilidad, menor mortalidad.

La cuestión es que la salud y la enfermedad son problemas semánticos que no pueden existir en el vacío. Es decir que son los resultados de la capacidad de los organismos de afrontar los desafíos del medio ambiente. La resultante de ello es la salud o la enfermedad y existe realmente una graduación (esto es importante pediátricamente) insensible entre estos estados. Desde la salud a la enfermedad no hay un escalón, sino que hay una pendiente que tiene una inclinación variable y que hace a veces extremadamente difícil saber dónde termina la salud y dónde empieza la enfermedad.

Querría leerles dos o tres frases que Dubois escribió en 1959: "Incontestablemente la doctrina de etiología específica ha sido la fuerza más constructiva en la investigación médica durante casi un siglo, y los logros teóricos y prácticos a los que ha conducido constituyen el bulbo de la práctica de la medicina contemporánea. Sin embargo, pocos son los casos en los que ha proporcionado una cuenta completa de la causalidad de una enfermedad. Pese a los esfuerzos desesperados, las causas de las afecciones como cáncer, enfermedades mentales, aterosclerosis y otros grandes problemas médicos de nuestro tiempo están por descubrirse. Se asume, en general, que estos fracasos se deben a dificultades técnicas y que la causa de toda enfermedad puede y será hallada a su tiempo, poniendo a los grandes cañones de la ciencia a actuar en el problema. En realidad, sin embargo, la búsqueda de la causa puede ser una empresa sin esperanza, por-

que la mayor parte de los estados de enfermedad son la resultante indirecta de una constelación de circunstancias, más que el resultado indirecto de factores determinantes individuales".

Esto tiene una gran trascendencia, puesto que hay una tendencia simplista de transferir el concepto de "tamizado", "detección preclínica", a la ubicación mediante procedimientos básicamente tecnológicos, de entidades aisladas muy bien definidas con causa unívoca, y esto es cierto para algunas cosas pero no para muchas. Esta es una de las razones por las cuales yo quiero debatir un poco el tema.

En realidad lo que se llama "detección preclínica" o "diagnóstico precoz" debe ser una evaluación del estado de salud. Este es el verdadero sentido a donde debemos apuntar, y no la búsqueda de un culpable que se halla detrás de un sujeto que parece que está sano, y entonces la salud es un estado temporario que no anuncia nada bueno. Sería la antítesis de lo que yo entiendo que debe ser la política de detección temprana que busca lo inverso: la evaluación del estado de salud.

Este proceso de evaluación, desde mi punto de vista, comprende algunos presupuestos que desgraciadamente no siempre se dan:

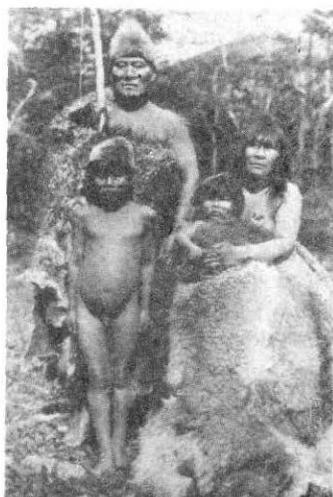
— Uno es recordar que los estímulos externos, de cualquier naturaleza, no crean una nueva función, sino que lo que hacen es modificar funciones existentes en los organismos.

— Esa modificación o ese cambio puede ser a veces *anatómico*. Hay una gran tendencia entre nosotros cuando hablamos de diagnóstico, a pensar en anatomía, por ejemplo buscar una enfermedad muy temprana en el corazón, en el ojo, etc.

Estos cambios son, por lo común, *aceleraciones o inhibiciones* de procesos fisiológicos que existen de antemano, es decir que la actitud que uno tiende a propugnar, es una actitud dinámica del médico que está interpretando, secuencialmente, sus grupos de familias con niños de una manera dinámica, estudiando los procesos que corresponden a la salud de

LA PEDIATRIA

EN
LAS



CULTURAS ABORIGENES ARGENTINAS

Dr. Doñato Depalma

Con la lectura de sus páginas, Ud. disfrutará de las características antropológicas de las Culturas Nativas de nuestro territorio y en forma especial lo vinculado a la madre, al niño y a la familia aborígen.

Como en una película desfilan mas de diez tribus indígenas que ocuparon el sur del continente en la América precolombina.

Quichuas, abipones, araucanos, guaraníes, matacos, diaguitas, onas, etc. son ubicados en su geografía, costumbres, relaciones familiares, enfermedades, educación, herboristería; desde sus orígenes hasta su declinación.

NO DEBE FALTAR EN SU BIBLIOTECA

Precio del ejemplar:

Socios SAP: \$a 80.-

No socios: \$a 120.-

Gastos de franqueo: \$a 10.-

esa familia o de ese niño y las modificaciones que pueden sufrir al interactuar con el medio ambiente.

El cambio puede consistir en una *interacción* de estos factores que rodean a los seres humanos con pasos bioquímicos específicos en el proceso fisiológico. El ejemplo típico lo constituyen los padecimientos que alteran enzimas y que condicionan a veces, cambios en la personalidad, en la conducta, en la inteligibilidad, etc., tales como algunos errores congénitos.

Finalmente, el cambio puede haberse desarrollado para *defenderse* contra otros estímulos adversos. Muchas veces sucede que el visitador tiene poco que ver con la respuesta, puesto que ésta parece ser aberrante en cuanto se proyecta en un terreno mucho más amplio, alterando la salud de una manera peculiar.

— El tercer punto, es que todo ajuste del estado fisiológico del individuo para adaptarse a modificaciones crecientes, reduce la eficacia de una función o sistema. Creo que esto es importante porque está ligado a un hecho que es la negación de la inmortalidad, es decir todos nosotros nacemos, vamos a crecer y nos vamos a morir, y la razón de que la vida termina es que estos procesos de ajustes a circunstancias variables del medio nos desgastan. La vida implica muchas cosas, pero es también un lento y progresivo desgaste; es decir, la reserva fisiológica va disminuyendo lentamente a medida que pasa el tiempo y de esa manera la habilidad para resistir y adaptarse a estos estímulos normales o anormales también va cambiando.

Afortunadamente, nosotros, como pediatras, tenemos una etapa gloriosa de la vida humana, en la que todas estas funciones están desarrollándose, complejizándose, y a veces no percibimos realmente cómo ya los niños, a través de estos mecanismos, cuando el medio o las injurias ambientales son muy intensas, comienzan a presentar deterioros funcionales que quizás acorten su capacidad posterior de adaptarse a nuevas circunstancias que la vida les va a ofrecer.

Esta situación dinámica a la que me refiero, y este ver al adulto dentro del niño presente, está en la medicina del futuro. La pediatría actual no concibe al niño como encajonado en una edad artificialmente delimitada, sino que se trata de algo más complejo, porque detrás de ese niño todos queremos ver un adulto realizado en la sociedad a la cual pertenece.

Esta habilidad extraordinaria del ser humano para resistir al mundo exterior y mantener constantes ciertas características biológicas se logra de determinadas maneras:

— La más importante se realiza a través de mecanismos muy arcaicos (filogénicos) que son tanto adaptativos como defensivos. Esto es importante de tener en cuenta, porque en el mantenimiento de la salud y de la instalación de la enfermedad no todo es defensa. Hay mucho de ajuste y de adaptación.

Por eso, muchas posturas médicas modernas, contemporáneas, son casi risibles; desde el punto de vista biológico son insustanciales, inconsistentes, porque el organismo viviente no sólo puede defenderse de lo que le pasa afuera, sino que muchas veces necesita adaptarse.

Todo el proceso de selección natural, detrás de los mecanismos que han llevado al origen de las presentes especies, se ha basado en este juego entre defensa, adaptación y, eventualmente (en condiciones muy especiales), posibilidad de ataque. Es decir, organismos muy complejos como los seres humanos, capaces de enfrentar y modificar el medio a los fines de tener que disminuir sus propios mecanismos adaptativos y desgastantes.

— Finalmente, los seres humanos son individuos que tienen un material genético irreproducible. No hay dos seres humanos que tengan la misma genoma, y esta estructura genética define su modalidad propia de respuesta ante los estímulos nocivos o modificadores del medio.

Como derivados de estos conceptos, yo diría que lo que se busca modernamente es la detección temprana para poder evaluar desviaciones mal adaptativas. Detectar sujetos que parecen sanos, pero que ya están mostrando que sus mecanismos de adaptación les van a engendrar un deterioro desproporcionado con las necesidades de adaptación que ellos enfrentan. El ejemplo típico son las pruebas de carga: cuando uno toma un sujeto aparentemente normal, le da una carga de algo que demuestre una falla adaptativa. Estas técnicas recién están empezando a aparecer y a ser normatizadas. Los otros procedimientos generalmente son muy estáticos; el ejemplo que todos hemos vivido es la famosa prueba de tolerancia a la glucosa para detectar la prediabetes; era una prueba de carga mucho más eficiente que la mera determinación de glucosa en ayunas que a tanta gente le ha amargado la vida. Cuántos programas hay referidos a diabetes que toman como base un método que tiene grandes limitaciones.

Lo otro que debemos plantearnos al pensar en estas técnicas de detección precoz, es la capacidad de reserva; es decir, a través de mecanismos de carga uno puede pensar, y básicamente estar sugiriendo, que estos procesos de tipo diagnóstico apuntan a ver qué le queda a este individuo.

Entonces: primero hay maladaptación, y segundo conocer cuánto resto tiene este niño en un aspecto determinado, cualquiera sea el ángulo desde el cual lo vemos.

Aparecen aquí lo que pienso pueden ser los objetivos normales de un pediatra. ¿Qué es lo que hace? Promueve salud y previene enfermedad. Yo diría que en la actualidad lo hace:

— por medio del cumplimiento de los programas de inmunizaciones.

— quizás cuidando la nutrición. Esto es muy difícil

de realizar en la Argentina. Tratamos de hacerlo pero creo que no hemos logrado aún objetivos evaluables.

- con educación para la salud. Esto se hace de una manera aprogramática como parte del acto médico.
- mediante diagnóstico oportuno (esta palabra va a volver más de una vez en estos minutos).
- con el tratamiento de la enfermedad.

Nuestros recursos habituales para hacer el diagnóstico oportuno son: 1) *historia clínica*: se obtiene del diálogo, eje de todo esto, que describiré más adelante. Este momento tan importante de la relación médico-paciente, cuando uno habla con los padres, constituye probablemente la herramienta más trascendente de la medicina de todos los tiempos, seguramente de la medicina del futuro; 2) *examen físico*, 3) *métodos auxiliares*.

Vamos a ver luego que la posibilidad de hacer el diagnóstico oportuno por medio del examen físico es probablemente la característica que define, junto con la capacidad de diálogo, al médico y lo diferencia de otros profesionales. Esto es una habilidad que nosotros adquirimos a lo largo de nuestra carrera, después de una práctica lograda y que nos separa de otros profesionales. No debemos resignar esta capacidad, debemos cuidarla, aunque parezca, dentro de un mundo tan tecnológicamente avanzado, algo despreciable porque se ejerce a través de nuestros sentidos y no a través de intermediarios entre nuestros sentidos y la realidad.

Después el médico realiza detección preclínica y otras cosas, utilizando lo que incluí en técnicas del tamizado, que pueden ser la simple auscultación del corazón en un niño en el que ni la historia ni los datos anamnésicos, orientan a pensar que tenga una cardiopatía.

Finalmente lo que hacemos es guiar a la familia en aspectos psicosociales de la crianza. Entendemos que ésta es una de las proyecciones, conscientes o inconscientes, del médico y del pediatra modernos más trascendentes.

He incluido aquí, ese paso del diagnóstico basado en nuestras habilidades clínicas: saber hablar, saber dialogar, saber preguntar y saber examinar; son necesarios algunos requisitos: 1) el interés en lo que uno está haciendo; 2) el médico tiene que ser sincero en lo que está haciendo, tiene que enfocar el diagnóstico en desnudo; 3) objetividad y firmeza en los datos; 4) constatación de la congruencia de los datos que forma parte de la síntesis que todo médico debe hacer porque si no se queda solamente en el proceso analítico del diagnóstico; 5) ordenación jerárquica; 6) el proceso que diagnosticamos tiene que explicar los síntomas que constituyen el motivo de la consulta.

El diagnóstico al que podemos llegar debe cumplir ciertas condiciones:

- tiene que detectar la perturbación de una función adaptativa.
- puede y debe ser anatómico en la medida de que sea una anatomía la comprometida; a veces puede ser un órgano, a veces puede ser un sistema o puede tratarse de algo que afecta al individuo y que no tiene localización específica en un tejido determinado.
- tiene que ser patogénico, es decir poder llegar a averiguar groseramente o con finura cuáles son los mecanismos por los cuales se produjo esa perturbación funcional anatómica.
- tiene que tender a ser etiológico.
- tiene que ser operativo, es decir llegar a fijar las variables involucradas en los problemas que afligen a este niño o a su familia, discriminadas sobre la base de programas a ejecutar, para luego poder evaluar en el tiempo y comprobar si se han cumplido y se ha completado el acto médico.

Esta secuencia, desgraciadamente, no siempre se cumple y es muy común que se trabaje con diagnósticos anatómicos si el paciente tiene enfermo el hígado, y etiológicos si come fritos. Desde mi punto de vista este tipo de planteos es incompatible con el diagnóstico oportuno.

Incluiremos aquí la definición de screening o tamizado propuesta por la OMS: "Identificación presuntiva de enfermedades o defectos inaparentes mediante la aplicación de tests, exámenes u otros procedimientos que puedan ser ejecutados rápidamente. Estos tests separan a las personas que probablemente no tengan una determinada enfermedad de aquellas que probablemente sí la tengan. Estos tests no se supone que sean diagnósticos y las personas con resultados positivos deben ser evaluadas más concretamente con fines de diagnóstico y tratamiento".

Yo creo que es una buena definición, en términos generales, de lo que se debe entender por estas técnicas o procedimientos de detección preclínica de enfermedades.

Esos procesos que tienden a la detección de enfermedades en un nivel preclínico en sujetos que se sienten sanos pueden hacerse en masa, es decir cubrir extensas zonas. Esta es una de las propuestas que plantean los países avanzados y que presenta severos dilemas a resolver. Cuando se busca la detección en masa de problemas de esta naturaleza esto debe ser acompañado, casi forzosamente, por legislación adecuada que haga obligatoria la pesquisa y que considero debe pasar por una serie de filtros antes de que pueda ser aceptada.

El tamizado puede ser selectivo, es decir, concentrado en grupos humanos que por algún motivo presenten mayor riesgo de tener determinados problemas.

El tamizado puede ser múltiple, no buscar tan sólo un trastorno, sino buscar, mediante la aplicación de técnicas diferentes, varios. Esto es lo que so-

lemos hacer en la consulta pediátrica común, en que realizamos un tamizado semiológico múltiple buscando varias cosas en el mismo acto.

El tamizado a su vez, puede ser multifacético, es decir, involucrar distintos niveles de detección precoz. El ejemplo típico que no me resulta de ningún modo grato, es el famoso "chequeo" que se suele proponer para los ejecutivos.

Lo importante de esta palabra, o técnicas de tamizado, es que tiene que ser sensible y específico (detectar el mayor número de sujetos que tengan ese padecimiento).

A su vez, esta detección preclínica se puede hacer a distintas edades: prenatal, neonatal o postnatal, pero es necesario señalar los gravísimos problemas ligados a estos procedimientos. Por ejemplo, ningún país puede embarcarse en una técnica de detección neonatal si no tiene perfectamente claro cuáles son sus actitudes con respecto a aquello que se descubra neonatalmente o prenatalmente. Es decir, detección prenatal de sexo, de roles metabólicos, etc., tiene solamente sentido cuando se enfoca con un criterio de Salud Pública, si esa comunidad tiene claramente definida cuál es su actitud, por ejemplo, con respecto al aborto.

El diagnóstico en el período neonatal: es una de las etapas más interesantes para hacerlo, porque ahí se toma el vértice de un cono que es el comienzo de la vida extrauterina y algunas pesquisas inteligentemente llevadas a cabo en forma masiva dan resultados espectaculares. Por ejemplo el signo de Ortolani para diagnosticar luxación congénita de cadera en el recién nacido. O un mínimo chequeo de la visión o de la audición en el recién nacido tiene una proyección hacia la vida posterior extraordinaria. Muchos de estos procedimientos se están haciendo (en nuestro medio) por consenso, aun cuando no hay mucha legislación con respecto a aplicación de técnicas de esta naturaleza. Esto a su vez, está creando serios problemas en otros países. Ustedes ya saben que en Estados Unidos hay varios juicios contra médicos que aplicaron técnicas de diagnóstico neonatal sin la autorización de los padres.

El diagnóstico postneonatal cubre todas las etapas de la existencia puesto que estas técnicas de tamizado se deben aplicar inteligentemente a los adultos y aun a los ancianos.

La cobertura, como vimos, puede hacerse en masa, en poblaciones de alto riesgo; esto puede ser, en subgrupos que uno selecciona con algún criterio. Este tipo de técnicas y procedimientos es de aplicación mucho más simple y tiende a resolver a veces situaciones muy graves de grupos humanos o de individuos que, de otra manera, podrían presentar grave deterioro. Es lícito hacerlo pero, de todos modos, insisto en que todo esto debe merecer una meditación muy profunda antes de ser puesto en práctica.

Jobón, sanitarista inglés, marca los niveles en

que él divide la enfermedad: etapa preclínica, etapa clínica y una etapa postclínica. El máximo nivel de salud por diversas razones se va perdiendo y se llega a una primera etapa de desajuste; esto sucede sin que el sujeto se dé cuenta de que se está desajustando (*etapa preclínica*). Si el proceso sigue se llega al *período clínico* en el que entran paramédicos muy avisados en la posibilidad de pescar fallas en la adaptación, con pruebas que en general son clínicas, pero lo más importante es que en ese momento nosotros diagnosticamos enfermedades que han llegado a tener manifestaciones clínicas ostensibles. Ese período clínico es el período del tratamiento. Luego, el *período postclínico* que involucra las posibilidades lógicas: la muerte, la enfermedad crónica.

De otra manera, pero más bien adaptado del trabajo de Franke, en una enfermedad cualquiera o en una alteración de la salud hay un estadio asintomático y otro sintomático.

La asintonía empieza cuando se altera el mecanismo biológico. El diagnóstico suele hacerse cuando comienza el período sintomático. El tratamiento se inicia en pleno estadio sintomático. Luego vienen los resultados. En este estadio asintomático se puede identificar una afección mucho antes de que tenga expresión clínica por test de tamizado y entonces lo importante es que, entre el momento de este test y el tiempo habitual del diagnóstico, ahora aparece el tiempo óptimo del diagnóstico como una posibilidad, porque hemos detectado una enfermedad mucho antes del tiempo habitual de diagnóstico.

A su vez el tiempo del tamizado se extiende desde que es identificable hasta el momento de tratamiento óptimo. Para algunas enfermedades esto puede ser muy breve. En cambio, hay enfermedades en que el tiempo del tamizado se puede extender mucho más.

El tiempo ganado, que va desde que se identifica por test de tamizado hasta el momento en que normalmente se hubiera hecho el diagnóstico a través de las actividades clínicas habituales, es variable.

¿Cuáles son los criterios posibles para seleccionar enfermedades o procesos que puedan ser sometidos a la técnica de tamizado?

El padecimiento tiene que ser serio. Esto involucra recursos de salud pública, esfuerzos, sentimientos y compromisos de variada naturaleza. Por lo tanto, con esto no se debe jugar y puede haber personas, grupos caritativos, sociedades altruistas que de pronto se ocupen o hagan detección temprana de afecciones que a nadie le interesan porque son poco importantes, salvo para aquellas personas que las padecen.

Hay que plantearse esto con alguna dureza, porque creo que en medicina, como en todo en la vida, o se hace una cosa o se hace otra.

Tiene que haber procedimientos diagnósticos confiables para esa afección en etapa preclínica. Esto es un esfuerzo que depende de la imaginación de todos

los investigadores que están trabajando en un campo dado, y éstos nunca quedan estáticos; uno constantemente está buscando desarrollar nuevas técnicas para poder evaluar individuos y grupos humanos que presentan trastornos subyacentes.

Tiene que ser un trastorno cuyo pronóstico mejore con un diagnóstico precoz. Esto tiene trascendencia y nos puede llevar a serias discusiones. Pero hay otras situaciones en las cuales esto es obvio: la detección preclínica de la tuberculosis por medio del estudio inmunológico del sujeto, modifica el curso de la enfermedad y nadie puede discutirlo.

El padecimiento del que se trate debe ser tratable. Es decir, la medicina tiene que poder ofrecer al sujeto algo que mejore la situación a que hubiera llegado de no haber sido hecho el diagnóstico. Esto también es fundamental, porque si no caemos en un mero acto de curiosidad infantil, es decir, saber qué pasa antes de que pase. Esta necesidad de anticiparse a los hechos forma parte del niño pequeño.

Tiene que haber un tiempo para el tamizado. Si es demasiado corto el período entre la aparición de los síntomas y el tamizado, éste no debe hacerse. Ejemplos podrían ser todas las enfermedades agudas. Dado que el tiempo que media entre el dato que ofrece la técnica de tamizado y la aparición de la enfermedad no permite, por lo común, tomar ninguna medida remediable.

El padecimiento tiene que ser prevalente. Es decir, debe tener una de las razones necesarias para que algo sea significativo en medicina y que es que moleste a mucha gente.

Tiene que haber facilidades para el diagnóstico y tratamiento. Dijimos que el screening no constituye técnicas diagnósticas, sino que lo que hace es separar a los individuos que tienen que ser sometidos al diagnóstico; después debemos tener la seguridad de que todos estos sujetos que han pasado por este método que la medicina ha creado, van a ser tratados.

Tiene que haber interés de la población en el problema en cuestión. Es decir, es una etapa que es previa y simultánea; es la toma de conciencia por parte de los habitantes de un país o de una región, de que un problema de salud les interesa y que quieren enfocarlo de determinada manera.

Otras dificultades que he titulado factores extrínsecos pueden hacer que un programa funcione o fracase. El primero es que haya *disponibilidad de programas*, es decir muchos países no tienen explicitados programas de detección temprana. El nuestro muy fragmentariamente los tiene pero no definidos desde esta perspectiva, al punto tal que muchas autoridades de Salud Pública desconocen este aspecto de la detección temprana por tamizado que es diferente a la detección precoz. Otro factor que puede perturbar es que haya *limitaciones financieras o económicas*.

La asignación y la disponibilidad de recursos para esto es un prerrequisito.

La percepción pública y profesional del problema de salud es interesante, porque no hay dos lugares del mundo en los que la percepción del problema de salud sea idéntica; aun dentro de un país, cada región percibe los problemas de salud de una manera diferente.

Si la percepción es muy aguda en una ciudad de alta sofisticación y con buen nivel económico, a lo mejor es una enfermedad importante que hay que detectar. Pero en otra provincia de ese mismo país esa enfermedad puede no despertar ningún interés comunitario a la población ni a los gobernantes y, por lo tanto, tampoco al profesional. Si los médicos no perciben la necesidad de estos diagnósticos tempranos para una afección determinada, será muy difícil que una autoridad por encima del médico asistencial presiones para que se realicen.

Factores sociales que pueden impedir o favorecer son, sobre todo, el tamaño de la familia, la disponibilidad de recursos económicos y la costumbre de la comunidad.

Estadios predominantes de la enfermedad crónica y/o inaparentes en la población general. Esto tiene interés porque si en alguna sociedad predominan estadios muy avanzados de una enfermedad, este hecho tiende a ser considerado como una variante de la normalidad.

La aceptación pública de este tema de matiz y prevención. La medicina preventiva es algo difícil de deglutir. Los médicos mismos tenemos una noción muy vaga de lo que significa prevención y no la aplicamos en nosotros. La comunidad y sobre todo los países que tienen muchos altibajos de toda índole terminan quitándole valor a lo que es preventivo, desde el momento que tienen que vivir más coyunturalmente y si uno detecta eso es difícil desarrollar programas de prevención a largo plazo bajo circunstancias de esta naturaleza.

Tiene que haber resultados tangibles para la población y para la economía. Si estamos en un país que toma las cosas en serio tiene que haber resultados tangibles y además tiene que mostrarse en el dinero empleado, que la aplicación de ciertas técnicas es mejor que no aplicarlas. En cualquier lugar del mundo la Salud cuesta dinero y en cualquier parte y bajo cualquier sistema, hay que saber si uno lo quiere gastar en una cosa o en otra.

Puede haber *presiones sociales o políticas* que dificulten un programa de esta naturaleza. Es importante el grado de deterioro de la función social, que se debe a la enfermedad. Si es muy grande el daño que produce una enfermedad determinada, puede ser despreciado el individuo que la padece de modo tal que esa enfermedad es tabú y, por lo tanto, nadie va a querer que se haga un diagnóstico temprano de ella. La inversa, si no produce ningún grado de deterioro de la función social, también puede no significar un estímulo para que esta enfermedad se detecte.

Afecciones tales como la hipoacusia, miopía, retardo mental, alteraciones del lenguaje, problemas del aprendizaje, retardo del crecimiento, desnutrición, luxación de cadera, constituyen un conjunto de alteraciones de la salud de gran interés, de gran proyección para la vida adulta. No requieren gran tecnología para ser detectadas y nosotros, mal o bien y sin una programación definida, solemos buscar de una manera preclínica en nuestro país. Esto habría que consolidarlo y llevarlo adelante con un programa mucho más serio. Esto se podría, quizás, empezar.

Hay un grupo intermedio que comprende tuberculosis, hipertensión arterial en pediatría, obesidad en el niño; enfermedad venérea en la adolescencia, secuela de fiebre reumática, cardiopatía congénita, enfermedad dentaria, parasitosis. Tampoco esto sería difícil, pero fíjense que ya son muchas. Yo hablo de screening masivo a nivel nacional.

Después viene un grupo que quizás espere un futuro cercano de la Argentina, en el que figuran: ane-

mia, infección urinaria, hipotiroidismo, diabetes, fenilcetonuria y enfermedad cromosómica.

Quizás los ejemplos no son los mejores pero quise señalar que es probable que no tengamos que esperar el devenir de los años para promover esto de la manera que corresponde: interesar a las comunidades, interesar a las autoridades. Quizás tengamos que sopesar un poco por dónde conviene que empecemos, revisar algunas de las cosas que estamos haciendo, mejorarlas, aplicarles algunos de estos criterios de factibilidad que garanticen su éxito, etc. De modo tal' que esto que surge por primera vez fuera de un curso que se hizo hace unos años, pienso que es un desafío sumamente interesante. Es decir, esto, ajustado, pulido, adaptado a nuestras circunstancias presentes y a nuestro futuro inmediato, constituye un avance y es una de las formas, quizás, de contribuir por medio de actividades médico-asistenciales al gran panorama de la prevención, al cuidado de la salud y a la dinamización de ésta a través de la medicina diaria.

CONCLUSIONES

El IV Simposio de Pediatría Social organizado por la Sociedad de Pediatría y llevado a efecto en las ciudades de La Plata y Buenos Aires, entre el 25 y el 29 de abril de 1983, en relación con el tema "EL NIÑO ABANDONADO"

DECLARA QUE...

1. La situación de abandono en la niñez constituye un problema de medicina social de gran complejidad, extensión y gravedad. Sus raíces y consecuencias abarcan desde antes de la concepción para el hijo no deseado, hasta la adultez del individuo que cursó un proceso manifiesto o no de abandono real en su infancia.
2. Toda situación de abandono ocurre cuando, en forma sostenida, se limita o interfiere el crecimiento y desarrollo del niño por incompetencia de la familia, comunidad o gobierno, en el cumplimiento de sus funciones específicas destinadas a satisfacer sus necesidades psicofísicas, socioculturales y/o económicas.
3. La forma más habitual de abandono sobreviene de una perturbación de la crianza cuya gravedad varía en razón directa al período evolutivo del desarrollo infanto-juvenil en que se produce la desprotección integral.
4. Se considera al abandono efectivo intrafamiliar, un factor de carencia tan perturbador para la constitución de la personalidad y el desarrollo físico, como el abandono real con pérdida de la familia.
5. La verdadera prevención del abandono en la niñez exige la implementación de una *política social* que centre su interés en la *promoción y protección integral de la familia**. Esta política deberá contemplar aspectos económicos que aseguren el trabajo digno del jefe del hogar; aspectos educacionales atinentes a la formación, desde la escuela primaria, del rol sexual en función de una paternidad responsable y la educación para la vida familiar, y aspectos urbanísticos que prevean el acceso expedito para cada familia (en especial las urbanas del nivel socioeconómico bajo) de viviendas adecuadas para el desarrollo de una vida familiar sana y humana.
6. Se hace necesario alertar sobre una actitud abandonante de la sociedad contemporánea, que arranca de causas sociológicas inherentes a la familia urbana moderna, que proclama el individualismo y el consumismo como valores relevantes y prioritarios. Una consecuencia de ello es la desvalorización del niño en el proyecto de desarrollo que cada familia postula como meta, para la conservación o ascenso de su status social.
7. Se debe propiciar la participación solidaria de la comunidad como una acción indispensable para recrear el valor del niño y prevenir su abandono en fase primaria, así como aminorar o rehabilitar los daños del abandono definitivo.
8. Se hace necesario denunciar que, la mayoría de las veces, la familia que se disgrega y que origina el abandono en la infancia, es a su vez víctima de una sociedad que la agrede y que mina los basamentos económicos y sociales de su estructura funcional. Esta situación constituye una violación de los Derechos Humanos del Niño y su Familia.
9. Se debe considerar la deserción escolar primaria como indicador de abandono.
10. Se debe reconocer la necesidad de contemplar la capacitación laboral paralela a la escuela primaria para todos aquellos niños que lo requieran, con el objeto de que adquieran un arte u oficio que les permita incorporarse al mercado de trabajo a la edad correspondiente en condiciones satisfactorias. Un sistema de becas podría proteger a estos menores de familias carenciadas impidiendo su deserción del sistema educacional.

11. Se deben contemplar programas alternativos de menor costo y mayor rendimiento que la institucionalización, para la prevención y tratamiento de los "niños de la calle", dando prioridad a aquellos llevados a cabo con éxito en el seno mismo de las comunidades de origen.

Para que la comunidad formule e implemente medidas eficaces de solución respecto del Abandono en la Infancia, se hace indispensable que sus integrantes tomen real conciencia sobre la naturaleza, magnitud y gravedad del problema. Como aporte a la consecución de ese propósito general el IV Simposio

RECOMIENDA QUE...

A. En el corto plazo:

1. Para el tratamiento y rehabilitación de los "niños de la calle" (entre 6 y 19 años) que habiendo desertado de la escuela desarrollan trabajos inadecuados para su edad y formación moral o que practican la mendicidad, que los convierten de hecho en sostén total o parcial de familias de origen fracturadas o en crisis, se deben contemplar proyectos especiales de asistencia educacional que les permitan continuar su instrucción formal y al mismo tiempo capacitarse laboralmente. Tal trabajo de aprendizaje debiera proporcionarles algún ingreso para que, dentro de lo posible, los habilite para continuar la ayuda a su familia, la que, a su vez, deberá ser sostenida socialmente por el Estado. Este tipo de escuelas especiales con talleres remunerados deben estar, de ser posible, inmersas o cercanas a las comunidades de origen de los niños para evitar su transculturación.
2. Se considere la Educación para la Salud con énfasis en la educación para la paternidad responsable, como uno de los medios idóneos para la estructuración de la vida normal en familia.
3. Se procure que la ubicación de los niños en situación de riesgo sea realizada en grupos familiares sustitutos o, cuando esto no sea

* Tal como lo establece el artículo 14 bis de la Constitución Nacional.

- posible, en microinstituciones que les aseguren atención personalizada y continua. El objetivo deseable será prioritariamente la rehabilitación del hogar de origen o, en su defecto, el otorgamiento de la adopción, tutela o guarda, estas últimas a familiar o tercero idóneo, según las circunstancias, en el más breve tiempo posible.
4. Se hagan extensivos a todo el país los programas de subsidios tanto a las familias en riesgo de abandonar a sus hijos como a aquellas que los acojan en calidad de sustitutas.
 5. Se hagan posibles las asignaciones familiares a aquellos que no trabajen en relación de dependencia y carezcan de patrimonio o rentas que las tornen innecesarias.
 6. Se considere urgente la coordinación de actividades de los Tribunales de Menores, los organismos protectores oficiales o privados y los servicios de Salud en la asistencia del niño en riesgo de abandono. Deberá procurarse asimismo la descentralización operativa y la coordinación interinstitucional con el objeto de asegurar la eficacia de esa acción integrada.
 7. Es deseable que este funcionamiento integrado pueda ser normalizado a los efectos de que se expidan estadísticas válidas que permitan evaluar la realidad periódica del problema, tanto como auditar la eficacia de las acciones con cobertura nacional.
 8. Se creen bolsas de trabajo para contrarrestar los abandonos en los estratos inferiores de la sociedad, imputables a falencia económica de la familia.
 9. Se haga adecuado y efectivo uso del control que compete a los órganos oficiales sobre las instituciones privadas que alberguen menores.
 10. Se establezcan planes que permitan atender psicoterapéuticamente a los abandonados internados y, a través de programas educativos, facilitar su reinserción en la vida normal.
 11. Se facilite y acelere la gestión sociojurídica del proceso de adopción con el objeto de disminuir al máximo los efectos psicológicos dañinos para el niño y la familia adoptante que conlleva la incertidumbre de su resultado.
 12. A los efectos de lograr una mayor eficacia en lo referente a la protección integral del menor abandonado resulta indispensable crear Tribunales de Menores en la Capital Federal y en aquellas provincias donde no existen, e incrementar su número donde ya los hay de acuerdo con la densidad demográfica revelada en el censo de 1980.
 13. Se promueva la adopción para lograr la auténtica aceptación de una comunidad cabalmente instruida sobre sus fines protectores y consecuencias jurídicas.
 14. Se combatan los procedimientos ilegítimos para lograr la tenencia de menores y las inscripciones ilegales de nacimiento. Para ello se aconseja ejercitar el debido control por parte de los órganos competentes sobre los lugares donde pueden producirse.
 15. Se flexibilice la coordinación entre los estados provinciales o entre el estado nacional y las provincias con el objeto de abrir nuevas posibilidades en la detección de menores huérfanos o abandonados que puedan ser objeto de adopción.
 16. Se propicie un Plan Nacional de Prevención del Abandono que se difunda a través de los servicios educativos, protectores y de salud, así como en los centros de reunión habituales de la Comunidad (clubes, sociedades de fomento) y que se halle inspirado en la educación de la población para una vida familiar sana y la paternidad responsable.
 17. Se propicie una revisión terminológica de los sectores social, judicial y de salud destinada a unificar conceptos en el ámbito de la infancia abandonada que facilite la comprensión y el trabajo interdisciplinario del problema.
 18. Se promuevan investigaciones multidisciplinarias sobre aspectos de interés específico de la problemática del abandono en la infancia.
 19. Se normaticen las estadísticas con conceptos unívocos para mejorar el registro de información en establecimientos donde se asiste al niño en riesgo de abandono.
- B. En el mediano plazo:**
1. Se legisle para que el Estado proteja la crianza del menor asegurando la permanencia del niño junto a su madre hasta los 6 meses de edad en el seno del hogar, mediante aportes económicos satisfactorios y la conservación del empleo a la mujer trabajadora.
 2. Se creen Centros Piloto en el seno de las comunidades representativas de distintos estratos sociales, para estudiar la naturaleza de la problemática del abandono así como el desarrollo de nuevas estrategias de solución.
 3. Estos Centros podrían, a la vez, servir para el tratamiento psicosocial oportuno de las situaciones de abandono de hecho.
 4. Se propicie la creación de jardines maternales lo más cercanos posibles al hogar de residencia de las madres trabajadoras.
 5. Se requiera de las autoridades que aseguren el cumplimiento de la última parte del art. 179 de la ley 20744 modificada por ley 21297, que prescribe la obligación del empleador de habilitar salas maternales y guarderías para niños en los establecimientos donde preste servicios un número mínimo de trabajadoras, que determina la reglamentación. Petición para que dicha reglamentación se haga efectiva y sea adecuadamente controlada.
 6. Se propicie la creación de especialidades de postgrado con enfoque protectoral en aquellas profesiones que abordan la problemática.
 7. Se llame la atención sobre el problema de la madre soltera y la abandonada propiciando la adopción de medidas que garanticen su legítimo derecho al hijo. Para ello se aconseja el establecimiento de normas que les aseguren los beneficios de la seguridad social así como la implementación de programas que permitan apoyarlas en la orientación y posterior colocación laboral, tanto como guiarlas en la aceptación de su situación y asunción de las pertinentes responsabilidades.
- En el marco del Sistema de Servicios de Salud Pediátrica, incluida la participación de la Sociedad Argentina de Pediatría
- SE ACONSEJA...
1. Prestar especial atención a los menores en situación de abandono forzado, fruto de una patología social que requiere un enfoque multidisciplinario y la canalización de las necesidades de las familias afectadas, a través de los servicios sociales de las instituciones que sean pertinentes, con el objeto de rehabilitarlas y reinserterlas en su comunidad de pertenencia.
 2. Mentalizar en el personal del equipo de salud la magnitud del problema de abandono en la infancia así como los factores de riesgo que están involucrados en su génesis.
 3. Evitar en los servicios de salud las rupturas temporarias del vínculo madre-hijo.
 4. Implementar en la Sociedad Argentina de Pediatría un proceso

de Educación Continua que atienda el problema de la Familia y el Niño Abandonado.

5. Aprovechar la cobertura de la atención prenatal en las instituciones de salud para detectar, ponderar y neutralizar los factores de riesgo de abandono.
6. Detectar la probabilidad de abandono en el Consultorio Externo de Ginecoobstetricia, salas de partos y/o alojamiento conjunto para darle asistencia preventiva en forma inmediata y/o alertar a los organismos administrativos o jurisdiccionales de protección.

DETECCION PRECOZ

CONCLUSIONES

Una técnica valiosa en la detección temprana de las enfermedades

es la pesquisa o rastreo masivo en grupos de población con el objetivo de separar de los niños presuntamente sanos aquellos que están enfermos o son portadores de enfermedades no manifiestas aún.

Estas técnicas corresponden a la prevención secundaria, complemento de una correcta atención médica primaria y deben ajustarse a criterios básicos para su utilización:

-La enfermedad pesquisada en forma masiva debe ser severa en sus consecuencias y debe disponerse de un tratamiento, que instituido oportunamente, modifique favorablemente su evolución.

-También la prevalencia de la enfermedad debe considerarse ya que a mayor incidencia es menor el costo de detección del paciente individualmente.

-La técnica en sí debe ser aceptable, tanto por familia y comuni-

dad, como por equipo de salud en base a características de simplicidad, benignidad, sencillez y bajo costo. del método que debe ser de alta especificidad y sensibilidad.

-Es imprescindible que la relación costo/beneficio de la aplicación de la técnica sea razonable para la comunidad.

A fin de que los recursos disponibles en salud sean empleados adecuadamente, la SAP como organismo rector de la actividad pediátrica debe estudiar y normatizar estas técnicas, evaluando patologías pasibles de ser pesquisadas masivamente en niveles nacionales, regionales o en grupos de población seleccionados por estar más expuestos a riesgo y determinar prioridades en base a los criterios anteriormente expuestos y a las prioridades nacionales en materia de salud pediátrica.