

ATENCIÓN PRIMARIA Y PAUTAS PATOLÓGICAS EN UN ÁREA RURAL DEL CHACO ARGENTINO¹

Mary T. Brett²

En 1979-1980 se llevó a cabo un estudio informal para definir las pautas patológicas prevalentes entre los pacientes de una clínica misionera en la región del Chaco, situada en el norte de Argentina; este artículo presenta los resultados de dicho estudio.

Introducción

Se ha publicado muy poca información acerca de las pautas patológicas y la distribución de atención primaria en la región del Chaco, al norte de Argentina. Precisamente en este trabajo se describe la forma de vivir de una comunidad rural compuesta de indígenas, criollos y mestizos en el Chaco; se informa acerca del programa de atención primaria en la región y se presentan los resultados de un estudio realizado acerca de las pautas patológicas que prevalecen entre los pacientes externos de una clínica rural. El objetivo del estudio fue documentar los problemas de salud de la comunidad. Se realizó un estudio descriptivo pues no fue posible llevar a cabo análisis estadísticos formales a causa de lo limitado de los recursos disponibles.

La región y su población

El Gran Chaco (figura 1) abarca parte del norte de Argentina, Bolivia y Para-

guay; se trata de una región más o menos rectangular que comprende aproximadamente 1 500 km a lo largo de un eje norte sur y 650 km a lo largo de un eje este oeste. Los Andes constituyen la frontera occidental de la región, que incluye partes de dos ríos paralelos, el Pilcomayo y el Bermejo.

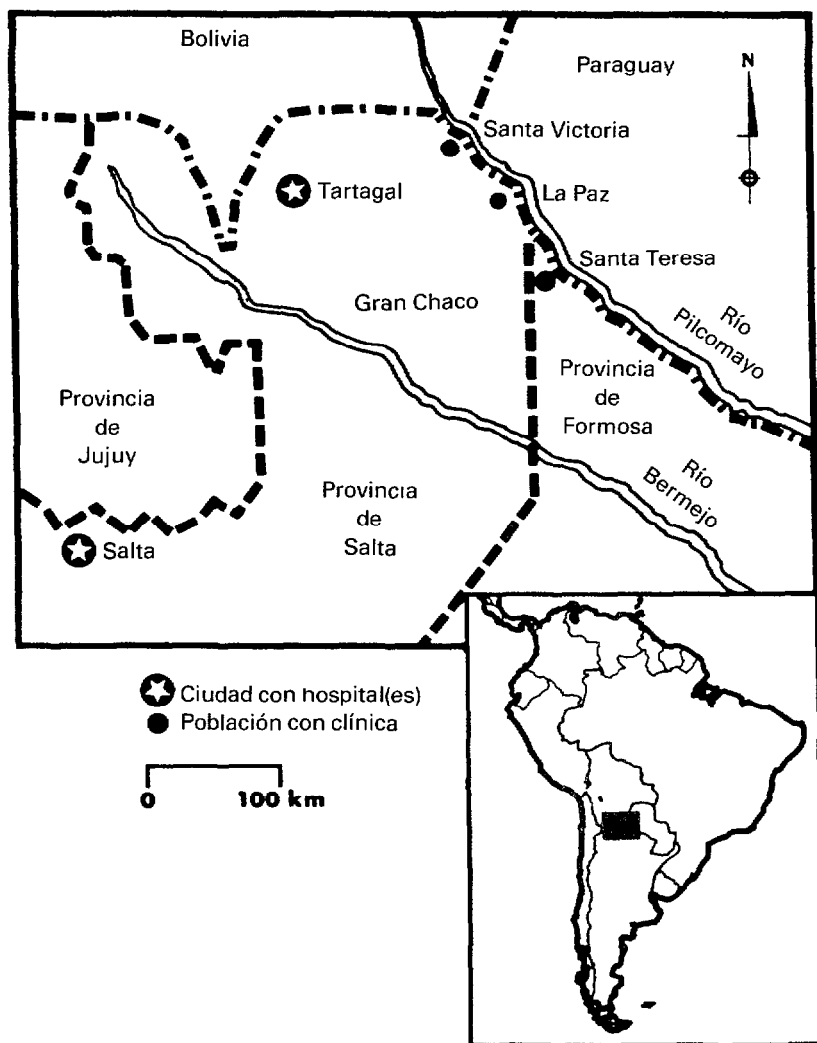
El Chaco, que cuenta con una vegetación de chaparrales y pequeños bosques, es el hogar de unos 50 000 indígenas que pertenecen a nueve grupos tribales diferentes; obligados a refugiarse en este territorio inhospitalario por las guerras del pasado, en la actualidad los indígenas viven agrupados en pequeños asentamientos (1). Además, familias de criollos (personas de ascendencia europea) y de mestizos (de ascendencia europea e indígena), habitan pequeñas explotaciones agrícolas, diseminadas por toda la región. Estos dos últimos grupos poseen formas de vida semejantes; los mestizos se parecen físicamente a los indígenas.

Por tradición los indígenas del Chaco son fundamentalmente cazadores nómadas, pescadores y recolectores, que se ocupan muy poco de la agricultura (2); su dieta consiste sobre todo en peces de río, semillas de algarrobo y diversos frutos silvestres que recolectan de acuerdo con las estaciones. Como la tierra se ha vuelto más

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* 18(2):115-126, 1984.

² Sociedad Misionera de América del Sur. Dirección postal: Department of Pathology, Richardson Laboratory, Queen's University, Kingston, Ontario K1L 3N6, Canadá.

FIGURA 1—Mapa de una parte de la región del Chaco, con la clínica de La Paz ubicada en la provincia argentina de Salta.



árida y la población ha crecido, la vida se ha tornado cada vez más difícil; algunas familias indígenas obtienen un pequeño ingreso trabajando ocasionalmente en poblaciones distintas o vendiendo pescado y productos hechos a mano.

Las condiciones de vivienda y abastecimiento de agua son inadecuadas en la mayor parte de las comunidades indígenas. La choza tradicional de matorrales brinda escasa protección contra las tormentas de

arena o las lluvias fuertes y, por lo general, sus paredes dan refugio a las vinchucas, chinches del género triatoma, que son vectores de la enfermedad de Chagas (en algunas poblaciones se han ido construyendo casas de adobe con tejados de metal). Una gran cantidad de comunidades indígenas y asentamientos criollos no cuentan con un suministro de agua potable ni con un sistema de eliminación de aguas negras; por el contrario, el agua contaminada del río se

emplea para satisfacer todas las necesidades diarias de la población.

La mayor parte de los criollos y mestizos que tienen pequeñas explotaciones agrícolas son más prósperos que los indígenas; viven en casas de adobe y suelen viajar con mayor frecuencia a las poblaciones vecinas. La venta de ganado y de pieles de animales les suministra un ingreso y en muchas granjas se cultiva maíz; la dieta básica de la mayoría de las familias consiste en carne de cabra, pan y pasta.

En algunas poblaciones del Chaco, el gobierno provincial ha financiado la construcción de pequeñas escuelas a las que asisten niños indígenas, mestizos y criollos; el personal docente está constituido por maestros argentinos de habla española y solo se brinda educación primaria.

En 1979-1980, la autora de este trabajo se encontraba asignada a la población indígena de La Paz (figura 1) en la provincia argentina de Salta; el poblado está situado en un área cálida, seca y polvorienta de una región de matorrales a orillas del río Pilcomayo. Casi todos los indígenas de La Paz y de las comunidades circundantes pertenecen a la tribu de los matacos; los demás son chorotes, chunupis o bien tobas; aunque cada tribu posee su propia lengua, cada vez se habla más español, que sirve de lengua común.

Atención primaria

Unos cuantos dispensarios y pequeñas clínicas, así como trabajadores polivalentes de salud, que han sido introducidos en el área en los últimos años, brindan atención primaria de salud en la parte del Chaco que corresponde al norte de Argentina. Antes de 1960 no se disponía de servicios de atención primaria en la región de La Paz; en aquel entonces la Iglesia Anglicana del norte de Argentina inició un programa de progreso social que incluía actividades médicas y agrícolas.

Los objetivos del programa comprendían el suministro de agua potable más limpia y el mejoramiento de la nutrición mediante el fomento del cultivo de frutas y verduras. Entre las actividades médicas a las que se les concedió especial importancia cabe mencionar la vacunación, el tratamiento de enfermedades contagiosas (en especial la tuberculosis) y la educación sanitaria. Por encima de todo, el aspecto médico del programa tenía el objetivo de capacitar al personal local como trabajadores de atención primaria de las poblaciones indígenas y de los asentamientos criollos y, al mismo tiempo, de alentar al gobierno provincial a suministrar servicios de salud, de tal manera que llegara un momento en que dejaran de necesitarse el personal médico y los recursos financieros de la misión.

En 1970 se edificó una clínica de adobe; la instalación constaba de una sala de servicios generales, un consultorio médico, un consultorio odontológico, una unidad de maternidad de tres camas y una pequeña farmacia; un laboratorio independiente contaba con un microscopio, que se usaba fundamentalmente para diagnosticar tuberculosis mediante esputos y para efectuar la prueba de Huddleson de la brucelosis. El urianálisis se llevaba a cabo con Multistix (tiras plásticas de prueba que contienen zonas de diversos reactivos químicos); periódicamente se enviaban a un laboratorio de Salta, la capital de la provincia, frotis cervicales y cultivos de esputos (para el análisis de cáncer cervical y la detección de bacilos de tuberculosis).

La clínica suministraba principalmente servicios a pacientes externos, aunque se admitían algunos casos de maternidad; la mayor parte de los pacientes eran residentes de La Paz y de poblaciones cercanas, aunque algunos viajaban grandes distancia a pie, en bicicleta o a caballo — algunos incluso llegaban de Paraguay, cruzando el río — para recibir atención médica. En to-

tal, la clínica atendía una zona de aproximadamente 5 000 km², con una población de alrededor de 4 000 indígenas y 1 000 criollos y mestizos. El hospital más cercano se encontraba a unos 200 km, en la ciudad de Tartagal, y el viaje para llegar a ella por caminos polvorientos requería por lo menos de cinco a siete horas en camión; por eso en ocasiones se utilizaba una "ambulancia" aérea, que era solicitada por una red de transmisión de radio de la misión y enviada por el Ministerio de Salud de Salta, para transferir los casos de emergencia al hospital de Salta.

El personal de salud que trabajaba en la localidad atendía a la mayor parte de los pacientes en la clínica, aunque también realizaba algunas visitas domiciliarias y en ocasiones visitaba otras poblaciones (en estos viajes se llevaban botiquines con los medicamentos que se administraban con más frecuencia). Además, parte de su trabajo preventivo incluía dar clases regularmente en la escuela de La Paz acerca de los principios básicos de salud e higiene.

Cuando se escribió este artículo (octubre de 1983) se habían cumplido parcialmente las metas de este programa de atención primaria; la mortalidad infantil causada por enfermedades prevenibles mediante vacunación había disminuido drásticamente. Si bien muchas poblaciones todavía carecen de un suministro adecuado de agua descontaminada, en algunas de ellas se dispone de agua potable limpia mediante pozos. A partir de 1970 se ha integrado gradualmente personal médico argentino a un servicio de salud, suministrado por el gobierno provincial— hecho que permitió que el personal médico de la misión (un médico, una enfermera partera y un dentista) abandonara la zona en 1981— y se han creado dispensarios en diversas poblaciones, cada uno de los cuales cuenta con una enfermera auxiliar pagada por el gobierno. Por otra parte, desde principios del decenio de 1970 existe una pequeña clínica en Santa Victoria, entre La Paz y

Tartagal, que cuenta con dos médicos argentinos. Por último, el Programa Nacional de Salud Rural ya llegó al Chaco y, desde 1975, este programa suministra servicios de atención primaria mediante promotores polivalentes de salud.

En Argentina se han fomentado durante los últimos años las actividades de salud rural a través de los servicios de estos trabajadores polivalentes de salud, que son miembros de las comunidades en las que prestan servicios (3). Durante el período abarcado por este estudio (junio 1979 a mayo 1980) 12 de tales promotores fueron supervisados por médicos de la clínica de Santa Victoria; los trabajadores o agentes de salud asistieron a un curso inicial de adiestramiento en un centro de salud más grande y su preparación ha continuado por medio de cursos intermitentes de perfeccionamiento.

Dos de los trabajadores de salud eran indígenas que vivían en La Paz y viajaban en bicicleta a las poblaciones circundantes y a las pequeñas explotaciones agrícolas; su trabajo preventivo de atención primaria incluía actividades de salud materno-infantil, vigilancia de las enfermedades y educación sanitaria.

Gracias a su labor prácticamente todos los niños del área han sido inmunizados contra la tos ferina, poliomielitis, sarampión, difteria, tétanos y tuberculosis; posteriormente se dieron dosis de refuerzo contra las tres últimas enfermedades mencionadas. Asimismo a todas las mujeres embarazadas se las inmunizó contra el tétanos y la difteria; las vacunas se conservaban en refrigeración en la clínica de La Paz y se transportaban en cajas aislantes.

Los trabajadores de salud también registraban periódicamente el peso y la estatura de todos los niños de hasta dos años de edad; a los que presentaban un desarrollo inadecuado se los refería a la clínica para que les practicaran un examen médico y, si era necesario, se les daba diariamente un suplemento alimenticio. Durante las visitas

mensuales, los trabajadores de salud brindaban educación sobre higiene y distribuían leche en polvo a los niños de menos de dos años de edad, a las mujeres embarazadas y a todos los enfermos de tuberculosis; además informaban con todo detalle al personal médico de la clínica acerca de las condiciones de todos los pacientes que, según ellos, requerían tratamiento médico (a menudo un medicamento sencillo era suficiente y, por ende, no era necesario que el paciente viajara a la clínica). Los trabajadores distribuían medicamentos a los enfermos de tuberculosis y periódicamente tomaban muestras de sus esputos, que enviaban al laboratorio de la clínica para que las examinaran con el microscopio; también se examinaban los esputos de todas las personas que tenían contacto con los casos nuevos.

Materiales y métodos

La información relativa al estudio que se presenta en este artículo se recopiló del 1 de junio de 1979 al 31 de mayo de 1980, exceptuados diversos períodos cortos en los que el médico responsable no se encontraba en el área de La Paz. La información se reunió de pacientes que asistían a la clínica de La Paz (incluidos algunos paraguayos), de pacientes atendidos durante las visitas domiciliarias y de pacientes atendidos durante los viajes realizados a las poblaciones vecinas. Además de las notas clínicas acerca de cada uno de los pacientes se obtuvo información de los formularios de las consultas, que registraban el nombre, edad, sexo y lugar de residencia del paciente; la fecha de la consulta, el diagnóstico y si la consulta en cuestión era la primera visita o ya había habido algunas visitas anteriores para tratar el mismo problema.

Los pacientes se dividieron en dos grupos, indígenas y criollos (en realidad, criollos y mestizos) para los fines del análisis; a los criollos y mestizos se los incluyó en un mismo grupo por las semejanzas en

su forma de vivir y porque con frecuencia resultaba imposible distinguir entre los miembros de los dos grupos; para abreviar, en lo sucesivo se llamará "criollos" a los miembros de este grupo combinado.

La información relativa a los indígenas y a los criollos se evaluó en forma independiente con el fin de determinar si había alguna diferencia en los problemas de salud de estos dos grupos.

Los diagnósticos de los pacientes se agruparon en las siguientes categorías: enfermedades respiratorias; enfermedades gastrointestinales; infecciones de la piel; obstetricia, ginecología o infecciones genitourinarias; padecimientos osteomusculares y "otras afecciones", incluidas las infecciones sistémicas. Los diagnósticos empleados se basaron en las historias clínicas de los pacientes y en los exámenes practicados, más que en la información suministrada por el laboratorio, ya que se llevaron a cabo pocas investigaciones de laboratorio. En caso de que a un paciente se le diagnosticara más de una enfermedad, cada una de ellas se registraba como un diagnóstico independiente.

Resultados

A cierto número de indígenas y criollos se les dieron consultas iniciales y de seguimiento, y naturalmente los diagnósticos correspondientes (cuadro 1); durante la consulta inicial, a 50 indígenas (4%) y a 40 criollos (7%) se les efectuó más de un diagnóstico. El número de visitas de seguimiento dependía de una gran cantidad de factores, que incluían el lugar de residencia y la motivación del paciente, así como la gravedad o carácter crónico del problema de salud.

En cuanto a la distribución porcentual—por edad, grupo racial y sexo—de los pacientes que se presentaban por primera vez con un problema de salud (figura 2) cabe mencionar que, al usar estas consultas iniciales como base para el aná-

CUADRO 1—Número de indígenas y de criollos que fueron atendidos por el personal de la clínica de La Paz en consultas iniciales y de seguimiento, y el número de diagnósticos efectuados. La población total del área en cuestión era aproximadamente de 4 000 indígenas y 1 000 criollos.

	Indígenas		Criollos		Total	
	Nº de pacientes	Nº de diagnósticos	Nº de pacientes	Nº de diagnósticos	Nº de pacientes	Nº de diagnósticos
Visitas iniciales	1 157	1 207	608	648	1 765	1 855
Visitas de seguimiento	619	735	218	297	837	1 032
Total	1 776	1 942	826	945	2 602	2 887

lisis, sin incluir las consultas de seguimiento, se evitan los sesgos de doble conteo, inherentes al empleo del número total de consultas. En total se atendió a más mujeres que hombres en el grupo de edad de 15 a 39 años; esta diferencia, aplicable tanto a los indígenas como a los criollos, podría atribuirse en gran medida al número de pacientes prenatales (en total, el 14,8% de las consultas iniciales de los indígenas y el 16,5% de las de los criollos se clasificaron dentro del grupo de obstetricia, ginecología o infecciones genitourinarias (figura 3); la mayor parte de los pacientes de este grupo eran pacientes prenatales).

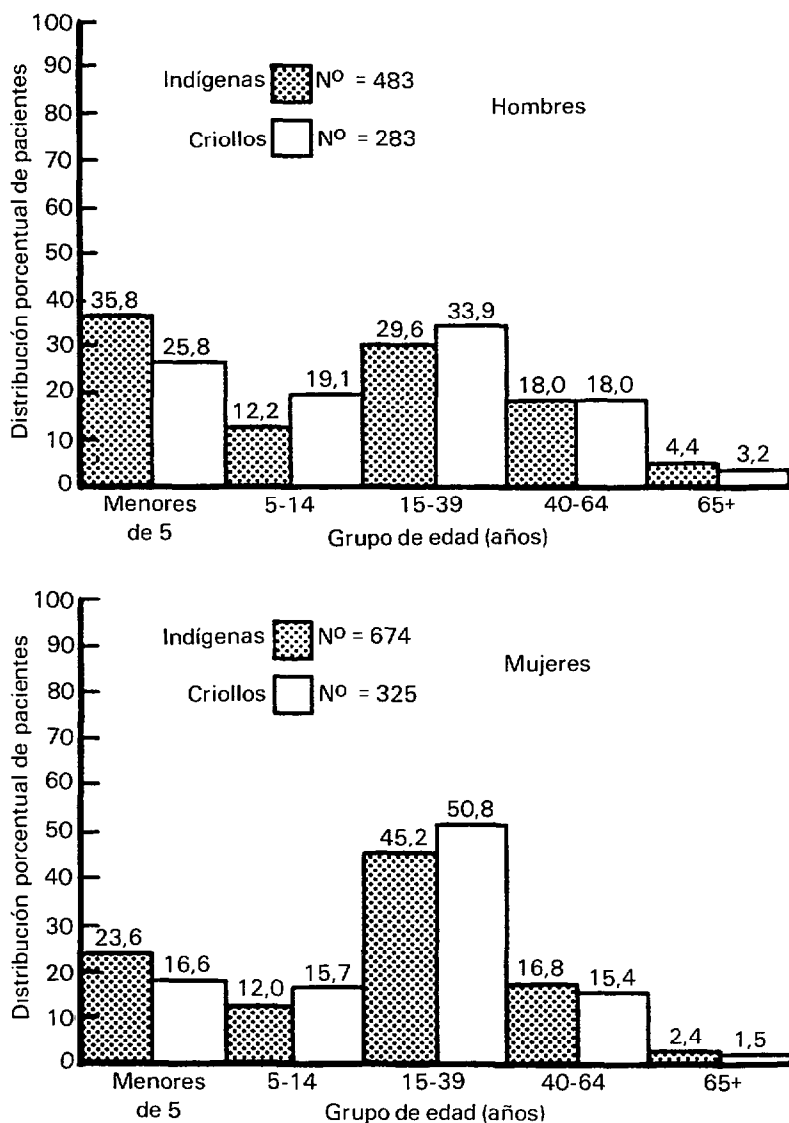
Asimismo las enfermedades respiratorias representaban la mayoría de las consultas (figura 3); cerca de la mitad de estos casos (44%) se presentaron en niños de menos de 10 años de edad, la mayor parte de los cuales padecía infecciones agudas o tos grave; no obstante es preciso observar que la clínica era el centro social de la población, que madres e hijos tendían a reunirse ahí y que la tos con escasa o ninguna prueba de infección respiratoria era un síntoma bastante frecuente en los pequeños. Por otra parte los niños indígenas de menos de cinco años de edad representaban una mayor proporción de pacientes en su grupo racial que los niños criollos de menos de cinco años de edad (figura 2), lo que tal vez refleja el hecho de que los indígenas que vivían en La Paz tenían más acceso a la clínica.

También es preciso observar que el gran

grupo de pacientes con enfermedades respiratorias incluye a todos los pacientes con tuberculosis (figura 3). Prácticamente todos estos pacientes eran indígenas y se los examinaba en forma regular. Los primeros medicamentos que se utilizaron fueron estreptomycin, isoniazida y etambutol; la terapia se abandonaba después de 18 meses si los esputos de los pacientes dejaban de presentar bacilos de tuberculosis. Al comenzar el estudio, 96 pacientes estaban bajo tratamiento.

En cuanto a las enfermedades gastrointestinales, una gran parte de los pacientes indígenas y criollos padecían diarrea crónica, causada con frecuencia por parásitos intestinales; como rara vez se conocía al agente causante, primero se prescribían medicamentos antihelmínticos de amplio espectro, que por lo general resultaban eficaces, pero si los síntomas persistían se administraban fármacos más específicos para combatir *Giardia*, *Amoeba*, *Ancylostoma*, *Enterobius* o *Taenia*. Casi siempre el tratamiento de la diarrea se solicitaba fundamentalmente para niños pequeños, en especial durante ataques de diarrea aguda. En los alrededores de La Paz se previno con eficacia la deshidratación de los pacientes con diarrea aguda haciendo que las madres dieran a los niños cantidades abundantes de agua hervida suministrada por la clínica; al agua se agregaban pequeñas cantidades de azúcar y sal. Solo seis niños indígenas necesitaron complementos alimenticios diarios a causa de su estado de desnutrición.

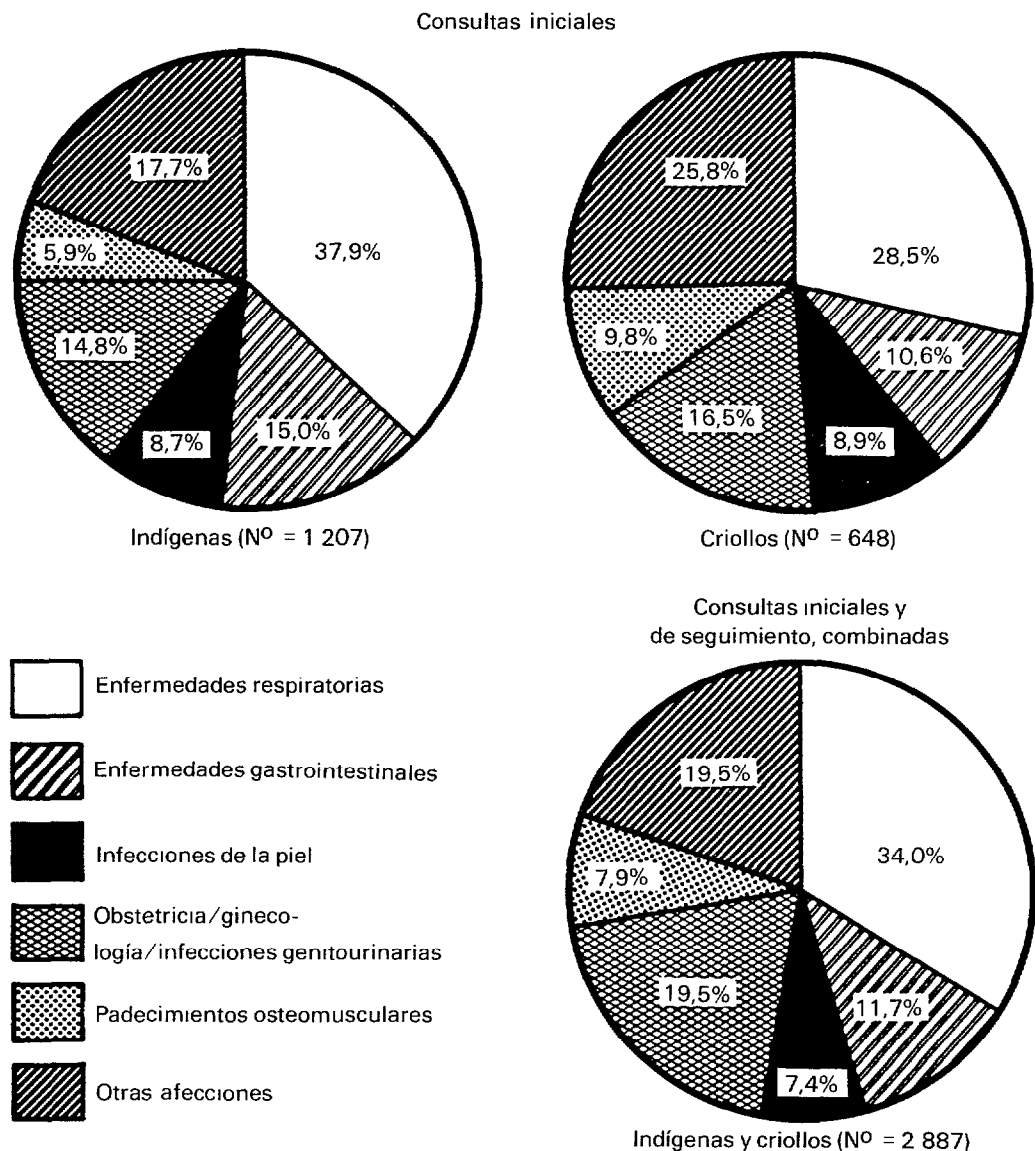
FIGURA 2—Distribución por edad de los pacientes masculinos y femeninos, atendidos por primera vez por miembros del personal de la clínica de La Paz durante el período abarcado por el estudio, según grupo racial.



Como se mencionó anteriormente el tercer grupo en importancia de pacientes (que incluía diagnósticos de "obstetricia, ginecología o infecciones genitourinarias") estaba formado principalmente por casos prenatales; los demás pacientes de este grupo eran mujeres que solicitaban servicios de planificación familiar y algunos pa-

cientes de ambos sexos con infecciones genitourinarias. El personal de la clínica atendió 52 partos durante el período de 12 meses que abarcó el estudio; el peso al nacer varió entre 2 200 g y 4 400 g; sorprendentemente, hubo muy pocas complicaciones obstétricas, en especial entre las mujeres indígenas, que en muy raras oca-

FIGURA 3—Afecciones diagnosticadas entre los pacientes atendidos por miembros del personal de la clínica de La Paz durante el periodo abarcado por el estudio, de acuerdo con la información obtenida de los registros del médico de la clínica.



siones necesitaron episiotomías. La mayor parte de las mujeres llegaba a la clínica en un estado avanzado de trabajo de parto y permanecían en ella menos de 24 horas. Había una gran demanda de métodos de control de la natalidad y por lo general se consideraban aceptables las espirales

intrauterinas anticonceptivas y la píldora combinada (que contiene estrógeno y progesterona).

Las infecciones de la piel, en particular la pediculosis capitis en niños y la sarna, eran muy frecuentes en el área, aunque muy pocos pacientes buscaban tratamien-

to (véase en la figura 3 que solo el 7,4% de todas las consultas fueron por enfermedades de la piel, aunque la prevalencia de estas infecciones parecía mucho mayor); las infecciones de sarna en niños pequeños por lo general se encontraban muy extendidas por el cuerpo y en ocasiones se presentaba una infección bacteriana secundaria. En tales casos resultó eficaz la aplicación de antibióticos como la penicilina o la ampicilina, aunados a una terapia específica contra la sarna. Sin embargo a menudo la infección recurría a causa de las dificultades experimentadas para erradicar al parásito de los vestidos y ropa de cama.

Los padecimientos osteomusculares incluían mialgia, dolor en la parte baja de la espalda y artritis (tanto artritis reumatoide como osteoartritis, de acuerdo con criterios clínicos). Se presentaron asimismo algunos casos de traumatismos con fracturas, la mayor parte de los cuales se enviaron a los hospitales de Tartagal o Salta para efectuar radiografías y dar tratamiento.

Bajo "otras afecciones" diagnosticadas figuraban algunas enfermedades infecciosas (incluidas brucelosis, enfermedad de Chagas, fiebre reumática y hepatitis), afecciones de los sistemas nervioso y cardiovascular, cáncer, obesidad y diabetes mellitus. De las enfermedades infecciosas correspondientes a esta categoría, la brucelosis era bastante común en la región, en especial entre los criollos, ya que la infección se adquiría fundamentalmente a través de las cabras. Se diagnosticaron también algunos casos de enfermedad de Chagas aguda; en ocasiones se enviaban muestras de sangre a la capital de la provincia para investigar otros tipos de afecciones y normalmente se incluía un ensayo de la enfermedad de Chagas en las investigaciones. En la mayor parte de los casos los resultados de este ensayo eran positivos, lo cual indicaba que muchas personas eran portadores asintomáticos de *Trypanosoma cruzi*, agente de la enfermedad de Chagas.

Se detectaron algunos casos de fiebre reu-

mática con endocarditis; a los pacientes que presentaban esta condición se les prescribía un tratamiento de inyecciones mensuales de penicilina profiláctica hasta los 18 años de edad, de acuerdo con la política provincial de salud. Además se diagnosticaron unos cuantos casos de hepatitis infecciosa; las enfermedades "tropicales" infecciosas eran muy raras, aunque se registraron un caso de blastomicosis pulmonar, uno de leishmaniasis y uno de dracunculosis (todos con el diagnóstico previo del hospital). No se diagnosticó ningún caso de malaria, fiebre amarilla, esquistosomiasis ni lepra.

No eran frecuentes los padecimientos de los sistemas nervioso o cardiovascular; el síntoma más común era dolor de cabeza no asociado. Dos pacientes con epilepsia tomaban anticonvulsivos. Unos cuantos criollos padecían hipertensión sistémica.

La obesidad era bastante común entre los criollos, cuya dieta consistía principalmente en carne de cabra, pan y pasta; una mujer obesa tenía diabetes mellitus. Durante el tiempo que duró el estudio solo se observaron siete casos de enfermedades malignas (tres carcinomas de pene, dos carcinomas cervicales, un carcinoma de la piel del rostro y un sarcoma del brazo); excepto uno, todos habían sido diagnosticados con anterioridad. Algunas familias criollas solicitaban periódicamente exámenes médicos, que se incluyeron también en la categoría de "otras afecciones".

El hecho de que se detectara solo un caso de tétanos de un recién nacido procedente de Paraguay, y ninguno de sarampión, tos ferina, difteria ni poliomielitis, demostró la eficacia del programa de inmunización. En cuanto a la longevidad, muchas personas de la zona alcanzaban los 60 ó 70 años de edad, e incluso más (si bien fue imposible confirmarlo ya que no se expedían certificados de nacimiento). Durante el tiempo que duró la investigación se produjeron 12 muertes (cinco niños y siete adultos), la mayor parte de las cuales se debieron a infecciones; se desco-

noce el número de muertes acaecidas en las comunidades aisladas de las cercanías durante el mismo período.

El estudio solo mostró diferencias insignificantes entre los indígenas y los criollos en cuanto a muchos de los problemas de salud (figura 3). No obstante prácticamente todos los pacientes con tuberculosis eran indígenas y la mayoría de los casos de brucelosis (por las razones mencionadas anteriormente) se presentaron entre los criollos; los pocos pacientes que padecían hipertensión sistémica eran criollos. Por otra parte la obesidad era mucho más frecuente y los padecimientos osteomusculares un poco más frecuentes en los criollos que en los indígenas.

Discusión

Las enfermedades transmisibles continúan siendo un importante problema de salud en Argentina (3), y gran parte del alto índice de mortalidad que impera en algunas regiones se debe a enfermedades que se pueden prevenir por medio de la vacunación. Se dispone de cifras relativas al número de casos anuales informados de 12 enfermedades transmisibles (4), aunque hay muy poca información acerca de la distribución de los casos de enfermedades. En años recientes se ha analizado la incidencia del tétanos en cada provincia (5) y se ha informado de una encuesta serológica de la enfermedad de Chagas, efectuada en una parte de la provincia de Corrientes (6).

En cuanto a las zonas cercanas al área en la que se practicó el estudio, una encuesta médica efectuada en un grupo de indígenas lengua del Chaco paraguayo (7) dio a conocer que el 20% padecía de tos con expectoraciones, incluido 8% con tuberculosis comprobada mediante análisis de esputos. En el 18% de los habitantes se observaron parásitos intestinales (*Ancylostoma*, *Strongyloides*, *Trichuris* y *Ascaris*).

Las principales causas de fallecimiento en niños pequeños eran sarampión, diarrea, tuberculosis y tos ferina.

En lo que se refiere al área de estudio en sí misma, muchas comunidades que pertenecen a ella todavía no cuentan con un suministro adecuado de agua potable y la mayoría no posee un sistema de eliminación de aguas negras. Son comunes las enfermedades diarreicas y las parasitosis intestinales; en muchos casos de diarrea aguda ha resultado eficaz la rehidratación oral, aunque esta solo se ha podido llevar a cabo en las inmediaciones de la clínica. Es necesario crear instalaciones sanitarias básicas, en esta zona y también en toda la región del Chaco.

La mayor parte de las comunidades del Chaco argentino no tienen fácil acceso a los servicios de atención de la salud. Promotores polivalentes de salud se encargan de realizar una buena porción de las actividades de salud rural; también hay unas cuantas enfermeras auxiliares que trabajan en dispensarios de las poblaciones y algunos médicos en pequeñas clínicas. El gobierno provincial paga a todo este personal médico. Para cubrir un fragmento mayor de la población se está capacitando a una cantidad considerable de trabajadores de salud para que atiendan a sus propias comunidades. Una de las principales metas del programa rural de salud que es responsable de sus actividades consiste en combatir las enfermedades transmisibles (3). En general hoy en día se fomentan en todo el país las actividades de los promotores de salud y gradualmente se está logrando llegar a un sector cada vez mayor de habitantes.

Resumen

Del 1 de junio de 1979 al 31 de mayo de 1980 se efectuó un estudio con el fin de definir las pautas patológicas de los habitantes indígenas y de otros habitantes, que recibían los servicios de una clínica misionera en una población del Chaco del norte de Argentina

llamada La Paz. El estudio, basado en el contenido de los formularios de las consultas y en las notas clínicas acerca de cada uno de los pacientes, agrupó las afecciones diagnosticadas en enfermedades respiratorias; enfermedades gastrointestinales; obstetricia, ginecología e infecciones genitourinarias; infecciones de la piel; afecciones osteomusculares, y otras afecciones. Con objeto de efectuar una comparación se consideró a los criollos (residentes de ascendencia europea) y a los mestizos como un grupo, y a los indígenas como otro grupo.

Los resultados indicaron que las enfermedades respiratorias representaban el grupo individual más grande de afecciones diagnosticadas; si bien gran parte de las infecciones responsables de estas enfermedades eran de menor importancia, esta categoría también incluía un número importante de casos de tuberculosis, que afectaba casi en su totalidad a los indígenas. Los padecimientos gastrointestinales representaban otro grupo importante de diagnósticos; la mayor parte de estos incluían diarrea crónica, que en muchos casos se podía atribuir a parásitos intestinales. No obstante en general el tratamiento de la diarrea se solicitaba para niños pequeños, en especial durante ataques agudos de la enfermedad. El tercer grupo de diagnósticos en orden de importancia era el correspondiente a "obstetricia, ginecología o infecciones genitourinarias". La mayoría de los pacientes incluidos en esta categoría eran pacientes prenatales y casi todos los demás eran mujeres que estaban interesadas en obtener servicios de planificación familiar. En el área de estudio eran comunes las infecciones leves de la piel, en especial la pediculosis capitis y la sarna, aunque relativamente pocos pacientes buscaban tratamien-

to para estos problemas. Los padecimientos osteomusculares incluían casos de mialgia, dolor en la parte baja de la espalda, artritis y unas cuantas fracturas. Otras condiciones diagnosticadas comprendían algunos casos de ciertas enfermedades infecciosas (en especial brucelosis, enfermedad de Chagas, fiebre reumática y hepatitis), unos cuantos casos de hipertensión entre los criollos, dos casos de epilepsia, siete casos de cáncer (seis de los cuales habían sido diagnosticados con anterioridad), y un caso de diabetes mellitus. No hubo casos de malaria, fiebre amarilla, esquistosomiasis ni lepra.

El hecho de que durante el tiempo que duró el estudio no se diagnosticara ningún caso de sarampión, tos ferina, difteria ni poliomielitis, y de que solo se diagnosticara un caso de tétanos en un recién nacido procedente de Paraguay, demostró la eficacia del programa local de inmunización. En conjunto los resultados indicaron que existían diferencias insignificantes solamente entre los indígenas y no indígenas respecto a muchos de los problemas de salud. Empero prácticamente todos los pacientes de tuberculosis eran indígenas, mientras que todos los casos de hipertensión, así como la mayoría de los casos de brucelosis y obesidad, se presentaron entre los criollos y mestizos. ■

Agradecimiento

Me complace agradecer al Dr. David McIntosh por recopilar parte de la información clínica presentada en este artículo; también agradezco a los Dres. M. C. Patterson, A. A. Travill, C. E. Bird, M. J. Raymond, al reverendo R. Brow y a Margaret Grebby, por su colaboración y consejo en la preparación del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Dostal, W. ed. *The Situation of the Indian in South America*. Simposio en Barbados, 1971. World Council of Churches, Ginebra, 1972, Capítulo 11.
2. Tyson, P. *Towards Integration: A Perspective on Development among Hunters, Fishers, and Gatherers of Northern Argentina*. University of Reading, Inglaterra, 1975. (Tesis de maestría.)

3. Organización Mundial de la Salud. *Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial, 1973-1977. 2: Reseñas por países y zonas*. Ginebra, 1980.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*. Washington, D.C., 1982. (Publicación Científica 427.)
5. Mazzáfero, V. E., Boyer, M. y Moncayo-Medina, A. Distribución del tétanos en Argentina. *Bol Of Sanit Pan Am* 90(6):533-542, 1981.
6. Borda, C. E. y Rea, M. J. F. Seroepidemiología de la enfermedad de Chagas en Yacyretá-Apipé, Argentina. *Bol Of Sanit Pan Am* 90(4):311-325, 1981.
7. Patterson, M. C. A medical survey of a South American Indian tribe in the Paraguayan Chaco. *Trop Doct* 10:124-128, 1980.

Primary care and the pattern of disease in a rural area of the Argentine Chaco (Summary)

A study was conducted from 1 June 1979 to 31 May 1980 for the purpose of defining disease patterns among Indian villagers and other inhabitants served by a missionary clinic in a Northern Argentine Chaco village called La Paz. The study, based on the content of consultation forms and clinical notes about each patient, grouped the conditions diagnosed into respiratory diseases; gastrointestinal diseases; obstetrics, gynecology, and genitourinary infections; skin infections; musculoskeletal disorders; and other conditions. Also, for purposes of comparison, Creoles (residents of European descent) and mestizos were considered as one group and Indians were considered as another.

The results indicated that respiratory diseases accounted for the largest single group of conditions diagnosed. Though many of the responsible infections were relatively minor, this category also included a significant number of tuberculosis cases, nearly all of them among Indians. Gastrointestinal ailments accounted for another large group of diagnoses. Many of these involved chronic diarrhea, which was attributable in many cases to intestinal parasites. In general, however, treatment of diarrhea was mainly requested for young children especially during acute bouts of the disease. The third-largest group of diagnoses involved "obstetrics, gynecology, or genitourinary infections". Most of those seen in

this category were prenatal patients, with most of the remainder being women seeking family planning services. Minor skin infections, especially pediculosis capitis and scabies, were common in the study area, but relatively few patients sought treatment for these problems. Musculoskeletal complaints included cases of myalgia, low back pain, arthritis, and a few fractures. Other conditions diagnosed included cases of certain infectious diseases (notably brucellosis, Chagas' disease, rheumatic fever, and hepatitis), a few non-Indian cases of hypertension, two cases of epilepsy, seven cancer cases (six of which had been diagnosed previously), and one case of diabetes mellitus. No cases of malaria, yellow fever, schistosomiasis, or leprosy were diagnosed.

The effectiveness of a local immunization program was evidenced by the fact that no measles, whooping cough, diphtheria, or poliomyelitis cases were diagnosed during the study period, and the only tetanus case diagnosed occurred in a newborn from Paraguay. Overall, the findings indicated only minor differences between Indians and non-Indians with respect to most health problems. However, nearly all the tuberculosis patients were Indians, while all cases of hypertension—as well as most cases of brucellosis and obesity—occurred among the mestizos and Creoles.

Atenção primária e pautas patológicas numa área rural do Chaco Argentino (Resumo)

De 1 de junho de 1979 a 31 de maio de 1980 efetuou-se um estudo com o fim de definir as pautas patológicas dos habitantes indígenas e de outros habitantes também que recebiam os serviços de uma clínica missionária num lugarejo do Chaco do norte da Argentina, chamado La Paz. O estudo, baseado no conteúdo dos prontuários médicos e nas notas clínicas sobre cada um dos doentes, dispôs em grupos as afecções diagnosticadas como doenças respiratórias; doenças gastrintestinais, obstetrícia, ginecologia e infecções geniturinárias; infecções da pele; afecções osteomusculares e outras doenças. Para fazer uma comparação considerou-se os "criollos" (residentes descendentes de europeus) e mestiços como um grupo. Os indígenas foram considerados como outro grupo.

Os resultados indicaram que as doenças respiratórias representavam o grupo individual maior dentre as afecções diagnosticadas, embora uma grande parte das infecções responsáveis por essas doenças fosse de importância menor, esta categoria incluía também número importante de casos de tuberculose quase todos eles entre os indígenas. Outro grupo importante de diagnóstico eram os gastrintestinais cuja maior parte incluía diarreia crônica, muitas vezes atribuída a parasitos intestinais. Contudo, em geral, solicitava-se o tratamento da diarreia para crianças pequenas, especialmente durante ataques agudos da doença. O terceiro grupo de diagnósticos por ordem de importância era o que correspondia a "obstetrícia, ginecologia ou de infecções geniturinárias". A maioria eram pré-natais e

quase todos os outros membros do grupo eram mulheres que procuravam obter serviços para o planejamento da família. Encontrou-se na área de estudo que eram comuns as infecções leves da pele, especialmente a pediculose capitis e a sarna, muito apesar de que poucos pacientes procuravam obter tratamento para esses problemas. Os padecimentos osteomusculares incluíam casos de miopia, dor na parte inferior das costas, artrite e algumas fraturas. Outros diagnósticos feitos compreendiam alguns casos de certas doenças infecciosas (especialmente brucelose, doença de Chagas, febre reumática e hepatite), alguns casos de hipertensão entre os "criollos", dois casos de epilepsia, sete casos de câncer (seis dos quais haviam sido diagnosticados anteriormente) e um caso de diabetes melito. Não houve casos de malária, febre amarela, esquistossomose nem lepra.

O fato de que durante o tempo de duração do estudo não se diagnosticasse nenhum caso de sarampo, coqueluche, difteria nem poliomielite e de que somente se diagnosticasse um único caso de tétano e este num recém-nascido procedente do Paraguai, demonstrou a eficácia do programa local de imunização. Em conjunto, os resultados indicaram que existiam diferenças insignificantes somente entre os indígenas e não indígenas, no concernente à maioria dos problemas de saúde. É preciso destacar contudo que eram indígenas quase todos os doentes de tuberculose, quando por outro lado todos os casos de hipertensão e a maioria dos casos de brucelose e obesidade ocorreram entre os mestiços e os "criollos".

Attention primaire et tendances pathologiques dans une zone rurale du Chaco argentin (Résumé)

Une étude visant à définir les principales causes de maladie des habitants indigènes et des autres de La Paz, un village du Chaco dans le nord de l'Argentine, qui bénéficiaient des services d'une clinique de missionnaires, a été entreprise entre le 1er juin 1979 et le 31 mai

1980. A partir de l'information contenue dans les ordonnances et les dossiers cliniques, il a été possible d'établir plusieurs groupes de maladies: maladies respiratoires, gastrointestinales, obstétrique, gynécologie et infections génito-urinaires, infections de la peau, affections

ostéomusculaires et autres maladies. Le groupe des créoles (résidents d'origine européenne) et des métis a été comparé avec celui des indigènes.

Les résultats obtenus signalent que les maladies respiratoires constituent à elles seules le groupe le plus important. La plupart des infections responsables de ces maladies étaient de moindre importance; ce groupe comptait cependant une proportion considérable de cas de tuberculose dont la plupart était localisée parmi la population indigène. Les maladies intestinales venaient en second lieu, avec une grande majorité de diarrhées chroniques qui pourraient être associées à la présence de parasites intestinaux. En général, le traitement contre la diarrhée a été administré à de jeunes enfants, et en particulier au cours des phases aiguës de la maladie. Le troisième groupe en importance était celui correspondant à "obstétrique, gynécologie et maladies génito-urinaires". La plupart des malades inclus dans ce groupe était des femmes enceintes et le reste était constitué par des femmes intéressées dans les services de planification familiale. Les petites infections de la peau étaient fréquentes dans cette région, particulièrement la pédiculose capitis et la gale, bien que peu de malades réclamaient un traitement pour ces maladies. Parmi les maladies des os et des

muscles il faut citer quelques cas de myalgie, des douleurs localisées sur la partie inférieure du dos, de l'arthrite et quelques fractures. Parmi les autres maladies diagnostiquées il y avait quelques cas de maladies infectieuses (particulièrement brucellose, maladie de Chagas, fièvre rhumatismale et hépatite), quelques cas d'hypertension parmi les créoles, deux cas d'épilepsie, sept cas de cancer (dont six avaient déjà été diagnostiqués auparavant), et un cas de diabète mellitus. Aucun cas de paludisme, fièvre jaune, schistosomiase ou lèpre n'a été rapporté.

D'autre part, le fait qu'aucun cas de rougeolle, coqueluche, diphtérie ou poliomyélite n'ait été diagnostiqué au cours de cette étude prouve l'efficacité du programme local d'immunisation (un seul cas de tétanos a été trouvé, chez un nouveau-né venant du Paraguay). Dans l'ensemble les résultats indiquent que les différences observées entre indigènes et non indigènes ne sont pas significatives en ce qui concerne la plupart des problèmes de santé examinés au cours de cette étude. Cependant, la plupart des malades atteints de tuberculose était indigène, alors que tous les cas d'hypertension et la plupart de ceux de brucellose et d'obésité ont été rencontrés parmi la population créole et métisse.