

BOLETIN

INFORMATIVO



Sociedad de Medicina Rural
Provincia del Neuquén

Director de Publicaciones: Dr. JORGE A. MAMY
MEDICO
M. P. 1092

INQUIETUDES DE LA UNION DE MADRES DEL BARRIO LA ESPERANZA

En nuestro barrio existe una cantidad apreciable de niños, los que por una causa u otra no reciben el suficiente cuidado en salud.

Otra preocupación que tenemos es el alcoholismo. Se pueden dar charlas sobre esta y otras enfermedades, tuberculosis, diarreas, pediculosis, hacer conciencia sobre la importancia de sacar las basuras, también sobre los animales domésticos, las moscas, etc.

Que sea médico clínico general y a la vez pueda atender a los niños y otros problemas sociales. Este médico debe tener mucha paciencia y muchos deseos de ayudar a gente necesitada.

Lo ideal sería que todo el tiempo que venga esta persona (o sea el médico) sea siempre el mismo y por un tiempo más o menos apreciable, porque así su paciente tendrá mayor confianza para confiarle sus problemas.

(Nota: esta carta es copia textual de la recibida manuscrita por las madres del citado barrio)

CURSO DE ANTROPOLOGIA Y SALUD

Ha concluido el ciclo de charlas sobre temas antropológicos que organizaron, en conjunto, el Centro de Estudios Folkloricos del Neuquén, el Comité de Docencia del Hospital Neuquén y la SMR.

Entre las conclusiones a las que arribamos figuran las siguientes:

Nº 14 / OCTUBRE 1983

Mi preocupación por la salud pública tiene una puerta de ingreso muy especial: la Salud Mental. Pero ¡ojo!, hablo de preocupación por la Salud. En general existe acuerdo acerca de que Neuquén ha plasmado un plan de Salud que se destaca en el conjunto del país. Pero mal haríamos en vanagloriar - nos de estar en una "isla", porque esto es peligro concreto de desviaciones que de últimas pueden cambiar de signo a la calidad del sistema de salud.

El Plan de Salud de la provincia de Neuquén ha salido airoso frente a indicadores sanitarios tradicionales como son morbilidad y mortalidad. Pero aunque garanticemos la sobrevivencia de la población aún no tocamos el tema de la salud, porque salud implica bienestar, y medir el bienestar requiere indicadores más difícilmente definibles y más difícilmente tabulables.

Podemos hablar de una provincia sana si existen oligofreñias, neurosis y alcoholismo? Aún más, aunque realmente reduzcamos la hidatidosis (objetivo sumamente valioso), ¿podremos considerar a la provincia sana?

En este punto le toca un importante papel a la salud mental, y el sistema tiene en este nivel que incorporar no solo recursos humanos técnicamente formados, sino incorporando tecnología y capacitación en la totalidad de los agentes del sistema.

Por tales razones es que en el futuro Neuquén necesita un cambio de mentalidad, porque implica:

- entender que la salud mental no es una especialidad. Los problemas de salud mental no son tan poco frecuentes como para considerarselos como para especialistas. Los recursos humanos deberían estar distribuidos en todos los niveles: primario, secundario y terciario, porque "cobertura" en este área no significa darle atención a los que hacen mucho ruido.
- entender que obtener logros en éste área sólo será posible si trascendemos la rigidez de los límites ministeriales. Planificar bienestar no puede realizarse restringidos por dependencias a subsecretarías o departamentos. Y comprender esto tiene una traducción automática al pensar lo al conjunto del sistema: trabajo interdisciplinario, en igualdad de condiciones, sin reinos por área.

El plan de Salud en el futuro no puede seguirse midiendo por indicadores de morbilidad o mortalidad. Reconocer estas necesidades nuevas de la planificación en salud es la única manera seria de enmarcar nuestro quehacer. Y en estos momentos me vienen a la mente las palabras de un comentarista radial de la zona: "hay que confiar en la salud mental como una esperanza, porque el aumento creciente de la tecnología es lo que más nos expone a la irracionalidad del hombre".

Para el final quiero decir que el último boletín de MR llegó tardíamente a mis manos, por lo que queda en mi ánimo contestarle a Daniel Vincent sus interrogantes, comprometido por ser uno de los dos profesionales que viajamos a aquellas Jornadas desde Neuquén Capital. Para tal fin me comprometo para una próxima carta.

Psic. Jorge Omar Carri
Hospital Neuquén

CARTA DE UN SOCIO

Neuquén, 4.10.83

A propósito de una carta en el número anterior de B.I.:

Conociendo a Daniel Vincent, sé de lo importante que es dar respuesta a las inquietudes que planteara en su carta del 15.9.83, fundamentalmente por lo honesto de su inquirir y el importante tema que toca, no sólo de la Terapia Familiar sino de la Salud Mental en general.

Entiendo que la mejor forma de responder es desarrollar la respuesta a continuación de cada interrogante y luego intentar una síntesis final.

¿Cuál es la finalidad de la Terapia Familiar? Es la denominación, a veces cuestionada, que se da a un tipo de terapia en el área de la Salud Mental, y cuya principal característica no es básicamente el trabajar con el grupo familiar (por eso algunos cuestionan tal nombre, sino que su principal particularidad es el que se trabaja con un enfoque interaccional y de comunicación, dentro del campo de la Teoría General de los sistemas. Quienes la utilizan y preconizan, consideren que se trata de una forma idónea de trabajar con trastornos mentales e incluso con problemas como las enfermedades psicosomáticas y las adicciones, siendo de uso preferencial en instituciones por lo breve de los tratamientos (30 a 40 horas, y que favorecería la disminución del uso de psicofármacos y la internación de pacientes, así como una conceptualización distinta de la Salud Mental.

.Es posible su aplicación en nuestro medio? En general las técnicas son utilizables en cualquier lugar, si se aplican a aquello para lo cual se diseñaron y se adaptan a las diferencias locales. Esto último es especialmente importante en el terreno de la Salud Mental, donde lo social y cultural son fundamentales. Tal vez sea importante señalar que surgieron entre las clases pobres e hispanohablantes de E.U.A., implementadas por argentinos. Y se dice que hay más diferencias entre dos clases sociales de un mismo lugar geográfico que en la misma clase social de dos lugares geográficamente distintos.

.Es conveniente trabajar en la esfera psíquica de una familia de escasos recursos, cuando ella carece en realidad de lo mínimo para vivir dignamente? Si todo lo que alguien interpretó como enfermedad de uno o varios de sus miembros es atribuible a la carencia socioeconómica, es obvio que la única respuesta que cabe, en mi opinión, es NO. Lo contrario es caer en la medicalización de la sociedad, esto es, en tratar de inventar enfermedades que oculten e impidan que se reviertan las situaciones de injusticia social.

.Se justifica el empleo de horas medicas y la utilización de agentes sanitarios, cuando en realidad no todos los psicoterapeutas están de acuerdo en que la Terapia Familiar es útil? Esta pregunta es difícil de contestar en forma breve porque implica dos conceptos distintos. Uno hace a determinar si una técnica que se refiere a la Salud Mental merece ser utilizada, y creo que la respuesta es SI, por cuanto la posibilidad de recibir acciones de Salud Mental es un derecho como el de recibir vacunas o atención médica. El otro aspecto se refiere a saber si la Terapia Familiar puede ser utilizada, o es algo experimental o una moda. A este aspecto he de responder que tiene más de 30 años de ser utilizada con éxito no menor a otras técnicas de mayor antigüedad y prestigio, e incluso en áreas donde ha dado mejores resultados (anorexia nerviosa y enfermedades psicósomáticas en general). El hecho de que tenga detractores no debe hacernos olvidar de que Lister tuvo críticos ácidos de la talla de Billroth.

.Hay un plan de trabajo con evaluaciones periódicas.

controles, etc., para garantizar seriedad y rigor científico a este tipo de actividades, evitando de esta manera trabajos anárquicos que no portan soluciones y crean falsas expectativas? Toda actividad tiene algún tipo de control, y en el caso de la Terapia Familiar (de orientación sistémica) estos parecieran ser más objetivos en lo que hace al trabajo de los profesionales y al resultado de los tratamientos, que en el caso de otros tipos de psicoterapias. Sin embargo creo que esta pregunta se refiere a una situación concreta que no se menciona en forma explícita, y por ello no puede ser respondida, a riesgo de establecer una polémica sobre no se sabe que. Sin embargo creo poder hacer algunas consideraciones: en el servicio de Salud Mental del Hospital Neuquén hay profesionales que trabajan con este modelo y aceptan supervisar y autorizar en forma continua a quienes trabajen con él en el interior de nuestra provincia. Es imprescindible la elaboración de un programa provincial de Salud Mental y la creación de servicios en todos los hospitales-cabecera zonales. Es difícil juzgar una disciplina alejada de nuestra práctica diaria o habitual si desconocemos los fundamentos de la misma. No siempre lo que nos desagrada o desconocemos es equivocado. No es conveniente confundir las herramientas con los operarios.

Para terminar, quiero señalar que puede ser erróneo reunir un auditorio muy heterogéneo o pedir a especialistas de un área tan delicada (por la importancia de lo cultural y social) como es Salud Mental, que realicen su trabajo con pacientes que desconocen, pero no puedo opinar sobre lo que pasó por no haber estado presente. Lo que no quiero dejar de remarcar es que hay dos errores de los que es difícil escapar a los profesionales de salud: ver enfermedad donde no la hay, y tratar de resolver desde el área de salud los emergentes de la injusticia social.

Creo que he respondido las inquietudes manifestadas por Daniel, pero me parece que este polémico asunto, así como un eventual Programa de Salud Mental, deberían ser encarados por la SMR como tema de una reunión a la que se citara a exponer a representantes de todas las corrientes que se preocupan por la Salud Mental. Lo dejo como propuesta concreta, y creo que a todos nos sería de utilidad.

Walter Enrique González
Capacitante en Salud Mental

CARTA DE UN LECTOR

Neuquén, 5/10/83

Interesada por la carta enviada el 15/9/83 por el Dr. Daniel Vincent, decidí responder a algunos conceptos vertidos en ella y agradezco su publicación.

No es mi intención entablar una polémica en cuanto a la realización de las Jornadas y de estas en sí mismas, por cuanto no me siento con derecho a hacerlo desde el momento en que no participé de las mismas. Por lo tanto parto de la premisa de aceptar como válida la frustración del Dr. Vincent en relación a sus expectativas. Pero sí creo que, modestamente, puedo responder a su curiosidad médica con respecto a esta no tan nueva metodología de trabajo. Que en la zona haya adquirido cierta presencia no implica necesariamente que sea nueva.

La terapia familiar es un paradigma que obliga a romper con hábitos de pensamiento y modelos tradicionales, y la individualidad pasa a ser cada vez más problemática, por lo que este "nuevo paradigma" revoluciona la práctica psicoterapéutica.

Y es importante destacar que este enfoque terapéutico que intenta buscar soluciones a los dilemas y problemas de la vida en una unidad social de dos o más personas puede ser aplicable a cualquier situación social. Pero es aquí donde creo que necesaria e imprescindible hay que distinguir y delimitar el instrumento.

La terapia familiar no puede resolver la miseria, el hambre, la carrera armamentista, etc. Estas situaciones entran en un contexto social mucho más amplio que el delimitado por la familia y el terapeuta familiar debe estar alerta a todas estas influencias, pero fundamentalmente debe definir cuál es el problema que el puede solucionar.

Y es preciso contar con la suficiente flexibilidad y espontaneidad como para poder encontrar en cada situación el mínimo atisbo de que puede lograrse un ordenamiento mejor. Respecto a la espontaneidad, dice Salvador Minuchin: "un terapeuta espontáneo es aquel que ha sido entrenado para usar distintos aspectos de sí mismo en respuesta a distintos contextos sociales" (Family Therapy Techniques, 1981).

Creo que el Dr. Vincent quedará nuevamente frustrado al crearsele nuevos interrogantes, pero eso ha de ser bueno si lo lleva a indagar más con respecto a la terapia familiar.

Del resto de los puntos planteados pienso que cuestiona (acertadamente) la carencia de una política coherente y adecuada en relación a la salud mental de la provincia que creo es importante encuadrar en otro contexto que el de esta publicación.

Por último creo que tanto la terapia familiar como todas las técnicas que buscan dilucidar los problemas del hombre en su cotidiano vivir, y sin desmedro de ninguna de ellas, no pueden ser el producto de aventuras al azar, que en lugar de aclarar, enturbian el panorama de las complejas relaciones interhumanas.

Atentamente

Lidia E. Cuello
Licenciada en Psicología
Hospital Neuquén

IRALIO "el machi universitario"



RURALIO "El machi universitario"



CARTA DE UN SOCIO

Al leer la carta del Dr. Losada publicada en el Boletín Informativo Nº 13, recordé un tema que nunca terminé de resolver: el destino de los médicos rurales una vez cumplida la "etapa obligatoria" de tres años en hospitales de nivel 3, que exige el contrato que todos hemos firmado al incorporarnos a la residencia de medicina general, queriendo aclarar desde ya que coincido con el Dr. Losada en que el generalista debe poder competir con otros especialistas en concursos correctamente realizados para acceder a la capacitación en especialidades requeridas por el sistema sanitario.

Por un lado creo que resulta poco "económico" invertir 2 años y medio en la formación de un recurso humano que va a ser aprovechado como tal por apenas medio año más de lo que costó formarlo, para luego transformarse, en el mejor de los casos, en un "especialista suburbano de segunda", siempre que no quede relegado en algún remoto punto de la provincia como generalista rural olvidado. Es que si un médico ha sido formado como médico general y es realmente un generalista por elección personal, debería poder seguir siendo lo siempre si así lo desea, y con el nivel científico que corresponde, porque el generalista es el recurso humano necesario para la atención primaria de la salud, así como el especialista lo es para los demás niveles de atención. Y si la estructura sanitaria no contempla la existencia del generalista fuera del ámbito rural, deberemos tratar de crearla, no porque sobre el recurso humano, sino porque realmente se lo necesita, y además se lo tiene pero no se le da cabida, por ejemplo en los centros periféricos atendidos actualmente e inexplicablemente por especialistas que constituyen un recurso humano más caro aún, bien aprovechable en otros niveles de atención.

Por otro lado el médico rural va creciendo a lo largo de tres años en experiencia -muchas veces a costa de envejecer prematuramente tal como estamos acostumbrados a ver en nuestros paisanos- para luego separarse de ese medio que lo enriqueció integralmente, sin volcarlo luego -en general- a sus sucesores. Esta experiencia permanece entonces en el olvido y surge a veces como parte del "anecdotario rural" en alguna rueda de amigos, pero nunca como enseñanza, recomendación o guía que en forma programada pueda aportar a "los que vendrán", tanto desde el punto de vista estricto

mente médico como desde el humano. Y así el nuevo médico debe hacer solo su experiencia "desde cero", sin las armas que podría haberle otorgado su antecesor. No hay que olvidar aquí a la población, destinataria de nuestro servicio asistencial. Esa población que "nos hace", que justifica nuestra presencia y nuestra labor en zonas alejadas y que ve pasar año tras año caras nuevas, debe adaptarse a los nuevos médicos con sus modalidades particulares, y en definitiva es quien aporta -sin saberlo- cada tres años (en el mejor de los casos) las nuevas experiencias que desde cero le harán primero informarse, luego adaptarse y finalmente enriquecerse al nómada que indefectiblemente se irá en unos años nomás. Si cabe alguna duda, preguntémosle a la gente de los pueblos y áreas rurales cómo viven el desfile de médicos por el interior.

¿No podría ese médico que cumplió sus "años de interior" aportarle esos valiosos conocimientos en forma organizada, planificada, al residente, por ejemplo en el rol de instructor? De este modo se lograría ubicar al residente (ese universitario urbano extranjero que en general no conoce el interior hasta un año y medio después de su ingreso a la residencia) "ideologicamente" en el ámbito rural, ya que el Hospital Neuquén en que nos formamos ya no es como lo debe haber sido hace años un hospital de características rurales, sino que cada vez se asemeja más a los hospitales complejos de las grandes ciudades, siendo su personal (instructores de residentes, especialistas formados en esos otros hospitales, no necesariamente conocedores de la realidad del interior neuquino) "importados" de esos centros. El ex-rural sería entonces un modelo más válido para el rural en formación que el especialista, al menos para una etapa de su vida profesional.

Cierto es que nadie puede exigir a un médico que dedique toda su vida a la gente de remotos parajes, llevando una vida austera lejos de los centros en que casi todos quisiéramos que se formen nuestros hijos. Pero tampoco todos los médicos rurales se plantean serlo "para siempre". No es este el planteo. No se habla aquí del "todo o nada", sino de una opción intermedia: la de permanecer más años en el interior por un lado, y la de tener cabida luego en el sistema sanitario sin tener que dejar de ser generalista, por el otro.

Permanecer más años en el interior, por el bien de la población, por el aprovechamiento de un recurso humano que tanto le cuesta a la provincia (no sólo al gobierno, sino al pueblo a través de sus aportes) formar, y porque la experiencia adquirida en tres años requiere ser transformada en acción, volcada en hechos nuevos y positivos en favor de la comunidad y no perderse en el tiempo y en el olvido. ¿Cuál es el modo de implementar esta propuesta sin producir frustraciones en los médicos, decadencia en su nivel científico segregación por parte de sus pares urbanos que están más al tanto del "último grito de la ciencia" y -porqué no- en algunos casos sin producir desequilibrios emocionales como producto de la agudización en medios inhóspitos de condiciones previas?

Se debería implementar un sistema eficiente y estricto de FORMACION CONTINUA que llegue hasta los confines de la provincia, adaptado a las necesidades del medio, en forma de cursos cortos a los cuales no solo todos deben poder acceder (cosa que no está sucediendo) sino a los que todos deben asistir obligatoriamente; en forma de ateneos semanales en las especialidades básicas a realizarse en los cuatro hospitales zonales sin excepción con la participación de los profesionales de toda la zona correspondiente para así ampliar por un lado el "número de casos" que aporten a la experiencia médica individual y por otro lado favorezca el debate científico teorico-práctico que resulta docente para todos los participantes; en forma de cursos más prolongados que están previstos pero aparentemente no se cumplen en todos los casos de rotaciones por especialidades en hospitales de mayor complejidad (de Neuquén o de otras provincias) para lo cual la Subsecretaría debe prever un buen sistema de reemplazos que permita al médico único moverse de su hospital.

Si de este u otro modo todos seguimos capacitándonos, evitaremos el famoso "achanchamiento" al que tanto temen los especialistas "urbanos" que no están dispuestos a moverse del asfalto por temor a perder en calidad profesional, argumento comprensible dada la situación actual de la formación profesional. Así como debemos exigir e incluso programar esta capacitación continua, también la deberemos cumplir estrictamente. Así podremos llegar al MEDICO GENERALISTA URBANO O PERIURBANO EXRURAL con el nivel de un buen médico general ac

tualizado que simplemente cambia de medio geográfico. En esta época en que los medios de comunicación han burlado las fronteras y las distancias, muchas veces con el fin de colonización cultural de pueblos a someter, resulta francamente ridículo que en esta provincia no podamos comunicarnos eficientemente, que haya desinformación y aislamiento, que el profesional esté condenado a la incomunicación. Debemos hacernos por fin responsables de la elección que hemos hecho y comprometernos con ella.

Adriana Marcus
Residente Rural

CARTA ABIERTA A LOS MIEMBROS DE LA SMR

Neuquén, julio '83

Apreciados amigos:

Quiero llegar a ustedes por este medio para reiterar una invitación hecha en distintas oportunidades referente a las "Páginas abiertas" para cada uno y todos que tiene nuestra revista MR. Existen dos secciones: "Objetivo: comunicarnos" y "Anecdotario Reflexivo", específicamente destinados a recoger vuestras experiencias, opiniones críticas, desventuras, aciertos, pensamientos, etc, en lo que hace a nuestro trabajo en todos los rincones de la provincia. Con las expresiones de ustedes, "gente que trabaja y piensa", nuestra publicación se jerarquiza, nos conocemos mejor, y todo lo que allí se diga tendrá efectos multiplicadores, dinamizando globalmente a nuestra sociedad. MR no puede depender exclusivamente de los redactores, ni del director. Necesita de ustedes.

Las experiencias de la guardia pasiva, una visita programada, la tarea del agente sanitario, una derivación, las reuniones de directores, la consulta externa, lo rutinario y lo novedoso, la familia rural, las expectativas y la familia propia, el trabajo en equipo, etc., todo puede ser motivo de unas líneas al final del día o al término de la semana para ser enviadas a la Casilla de Correo 705, 8300 Neuquén. Queremos saber de ustedes, no podemos pensar solos y aislados.

Apelando a vuestro entendimiento del motivo de este llamado, los saludo con un fuerte abrazo

Malcolm Elder Director MR