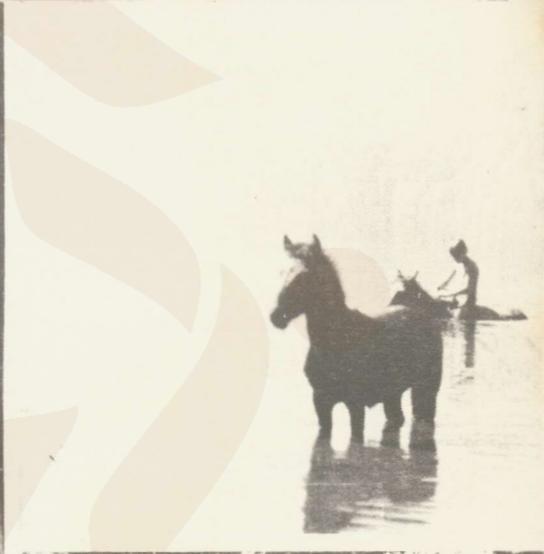


MAR



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

AÑO 3 — N° 10 — AGOSTO-NOVIEMBRE 1983



PROVINCIA DEL NEUQUEN

Señor Médico Rural:

"La Promoción y Protección de la Salud depende en gran parte de usted y de su equipo, las comunidades rurales los necesitan y respaldarán su labor".

¡Fomente el autocuidado responsable!



SUBSECRETARIA DE SALUD

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUÉN**

**COMISION
DIRECTIVA
PRESIDENTE:**

Dr. Miguel Irigoyen

SECRETARIO:

Dr. Roberto De Los Santos

TESORERO:

Dr. Marcelo Bortman

DIRECTOR DE

PUBLICACIONES:

Dr. Jorge Mamy

VOCALES:

Dra. Mónica Dufilho de Boio-
cchi, Dra. Ester Lemberger,
Dra. Pabla Torres, Dr. Este-
ban Centanaro, Dr. Daniel
Loza.

**MIR
DIRECTOR**

Dr. Malcolm Elder

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Miguel Irigoyen, Dr. Jorge
Gorosito, Dr. Armando
Calá Lesina, Dr. Rodolfo
Arienti, Dra. Marta González
Dr. Arturo Garrillo. ASESO-
RES CIENTIFICOS: Dr. Horacio
Lores, Dr. Norberto Kur-
chan, Dr. Julio Raby, Dra.
María Elena Chiesa, Dr. Ju-
lio Arçe, Dr. Daniel Etcheve-
rría, Dr. Carlos Pianciola,
Dr. Mario Borini, Dr. Julio
Abusalvo.

Reg. Prop. Intelectual N° 191116
Dirección Postal - C.C. 705
(8300) NEUQUÉN
DISTRIBUCION GRATUITA

Impreso en:
GRAFICA MODELO
Mitre 536 - T.E. 22690 NEUQUÉN

MIR

**AÑO 3 — N° 10
AGOSTO-NOVIEMBRE 1983**

INDICE

Editorial.....	2
Tema: Salud y Desarrollo para América Latina.....	3
La Industria Farmacéutica y el Desarrollo Latinoamericano.....	9
Programa de Atención Primaria de la Salud-Rosario Pcia. Santa Fe.....	11
Rol de Enfermería en Atención Pri- maria de la Salud.....	12
El Médico y el Hospital.....	14
Atención Primaria de la Salud "Replanteo Filosófico y metodología".....	19
Anecdotario Reflexivo.....	22
Diez Mitos sobre el Hambre en el Mundo	23
Comparación de los resultados Perina- tales del Hospital Regional Neu- quén y la Maternidad Sardá de Buenos Aires.....	25
Consideraciones acerca de la Terapia Familiar.....	27
Sección para el Agente Sanitario.....	29
Reseña Bibliográfica.....	31

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

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

EDITORIAL

PARTICIPAR ES DECIDIR

Uno de los pilares de la APS es el protagonismo de la comunidad, mediante sus instituciones, sus familias, y sus individuos. Debemos diferenciar entre lo que constituye mera colaboración y lo que implica participar realmente. Hacemos nuestras las palabras de un documento de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (1974) en relación al tema.

La participación comunitaria trasluce decisión comunitaria en "un proceso la definición de necesidades, en la búsqueda de soluciones, en la programación de acciones que tiendan a satisfacerlas, en la ejecución de las mismas, en el control de su cumplimiento, y en la evaluación de sus resultados.

Supone el pleno ejercicio del derecho a codecidir, coadministrar, colaborar, y controlar todo aquellos que resulta significativo para su vida y la de su comunidad. Constituye un proceso de solidaridad entre iguales que se unen para decidir sobre su vida. Implica la superación de la competencia y de la asimetría en las relaciones sociales donde son algunos los que deciden por todos". Sencillamente es el ejercicio de la democracia en el área de la Salud. Es uno de los cambios cualitativos a desarrollarse progresivamente en los distintos ámbitos, superando los prejuicios de una sociedad medicalizada.

En el terreno del recurso humano médico es la comprensión de que la formación (Conocimientos, Destrezas, técnicas, conductas, etc.) es parte de esa atribución de la sociedad delegada en algunos de sus miembros para que respondan a las necesidades reales existentes o previsibles. Si de esto somos conscientes, y genuinos en nuestra respuesta, mal podemos abandonar el primer ámbito de cuidados de la salud, donde se plantean y se resuelven el gran porcentaje de los problemas. Si la Medicina General (y sus variantes rural, familiar, comunitaria) ha de ser profundizada, y reconocida "científicamente", debe en primer lugar dar cuenta ante y ser reconocida por la comunidad a quien sirve, y ello implica en última instancia un encuentro bidireccional de la comunidad con su equipo de salud. Significa una identificación mutua, y voluntades coincidentes en objetivos comunes.

Nuestra SMR constituye un foro de discusión y de diálogo en estos temas, que serán presentados sostenidamente.

LA DIRECCION

"INTRODUCIENDO MR N° 10"

En septiembre último se realizó el IV Congreso de la Confederación Latinoamericana de Asociaciones de Profesionales Universitarios. Al considerarlo de sumo interés, la SMR envió a cinco miembros para participar del evento. Como fruto inicial de esta experiencia, MR publica en este número el texto completo de la presentación del Dr. Aldo Neri sobre Salud y Desarrollo para América Latina. En segundo lugar, mediante una síntesis preparada por uno de nuestros enviados, incluimos el tema de la Industria Farmacéutica y el Desarrollo Latinoamericano, expuesto por el Dr. Amílcar Arguelles, junto con aspectos considerados en el debate posterior. Es esta misma página de números anteriores hemos hecho referencia a la importancia de la llegada de la Atención Primaria de la Salud a las áreas urbanas y periurbanas de nuestras grandes ciudades, en cumplimiento de preceptos básicos. La experiencia realizada en la ciudad de Rosario merece continuidad y replicación en sus aciertos, y destacamos la importante función y acción desarrollada por Enfermería en el programa. Hemos recibido desde Misiones una contribución sobre el replanteo filosófico y metodológico de la APS, aspecto este que no puede ser más que una obligación permanente de aquellos quienes trabajamos en el tema. Hace un año durante las Jornadas Médicas de Punilla, el Dr. Carlos Gianantonio expuso acerca de la función del Hos-

pital Moderno y hemos creído interesante extraer algunas de sus consideraciones, por provenir de un representante de la medicina "prestigiada y científica" y que permite un renovado debate en torno del tema. En números anteriores hemos presentado el tema de la Medicina Familiar que se inicia en nuestra provincia. Para evitar confundir ésta con Terapia Familiar, presentamos una introducción a esta escuela de la Salud Mental y de la Ciencias de la Conducta, preparada por un médico psiquiatra de nuestra región, el Dr. Lino Guevara.

El hambre, flágeo universal, finaliza su presencia, por el momento, en MR N° 10, con el mito 10 y las consideraciones finales. Esperamos que haya sido motivo de debate, polémica y clarificación, para un tema que no se agota.

Nuestras secciones habituales continúan luego. MR pretende en cada número, ir mejorando. Hemos llegado, en tres años al N° 10, buscando servir, comunicar, ampliar la red de interlocutores, ser un canal de la expresión de ideas y acciones de aquellos que "trabajan y piensan" en Salud.

MR se asocia en este momento particular de la Nación, a todas las expresiones democráticas genuinas que florecen en esta nueva primavera con el anhelo de un hombre y una familia sana en una sociedad más justa, humana y fraterna.

TEMA: SALUD Y DESARROLLO PARA AMERICA LATINA

(Dr. Aldo Neri)

Presentación efectuada en el 4° Congreso de la Confederación Latinoamericana de Asociaciones de Profesionales Universitarios, Buenos Aires, Septiembre 1983.

Este tema demuestra la interrelación y mutuo condicionamiento que tienen los hechos sociales, entendiendo por hecho social la aceptación más amplia del término, que engloba todo lo que nos sucede como unidad. Para plantear el tema de la salud en América Latina en relación a la situación actual, su grado de desarrollo y su perspectiva de futuro, quizá sea conveniente puntualizar algunos datos globales que pueden servir de marco de referencia, para lo que aquí vamos a comentar.

América Latina, tiene alrededor de 400 millones de habitantes, si las cosas siguen así, vamos a tener alrededor de 600 millones para el año 2000. Para esa época, aproximadamente el 50% y quizás algo más de los habitantes de América Latina, va a tener que vivir en ciudades de más de 1.000.000 de habitantes. Tomado el conjunto de los centros urbanos, probablemente aproximadamente las 3/4 partes de la población van a estar urbanizadas. Esto es un cambio significativo con relación a lo que viene pasando en la primera mitad de este siglo, por otra parte, hacia 1980, podríamos decir que más de 1/3 de la población de nuestro continente vivía en condiciones de indi-

gencia grave, lo que presupone por ejemplo un grado muy significativo de subalimentación. Si miramos lo que ha pasado económicamente en América Latina en la década del 70, vemos que promedialmente el producto por habitante, ascendió en un 3% por año. Si bien es una cifra de crecimiento, podría haber rendido otro tipo de beneficio social si hubiera sido correctamente distribuido en la década del 70 y en lo que va de la presente década.

¿Cuáles son los condicionamientos actuales en que sabemos qué se está moviendo la mayoría de los países de América Latina?. Sabemos que hay en términos generales un grado bastante acentuado de inflación! Sabemos que esa inflación se combina con algún grado de recesión en buena parte de América Latina, o sea que las economías están en baja. Sabemos que se está condicionando un muy alto nivel de desempleo; concreto, no lo que puede ser el sub-empleo o la economía de subsistencia tradicional en los países rurales que tiene América Latina, sino que realmente en aquellos centros donde la gente tenía empleo en muchos países, en este momento tienen mucho menos empleo que años atrás, como producto de esta combinación de recesión y la continuada inflación que la ha acompañado. Sabemos también, que hay una significativa caída para la mayoría de

nuestros países de los salarios reales: o sea la capacidad de compra efectiva que tiene un salario. Sabemos que esto es parte de un mecanismo de redistribución negativa del ingreso nacional; en el cual como es muy buen ejemplo la Argentina, realmente se ha producido una captación importante del ingreso nacional por algunos sectores con pérdida del salario de trabajadores; con pérdida del salario, dentro de lo que es el P.B.I. Por otra parte, todo está fenómeno, se acompaña del tan publicitado endeudamiento externo que para muchos de nuestros países es verdaderamente dramático. Todo esto tiene a su vez algunas circunstancias agravadas. Por ejemplo: este problema de la recesión en algunos países conciente o inconcientemente, es manejado como un arbitrio para facilitar el pago de la deuda externa, porque es una manera de incrementar las exportaciones y de disminuir al mismo tiempo las importaciones y tener un saldo un poco más favorable a nivel de la balanza comercial y de la balanza de pago como para ir pagando esta deuda fenomenal que Méjico, Venezuela, Brasil y Argentina, como los principales; pero que todos los demás siguiendo detrás, están fenomenalmente endeudados.

Por otra parte, es todavía más dramático, pensar cómo y porque nos endeudamos. Buena parte de este endeudamiento no ha sido evidentemente canalizado a inversiones mayormente reproductivas. Esto si es cierto en muchos casos, pero globalmente ha habido un despilfarro en este sentido, principalmente a través de gastos suntuarios y cuando no a través de la especulación. Por otro lado, este problema de la deuda externa, tiene algunas consecuencias; ya acercándonos al campo más específico que debemos atender hoy. Hay una verdadera competencia entre la asignación de los recursos de cada país: para por ejemplo el pago de la deuda; la necesidad de desarrollar fuentes energéticas que es una demanda que presiona muy fuerte sobre las economías nacionales y los gastos sociales propiamente dichos, dentro de los cuales aparece el de salud, que es el que hoy más nos interesa. Un ejemplo de esta competencia desfavorable para los gastos sociales a que nos somete la situación actual es que pasa a muchos países de América Latina; a partir de aproximadamente 1975, se produce una caída del gasto en salud por habitante, si se mide en valores constantes marginando el efecto de la inflación, 1975 es un año bastante clave ustedes recordarán que es cuando se desata el problema del petróleo a nivel mundial. Esto es si se quiere, uno de los aspectos que describen el entrapamiento fundamental en el que se encuentran buena parte de los países de América Latina. Esto que Raúl Prebisch denominó la sociedad privilegiada de consumo. Esta, existente y dominante, en la enorme mayoría de los países de América Latina, tiene algunas características. Como la misma denominación nos va ayudando a entender, se trata de una polarización entre sectores marginados de las cosas básicas, y sectores francamente en el sobreconsumo. Un sobreconsumo que imita, alcanza y a veces supera, al sobreconsumo de las clases más favorecidas de los países de las economías más prósperas.

Este concepto de Prebisch implica esta convivencia de marginación por un lado, y sobreconsumo por otro. Pero además implica una serie de consecuencias agregadas. Implica, por ejemplo, que esto resta recursos a la inversión realmente reproductiva, porque es parte del despilfarro de los países con capacidad limitada de inversión, en que este sobreconsumo o uso de este excedente económico, realmente está implicando una pérdida de la oportunidad de inversión reproductiva, dando otro plano de vuelo a nuestras maltrechas economías y a nuestros maltrechos países. Esto también genera a su vez un grado bastante importante de tensión social, que se presenta de maneras muy distintas según los países y según circunstancias políticas y tradiciones nacionales.

Este grado de tensión social, frecuente y dramáticamente, desemboca en gobiernos totalitarios. Gobiernos totalitarios que pueden tener cualquier signo, pero que en definitiva son gobiernos totalitarios, porque es el uso de la fuerza para mantener un determinado accionar de privilegio, o es el uso de la fuerza para tratar de neutralizar o destruir un sistema de privilegio. De una u otra forma, desembocamos en gobiernos totalitarios. Quizá el mejor ejemplo de esta sociedad privilegiada de consumo, como la llama Prebisch sea el problema del hambre en América Latina. Ustedes saben que, medido en término de disponibilidad de alimentos en América Latina, hay aproximadamente un 10% o más de los alimentos necesarios. O sea: si uno calcula cuanto hace falta y cuanto tenemos, surge un excedente de un 10% de alimentos con relación a lo que necesitamos. De allí que en América Latina en particular, pero como está sucediendo en el mundo en general, el problema de los alimentos no es un problema de disponibilidad, al menos ahora, sino que es un problema de accesibilidad; la gente no llega a ellos. Para decirlo en otros términos, citando a un especialista en un trabajo reciente: "Si Uds. analizan el sector de la población más vulnerable al sector de la alimentación que son los chicos y fundamentalmente los menores de 5 años, es decir pre-escolares y lactantes, hay estimaciones razonables, de que no menos del 62% de los menores de 5 años en América Latina, tienen algún grado más o menos importante de desnutrición. O sea que un poco menos de los 2/3 de nuestros chicos latinoamericanos tienen un poco o mucho hambre".

Esta es la realidad que registran estudios serios al respecto. Si nosotros frente a este panorama, que no pretende ser apocalíptico sino simplemente realista, analizamos la conducta de los países centrales, vemos que ellos siguen adelante con fuertes políticas proteccionistas de su propia capacidad de producción, lo cual implica una postergación importante de los mercados para países periféricos como los nuestros, siguen a través de su control de estos mercados manteniendo una relación totalmente desfavorable entre los precios de intercambio, entre las cosas que vendemos de los países periféricos y las cosas que compramos de los países centrales, y siguen a través de la estrategia de todas las transaccio-

nales que andan por el mundo induciendo niveles suicidas de consumo en las clases media y alta, en todo el mundo y en nuestro continente. Inducen realmente este tipo de consumo superfluo y privilegiado al que se refiere Prebisch.

El problema de los países centrales y fundamentalmente pensando en América Latina, para EE.UU. es una verdadera disyuntiva histórica. La disyuntiva es tener o no sensibilidad para el problema de los países periféricos o aceptar que se vayan multiplicando las hogueras totalitarias de distinto signo, en todos los países de América Latina.

En resumidas cuentas, de lo que se trata, es de que los países desarrollados, en este caso específico los EE.UU., son o no capaces de **entender**, (entender en términos de conducta, no meramente en términos de entendimiento intelectual porque indudablemente, hay mucha gente que lo entiende en los países centrales), **entender** en términos de conducta de que el dilema de fondo es el dilema Norte-Sur; de que el dilema de fondo es países ricos vs. países pobres; y países que en parte han enriquecido merced a esos países pobres.

Si no se entiende que el dilema para nuestro continente es Norte Sur, a la larga va a terminar siendo el dilema Este-Oeste. De alguna forma esa es la entrada para la generalización del conflicto Este-Oeste, en un continente como el nuestro; el que en buena medida y salvo excepciones focales, había estado relativamente marginado.

Es posible que los sistemas lleguen a un punto en que puedan ser suicidas. Suicidas por su incapacidad de generar algún tipo de sacrificio. Dicho de otro modo, modificar esta situación implica alguna forma de redistribución internacional que por ejemplo, incluye esta redistribución, que los países centrales que son los acreedores estrangulen a nuestras economías periféricas a través del manejo de la deuda externa. Incluso, uno podría pensar: esto es un negocio a mediano plazo para los países centrales, porque en la medida que nuestros países tengan la posibilidad de un desarrollo más equitativo se abren mercados futuros para la producción mundial de los cuales los EE.UU. y los países europeos, son evidentemente de los países punta. Pero no siempre el conocimiento intelectual, puede alcanzar para cambiar conductas. Esta es un poco la disyuntiva en la que se encuentran esos países y en la que nos encontramos nosotros mismos, como el otro polo del escenario.

Esto presupone todo un proceso de reforma a nivel internacional y por supuesto también en los niveles nacionales.

Dentro de este contexto, mundo, continente y cada uno de nuestros países dependientes, se da también como un área muy específica, pero no distinta de las demás, el problema de la atención de la salud de nuestra gente. Dentro de este contexto, a través de organismos internacionales, como fue la O.M.S., surgió ese lema tan publicitado: "Salud para todos en el año 2000", como lema de lo que queda del siglo para el tema de la salud

en el mundo, en este caso para América Latina. Si uno es realista, tiene que entender que esto de salud para todos en el año 2000, para muchos de nuestros países es utopía, lo cual no quiere decir que no sea una idea positiva, una idea fuerza atractiva, que puede motorizar muchas decisiones. Pero para algunos de nuestros países, Salud para todos en el año 2000, entendido como ofrecer servicios de salud adecuados y más o menos igualitarios a nuestras poblaciones, esto es posible en los 17 años que quedan, siempre y cuando se den determinadas condiciones y determinados requisitos.

Acá puntualizaría aquello más general y más aplicable a la mayor parte de América Latina. Entre esos requisitos, deberíamos ver por un lado, requisitos de integralidad del proyecto de salud, y por el otro lado, el requisito de la armonía de ese proyecto de salud, con la propuesta de cambio global o contexto político global.

¿Qué quiere decir integralidad del proyecto de salud? Es una cosa muy elemental, que la pasamos de alto frecuentemente: las reformas fundamentales que hay que hacer en materia de salud, no dependen de los cambios que hagamos en los servicios de salud directos que recibe la población, sino que dependen de una cantidad de cosas que hacen a la actividad social general. Esa cantidad de cosas, tienen tanta o más repercusión en la salud de nuestro pueblo que la que puede tener abrir hospitales o mejorar los equipamientos, o tener mejor enfermería, etc. No quiero disminuir el valor de las cosas, sino tratar de jerarquizar en el valor que les corresponde.

Integralidad de proyecto de salud quiere decir, por ejemplo, que la propuesta de salud, esté reflejada en los contenidos educativos que recibe la población, por un lado, a través del sistema formal de educación: escuela, universidad. Por otro lado, y yo diría muy principalmente, por la educación no formal que se canaliza a través de los medios de comunicación social. Que si como sirven a un proyecto de disociación social, de sobreconsumo artificial, de dependencia, en definitiva; también pueden servir a una propuesta real, redistributiva y educativa. Acá, salud tiene su protagonismo dentro de este sistema.

Integralidad del proyecto de salud en materia de criterios de desarrollo urbano y sus prioridades: cuales son las prioridades. Yo en mi país me horroricé cuando se decide como forma de emprender una obra pública de envergadura y reactivar la economía, licitar la autopista Buenos Aires-La Plata, cosa absolutamente prescindible y postergable, atravesando un conurbano que tiene deficiencias dramáticas en materia de servicios básicos para asistir a la vida cotidiana como es el problema del transporte, del agua, de las cloacas, y de todo a lo que hace a una vida más digna para nuestra población.

Entonces, el tema prioridades en materia de desarrollo urbano, es un tema de atender, como es

tema a atender los criterios de desarrollo de los programas de vivienda, como es tema a atender, los transportes, etc.

También integralidad en el proyecto de salud, en materia de lo que se vincula con salud ocupacional, que no es solamente la asistencia médica al obrero o al trabajador, sino todos los criterios de higiene y seguridad del trabajo en América Latina, que podemos estimar hay 10.000.000 de accidentes laborales en el año. Se producen arriba de 50.000 muertes por razones directamente

vinculadas al trabajo. Estoy hablando de accidentes, ni siquiera hablo de enfermedades profesionales. El tema de salud ocupacional, tiene entonces, una relevancia muy importante, y hace a una serie de cosas que no son solo los servicios médicos que brindamos a los trabajadores.

Integralidad del proyecto de salud, quiere decir también, mantener un nivel de salario básico que permita cubrir a la familia los consumos fundamentales.

Como podemos tener racionalmente organizado y priorizado un sistema de seguridad social, que a través de prestaciones que no son servicios médicos, por ejemplo, prestaciones complementarias de salarios, tienen una incidencia en el problema de la salud muchas veces muy superior a la que obtenemos a través de nuestros servicios asistenciales médicos.

Estos son algunos ejemplos, para dar una idea de lo que pretendemos destacar como necesaria integralidad de la propuesta salud.

Por otro lado está el problema de la armonía de la propuesta. La armonía de la propuesta, es básicamente redistribución. La propuesta global del proyecto político-económico, genera un mecanismo redistributivo adecuado y genera los incentivos necesarios para neutralizar una de nuestras lacras fundamentales desde el punto de vista social y que es la característica sociedad privilegiada de consumo. Esto es lo que otros países, tanto de la órbita socialista como de la órbita capitalista, han sabido y han podido hacer. Imperfectamente en muchos casos, pero lo han hecho, como es el caso de los países nórdicos y el caso de Japón.

Si pensamos estos casos, siguiendo esta idea del consumo privilegiado que me parece muy rica para nuestros países, que permite entender muchas cosas: también en salud tenemos este problema de consumo privilegiado. Tenemos por un lado la existencia de una masa importante de gente que está desde total o parcialmente marginada de recibir el tipo de servicio de salud que necesita. Esto es muy variable en América Latina: hay países con sectores importantes que no tienen acceso a ningún servicio de salud, de los que la medicina occidental considera como tal.

Tienen sus propios servicios de salud, de carácter folklórico, pero no en el sentido peyorativo, sino en el sentido de las culturas tradicionales.

Por otro lado, otra población que está en un sobreconsumo de servicios de salud; sobreconsumo que no necesariamente tiene que ver con que **reciba un buen** servicio de salud. Simplemente está en el sobreconsumo. Esto es una valoración cuantitativa y no cualitativa. Tener mucha medicina, no quiere decir tener buena medicina... Uno puede ir día por medio al médico y estar mal atendido. Uno puede tomar 5 ó 6 medicamentos diarios y hacerse sinnúmeros de intervenciones quirúrgicas, estudios, etc., y no estar bien atendido. Es decir, que mucha medicina es la idea del sobreconsumo.

Pero por otro lado es mucho más revelador y clarificador, el analizar la estructura mínima de ese consumo, por un lado, decimos que tenemos gente marginada y gente sobreasistida. Por otro lado, si analizamos que hay adentro de ese sobreconsumo, aparece la distorsión de este sobreconsumo. Eso se da cuando analizamos el balance entre la frecuencia del uso de la Terapia Intensiva o de la aplicación de marcapasos Versus determinados progresos en el área de la pediatría o versus determinadas líneas de las actividades en el campo de la salud ocupacional. Este tipo de servicios de consumo, lo podemos analizar y ver como se están dando las disamónias en función de cuales son realmente las necesidades sociales prioritarias, y en función de cuales de ellas, son las que realmente podemos hacer algo. No basta tener impresionante valor de Terapia Intensiva, simplemente para que sea el lugar en el que se muere buena parte de nuestros pacientes, que podrían haberse muerto en otro ámbito, en forma mucho más económica (permítanme decirlo en forma tan terminante). Para que realmente se justifique algo en terreno de los servicios de salud, tenemos que tener una cierta certeza de que lo estamos usando racionalmente.

No estoy criticando para nada las U.T. Intensiva, sino señalando la deformación que puede producir su uso inadecuado.

El plantearnos las cosas en estos términos, es lo que nos lleva a plantear, así como hablabamos de una redistribución necesaria a nivel internacional, y una redistribución necesaria a nivel nacional, en términos económicos, también tenemos que pensar en una redistribución y reasignación de prioridades del sector de la salud y lo que el sector salud hace, que es atender a los enfermos, prevenir las enfermedades cuando puede y rehabilitar a los que no han tenido otro tipo de remedio. Tenemos que plantearnos una reasignación de prioridades, entre por ejemplo, grupos de población. Cito algunos ejemplos cortos: al decir redistribución dentro del sistema de salud. Estamos pensando en cosas como por ejemplo, mayor énfasis en la atención de ciertos sectores de la población, que son precisamente los que están más marginados de las oportunidades de acceder a los servicios de salud que necesitan. Por otro lado, mayor énfasis en determinadas patologías porque son más difundidas, porque están afectando a esos sectores marginados, porque tenemos tecnolo-

gía médica probadamente eficaz para resolver estos problemas, cosa que no siempre pasa con este otro tipo de patologías de tipo crónico, que son mucho más características de los sectores más prósperos de la sociedad, que son las patologías en general de la segunda mitad de la vida.

Entonces cambio de énfasis en los grupos de población, cambio de énfasis en el tipo de patología a atender y cambio de énfasis también, en el tipo de tecnología a utilizar. Estos son algunos de los puntos encerrados en el esquema de reasignación de prioridades. Aca no se trata de dejar de hacer cosas para hacer otras. De lo que se trata, es de cuantos recursos, que prioridad vamos a destinar en algunas y cuanto vamos a destinar a las otras. Tenemos necesidad de atender todo tipo de situaciones. Lo que si tenemos que discutir, es cuanto esfuerzo vamos a dedicar a algunos y a otros. Esto es un poco el tema de la prioridad.

Por otra parte, en nuestros países lo tenemos que hacer teniendo a la vista la situación de que nos vamos a manejar con una población crecientemente urbanizada. Quiere decir que tenemos que idear modalidades, para prestar servicios de salud que se adapten en buena medida a estas condiciones, lo cual no quiere decir desatender las áreas rurales, sino que la atención de las áreas urbanas plantea problemas que son sustancialmente distintos a los de las áreas rurales. Tenemos que tener en cuenta que se está produciendo un cambio epidemiológico en todo el mundo y en nuestros países también. Tenemos que atender las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la parasitaria; pero también tenemos que atender cada vez más, las enfermedades nuevas, las enfermedades del desarrollo, las enfermedades de los pueblos que empiezan a crecer. Tenemos que atender mucho más cáncer, mucho más enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas, diabétes, etc., y tenemos un pié en América Latina, en el subdesarrollo y otro en el mundo del desarrollo. Y tenemos que dar respuesta a las dos, pero con realismo. El riesgo es que comentamos la torpeza de querer dar la misma respuesta a la patología del desarrollo, que están dando los países desarrollados. Esta respuesta ya no es buena, ni para ellos, y muchos menos para países en que el despilfarro tiene un costo social mucho más alto, porque somos países con muchos menos recursos.

Toda esta preocupación alrededor del tema "salud para todos en el año 2000", se centró a nivel internacional en la recomendación que desarrolla la A.P. de la Salud, o sea todo lo que son los servicios básicos, los servicios menos especializados, por decirlo así. Entonces la gran recomendación ha sido, el desarrollo de la A.P.S. cosa que muchos lo compartimos, porque realmente en este concepto de atención primaria, se encierra buena parte de las respuestas adecuadas; al grueso, a la gran mayoría de los problemas de salud que tienen nuestros pueblos.

Por otra parte, constituyen un tipo de servicio de salud, que en general en nuestros países, no están organizados, o lo están muy pobremente. Se brin-

dan un poco cómo van saliendo, pero no responden a una propuesta organizada, racional, bien orientada. Pero yo, con respecto a este tema de la A.P.S. que parecería, por lo menos parte de la respuesta apropiada para que esto de la salud para todos en el año 2000, sea más ó menos cierto, por lo menos para muchos de nuestros países, yo preferiría hacer algún tipo de precisión sobre dos o tres aspectos de lo que es esta idea de la A.P.S. Primero, que si queremos que realmente sea exitoso, no puede entenderse como un proyecto para los sectores pobres de la sociedad. Esto ha sido encarado en la práctica así en algunos países. O sea aparecen los programas de atención primaria, como programas de salud para una población marginal. La cosa no pasa por allí, esto no quiere decir que la población marginal no necesite programas de este tipo. Pero para que esto realmente produzca un cambio, tenemos que entender que esto es una propuesta mucho más profunda, que signifique una reorganización integral de todo el sistema de salud, de todo lo que constituye la medicina organizada.

No necesariamente lo que es un poco la medicina tradicional, de ejercicio más liberal. Pero en lo que es la medicina organizada, la medicina que hace el estado, la medicina que hacen los sistemas de seguridad social en América Latina. Poco o muy organizada, bien o mal organizada, pero organizada, de alguna forma la medicina social o socializada, la A.P.S. debe ser un criterio de aplicación universal.

Así que este A.P.S. es un criterio de organización médica policlasista, no solamente para los pobres de cada sociedad. En tanto sea para los pobres de cada sociedad, podemos estar seguros que no se van a conseguir cambios demasiados significativos. Porque va a ser un servicio de salud considerado de segunda clase. Todo lo contrario, cualquiera de nosotros debe estar inserto en un sistema en el que haya un nivel primario de atención, que realmente satisfaga sus necesidades fundamentales, y a través del cual pueda ingresar a otros niveles de mayor especialización y complejidad, si es que esto realmente hace falta. Por ello, insisto, implica una revisión total del sistema mismo desarrollado, que tiene que abarcar no solamente lo que hace el estado, sino también la seguridad social. Ustedes saben que la seguridad social de América Latina, así como ha tenido una serie de progresos indudables para ciertos sectores de la sociedad, también constituye uno de los ejemplos de las barbaridades de estos sistemas, o sea, la seguridad para alguna parte de los países de América Latina, es el privilegio de un sector de los trabajadores organizados. Aquel sector que tuvo más fuerza en la negociación política y económica, y que esto margina habitualmente, para la mayor parte de nuestros países, a buena parte de la población. Esto no obsta de que por supuesto, este sector cubierto, ha significado un paso adelante, pero también ha significado, por vía de la aparición de una fuente de financiación nueva, una consolidación, un refuerzo, y un sobreconsumo distorsionado, de servicios de salud, para algunos en perjuicio de otros que no tienen

esa misma oportunidad. Algunos sectores cubiertos por la seguridad social de los países más prósperos de América Latina, están también formando parte de esta sociedad privilegiada de consumo, en materia de asistencia médica. Esto, por supuesto, es una de las cosas que lleva la necesidad de que la política de salud que se lleva adelante en el sector público y en el sector de la seguridad social, sea realmente único y no múltiple como es en la práctica, en la mayor parte de nuestros países. Esta diferencia, este privilegio subyacente en la seguridad social, es una de las cosas que explica el porque casi ninguno de los países de América Latina ha tenido realmente una política nacional de salud más o menos coherente, sino que ha habido tantas políticas de salud como grupos de población, cubiertos por distintos sistemas, con lo cual es realmente difícil hacer realidad todo eso que nos gusta tanto escribir, o discursar de la igualdad en los accesos a los servicios de salud, etc., etc.

Quisiera ahora resaltar dos o tres cosas: Esto de la atención primaria no nos tiene que hacer pensar, que es una atención barata. Es también bastante cara, pero es un costo diferente, o sea, la atención primaria digamos, es intensiva en el uso de recursos humanos, y de recurso intelectual, y mucho más modesta en el uso de otro tipo de tecnología, de laboratorio, de radiodiagnóstico o de internación.

Pero exige un recurso humano calificado y adiestrado. Esta es otra de las cosas que tenemos que puntualizar. Cualquier desarrollo en serio, de la atención primaria en nuestros países, exige un verdadero programa de formación, y más que nada de un reciclaje, una recuperación de los profesionales y técnicos ya formados. Los profesionales y técnicos, no estamos formados para este tipo de atención, lo estamos para otra cosa. Estamos formados para un tipo de asistencia modelada en el sobreconsumo. La A.P.S. exige otro tipo de capacitación, que ni la universidad ni los programas habituales ofrecen mayor apoyo. Es muy importante que la A.P.S. sea pensada en función de integración con otros servicios sociales.

En el nivel primario de atención, cuando uno está atendiendo las necesidades habituales y fundamentales de la población, y más que nada cuando esto se está haciendo, no desde el "monstruo", el "gran hospital", sino que se está haciendo muy próximo, muy integrado a la comunidad, es donde salta a la vista, la necesidad de trabajar en forma muy coordinada e integrada con los otros servicios sociales que tienen mucho que ver con las respuestas necesarias en salud. Por ejemplo: si nosotros si pensamos en prevención, o sea evitar aquellas cosas del medio social y del medio físico, que generan enfermedades. Prevención primaria en el campo de salud en buena medida es, prevención social, es algo mucho más amplio que lo que se puede hacer específicamente desde salud. Para trabajar realmente en serio en prevención primaria, tenemos que estar trabajando muy integradamente con otros servicios sociales. No sólo para prevención, sino también para curación, rehabilitación y tratamiento integral del problema

no solo individual sino familiar, laboral, etc., con lo que habitualmente está conectado la acción de salud por la que se puede pasar un enfermo.

Por otra parte, esto también presupone un grado considerable de lo que podríamos llamar, una cierta movilización social alrededor de estas ideas. Movilización social que lleve a que se rompa un poco, ese paternalismo clásico de los organismos de salud, frente a una comunidad pasiva. Que realmente haya una participación mucho más directa, mucho más protagónica, que para poder ser posible, empieza por un buen nivel de información. Nivel que no esté distorsionado por la propaganda, como a veces estaba en la realidad que nosotros observamos. Que haga que la gente realmente, tanto en su problema individual, como en el de su pequeño hogar, comunidad, pueda tener una participación distinta a la escasa o nula que tiene hoy día. La gente tiene que entender, una propuesta de redistribución, del consumo de salud, en función de objetivos sociales. Si no lo entiende es muy difícil, así, autocríticamente o

paternalistamente, desde los órganos de gobierno o de las organizaciones de la salud.

Si logramos por lo menos algunas de estas cosas, esto de la salud para todos para el año 2000, va a servir realmente como una consigna fuerte, una consigna política valiosa, para un cambio auténtico en paz y en libertad. Pero para eso es necesario entender, que salud, no es un consumo más, como ideología predominante en América Latina y muy dramáticamente en el cono sur de América Latina, en el último decenio nos han llevado a creer, en las que se trató por ejemplo de trasladar a la supuesta eficiencia del libre mercado, lo que nunca pudo interpretarse como que era realmente un camino del progreso. Esto ha sido característico de situaciones como la nuestra, como la de Chile, Uruguay, Brasil, donde realmente ha predominado esto que, Samuelson, el economista, Premio Nobel, llama el "fascismo del mercado". En estos fascismos del mercado que estamos viviendo en muchos de nuestros países, con esta particular combinación de autoritarismo político, que a la vez sostiene un libre mercado, la salud también quiso ser considerada un consumo más.

Una propuesta reformista de cambio, tiene que entenderlo así, tienen que entender que la salud de ninguna manera es un consumo más sino que necesariamente estamos ante un mercado, que tiene que ser orientado, regulado, regimentado, para poder realmente cumplir su finalidad social.

Si no, lo que haremos, es reforzar una buena parte de lo que a través de algunos indicadores he descrito inicialmente, que es la gran injusticia social en la que vive la mayor parte de nuestros países.

Injusticia social, que le hacía decir a los obispos brasileños, no hace mucho tiempo, que es cierto que la injusticia social genera violencia, pero que lo más grave en si misma, es la forma más radical de la violencia.

LA INDUSTRIA FARMACEUTICA Y EL DESARROLLO LATINOAMERICANO

Tema presentado en la reunión del CONCLAPU, Buenos Aires, Septiembre 1983.

Disertante: Brigadier Médico
Amílcar Arguelles
(Síntesis preparada por la
Dra. Adriana Mareus)

El Dr. A. Arguelles comenzó su exposición resaltando la necesidad de contar de modo accesible para la población con medicamentos y vacunas, teniendo en cuenta que en América Latina las enfermedades evitables (es decir las infecciosas, aquellas condicionadas por la desnutrición, etc.) son las que ocupan el primer lugar en el orden de causas de morbimortalidad de esta zona subdesarrollada.

Siguió luego con un análisis de la situación, describiendo las formas de dependencia de nuestros países respecto a otros desarrollados, en cuanto a la fabricación de medicamentos. Mientras en América Latina se produce sólo el 10% de los medicamentos que se consumen, en la Argentina el desarrollo de la industria farmacéutica se limita a fraccionar y comercializar materia prima importada del extranjero, lo cual significa un importante drenaje de divisas para adquirirlas, sumando al costo por sobrefacturación sufrida por ellas y el inconveniente que representa la dependencia del extranjero, situación que quedó al descubierto con el desabastecimiento sufrido durante los episodios de las Islas Malvinas. En la Argentina no llegan a 10 los medicamentos que se producen, e incluso la tecnología necesaria para producirlos se debe importar. El disertante se refirió además al excesivo consumo de medicamentos por un lado y al altísimo gasto que se realiza en estos países en fármacos en relación con el PBI por otro. Este índice (gasto en relación con PBI) en los Estados Unidos es del 0,5%, en Alemania Federal del 0,75 a 0,8% y en la Argentina del 2% o más, en tanto que la inversión en medicamentos representa el 75% del presupuesto de las obras sociales (tal el caso de PAMI, por ejemplo).

Propone entonces una legislación que atienda a la promoción y el desarrollo industrial que incluya la síntesis y purificación de fármacos.

A este respecto habló sobre las posibilidades de síntesis de drogas en nuestros países. Si bien se había atribuido el subdesarrollo de la industria farmacéutica latinoamericana a la falta de industria petroquímica básica, ahora contamos con ella. Por otro lado no faltan recursos humanos, en todo caso muchos están trabajando en el exterior. Y finalmente, si en los EE.UU. el 25% de las drogas básicas se extraen de plantas, en nuestra América Latina probablemente el porcentaje sea mayor aún.

Indudablemente la intención de desarrollar una industria farmacéutica local implica una lucha dura contra intereses económicos importantes. Para lograrlo se requiere entonces una legislación firme, y un régimen impositivo de fomento que apoye a aquellos empresarios que se dediquen a la industria farmacéutica, incluso con la posibilidad de exportar los excedentes.

Un ejemplo de desarrollo de esta industria lo constituye Brasil, que consiguió que se sinteticen medicamentos declarados por su gobierno de Interés Nacional en fábricas extranjeras radicadas allí.

De aquí surge un nuevo concepto, que es el de la necesidad de ampliar la demanda farmacológica a otros países latinoamericanos e integrarse con ellos, ampliando el mercado a todo el territorio latinoamericano.

Mencionó además algunas de las recomendaciones efectuadas por la ONUDI y representantes del Tercer Mundo durante una reunión en 1980 de la cual no participó la Argentina por no haber enviado representante del gobierno, entre las que figuran las siguientes:

—la transferencia de tecnología de países desarrollados a otros en vías de desarrollo para permitirles la producción de aproximadamente 30 fármacos con patentes en vías de vencimiento.

—El establecimiento de cooperación técnica.

—el establecimiento de cargas económicas por importación de drogas del extranjero.

—la preparación de listas de medicamentos esenciales de acuerdo a las necesidades de cada región.

—el establecimiento de un sistema de control estatal de drogas.

—la fabricación de drogas a cargo del sector público.

Resumió su propuesta para revertir esta situación descrita en tres puntos:

1. Nacionalizar la industria farmacéutica.
2. Desarrollar una industria farmacéutica con capitales preferentemente pero no exclusivamente nacionales, al servicio incondicional de las necesidades de la población.
3. Asegurar la complementación latinoamericana (tratada más arriba).

En la discusión que posteriormente se desarrolló entre los allí presentes (odontólogos, farmacéuticos, médicos) se intercambiaron experiencias, anécdotas, se realizaron denuncias y finalmente se hicieron diversas propuestas.

—Se denunció el mercado negro que existe en el comercio de los medicamentos a cargo de agentes que venden a las farmacias drogas vencidas reenvasadas y drogas a menor precio que el establecido por los laboratorios.

—Se mencionó la experiencia realizada por Fecofar en 1974-75, en que se produjeron medicamentos esenciales en forma de monodroga a un precio a veces hasta 700 veces menor que el de

sus semejantes del comercio, de calidad probada, con que se abasteció por ejemplo al Hospital Escuela J. de S. Martín de Capital Federal, en cuyo proceso participaban estudiantes de farmacia como parte de los trabajos prácticos de Farmacotecnia. Esta planta se vio obligada a cerrar dado que su funcionamiento estaba autorizado por reglamento y decreto, pero no por ley.

—Se denunció la estafa que configura el hecho de presentar al mercado un "nuevo" producto en que sólo el 60% de la droga es útil, siendo el otro 40% el isómero dextrógiro biológicamente inactivo del mismo compuesto.

—El Dr. Arguelles mencionó como anécdota haber recibido 1000 expedientes en que diversos laboratorios trasnacionales solicitaban autorización para ser incluidos en el mercado nacional, y haber rechazado los mismos, exigiendo la inclusión en esos expedientes del nombre del país de origen, la autorización del mercado de esos países y la certificación de sus respectivos consulados. Estos requisitos no fueron observados y los expedientes no volvieron al escritorio del Brigadier, hasta que asumió la nueva administración, que como primer medida aprobó los 1000 expedientes en masa sin las exigencias arriba mencionadas y publicitando la ineficiencia de la administración anterior.

—Se denunció el rol del pueblo latinoamericano como mercado consumidor de fármacos expirados en países "centrales" y de otros en etapa de experimentación en esos países.

—También se mencionó que al sector de Salud Pública está destinado, en la Argentina, el 7% del presupuesto nacional, porcentaje que excede ampliamente al previsto para este sector en países desarrollados. Esto significa que el recurso económico está siendo mal empleado. Se dijo además que Buenos Aires tiene más presupuesto para salud que el resto de la nación.

—Relató el Dr. Arguelles que trabajando en Gran Bretaña, un grupo de investigadores del cual formaba parte se propuso estudiar los efectos indeseables de las benzodiazepinas, específicamente la agresividad que puede producir, por lo cual se realizó el pedido formal a las autoridades pertinentes, que se expidieron luego de estudiar el tema durante 3 meses. Explicó el hecho por el gran cuidado que se tiene en aquel país con la experimentación, la observación de la ética al respecto, incluso cuando se trata de medicamentos ampliamente utilizados y conocidos. De modo que la investigación no sólo en hombres sino también en animales de experimentación está muy restringida, en el segundo caso debido al combate a la resistencia ofrecida por las agrupaciones de defensa del animal. En este punto uno de los asistentes llegó a la conclusión de que una vida humana latinoamericana vale menos para los países centrales que una vida animal de aquellos países.

—Una de las conclusiones a la que se arribó unánimemente fue que sólo una legislación adecuada

en el marco de una política nacional puede resolver este problema.

—El resumen de las conclusiones es el siguiente:

1. Formular una Ley Nacional del Medicamento que por otra parte declare al medicamento "bien social".

2. Normar la comercialización de los medicamentos.

3. Permitir la experimentación sólo en algunos centros, a cargo de grupos de investigadores serios.

4. Obligar a la prescripción por nombre genérico.

5. Desligar el "mercado del medicamento" del Ministerio de Industria y Comercio para subordinarlo al de Salud Pública.

6. Ejercer control continuo de los medicamentos aprobados y por aprobar a través del Instituto Nacional de Farmacología, actualmente desprovisto de la tecnología necesaria para hacerlo.

7. Nacionalizar la industria farmacéutica existente.

8. Desarrollar industria propia.

9. Lograr la complementación latinoamericana que permita el autoabastecimiento dentro del territorio latinoamericano, intercambiando los productos y ubicando los excedentes de cada industria nacional en los países vecinos.

10. Confeccionar una lista de fármacos básicos necesarios y de costos reducidos y calidad comprobada como medida provisoria y paliativa mientras se pueda desarrollar la industria propia propuesta, tal como lo muestra el Vademecum de Femeba.

11. Obligar a los médicos a poner en conocimiento a los pacientes de las propiedades deseables e indeseables de los medicamentos recetados, a través de una "garantía de aprobación" firmada por el que recibe la receta.

12. Lograr la integración de todos los profesionales para evitar depender en la formación e información de lo que nos "venden" aquellos que hacen de un bien social un comercio: los laboratorios.

13. Asegurar la educación de la población para evitar la automedicación, conociendo sus riesgos, y contrarrestar la propaganda lanzada a través de los medios de difusión masiva, y también educar a los médicos y personal paramédico para independizarlo de las propuestas extorsivas de los laboratorios.

14. Hacer llegar todas las decisiones que surjan de este Congreso a los Partidos Políticos, teniendo en cuenta que la política sanitaria depende directamente de la decisión política de independencia planteada por los gobiernos nacionales.

PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Rosario - Provincia de Santa Fe

Presentaciones efectuadas en las XXV Jornadas Argentinas de Pediatría, Mar del Plata, Noviembre 1982, por la Dra. Eva Richigar de Casoli y colaboradores.

Como antecedente en nuestra provincia tenemos el Programa de Salud Rural. Este se inició en el año 1970 en los Departamentos de Vera y Rafael Obligado, es decir, la zona norte de nuestra Provincia, que por sus características de zona boscosa, dificultades en las comunicaciones y altos índices de mortalidad infantil se la tomó como prioritaria. Fue interrumpido en 1974 y 75 por falta de presupuesto y retomado en 1977.

En el año 1980 tomando como referencia la tasa de mortalidad infantil de la Provincia de Santa Fe, se observó que el mayor número de muertes ocurría en los grandes centros urbanos, y principalmente en Rosario.

Este fue el punto de partida para que el 2 de noviembre de ese mismo año se iniciara el Primer Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud para grandes Centros Urbanos en la Ciudad de Rosario. En los considerandos del decreto se determina que:

1.— Programa a desarrollar:

—Atención Primaria de la Salud.

2.— Lineamientos:

—Ajustados a la Política Nacional.

3.— Jurisdicción:

—Se ejecutará en el Municipio de la ciudad de Rosario.

4.— Areas de acción:

—Sectores de población con asentamientos irregulares (villas de emergencia).

5.— Promueve y apoya:

Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Nación.

6.— Proyecta y conduce:

Dirección Provincial de Atención Médica de la S u b -

Sub-Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe.

7.— Coordina y ejecuta:

El Area de Salud VIII con sede en Rosario a través de un equipo interdisciplinario.

Este equipo interdisciplinario está formado a nivel de conducción por:

—1 Jefe del Programa de Atención Primaria de la Provincia.

—1 Jefe del Programa de Atención Primaria de Rosario.

—3 Jefes de Area Programática en Hospitales Bases..

1— Coordinadora de Enfermería

—1 Coordinadora de Estadística.

—1 Coordinadora de Educación Sanitaria.

—2 Coordinadoras de Terreno.

—5 Jefes de Enfermería

A nivel de Centros Periféricos, el Programa cuenta con:

—27 médicos pediatras

—8 médicos obstetras

—6 médicos clínicos

—31 enfermeras y auxiliares de Enfermería

—3 administrativos

—6 mucamas

—1 chófer.

Completando el Equipo, hay 50 Agentes Sanitarios, trabajando en las villas de emergencia constituyendo un dinámico lazo entre la comunidad y los Centros Periféricos.

Los beneficiarios de estas acciones son 50.000 habitantes que viven en 70 villas. Estas comprenden una fraccionada franja de viviendas precarias en terrenos destinados a vías de ferrocarril con servicios suspendidos desde hace años, en un trayecto longitudinal de norte a sur cruzando la ciudad en plena urbanización. Un grupo de ellas, se localiza en forma periurbana sobre las márgenes del Río Paraná y en el acceso sur de la ciudad, próximo al Arroyo Saladillo.

La Pirámide de esta población es del tipo "Torre Eiffel", de base ancha, vértice fino y lados cóncavos, que caracteriza a las poblaciones que calificamos como subdesarrolladas. El 48% de sus habitantes son menores de 15 años.

En cambio, si observamos la pirámide que corresponde a la ciudad de Rosario, vemos que corresponde al "Triángulo Isósceles", es decir, a poblaciones intermedias entre el desarrollo y subdesarrollo.

Cabría quizás ejemplificar con una tercera pirámide, la población de Rosario sin sus villas de emergencia; posiblemente se asemeje a la "Cúpula vizantina" de base estrecha, vértice amplio y lados convexos, típica de los países desarrollados.

En cuanto a la mortalidad infantil, Rosario tiene, según los datos de 1980 una tasa del 27,3 por mil si observamos su distribución en las distintas secciones policiales, vemos que es una especie de mosaico, donde las cifras varían de un 15% hasta un 51% en jurisdicciones donde conviven la población general y la de villas de emergencia. Estos datos permiten expresar la hipótesis estadística de que la mortalidad infantil de la población de las villas, duplica a la de la ciudad.

El siguiente cuadro comparativo, con datos de la Ciudad de Rosario y los de sus villas, encontramos el porqué se eligió a esta población como destinataria del Programa de Atención Primaria.

	Rosario	Sus villas
Poblac. Total	800.000 hab.	50.000 hab.
Poblac. 15 años	26%	48%
Densidad	4.600 Hab/Km2.	22.000 Hab/Km2.
Hab. vivienda	3,2	4,5
Natalidad	22%	44%o
Mort. Inf.	27,3%o	40%o
Prevalencia TBC	1/10.000	1/1.000

Una referencia a tener en cuenta es que en Rosario en 1979, del total de 718.000 consultas

en el Sector Estatal, sólo 9950 se dieron en los establecimientos periféricos estatales; es decir una consulta periférica por siete hospitalarias. La finalidad de obtener una real extensión de cobertura a la población de las villas para actuar como bocas de acceso al sistema hospitalario estatal, con una demanda promocionada a través de una intensa actividad comunitaria, provoca un gradual e importante incremento de consultas a nivel periférico.

Dado que se trata de un Programa a desarrollar en etapas progresivas para asegurar las prestaciones a las demandas de la población, en la primera se centró en 3 Hospitales Bases dependientes de la provincia de Santa Fe. El Area I, con el Policlínico de Granadero Baigorria como Hospital Base, el Area II con el Hospital Centenario y el Area III, la más extensa de todas, con el Hospital Provincial.

Esta integración Hospital de Referencia-Centros Periféricos no es tarea fácil. Nuestros hospitales vienen trabajando con un sistema cerrado de atención desde hace muchos años y les cuesta reconocer un apéndice del mismo extendido afuera de sus muros, lejos, metido en la villa. Pero da también muchas satisfacciones cuando se van superando obstáculos. Lo fundamental es que el Hospital viva como propios, todos los problemas de los centros periféricos.

Para facilitar este proceso, los médicos de los Centros Periféricos, fueron propuestos por los jefes de los respectivos Servicios de los Hospitales Bases, de manera tal que se sientan comprometidos con la asistencia que se brinde en los mismos. En el área de nuestro Policlínico, ya han iniciado la rotación por uno de los centros Periféricos, los médicos residentes de Pediatría y Obstetricia y está programado para iniciar próximamente la

conurrencia de los de Traumatología y Cirugía. Con ello pensamos reducir aún más las derivaciones por interconsultas al Hospital.

Respecto a la evaluación de este Programa, no tenemos aún cifras definitivas, los resultados de las Rondas, fundamentales para medir eficacia no han salido con la rapidez deseada. Las dos primeras se elaboraron "a mano"; se tuvo la posibilidad de hacerlo por computación, se modificaron las planillas originales para adaptarlas al nuevo sistema, luego se demoró la programación y por fin ya está todo el sistema implementado para que se logre la información final. Estamos haciendo la sexta ronda y recién obtuvimos los resultados de la tercera. En el listado siguiente enumeramos los indicadores usados para medir la efectividad del programa.

- Mortalidad Infantil
- Mortalidad neonatal
- Cobertura de vacunación por tipo de vacuna.
- Cobertura de atención de embarazadas
- Cobertura de atención del niño (por grupo etareo)
- Porcentaje de desnutrición
- Porcentaje de casas con desagües sanitarios de excretas
- Porcentaje de casas con tratamiento sanitario de basuras.
- Porcentaje de casas con agua potable.
- Porcentaje de TBC en tratamiento

Podemos si afirmar que hay una supervisión permanente de las acciones, ya sea directa o indirecta tratando de superar sobre la marcha todos los inconvenientes que a menudo surgen.

Creemos, por otra parte, que la capacitación permanente de todo el Equipo de Salud es imprescindible para lograr y mantener una buena calidad de la atención médica.

ROL DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

La enfermera dedicada a atención primaria está orientada a intervenir en aspectos integrales de la salud sobre individuos, familia y comunidad. Es uno de sus objetivos primordiales el de mejorar el nivel de salud de la población a la que asiste. Su enfoque global de las acciones de salud debe permitirle hacer un uso racional de los recursos a su alcance a fin de conseguir la mayor cobertura posible.

Su objetivo, coherente con el programa, debe orientarse a resolver problemas prioritarios en zonas críticas, como ser la desnutrición, enfermedades transmisibles, saneamiento medio ambiental, salud materno-infantil. Sus funciones le exigen valorar la salud integral de la comunidad, familia e individuo, dentro de su marco cultural, social y económico, ejercer vigilancia epidemiológica, supervisar y evaluar en forma permanente los resultados de su tarea para que sirvan como elementos de realimentación al Programa en vigencia.

Los recursos humanos para prestar atención

primaria varían en función de su disponibilidad y las características propias de la comunidad.

Las exigencias de un programa de atención primaria urbano en zonas de asentamiento irregular llevan a contar con un personal de enfermería que, en cantidad y calidad difiere sustancialmente de los existentes en Programas de atención primaria en zona rural y establecimientos convencionales de atención médica.

El equipo de enfermería del Programa de Atención Primaria de Rosario tiene una estructura integrada por cuatro categorías, cada una de las cuales tiene asignadas funciones perfectamente delimitadas:

- 1 Coordinadora Central de Enfermería.
- 5 Enfermeras Jefes con funciones de supervisión y docencia
- 33 Enfermeros y auxiliares de enfermería.
- 50 Agentes Sanitarios de los Centros Periféricos.
- 89 TOTAL

FUNCIONES SEGUN CATEGORIAS:

Coordinadora Central de Enfermería: es la responsable de la conducción global de su equipo:

- Asigna funciones y actividades
- Supervisa y evalúa
- Programa las acciones a desarrollar en las distintas Rondas Sanitarias
- Elabora indicadores de rendimiento
- Mantiene reuniones periódicas

Enfermeras Jefes: tienen bajo su responsabilidad:

- Control técnico del personal de enfermería de los Centros Periféricos.
- Asignación y supervisión de las actividades del Agente Sanitario en terreno.
- Docencia en el Programa de formación de los Agentes Sanitarios y en Cursos de Capacitación al personal de Enfermería de Centros Periféricos.
- Evaluación personal por muestreo de la población cubierta, a través de un porcentaje establecido, para el control de la actividad del Agente Sanitario.

Enfermeros y Auxiliares de Enfermería de los Centros Periféricos: desarrollan las prestaciones de enfermería que corresponden a la atención ambulatoria, estando sus actividades especificadas por escrito y normatizadas todas las técnicas que se efectúan.

Agente Sanitario: es el encargado de llevar casa por casa las actividades o acciones del Programa. Efectúa educación sanitaria dirigida a la promoción y protección de la salud, detección de probables patologías con derivación a su Centro de Referencia.

Su tarea es exclusivamente en terreno pero está en directo y diario contacto con el Centro Periférico. Cada Centro tiene aproximadamente 8-10 Agentes Sanitarios de los cuales acude diariamente 1 para resolver las tareas urgentes indicadas por el médico, entendiéndose por éstos los inasistentes en riesgo inmediato. La otra actividad del Agente Sanitario, en combinación con el Centro, es la búsqueda domiciliaria de los desnutridos no concurrentes al control médico periódico.

METODO DE TRABAJO:

Coordinadora Central de Enfermería: como responsable de su área mantiene reuniones periódicas con los distintos niveles de enfermería, efectúa supervisiones a los Centros Periféricos y a los domicilios y participa de las reuniones del Equipo de conducción del Programa.

Enfermeras Jefes: además de sus reuniones con la Coordinadora Central y las del Hospital Base, mantiene semanalmente una reunión con los Agentes Sanitarios a su cargo, supervisan los Centros Periféricos asignados y deben sumar, al finalizar cada Ronda Sanitaria, que se lleva a cabo en aproximadamente tres meses, el control domiciliario de por lo menos el 5% de la población bajo su responsabilidad.

Periódicamente imparten cursos de formación para incorporar Agentes Sanitarios, de Actualización para los mismos y de Capacitación para el personal de enfermería de los Centros Periféricos.

Elaboran un informe escrito mensual normatizado, que permite a la Coordinadora Central resumir los logros e inconvenientes de la marcha de enfermería en el Programa.

Cada una de las enfermeras jefes tiene a su cargo entre 8 y 10 Agentes Sanitarios, 2 a 3 Centros Periféricos y una población de aproximadamente 14.000 habitantes.

El horario de atención de cada Centro afectado al Programa es de 7 a 19 horas, con dos turnos de enfermería. Para garantizar la continuidad de la atención se ha colocado personal volante en los 3 Hospitales Base, en el turno de mañana y de la tarde para cubrir el ausentismo previsto e imprevisto que se produzca en los Centros.

El Agente Sanitario no tiene horario estipulado, se le exige que desarrolle su actividad a través de un mínimo de 8 visitas domiciliarias diarias, además de las reuniones periódicas con la enfermera Jefe.

SELECCION, FORMACION, METODOLOGIA DEL TRABAJO DEL AGENTE SANITARIO Y ASIGNACION DE SU SECTOR DE TRABAJO

Para la **selección** se tuvieron en cuenta tres aspectos fundamentales:

- 1.— Que sea de extracción comunitaria.
- 2.— Que sepa leer y escribir
- 3.— Que tenga correctos antecedentes sobre todo lo relacionado con actitudes de servicio ya demostradas para su comunidad.

La **formación** que reciben es un curso teórico-práctico de 300 horas y de 2 meses de duración en el que además de los temas inherentes a salud, limitados a las acciones a desarrollar en cada una de las Rondas, se les enseña la técnica de la cartografía para la confección de los mapas y la ubicación de cada una de las viviendas, con su número asignado por el Programa, incluyendo el nombre del jefe de familia, permitiendo la rápida ubicación de las 50.000 personas beneficiarias de este sistema. Entre Ronda y Ronda participan de un curso de una semana de duración destinado a recibir instrucciones para la próxima Ronda.

La **metodología de trabajo** del Agente Sanitario, es la visita domiciliaria basada en el sistema de Rondas Sanitarias, entendiéndose por éste el periodo durante el cual cada Agente visita la totalidad de las viviendas que le han sido asignadas realizando las acciones programadas para cada Ronda.

A la fecha el Programa está efectuando la 6ta. Ronda Sanitaria y los contenidos incorporados han sido los siguientes:

RONDA I:

- Cartografía.
- Censo de población y vivienda.

- Derivación de emergencia
- Captación y derivación del Recién Nacido hasta los 12 años y de la embarazada.
- Prevención de las diarreas.
- Control de la vacunación

RONDA II:

- Actualización de los contenidos de la 1ª Ronda.
- Profilaxis de la Rabia.
- Detección de Tuberculosis
- Prevención de accidentes en el hogar.
- Detección de las alteraciones de aparato digestivo, respiratorio y piel del Recién Nacido hasta los 12 años.

RONDA III:

- Actualización de los contenidos de la 1ª y 2ª Ronda.
- Nutrición.

RONDA IV:

- Actualización de los contenidos de la 1ª, 2ª y 3ª Ronda.

- Saneamiento Ambiental.
- Detección y derivación de Lepra y de Venéreas.

RONDA V y RONDA VI:

- Actualización de los contenidos de la 4ª Ronda.

La **asignación del Sector de Trabajo** se efectúa una vez que ha obtenido su certificado habilitante y comprende un número de viviendas que oscila entre 200 a 400, según la concentración en que se encuentren.

Un determinado número de Sectores de Trabajo al frente de cada uno de los cuales se coloca un Agente Sanitario, representa el área de influencia de cada Centro Periférico y la suma de un número determinado de Centros comprende el Area Programática, jurisdicción de un Hospital Base.

REGISTROS ESTADÍSTICOS: el Programa tiene establecido una serie de formularios para registro de datos, unos que maneja el Agente Sanitario, otros a nivel de Centros Periféricos y otros para el nivel Central.

A partir de la 3ª Ronda Sanitaria los datos se procesan por el sistema de computación.

EL MEDICO Y EL HOSPITAL

Dr. Carlos Gianantonio

Los días 10 y 11 de setiembre de 1982 el Colegio Médico de Punilla organizó las IX Jornadas Médicas de Punilla. En su transcurso el Dr. Carlos GIANANTONIO pronunció una conferencia sobre el tema "El médico y el Hospital". Por considerarlo de sumo interés para la tarea nuestra de todos los días, la Redacción presenta un extracto de la misma.

"Yo pensaba un poco, ¿qué traerles? Uds. saben que soy un pediatra y básicamente soy un clínico, hago medicina interna pediátrica, y puesto que el tema que los inquieta es el del hospital público, al que todos queremos y en el cual muchos de nosotros nos hemos formado; se me ocurrió que podía ser útil algunas reflexiones sobre la medicina institucional presente y su proyección futura, entendiendo cuando hablo de medicina institucional, que desgraciadoo necesariamente no me voy a concentrar en el hospital, que considero una estructura que va a tener una vigencia breve en el devenir de la medicina futura, sino un poco hablar de instituciones al servicio de la salud y nuestra función en ellas".

"El problema es un poco éste: la medicina inicialmente no se hizo en instituciones; la medicina ancestral, arcaica se hacía donde estaban los enfermos y no donde estaban los que curaban. Esa medicina así empírica se hacía seguramente en las calles, en los mercados, en las casas, y durante muchos milenios parece que fue satisfactoria, porque no se crearon instituciones, ni el Estado avanzó sobre ella. Quizás después, y creo que se vincula a ciertos temores, una vez que

se vio que ciertas enfermedades podían cundir y matar a mucha gente, se ubicó a los enfermos en lugares para que no contagiaran al resto; se crearon lazaretos, la gente que tenía infecciones estaba en un lugar para no contagiar a los sanos, y lentamente se empezó a poner ahí todo lo que molestaba: los infectados, los epilépticos, los dementes, los deformes, los mutilados, los idiotas, los leprosos, con un sentido más bien de depósito y protección de los sanos, de la comunidad sana".

"Sucedió después, y esto viene de la época de Pasteur probablemente, que empezó a haber un cierto interés en estos sujetos "aberrantes", porque estaban enfermos y se iban a morir y pertenecían además a un nivel socioeconómico por lo común bajo, porque se despertó curiosidad del por qué les pasaban estas cosas: qué era la locura, qué era la epilepsia, qué eran las infecciones, y entonces apareció toda una actividad centrada en ellos que tenía más bien a la gratificación intelectual de aquellos que se acercaban. Unos se acercaban por razones caritativas, de afecto y comprensión y a veces unido a esto, por un sentimiento profundo de orden religioso. Otros por razones de orden académico, científico, y así viene toda esa medicina anatómica, galénica, con la descripción de algunas funciones.

Así lentamente llegamos a principios de este siglo con las enormes instituciones hospitalarias, que albergaban cantidad de individuos que estaban al real servicio de la medicina. El hospital de principios de este siglo era un hospital destinado a favorecer el desarrollo de ciertas actitu-

des y conceptos médicos. Y cumplió un rol: muchos médicos empezaron a definir algunos roles, a desarrollar algunas actitudes dentro de la sociedad; y ésto se hubiera mantenido así, quizás para bien, pero sobrevino un hecho cataclísmico, que fue la revolución industrial, y ésto contaminó a estas instituciones que hasta ese momento estaban como depósito, con estas actividades que ya mencioné. Por un lado grandes conferencias, disertaciones, estudios anatómicos, y por otro lado las hermanas de caridad ayudando a sobrelevar los dolores y las molestias. Pero a partir de ésto, que se crearon a través de las máquinas, las empresas fabriles, ésto contagió a los hospitales. Se pensó en la posibilidad de asimilar a las personas que estaban allí a máquinas descompuestas y aplicarles los mismos criterios que a las máquinas: detectar la falla, la pieza que estaba rota o alterada, con la idea de que reparando esa pieza la máquina podía volver a funcionar, y ésto es lo que sucede hasta ahora: porque todos los hospitales son talleres de reparaciones en los que en lugar de haber personas que tienen mamelucos hay sujetos con guardapolvos, y en lugar de haber automóviles hay señoras y señores que están allí porque una pieza se les ha descompuesto. Es evidente que este concepto no puede sobrevivir demasiado tiempo, porque parte de una serie de falacias, y ya todos estamos viviendo la crisis de todas estas instituciones, porque los objetivos de su creación ya no son válidos".

"En toda empresa humana lo que define la actualidad de esa empresa no son los medios sino los fines, y nosotros hemos llegado, sin darnos cuenta, a montar hospitales que son fábricas de

carretas. Aplicamos una tecnología extremadamente sofisticada, muy moderna, dedicamos mucho tiempo, pero nuestro producto es baladí, es un producto ridículo, porque consumimos un recurso de un tremendo valor, sobre todo económico, para reparar algunas maquinarias que hubiera sido tanto más fácil evitar que se descompusiera a un costo infinitamente más bajo, o bien si hubiéramos advertido que el concepto mecanicista del ser humano y de la vida es impracticable y falso.

La medicina institucionalizada moderna está ejemplificada por lo que podríamos llamar el interés médico centrado en la enfermedad del paciente y no en el ser que alberga la enfermedad. Es notorio como el interés de los médicos por lo común se concentra y se concentra en las enfermedades esotéricas de las personas que están en los hospitales, y no en los sujetos que están enfermos, y cuanto más extraña, compleja y grave es la enfermedad, más alegría —paradójicamente— produce eso en el médico. Es una cosa tétrica ver de pronto como un médico puede, con el rostro lleno de satisfacción, dirigirse a sus colegas diciendo que ha diagnosticado una nueva forma de la enfermedad de Hodgkin con invasión de las meninges. Y realmente cuando se escucha éso parece un mensaje alienado, porque lo que tendría que ponerse ese hombre no sé... es deprimirse... quizás emocionarse, al saber que ese pobre individuo que tiene esta enfermedad tan terrible se va a morir y él no lo va a poder curar".

"El otro aspecto fue la aparición de un conjunto de médicos que han reaccionado contra esta situación y que entonces han planteado otra medicina basada en la administración de los servicios

ISSAIRA

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



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

de salud, como el eje de éste, el eje de una medicina nueva, y éste ha sido muy exitoso, pero el problema es que en muchos países con estructuras de gobierno y de conducción endebles y frágiles sobre todo, como la Argentina, la mayor parte de estas personas a través de los años han caído en posturas burocráticas, y entonces han empezado a hacer la medicina desde los escritorios, o sea que se han alejado de nuevo de la realidad: unos se escondían en los hospitales y miraban los enfermos con un microscopio, y los otros los miraban a través de una máquina de escribir o un expediente; y realmente eso tampoco anduvo porque esta gente lo que ha hecho es plagar, en muchos países, no sé si en el nuestro, a la medicina de otro nuevo inconveniente que es transformar los hechos humanos, los hechos biológicos, en meros números, y muchos números que realmente cuando después son analizadas a la luz de enfoques más objetivos, demuestran que son solamente números".

"Se ve como una posibilidad bastante cercana una medicina que ya se insinúa, que se ocupe de la salud de los individuos y de los problemas de la salud, y que esa medicina también se va a tener que ejercer en determinados ámbitos. Yo quiero detenerme señalando que probablemente en los años de aquí a fin de siglo seguramente vamos a asistir a una consolidación del cuidado primario de la salud, o de la atención médica primaria; esta iniciativa es lo que va a cambiar la cara de los hospitales, las va a transformar completamente, hasta sus cimientos.

Fíjense que cosa interesante: en todo el mundo los hospitales han ido tomando cuerpo, y diría que en general, por razones curiosas, los hospitales tienden a ser edificios voluminosos, edificios impresionantes, muy grandes y que siguen creciendo porque en todas partes siempre se les va agregando algo, una salita más, un quirófano, siempre van creciendo así, de manera teratológica, medio monstruosa, pero lo que no crece es la eficiencia, porque a medida que uds. los siguen, cada vez las colas que hace la gente son más largas, las citas se prolongan más tiempo; uno pensaría a la inversa: que a medida que los hospitales crecen ciertos problemas quedan en las fronteras de ellos. Hay hospitales que uno se los imagina rodeados, como los castillos feudales, por una fosa por la que no puede pasar el que está sano, el que está triste, el alcohólico, la prostituta, porque esos son problemas que no se consideran, no son problemas de la medicina; ahí tiene que entrar, insisto, el que tiene un ojo en la frente o aquel que tiene una fractura expuesta, o aquel que va a morir porque tuvo un accidente de tránsito.

Entonces esta medicina, 'atención médica primaria', que se va a ocupar del cuidado de la salud, toma en cuenta y va a tomar en cuenta una serie de hechos que yo creo que un poco pueden constituir la médula de esta charla. Primero, de una buena vez por todas terminar con el problema de la causalidad simple y directa de las enfermedades. Casi todos nosotros hemos sido enseñados de que las enfermedades tienen un origen y que lo único que tenemos que hacer los médicos es, a través de métodos muy complejos, encontrar la

causa y, eliminada la causa, curado el mal. Pero sucede que no hay ninguna enfermedad que tenga una etiología única, ninguna; esto es una cosa que nos viene de la época de Pasteur. Pasteur ha hecho mucho bien a la humanidad pero también creó este falso concepto de que hay agentes que producen enfermedades. Quizás sea cierto para algunas enfermedades infecciosas, porque el bacilo de la difteria produce la difteria, pero esto es relativo sin embargo porque todos uds. saben, cada vez lo sabemos mejor, de que aún en enfermedades infecciosas es posible que se tengan que aunar una serie de factores para que el sujeto se enferme".

"Realmente el problema es que no existen enfermedades; nosotros no tenemos enfermedades sino 'problemas de salud', que por lo general son **multicausales**. Lo que quizás haga falta saber es aprender a desmenuzar el problema de salud y fijar las prioridades para su enfoque y eventualmente su solución. Sin embargo, introducirse en este concepto de medicina de problemas y no de enfermedades requiere un cambio, un cambio de actitud médica, y que tiene que ser bastante drástico, porque esta medicina no consume aparatos, no consume recursos tecnológicos complejos, pero sí requiere un poco de inteligencia, requiere afecto, requiere interés en lo que le pasa al prójimo, requiere tiempo, y son las cosas que los médicos no tenemos".

"Es decir que la medicina del problema es extremadamente más enriquecedora, pero al mismo tiempo implica un cambio sustancial de actitud, para el cual por lo menos yo siento que estamos enfrentados con una dificultad que no ha sido adecuadamente rescatada, que es que no tenemos tiempo para hacer medicina. La otra cosa a que lleva la medicina planteada en base a los problemas de salud que tienen los seres humanos es la posibilidad de fijar prioridades en la solución de los problemas".

"Segundo concepto importante, ligado a éste, es que los médicos no podemos proveer salud, no está en nuestras manos proveerla; la salud proviene para todos los seres humanos de su propia vida, y fundamentalmente de su familia, es decir de los grupos formados en base al afecto y la afinidad; esto vale para los niños, vale para los adultos, vale para los ancianos. Renán Esquivel que es un sanitarista panameño, realmente destacado, siempre dice que los médicos lo que llevan en su maletín son unas pocas muestras, un recetario, un estetoscopio y que están fragmentos de tiempo con los pacientes, mientras que los que sufren, los que se enferman, están permanentemente viviendo con sus madres, con sus mujeres, con sus esposas, con sus abuelos. Pero este concepto de que la salud no proviene de la medicina tiene importancia porque hay una tendencia moderna a apuntar a la medicina del grupo familiar, es decir lo que antes era el médico generalista, que se concentraba en el sujeto aislado de todo contexto, se está transformando en una actividad mucho más rica que es la de la medicina familiar". "Muy diferente es resolver un problema o afrontar un problema en el domicilio del paciente que hacerlo afuera; y si uno se introduce en el domicilio y em-

pieza a recibir la confianza de esa familia, las posibilidades de acción y de mejoría de esa familia son enormes, a través de la actividad profesional. Hay que conocer algo de fisiología familiar.

Esto es muy difícil, porque en nuestro medio por lo menos, conozco muy pocos profesionales que hayan sistematizado su conocimiento sobre familia, no sabemos mucho de familia, lo hacemos empíricamente, y diría que mucho de esto se aprende después de la praxis, a través de muchas frustraciones, de muchos errores, de muchos golpes, la gente se hace médica. Pero esto es ridículo, porque si los tenemos siete años a los muchachos en la facultad tendrían que salir haciendo la medicina que se necesita, no otra, que después hay que dejarla en un cajón para empezar a aprender la otra. Esto me parece un desafío para esta medicina institucional a la que me refiero”.

“El siguiente problema que también hay que pensarlo cuando hablamos de instituciones es la desmitificación de la medicina. Hemos perdido, yo pienso que para bien, el carácter sacramental de la medicina; la gente no piensa ya que somos los dueños de la salud; piensa que la salud les pertenece y que pueden hacer de ella lo que quieren. Y de vez en cuando hay cosas interesantes, que no tenemos en cuenta, y es el crecimiento desmesurado y progresivo del autocuidado por parte de la población”.

“Quiero decir ahora dos palabras con respecto a este asunto de la ‘relación médico-paciente’ a la luz de estos hechos un poco nuevos. El parámetro fundamental en que esta relación se va a desarrollar y se va a enriquecer es el del tiempo. Pero hay una serie de hechos que a mí me parecen importantes y que modifican, ya se sabe, la relación y la posibilidad de ejercer la medicina y hacerlo bien, que en muchas ocasiones tienen que ver con el status del médico.—tienen que ver con muchas cosas— pero me quiero referir a esto: un médico que se siente mal remunerado por lo que hace, o se siente insatisfecho por lo que hace, hace mala medicina; la relación que establece con eso, ya sea remuneración por pago directo, o una cápita, o sea empleado, eso no interesa, si se siente mal recompensado por lo que hace, hace mala medicina. Si el médico a su vez no tiene otras gratificaciones, si no se siente parte del sistema en el cual está involucrado y siente que no puede modificarlo, hace mala medicina. Es decir, sentir que queremos hacer una medicina y vernos obligados a hacer otra, esa es la realidad. Entonces cuando se hable, sobre todo en estos momentos, de costos, cuando se plantean los problemas de sistemas, uno se pregunta adonde va todo esto, porque casi todo aquello que se está reclamando, y aún más ahora lo reclama la comunidad, yo diría que a todo nivel socioeconómico y cultural las personas deben sentirse en este momento más tristes de morirse del corazón desde el momento en que saben que se puede transplantar un corazón. Estos aparatos con luces que se prenden y se apagan, electrónicos, constituyen ya parte de las necesidades emocionales de todo sujeto que no se siente bien; es una cosa tremenda. Pero

todo esto va encarrilando y canalizando una enorme cantidad de recursos que cada día se nos hace más difícil rescatar, colocando por delante de la medicina, y detrás y al lado la tecnología. Pero tengo la sensación de que cuando uno habla de hospitales debe pensar más en como desmantelarlos de que en cómo incrementarlos, en número, complejidad, dotación y costos; porque realmente si junto con eso se respetan algunos preceptos básicos de niveles de complejidad, de derivación oportuna de los sujetos enfermos para resolver su problema donde mejor se pueda hacer a menor costo, etc., creo que gran parte de estos problemas que en estos momentos afligen a los hospitales, que entiendo que cada día crecen más pero que cada vez son más deficitarios, consumen más los presupuestos. Estoy enterado que en la ciudad de Buenos Aires a la Facultad de Medicina se le va gran parte del dinero que tiene para mantener el Hospital de Clínicas, que bien lo podrían cerrar.—desde el punto de vista mío— porque la mayor parte de la gente que está ahí podría estar dictando clases en otro lado. O sea un hospital para dictar clases, pero que consume el presupuesto que debería gastar para otra cosa. No quiero ser demasiado cáustico con el Hospital de Clínicas, pero considero que salvo mejor opinión, los hospitales universitarios han creado muchas veces falsos paradigmas, falsas imágenes, que después hacen que los nuevos centros asistenciales que se construyen en cualquier sitio tomen como referencia esas áreas, porque ahí nos formamos y el lugar de formación contribuye muchas veces a que uno deforme y altere a veces para siempre la capacidad de crear con originalidad.

Cuarto problema. Se nos ha enseñado que las instituciones de salud, los efectores, tienen como fin fundamental, retomando la parte inicial de la charla, la reparación de la salud perdida, y como meta la prolongación de la vida. Más aún, casi todas las estadísticas que uno ve se refieren a parámetros que expresan prolongación de la existencia, expectativa de vida, etc. Está cuindiendo la sensación de que la humanidad está tan preocupada en este momento porque la vida se prolonge, como por el sentido que tengan los años de esa vida, es decir por la calidad de la existencia, y la buena pregunta que nos hace la gente es si la medicina tiene algo que ver con la calidad de vida de los seres humanos. Pienso que tiene mucho que ver y que tiene que ser un nuevo objetivo, un objetivo diferente. No es lo mismo pensar en incrementar los años de la gente y llenarlos de nada y hacer que la prolongación de la vida implique la amputación de una enorme cantidad de otras cosas para vivir”.

“La medicina debe tener mucho que ver con la posibilidad de que la densidad de la vida humana sea algo más de lo que en este momento aparece en nuestra propuesta. Si Uds. se colocan desde este ángulo, van a ver que algunas de las actitudes reparadoras, sobre todo en la medicina esotérica institucional, es inadecuada. Pero si esto es así, yo quiero terminar con dos o tres comentarios sobre aspectos pragmáticos, es decir esta

medicina sentada en el problema que estábamos hablando que apunta a calidad, que apunta a detectar y a jerarquizar problemas en individuos, en poblaciones. ¿dónde se va a hacer? Desde ya que siempre habrá falta que existan instituciones que reparen daños producidos ya; lo que puede llamarse atención terciaria o aún secundaria —y quizás área de rehabilitación—. En el caso de la pediatría esto es muy interesante —quizás también ahora para la medicina de adultos— esos hospitales van a tener que ser delineados o diseñados por niños, y ésa es la propuesta de la pediatría moderna. No hay ningún hospital de niños que haya sido pensado por niños; los hospitales han sido pensado por adultos que han construido el edificio que no tiene nada que ver con los chicos y sus necesidades cuando el chico está sano y mucho menos cuando está enfermo. Imaginense un chico metido en una habitación azulejada, blanca, una cosa terrible, un lugar limpio, sin juguetes, sin música, sin luz, sin pájaros. Esto es válido para los adultos también. Si uds. piensan un poco, los hospitales los hemos construido siguiendo parámetros que vaya a saber de donde vinieron, pero que tiene poco que ver con la persona que está enferma. Va a haber una tendencia y ya se ve claramente, la hospitalización domiciliaria, es decir la posibilidad de que quien está enfermo tenga para estar en su casa, y si este paciente tiene que morir se que se muera en el mismo lugar en que ha amado, ha sufrido, y quizás a lo mejor en que ha nacido. Los hospitales, a lo mejor, se van a tener que despoplar, y los que queden van a tener que adoptar esta estructura forzosamente. Si Uds. hacen un censo, en pediatría, la cantidad de personas que están en estos momentos internadas en hospitales donde no se les puede ayudar ya más, donde no se les puede curar más, pero que ocupan camas, que pueden estar perfectamente bien en sus casas, atendidos mejor, es enorme, y ésto implica también una diferencia sustancial de recursos. Lo que se va a tener que desarrollar y enriquecer son los servicios ambulatorios". "A lo mejor es bueno que parte del equipo que hace medicina ambulatoria privada esté integrado no sólo por un médico que resuelve todo, sino que a lo mejor se juntan dos o tres, o que hay un psiquiatra o un psicólogo y hay una tendencia a darle una mayor complejidad al consultorio privado, una mayor riqueza, no a una demagogia de luces de neón o pintar o poner flores, como alguna gente hace, que tiende a darle una característica de hotelería y no de funcionalidad. El consultorio privado es un área de importancia capital para esta medicina que es a la que me refiero.

En poblaciones dispersas, sin cobertura posible, de grupos marginados, el equivalente de esto es el centro periférico, el consultorio de salud, cercano a donde la gente vive, donde está sentada, con el mismo objetivo. Es muy importante en este sentido, la necesidad de que proliferen servicios de emergencia —no sé si uds. tienen presente que las emergencias constituyen uno de los aspectos más angustiosos en la vida del hombre. Los síntomas o enfermedades que aparecen como emergencia, sean o no emergencias reales, tienen que recurrir

para resolverlos, por lo común, a un hospital, y si la emergencia es grave está probado que la mayor parte de las personas no llegan al hospital, sino que fallecen antes; ésto sucede sobre todo con las emergencias planteadas por accidentes de tránsito. En muchos países —he visto ésto muy bien en Francia— la atención de las emergencias se ha descentralizado, creando condiciones básicas, mínimas pero seguras, múltiples, de modo tal que no haya que perder esta cantidad de vidas por sujetos infartados asfixiados, accidentados, en el mero diagnóstico y transporte".

Otra modalidad que va a crecer seguramente es el hospital de día, es decir el hospital donde las personas están en las horas en que hay que hacer algo con ellas y después se van a su casa. El hospital de día ahorra notablemente costos, tanto de construcción edilicia cuanto costos de mantenimiento y funcionamiento. Si Uds. van a un hospital en la noche, seguramente de 100 personas que deben haber, posiblemente 95 estén durmiendo en ese hospital, pacientes a quienes esta noche no se les va a hacer nada. En muchos lugares de nuestro país lo único que queda para atender a esas personas es una enfermera con bajo nivel formativo, que acepta trabajar de noche porque de día no consigue empleo, y a lo mejor hay un médico que será llamado si pasa algo. ¿Para qué tiene que estar esta gente de noche allí? Puede estar en su casa si es que el hospital se inserta en la comunidad, es sentido por la comunidad como propio; entonces caemos en un concepto de que el hospital deje de ser junto con el cementerio el lugar más odiado y temido por la población para pasar a ser algo vivido como propio como es la capilla o la plaza o el centro de recreación. El hospital de día es una técnica importante aún para pacientes crónicos.

La mayor parte de las enfermedades en etapa de convalecencia pueden ser atendidas mejor en la casa que en el hospital. Estas modalidades que también las he visto en funcionamiento en algunos países, aún en América Latina, es por ejemplo la que puede llamarse la 'consulta especializada viajera', es decir en lugar de que las personas acudan al cardiólogo, éste acude a las personas y ésto en poblaciones más dispersas posiblemente sea una manera mucho más sensata de acceder con medicina de buen nivel y con complejidad adecuada a poblaciones en que no pueden de ninguna manera mantener a los especialistas en su seno. Uno se pregunta por qué el especialista tiene que estar como quien juega de local, en su propia cancha, esperando que vengan los enfermos y él no puede salir de ese reducho, para acercarse a colegas que están en una amplia zona y que hayan previamente seleccionado aquellos pacientes que requieran ese tipo de consulta. Lo mismo que dentro de las instituciones, una unidad ambulatoria, que yo creo que es de futuro inmediato y factible, sin ninguna erogación, es el de 'la consulta múltiple especializada', es decir la posibilidad de que alguien acuda al hospital en forma ambulatoria y que sea examinado por las personas que tienen que opinar sobre su padecimiento, sin que eso implique

su internación, y les diré que para la mayor parte de ellos se puede efectuar el diagnóstico, no hace falta que el sujeto se interne basta que lo vean las 3 ó 4 personas, pero ésto es una clínica o una actividad ambulatoria que tiene que armarse de una manera programada y que evita la necesidad de que se realicen internaciones hospitalarias inútiles".

"Creo que es ridículo y es imposible, por otra parte, plantear como antinómico para síntesis de mi charla, una buena medicina como antinomia de la medicina compleja o medicina de alta tecnología.

No se puede plantear. Ambas van a tener que convivir, la tecnología está aquí con nosotros desgraciada o afortunadamente, no nos va a dejar. Pero el problema, y creo que éste es el desafío para nuestra generación, es poder controlar esa tecnología y ponerla al servicio de nuestra filosofía. Nosotros no podemos permitir que siga esta especie de hiatus, que va creciendo, entre avances tecnológicos que no podemos controlar, y un pen-

samiento médico que por cobardía, por comodidad, por mil razones, se ha quedado anclado en preceptos que ya no son vigentes. Es lo que dije al principio: la fábrica con equipamiento moderno, que sigue sacando por su puerta carretas y no otros elementos".

"Finalmente entonces, esta medicina que yo creo vamos a hacer todos, espero antes de fin de siglo, no va a ser más económica que la otra, pero lo que seguramente se va a compensar de otra forma es el acto médico; lo que no puedo dejar de pensar que el eje, el sustrato y el fundamento de la medicina es la relación médico paciente, y si no la fortalecemos, no imaginamos métodos para que sea vigente, todo lo otro —ladrillos, aparatos, estructuras— probablemente tendrá seguramente poca vida, y algún día hasta seremos criticados amargamente por otras generaciones por no haber sabido a tiempo modificar, digamos, el curso con el timón que está en nuestras manos, en cierta medida, aunque tengamos tantos problemas para poder hacer la medicina que realmente deseamos".

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD "Replanteo filosófico y metodología"

Informe Técnico elaborado por los Dres. Eduardo Vassiliades, Alfredo Zurita y colaboradores. Fue presentado en la Reunión Nacional del Programa de Atención Primaria de la Salud en San Luis, abril de 1982.

La Comisión Técnica considera que por conocida y aceptada, no corresponde aquí plantear nuevas definiciones de atención primaria y extensión de cobertura, siendo operativamente válidas las expresadas en el manual del agente sanitario. Sin embargo se entienden como necesarias las siguientes precisiones:

1.— Que corresponde al primer escalón en un esquema de atención por niveles.

2.— Que no se trata de un modelo alternativo ante la imposibilidad económica de ofrecer el modelo especializado.

Este concepto es fundamental, porque toda vez que se piense en su futuro sustitución por el ideal complejo, se lo está condenando al fracaso y al retorno a la situación actual, esto es: manifiesta desigualdad en la distribución de los recursos para la salud.

3.— Que se deberá tener siempre presente como punto de partida, el respeto de las pautas culturales comunitarias, teniendo la precaución de que las modificaciones impuestas no impliquen el riesgo de crear expectativas de modernismo entendiendo como tal el modelo complejo y sofisticado de la medicina actual.

4.— Que si bien el criterio es de cobertura total, se deberá insistir en que prioritariamente las acciones serán iniciadas y consolidadas en aquellas

áreas con accesibilidad (geográfica-económica-cultural) más comprometida.

5.— Que conviene recordar que la Atención Primaria de la Salud y la extensión de cobertura constituyen un medio para alcanzar un objetivo superior, pero la idoneidad demostrada como método conlleva el riesgo de ser considerada por los responsables de su ejecución en un fin en sí mismo.

En lo que hace a la metodología se acuerda que la Atención Primaria de la Salud debe contemplar dos aspectos fundamentales a resolver:

1.— Actuar como orientador de la puerta de entrada al sistema, tendiendo a satisfacer la necesidad percibida por la población con posibilidades operativas de solución a través de las modalidades de visitas domiciliarias y atención en puesto fijo.

2.— Actuar como motivador en la demanda potencial pero tendiendo, como retroalimentador del sistema, a modificar la oferta en función de las reales necesidades de las comunidades cubiertas sin descuidar sus pautas culturales y mediante la aplicación del rigor científico sobre los efectos logrados a través de la investigación sistemática.

Para el primer aspecto, satisfacción de las necesidades percibidas, se llegan a las siguientes conclusiones:

1.— No se deben separar en forma categórica las actividades de prevención de las de recuperación de la salud, toda vez que estas últimas constituyen el elemento más fácilmente visualizable por la población.

2.— Utilizar las estructuras del sistema inter-nalizadas por la comunidad (puestos de salud) no sólo para satisfacer la consulta médica sino también como base operativa de tareas complementarias a las realizadas por el agente sanitario a nivel domiciliario.

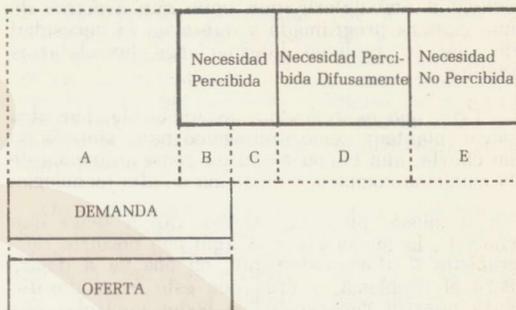
3.— Si bien al principio de la implementación de la nueva área de trabajo se deben respetar las rondas establecidas según normas, posteriormente se deberá adaptar a las necesidades y objetivos perseguidos localmente y de esa manera evitar una rutina contraproducente.

El segundo de los aspectos analizados lleva implícita dos cuestiones fundamentales que conviene contemplar por separado: una es la motivación de la demanda potencial propiamente dicha y la otra es la adecuación de la oferta, aprovechando la capacidad de penetración en la comunidad de los agentes sanitarios que permitirían una retroalimentación del sistema y una formulación de propuestas más fieles a la realidad.

Motivar la demanda potencial implica reconocer la existencia de "necesidades no percibidas" que por su esencia necesitarán estratégicamente una previa (o en el mejor de los casos simultánea) resolución de aquellas que si son sentidas por la población, mediante una respuesta racional (efectiva

y eficiente) y aceptable para la comunidad (accesible-permanente-integral).

El gráfico siguiente esquematiza los elementos considerados:



La necesidad percibida sólo se expresa obviamente como demanda en presencia de oferta de servicios (Area B) y no cuando estos no existen o son de acceso difícil (Area C). Las características de la oferta pueden dificultar la demanda de necesidad percibida difusamente, base del diagnóstico precoz (Area D) o por el contrario, crear demanda superflua (Area A). La educación sanitaria masiva y/o personalizada puede ir creando demanda de necesidad no percibida (Area E).

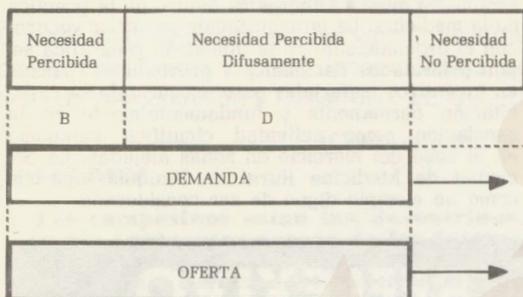
La conclusión final es que algunas modificaciones de la oferta, podrían mejorar la efectividad y eficiencia de la atención médica para arribar a una situación que tendería a la eliminación de las áreas

CENTRO INSTRUMENTAL S.A.

EQUIPAMIENTO INTEGRAL DE CLINICAS
Y HOSPITALES
INSTRUMENTAL PROFESIONAL

DIAG. ESPAÑA 123 - TEL. 22959
8300 - NEUQUEN - REPUBLICA ARGENTINA

(A) y (C) del gráfico anterior y a la creación de demanda en el área (E).



Para modificar la demanda de atención médica hacia esta situación, es probable que deba contarse con una oferta de servicios de las siguientes características:

1) Suficientemente descentralizado para que los usuarios no tengan inconvenientes de accesibilidad geográfica.

2) Suficientemente adaptado a los recursos económicos directos (compra de medicamentos, etc.) o indirectos (traslados, etc.) para que no existan inconvenientes de accesibilidad económica.

3) Suficientemente adaptado a las pautas culturales para evitar situaciones conflictivas.

4) Con atención permanente, polivalente e integral, como para que los individuos puedan concurrir por cualquier problema médico, médico psicológico o médico social; recibir si fuere el caso la atención correspondiente, o ser orientados hacia la atención especializada necesaria.

5) Suficientemente efectivos, ante la mayoría de los requerimientos, para generar progresivamente una actitud de confianza de la población; básica a la motivación para su utilización.

6) Suficientemente adecuados para facilitar el desarrollo de una relación personal entre usuarios y prestadores, necesaria a una educación sanitaria personalizada y a la posibilidad de desarrollar una actitud preventiva.

Es probable que el logro de objetivos de esta naturaleza (cambios de hábitos, pautas culturales etc.) requiera lapsos prolongados y el cambio sea imperceptible para el personal de terreno produciendo desánimo, rutinización y burocratización en un esquema rígidamente normatizado. Esto se va agravando porque como se ha observado reiteradas veces, el personal que no participa en el proceso de planificación y programación, toma como objetivos finales las estrategias operacionales y los indicadores de evaluación.

Este hecho no presupone un problema importante en el caso de utilización de técnicas de alta efectividad, totalmente estandarizables y concretas en cuanto a su aplicación (vacunas, desinsectaciones etc.), puede suponer inconvenientes en el caso de aquellas acciones de difícil medición (educación sanitaria, motivación para el cambio de vida etc.).

En esta situación, la evaluación operacional del impacto es dificultosa y el control tiende a des-

plazarse hacia aspectos marginales pero más fácilmente registrables (regularidad de la visita domiciliaria por ej.), lo que termina reforzando en el auxiliar la transposición del concepto "objetivo final" expresado anteriormente.

Dentro de este marco conceptual, el desarrollo de un servicio de atención en la zona rural, debería seguir los siguientes pasos:

1.— **Determinación de las necesidades:** proceso en que deberán tener participación plena, médicos, supervisores y agentes sanitarios, tendiente a establecer un orden de prioridad en las necesidades de salud, percibidas o no y las estrategias idóneas para prevenirlos o resolverlos dentro del marco de recursos con que se cuenta.

2.— **Determinación de la percepción:** diálogo con la población que permita identificar los problemas percibidos, su orden de prioridad para la misma comunidad y las estrategias que serían aceptables por ella.

3.— **Determinación de las actividades:** proceso en el que se tendrán en cuenta los recursos disponibles y los diagnósticos anteriores.

Para la resolución de las necesidades percibidas en el caso de no contarse con atención permanente con profesionales y deben recurrirse a auxiliares, se normalizará un listado de conductas frente a las causas de consultas más comunes, teniendo en cuenta las posibilidades reales de derivación para la población. Un mecanismo de supervisión por un profesional es imprescindible, tanto para controlar que el auxiliar cumpla esas normas como para permitirles plantear las dificultades que provoca su aplicación o las situaciones no previstas.

Si la concurrencia del profesional puede hacerse con intervalos cortos se puede prever conductas expectantes para algunas situaciones y en el caso de derivaciones dificultosas el médico actuará como segundo nivel transitorio.

Para el abordaje de necesidades no percibidas puede ser muy importantes la opinión del auxiliar con respecto a la estrategia a utilizar, por su mayor capacidad empática con respecto a la población. Por otra parte, como ya se dijo antes, salvo en el caso de actividades muy concretas, es difícil controlar la efectividad de la tarea del auxiliar y si a los ojos de éste, la estrategia es errónea, se limitará a su cumplimiento en forma burocrática y por lo tanto inefectiva.

Parece asimismo importante la coherencia de las instrucciones impartidas al auxiliar, en tanto estas obedecen a un razonamiento complejo no explícito en la conducta final y que no todos los médicos realizan en forma similar, pudiendo arribar a conductas diferentes, lógicas ambas para quien conoce el razonamiento subyacente pero no para quien lo ignora, por lo tanto el auxiliar puede llegar a concluir que se trata de "materia opinable" y aplicar su propio criterio. El médico responsable del área programática por escrito y ejecutando él mismo las supervisiones asegurará la uniformidad de criterios.

Finalmente se concluye, que ningún proyecto

de atención primaria y extensión de cobertura tendrá el desarrollo que se declama, si no se jerarquiza el ejercicio profesional en las áreas rurales. Jerarquización que no debe contemplar solamente el incentivo económico o el estímulo de radicación en zonas críticas, sino fundamentalmente la valoración científica de sus pares. Este concepto tiene distintos frentes de colisión: la universidad, las residencias médicas y la práctica privada, que alientan, premiar con mayor puntaje y aranceles diferenciales en las prestaciones a los "especialistas", que son por esta causa quienes se aseguran en la población mayor estima y prestigio.

El regreso a la consideración del médico generalista con la eliminación de esos factores distorsionantes aparece como el primer paso para aumentar el número de sus adherentes dentro de la práctica de la medicina. La jerarquización posterior vendrá, con el ordenamiento de la ubicación geográfica según prioridades nacionales y provinciales, basado en incentivos materiales pero asegurando su capacitación permanente y fundamentalmente en la asociación como actividad científica autónoma en el caso del ejercicio en zonas alejadas. La Sociedad de Medicina Rural de Neuquén aparece como un ejemplo digno de ser considerado.

ANECDOTARIO REFLEXIVO

UNA AVENTURA: LA RESIDENCIA

No se a qué viene esto, lo cierto que es una necesidad sentida, tal vez para contar lo de uno a modo de ceder un poquito a ese cerco entre "lo mío" y "lo que me rodea", vava a modo de autobiografía, cosas que le pasaron a un fulano, o podría tomarse como una manera de sentir.

Esto debe haber comenzado hace mucho tiempo, pero sin un origen bien definido. Para señalar hechos concretos, al comenzar la carrera pensaba que la medicina era una forma de aprender a hacer el bien (de esto ahora podría dudar). Pensaba también que el lugar para desarrollar esa bondadosa tarea no era lo que yo conocía por atudida ciudad de Buenos Aires, sino un apacible pero necesitado rincón del interior del país. Así, al promediar el tercer año básico, me conecté con la Subsecretaría de Estado de Salud Pública por correspondencia, desde cuya Área de Recursos Humanos (tal vez esta sea una buena definición del médico), me contestaron gentilmente. Me sugirieron que para un mejor rendimiento realizara una capacitación post-grado previa a la "ida" al interior, o bien optar por una residencia allí donde quisiera trabajar. Como mi idea era una ida pronta, va que sabía que una permanencia post-grado en Buenos Aires haría más difícil llevar a cabo mi ideales y no tenía mayor sentido a este efecto, comencé a interiorizarme sobre la otra posibilidad. Escribí a Neuquén, atraído por algo inexplicable, va que casi no conocía la Provincia.

Recibí como respuesta una palabra que causó una gran impresión en mí: Residencia Rural; la formación general previa a la actividad en el interior. A partir de este momento se fue fortaleciendo en mí la idea de venir a Neuquén, va lo daba por hecho, sin pensar en concursos, pues no podía haber obstáculos para mi noble intención.

En ese tiempo creía que algún día la Medicina sería prevenir y no curar (ahora a esto le llaman Atención Primaria de la Salud), y que no debía ser dominio de pocos sino conocimiento de

todos (lo que podría llamarse Autocuidado a través de la Educación para la Salud). En este tiempo todo esto me hace pensar más.

Terminé la carrera a fines del '80, y al otoño siguiente va estaba en Neuquén como Residente Rural. Lo repetía en mis cartas a familiares y amigos, mucho más frecuentes que ahora, sin saber que no me comprendían totalmente. Todo era nuevo: conocer gente muy distinta entre sí, cada cual con una historia diferente, un presente compartido y un futuro indefinido, pero con ese empuje común de juventud.

Gracias a una característica particular de observador inaparente, pude enriquecer mi vida con un montón de experiencias ajenas, de lo cual aún no he hecho el epílogo. Compartí cada día en una vivienda común, donde lo normal es el recambio de sus ocupantes. Supe hacer de esta "mi casa", así lo tomé sin darme cuenta, poco a poco. Allí gané cuantiosa hermosa experiencia.

Ahora, saltando 30 meses de Residencia Rural, qué veo: mi experiencia, una forma de vida; el Hospital, cálido receptáculo en nuestros primeros pasos, pero por su juventud, tan dinámico que no dio tiempo a llegarlo a entender; el programa, un mundo nuevo en cada rotación y la única y fantástica carta libre de ser un integrante más en cada servicio cada vez, tomado como tal; en lo asistencial, magnificación de la persona humana sólo por eso.

Siento sobre mí, ahora, el peso de una responsabilidad implícitamente asumida a lo largo del tiempo. Sólo espero que Dios me siga guiando por el buen camino para poner en práctica todo aquello que ideaba hace 30 meses, alimentado ahora con 30 meses de Residencia.

Esto puede ser una autobiografía, cosas que le pasaron a un fulano, o simplemente una manera de sentir.

Hugo Fernández
Médico Residente Rural

DIEZ MITOS SOBRE EL HAMBRE EN EL MUNDO

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

(Continuación del Número Anterior)

MITO DIEZ

Los campesinos están tan desnutridos, son tan ignorantes acerca de las fuerzas reales que los oprimen y están tan condicionados a un estado de pasividad, que son incapaces de movilizarse por sí mismos.

Aunque nos bombardeen con imágenes que muestran a los pobres débiles y hambrientos no debemos perder de vista un hecho evidente: a menudo los pobres emplean una enorme energía sólo para permanecer vivos, por ejemplo recorriendo largas distancias y trabajando de 10 a 14 horas al día. Por lo menos en este sentido, los pobres no pueden calificarse de pasivos. Representan un gran potencial de energía que una vez liberada puede emplearse para su propio desarrollo.

Además, muchos de los que viven y trabajan con los pobres en países subdesarrollados se asombran al comprobar cuán conscientes son esos pobres de las fuerzas que los oprimen.

En cada país del mundo donde hay gente que padece hambre se libra actualmente una lucha contra quienes controlan los recursos para la producción de alimentos (México, Filipinas, Sudáfrica, Brasil, Chad, EE.UU., El Salvador, Bangladesh, Tailandia).

En algunos países tales como Viet Nam, Mozambique, Guinea Bissau y Angola, que han logrado recientemente la independencia tras décadas de intensa lucha, librada principalmente por organizaciones de campesinos, la población está empleando actualmente su energía en la erradicación del hambre y sentando las bases que garantizarán una real seguridad alimentaria.

Debido a la selección de que son objeto las noticias que se nos transmiten, la versión de los acontecimientos que llega a nosotros nos induce a identificarnos con las elites gubernamentales de los países subdesarrollados y no con la gente como nosotros.

Ejemplo

Una vez leímos un artículo sobre la crisis económica en Senegal, debido a la disminución de la producción del principal cereal, los cacahuetes. Presentada así la situación, nuestra reacción natural fue preguntarnos ¿qué puede hacerse para fomentar la producción de ese cereal? ¿de qué manera se puede contribuir para que la economía funcione nuevamente? Habíamos sido condicionados a identificarnos con la economía de exportación del Senegal y no con el pueblo. La verdadera historia era la siguiente: muchos campesinos

senegaleses se habían negado premeditadamente a producir ese cereal para cultivar los alimentos que ellos necesitaban, en particular mijo y sorgo. Habían comprendido perfectamente que "el sistema" los estaba oprimiendo y habían encontrado un medio para combatir esa opresión.

¿QUE PUEDE HACERSE?

En primer lugar, debemos partir de la verdad evidente pero a menudo olvidada de que el pueblo puede subvenir a sus necesidades alimentarias y de que lo logrará. Allí donde esto no ocurre, se oponen poderosos obstáculos para impedir que el pueblo controle los medios de producción de alimentos y subvenga a sus necesidades alimentarias. ¿Cómo unirse a quienes ya están trabajando para vencer esos obstáculos?

Las tareas son precisas:

—Hacer todo lo posible por detener toda asistencia militar a los países subdesarrollados así como la destinada a combatir movimientos revolucionarios y utilizada contra quienes luchan por cambios necesarios para disminuir el problema del hambre.

—Hacer todo lo posible por que concluya cualquier forma de ayuda destinada a favorecer la penetración de la agroindustria en las economías alimentarias extranjeras por mediación de gobiernos e instituciones multilaterales de crédito y mediante ventajas fiscales.

—Hacer todo lo posible por que concluya la asistencia exterior a los gobiernos que aplican políticas contra la seguridad alimentaria del propio pueblo. Comenzar por demostrar a quienes procuran actualmente resolver el problema del hambre mediante la ayuda exterior oficial que malgastan sus energías.

—Hacer todo lo posible por limpiar la ayuda exterior a los países en los que se lleva a cabo una verdadera redistribución del control de los medios de producción. Tal ayuda podría proporcionarse mediante subvenciones exentas de toda obligación de compra en los países occidentales. Sólo así se impedirá que la ayuda sirva para consolidar estructuras de dependencia originadas por la deuda.

—Procurar que en los países occidentales se aplique una economía democráticamente controlada y autosuficiente a nivel alimentario. Promover por todos los medios la democratización del acceso a la propiedad de la tierra, al crédito y a la tecnología agrícola. Tomar medidas para impedir que los recursos alimentarios pertenezcan a propietarios que no trabajan la tierra.

—Apoyar los esfuerzos de sindicalización de los agricultores así como las unidades de pro-

ducción dirigidas por los trabajadores, por ejemplo: granjas familiares y cooperativas, así como los sistemas de distribución dirigidos por los trabajadores, reemplazando, así, el sistema de concentración del control ejercido por compañías multinacionales sobre los recursos alimentarios.

—Promover una investigación sistemática. La movilización de la opinión pública en favor de los cambios necesarios requiere muchos ejemplos nuevos y concretos. Tal investigación podrá centrarse en la propia región.

—Educar. Demostrar las relaciones entre los gobiernos occidentales y los oligopolios de la agroindustria contra los que padecen hambre en países en desarrollo y contra los intereses alimentarios de la gran mayoría del pueblo en los países industrializados.

—Combatir la desesperación. Hacer saber que países aparentemente condenados a la pobreza y a la pasividad, han logrado liberarse del hambre. En cada país, gente común, valiente, está luchando por su derecho a tener alimentos.

DIEZ PRINCIPIOS ALIMENTARIOS BASICOS

Podemos ahora oponer a los diez mitos presentados 10 principios básicos sobre los que se puede apovar un movimiento vital y coherente.

1. Cada país en el mundo posee los recursos necesarios para que sus habitantes puedan liberarse del hambre.

2. Para instituir un equilibrio entre la población de un país y sus recursos, es urgente estudiar las causas profundas tanto del hambre como de los altos índices de natalidad, es decir la inseguridad y la pobreza de la gran mayoría de la población debido a que unos pocos controlan los recursos básicos de la nación.

3. El problema del hambre se agrava cuando se le enfoca como un problema técnico. Sólo será posible eliminar el hambre cuando se transformen las estructuras sociales para que la mayoría pueda participar directamente en la construcción de un sistema económico democrático.

4. La salvaguarda del medio agrícola en el mundo y la erradicación del problema del hambre por parte del pueblo son objetivos complementarios.

5. Las personas que padecen hambre son aliadas y no enemigas ni una carga perpetua. La seguridad alimentaria no se ve amenazada por quienes padecen hambre sino por un sistema que concentra el poder económico en las manos de unos pocos que se benefician con la escasez y la internacionalización del control alimentario.

6. La producción agrícola para la exportación no es el "enemigo", pero en una sociedad en la que sólo unos pocos controlan los recursos de producción, una política agrícola centrada en la exportación fortalece el poder de la minoría privi-

legiada. Para garantizar la seguridad alimentaria la agricultura debe ser, ante todo, un medio que permita al pueblo producir lo que necesita para comer y vivir decentemente y, en segundo lugar, una fuente eventual de divisas extranjeras.

7. Justicia y producción son objetivos complementarios. El sistema alimentario más ineficaz y antieconómico es el controlado por unos pocos para su propio beneficio.

8. El hambre no puede eliminarse cuando no se reconocen los derechos de los individuos sino cuando se propicia su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, con objeto de que cada uno tenga la libertad de no padecer hambre, puede ser necesaria la limitación de las opciones de algunos. Esta tensión permanente entre el derecho de cada uno a gozar de una seguridad fundamental y el derecho del individuo a tener libertad para optar existe en todas las sociedades.

9. La manera más adecuada de combatir el problema del hambre en los países subdesarrollados no consiste en aumentar ni en mejorar la "ayuda" exterior proporcionada por los gobiernos. Por lo contrario, es necesario suprimir los obstáculos que impiden la autodeterminación, en particular los que interponen los gobiernos occidentales mediante su intervención económica y militar y la penetración de las compañías instaladas en el primer mundo.

10. El cometido de los occidentales no es apresurarse para "poner orden", ya que quienes padecen hambre, son hombres y mujeres valientes que ya están luchando por democratizar el control de los recursos para la producción alimentaria.

F E D E ERRATAS

(Reproducimos a continuación los títulos de las tablas del artículo "Atención Pediátrica Primaria" omitidos en el N° 9 de MR)

TABLA 1: Esquema de vacunación en la población bajo control al año de vida cohorte de los nacidos en julio y agosto de 1981. Servicio de Pediatría Hospital Neuquén.

TABLA 2: Alimentación al pecho en la población bajo control a los seis meses de vida y cohorte de los nacidos en julio y agosto de 1981 al año de vida. Servicio de Pediatría - Hospital Regional Neuquén.

TABLA 3: Características de la captación de la población bajo control a los seis meses de vida y cohortes de los nacidos en julio y agosto de 1981 al año de vida - Servicio de Pediatría - Hospital Regional Neuquén.

TABLA 4: Consultas por controles en población bajo programas y consultas por patología de 0 a 14 años. 2° semestre de 1981 y 1er. semestre de 1982 - Servicio de Pediatría Hospital Regional Neuquén.

TABLA 5: Calidad de los controles en la población bajo programa a los seis meses de vida y cohortes de los nacidos en julio y agosto de 1981 al año de vida. Servicio de Pediatría - Hospital Regional Neuquén.

TABLA 6: Niños internados e internaciones totales en la población bajo programa a los seis meses de vida y cohortes de los nacidos en julio y agosto de 1981. Servicio de pediatría Hospital Regional Neuquén.

TABLA 7: Consultas pediátricas totales y porcentaje de las ofrecidas en los centros de Salud - Años 1979, 1980 y 1981. Servicio de Pediatría, Hospital Regional Neuquén.

TABLA 8: Total de menores de dos años bajo control y desnutridos menores de dos años, por centro de Salud existentes al 30/9/82.

TABLA 9: Promedio de consultas diarias por cent. de salud en la población bajo programa. Servicio de Pediatría - Hospital Regional Neuquén.

COMPARACION DE LOS RESULTADOS PERINATALES Y DATOS SOBRE FORMA DE TERMINACION DEL PARTO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NEUQUEN Y LA MATERNIDAD SARDA DE BUENOS AIRES

AUTOR: Samuel Salvador CRAVCHIK

Jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital Neuquén

Fundamentos y Objetivos: Una de las formas de evaluar un servicio es observar y comparar sus resultados y morbimortalidad con respecto a otros similares.

El objetivo del presente estudio está dirigido a evaluar los resultados perinatales y algunos datos estadísticos del Servicio de Obstetricia del Hospital Neuquén.

Para efectuar este análisis se utilizaron los datos de dos estudios similares llevados a cabo con idéntica metodología y en tiempos cercanos. El Diagnóstico de Situación Perinatal Sardá 1976/78 y el homónimo Neuquén 1979/80. Los mismos nos permiten tener uniformidad en la forma de recolección de la información, procesamiento y definición técnicas utilizadas. Además ambos son centros de derivación, situación que influye en los resultados por el tipo y cantidad de patología que se atiende.

Ambas Instituciones defieren considerablemente en cuanto a complejidad, siendo la Maternidad Sardá de la Ciudad de Buenos Aires uno de los centros obstétrico-neonatalógico de mayor complejidad del país, de gran nivel docente y de investigación. El Servicio de Obstetricia del Hospital Neuquén está incorporado a un Hospital General de Nivel 8, y al momento del estudio carecía de infraestructura adecuada y tecnología moderna.

La población atendida tiene distintas características entre ambas Instituciones, observándose en los mencionados diagnósticos el menor nivel socio-económico para las pacientes Neuquinas. Esto así como el mayor porcentaje de grandes multiparas (H.N. = 18,6% - Mat. Sardá = 8,9%) y de patologías diagnosticadas durante el embarazo (I.N. = 38,5% - Mat. Sardá 24,2%), nos definen a la población de embarazadas atendidas en el Hospital Neuquén como de mayor riesgo probable.

Material y Método: Se utilizaron los datos publicados en los estudios mencionados, con los que se confeccionaron tablas.

Se efectuó el análisis e interpretación de las tablas. No se realizó la comparación estadística de los valores.

RESULTADOS:

1.— FORMAS DE TERMINACION DEL PARTO DE NACIDOS VIVOS

Hay mayor porcentaje de partos espontáneos en el Hospital Neuquén (85,7) y en consecuencia menor cantidad de partos operativos que en la Maternidad Sardá (P. Esp. 78,1%).

Es importante ver si estas diferencias, que son pequeñas, guardan relación con la depresión al nacer o mortalidad feto-neonatal, situaciones luego analizadas.

En la tabla 1 se aprecia también una mayor incidencia de Forceps y cesareas en la segunda Institución, esto puede estar originado en una actitud más intervencionista ante ciertas situaciones, la existencia de más patología, o la influencia del personal en adiestramiento para la toma de decisiones.

TABLA 1.— FORMAS DE TERMINACION DEL PARTO DE NACIDOS VIVOS (%)

	MAT. SARDA	HOSP. NQN.
	1978	1979-80
ESPONTANEO	78,1	85,7
FORCEPS BAJO	6	1,5
FORCEPS MEDIO	0,8	0,2
CESAREA	12,9	10,4
ASIST. PELV.	2	1,5
EXT. PELV.	0,1	0,6
VENTOSA	0	0,2
NUMERO NACIM.	3476	2961

2.— DEPRESION AL NACER

TABLA 2.— PUNTAJE DE APGAR AL 1° Y 5° MINUTO

PUNTAJE	MATERNIDAD SARDA 1978		HOSPITAL NEUQUEN 1979/80	
	1° MINUTO	5° MINUTO	1° MINUTO	5° MINUTO
1-3	2,9%	1,1%	3,1%	0,6%
4-6	5,2%	0,7%	5,6%	1,7%
7 o más	91,9%	98,2%	91,3%	97,7%
NUMERO TOTAL	3396	3396	2483	2865

En la tabla 2 observamos valores similares para ambas Instituciones en los puntos de Apgar al 1° y 5° minuto. A pesar que podrían existir algunas diferencias de conducta, el puntaje de Apgar revela que esto no ha influido considerablemente en los resultados de ambas Instituciones, al menos en cuanto a depresión al nacer.

3.— MORTALIDAD FETO-NEONATAL

El análisis de la tabla 3 muestra que la mortalidad fetal intermedia es netamente superior en el Hospital Neuquén, esto puede deberse a que sea realmente mayor, o a deficiente registro de la otra Institución, lo que nos parece más probable. Si fuera lo primero deberían buscarse causas maternas que lo justifiquen, ya que esta mortalidad no es influenciada por la atención del parto y poco por la atención del embarazo.

Las tasas de Mortalidad fetal tardía, en cambio son similares, e incluso menores en el Hospital Neuquén, por lo que pensamos que la diferencia anteriormente citada se debe a diferente registro.

Las tasas de mortalidad Neonatal Precóz y Perinatal registran cifras prácticamente similares, con alrededor del 10o/oo para la primera y del 26o/oo para la segunda.

TABLA 3.— TASAS DE MORTALIDAD POR MIL (Fetos iguales o mayores de 1000 grs.)

	FETAL		NEONATAL PRECOZ		PERINATAL
	INTERMEDIA	TARDIA	= o mayor de 500 grs.	= o mayor de 1000 grs.	
SARDA Jul./76-Dic./78	6	15,3	15,9	10,5	25,8
HOSPITAL NEUQUEN 1979/80	13,2	12,7	14,6	10,1	27,2

En la tabla 4 se incluyen las tasas de Mortalidad Neonatal Precóz y Mortalidad Neonatal Tardía de ambas Instituciones.

La Mortalidad Neonatal Precóz es similar en ambas, está alrededor del 10o/oo. Esta tasa está íntimamente relacionada con la atención del parto.

En la Mortalidad Neonatal Tardía además de los factores del parto influyen la atención neonatológica. Las cifras obtenidas son mayores para el Hospital Neuquén (3,1o/oo) que para la Sardá (2,5o/oo), pero esta diferencia no nos parece significativa.

CONCLUSIONES: Los estadísticas de forma de ter-

TABLA 4.- TASAS DE MORTALIDAD POR MIL (fetos iguales o mayores de 1000 grs.)

	SARDA	HOSPITAL NEUQUEN
Mort. Neonatal Precóz (0-7 días)	10,5%o	10,1%o
Mort. Neonatal Tardía (7-28 días)	2,5%o	3,2%o

minación del parto entre ambas instituciones muestran un mayor porcentaje de partos operatorios en la Maternidad Sardá que en el Hospital Neuquén. Sin embargo las tasas de mortalidad fetal tardía, Neonatal Precóz y Perinatal son similares, o sea que las diferencias de conductas y complejidad entre ambas instituciones no han influido notoriamente en los resultados.

La tasa de mortalidad Neonatal tardía en cambio es ligeramente mayor en el Hospital Neuquén, lo que se relaciona con la mayor complejidad Neonatológica de la Maternidad Sardá.

Podemos afirmar que los resultados perinatales del Servicio de Obstetricia del Hospital Neuquén

presentan valores similares que los de la Maternidad Sardá de Buenos Aires, razón por la que consideramos son satisfactorias.

Es de destacar que el Servicio de Obstetricia del Hospital Neuquén al momento del análisis, atendía a una población de más riesgo probable y contaba con una infraestructura deplorable y equipamiento mínimo.

El procesamiento y análisis de los datos del Resumen Estadístico Perinatal de periodos siguientes al considerado, permitirá ver si los resultados mejoraron con la habilitación de la nueva planta y la incorporación de mayor tecnología tanto en Obstetricia como en Neonatología, en el Hospital Neuquén.

CONCURSO FOTOGRAFICO DE LA SMR

En este número incluimos algunas de las fotografías premiadas en el reciente concurso. En la Sección del Agente Sanitario, "Control" presentado por Daniel Vicent (1er. Premio). En nuestra portada "Fidelidad" (1er. premio - Marcelo Bortman, Arriba a la derecha); "Autocuidado" (2° Premio - Alejandro González - Arriba a la izquierda); "Nuestra Primera Obligación" (Mención - Alejandro González - Abajo). En los próximos MR incluiremos los restantes. Muchas gracias a los que participaron.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA TERAPIA FAMILIAR

Dr. Lino Guevara - Médico Psiquiatra

Se designa con el nombre de "T.F." a un conjunto de modelos teóricos o modos de pensar sobre los problemas humanos en general y a los correspondientes conjuntos de técnicas específicas para el trabajo terapéutico, con familias, personas instituciones u otras estructuras.

Antecedentes

En nuestro país los trabajos pioneros del Dr. Enrique Pichón Riviere y sus discípulos fueron los primeros en señalar la importancia del tema. Ya en los años 60, coincidiendo con un período de libertades públicas durante un gobierno constitucional, los aires liberadores ingresaron a los Hospitales "Neuropsiquiátricos" y algunos de ellos dieron lugar a las Comunidades Terapéuticas. Al abrirse las puertas de los manicomios, dos hechos fueron decisivos para el desarrollo posterior de las ideas psiquiátricas: el ingreso de los familiares de los enfermos a las Asambleas y el ingreso de los psicoterapeutas a todo el hospital. Un rico período de trabajo creador hizo eclosión a partir de la internación que se dio entre familias y terapeutas.

Es posible que esa comunicación no se haya dado con anterioridad por una serie de prohibiciones que hoy parecen superadas: los psicoterapeutas no podían ingresar a los manicomios, los familiares no podían entrar a los consultorios psicoanalíticos y la psicoterapia no podía entrar a los domicilios de las familias.

Esos primeros diálogos entre familias y terapeutas llevaron a reevaluar las concepciones tradicionales de "salud", "mente" y otras. Esos diálogos continuaron en consultorios, domicilios e instituciones. Así es que en 1970 se realizó en Buenos Aires el 1° Congreso Argentino de Terapia Familiar. En 1972 se introdujo la Terapia Familiar en la ciudad de Neuquén, inicialmente en el ámbito privado.

En la actualidad diversas instituciones oficiales y privadas han adoptado la T.F. como modalidad de trabajo y cuentan con programas de Formación en la especialidad. La T.F. no es una sola.

Hay diversos modos de trabajo según se ponga énfasis:

- a) en los hechos más que en las palabras.
- b) en las formulaciones verbales más adecuadas
- c) en la conveniencia de realizar los cambios durante las entrevistas.
- d) en la posible ventaja de que los cambios se realicen entre una entrevista y la siguiente.
- e) en la clarificación de las estructuras de poder.
- f) en la comprensión previa al cambio, de los significados subyacentes.

En general la elección de uno u otro de los énfasis mencionados no permite dejar completamente

de lado los demás. Para poder continuar aprendiendo, cada escuela acota el universo observable. Así se distinguen modos "estructurales", "estratégicos", "sistémicos" "interaccionales" etc. A modo de ejemplo se expondrá a continuación.

Axiomas de un Modelo Comunicacional de Terapia.

1) Los síntomas (o sufrimientos, o conducta desviada, etc.) son partes integrantes de "estructuras" de relaciones interpersonales.

2) La consulta es la activación de un recurso exterior a la estructura, en la búsqueda de un nuevo control.

3) El sistema terapéutico así conformado se regula en base a acuerdos o contratos (explícitos e implícitos).

4) "Diagnóstico" (o "Realidad Clínica") es una descripción hecha desde un modelo de lectura. Los diagnósticos no son clasificables en verdaderos y falsos, son más o menos aceptables según los cambios que puedan lograr.

5) Cambio o curación, es el reemplazo de las estructuras que requieren síntomas por otras que no los requieren.

6) La Terapia se aprende mientras se trabaja, es formalizable para su evaluación científica y se puede enseñar. Asistencia, Docencia, e Investigación, son aspectos de un mismo trabajo.

7) La terapia es una acción, planificada y evaluable, basada en la realización de intervenciones Generadoras de Cambio.

Además del modelo teórico, otros factores que intervienen a la hora de instrumentar las técnicas son:

A) Las pautas de la institución donde se realiza la terapia.

B) La modalidad comunicacional, o estilo particular del terapeuta.

C) La etapa de desarrollo en que se encuentra el Terapeuta, como persona, como integrante de un grupo familiar y como profesional.

D) Las posibilidades de integrar equipos de trabajo.

Definición

Terapia Familiar es el quehacer programado y evaluado destinado a promover cambios en las estructuras de mantenimiento de un síntoma (o desviación de conducta) previo acuerdo, e indicación.

Con respecto a la Asistencia

En realidad se trata de realizar la tarea psicoterapéutica poniendo el foco en la estructura de las relaciones entre las personas vinculadas con cierto sufrimiento, antes que en las mentes individuales. Si la mayor frecuencia de intervenciones productoras de cambio se dá sobre familias, eso se debe a que la familia es en, nuestro mundo, la estructura de relaciones interpersonales involucrada primariamente con el desarrollo de la vida, y lógicamente lo estará también con el sufrimiento. El foco puesto en la familia no implica identificarla con la "producción" de enfermedad, antes bien, se trata de señalarla como recurso privilegiado para el cambio. Para el cambio de las conductas e ideas que puedan estar sosteniendo esos problemas. Se indica así un pasaje desde el concepto de "psiquismo" hacia el de "relaciones interpersonales" y desde el concepto de "enfermedad" a la idea muy diferente de "**problema**". Así es que el Terapeuta entiende que su función es contribuir a aumentar, en las personas, su capacidad para resolver problemas.

Muchas veces no es la familia el grupo que mantiene el problema, sino la interacción laboral, educacional u otros círculos sociales. Es entonces en el campo de la Comunicación Humana donde se realiza la Terapia, aplicando el horizonte que corresponda. El mencionado pasaje se realiza también desde la idea de "reestructuración de la personalidad" para la "curación de la patología", hacia el de reestructuración de los vínculos, para la obtención de mejores condiciones de desarrollo de la Autonomía personal y de la Solidaridad en los grupos naturales.

El concepto Investigación: este íntimamente vinculado con la Terapia Familiar desde sus orígenes. Acorde con el método científico, básicamente, la terapia consiste en la contrastación permanente de las hipótesis de trabajo.

Esas hipótesis son puestas a prueba en la misma realidad clínica que es creada por ellas. Esta rea-

lidad entonces, reconstruye las hipótesis que las fundamentaron. Investigación implica también cuantificación, verificación de resultados, etc. En cuanto a **DOCENCIA:** el oficio de Terapeuta Familiar se ejercita y aprende, fundamentalmente, en tareas de Post-gradó y a menudo en Instituciones privadas. Esto se debe a que la formación en esta materia aún no se ha incorporado totalmente a los planes académicos, de las Carreras de Medicina, Psicología, Servicio Social, etc. Por tal motivo el concepto de Docencia está íntimamente vinculado al ejercicio de la Terapia con enfoque comunicacional. No solo en Prevención Primaria interesarán la terapia familiar, sino también en otros organismos.

Será entonces necesario dictar cursos destinados no sólo a Psicoterapeutas y profesiones vinculadas, sino también a Jueces, a Sacerdotes y/o Policías para aumentar su capacitación para intervenir en casos de crisis familiares o familias marginadas, o víctimas de la violencia, etc.

Mucho es lo que hay que realizar. La Terapia Familiar se encuentra ante varios desafíos:

1— Poner las técnicas al servicio del Hombre, humanizarlas.

2— Aumentar la eficacia de las técnicas, hacerlas más científicas.

3— Ampliar la cobertura. Extender sus beneficios a toda la población.

Como toda terapia, debe realizarse conociendo las características del Lenguaje Propio de cada lugar, sus condiciones de vida, etc.

La tarea de desarrollar la Terapia Familiar es enorme, pasada la resistencia inicial de las instituciones a su incorporación, todavía quedan por superar la improvisación, el dogmatismo, la moda, la sobrevaloración, y la subvaloración.

Hay dos buenos motivos para tener esperanza.

1) La Terapia Familiar llega a los barrios. 2) y La comunidad está participando en la confección de los planes de salud.

Bibliografía

- 1— Bateson, G. y Ruesch, J.: "Comunicación, la matriz social de la Psiquiatría" - Paidós - Bs.As., 1965.
- 2— Canevaro, A.: "Dialogos", Revista "Terapia Familiar" Año IV - N. 78 - Bs.As., 1981.
- 3— Halev, J.: "Terapia para resolver Problemas". Amorrortu. - Buenos Aires, 1980.
- 4— Minuchin, S.: "Familias y Terapia Familiar" - Gedis, Barcelona, 1975.
- 5— Nocetti, J.C.: "La organización de las re-

laciones familiares". Revista, Terapia Familiar, Año I, N. 1. Edit. ACE, Buenos Aires 1978.

6— Pichón Riviere, E.J.: "Del Psicoanálisis a la Psicología Social", Galerna - Bs.As., 1971.

7— Sluzki, C.: "El doble vínculo como situación patogénica universal" Relato Oficial del "Primer Congreso Argentino de Psicopatología del Grupo Familiar", U.B.A. - Buenos Aires 1970.

8— Watzlawick, P. y col. "Cambio" - Herder, Barcelona, 1974.

SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO

Tomado de "Donde no hay Doctor"
de David Werner

TRABAJANDO PARA UN BALANCE ENTRE LA GENTE Y LA TIERRA

La buena salud depende de muchas cosas, pero sobre todo depende de que la gente tenga suficiente que comer.

La mayoría de los alimentos viene de la tierra. Tierra que se utiliza bien puede producir más alimentos. Un trabajador de salud necesita saber métodos para ayudar que la tierra alimente mejor a la gente—ahora y en el futuro, pero aún con los mejores métodos, un pedazo de tierra sólo puede alimentar a un número limitado de personas. Y hoy en día, muchos campesinos no tienen suficiente tierra para mantener bien a sus familias.

En muchas partes del mundo, la situación va empeorando. Con frecuencia los padres tienen muchos hijos, y resulta que más y más personas tienen que mantenerse en la poca tierra que les toca a los pobres.

Muchos programas de salud tratan de lograr un balance entre la gente y la tierra por medio de planificación familiar —ayudando a que los padres tengan solamente el número de hijos que quieren.

Piensan que, con familias más pequeñas, habrá más tierra y alimento para todos, pero la planificación familiar sola no hace mucho efecto. Mientras la gente sea muy pobre, la mayoría quiere tener muchos hijos. Los niños ayudan con el trabajo sin que les paguen, y cuando crecen a veces pueden ganar dinero. Unos de los hijos —o nietos— pueden ayudar a los padres en su vejez.

Para un país pobre, el tener muchos hijos puede causar un fracaso económico. Pero para la familia pobre muchas veces el tener muchos hijos es una necesidad económica —especialmente si muchos se mueren de chiquito. Para la mayoría de la gente, el tener muchos hijos es su única esperanza para seguridad económica en el futuro.

Algunos grupos y programas tienen otro punto de vista. Reconocen que el hambre no se debe a la falta de tierra en el país o en el mundo, sino a la mala distribución de la tierra. Trabajan para que la mayoría de la tierra y riqueza no quede en las manos de unos pocos. Tratan de ayudar a que la gente pobre gane mayor control sobre su salud, sus tierras y sus vidas.

Es comprobado que en países donde la tierra y riqueza se comparten justamente y los padres llegan a tener más seguridad económica, generalmente la gente decide tener familias más pequeñas. La planificación familiar sí ayuda cuando la gente verdaderamente la desea. Es más probable que se pueda lograr un balance entre la gente y la tierra trabajando por una justa distribución y justicia social, que solamente por medio de planificación familiar.

Se dice que el amor, en el sentido social, es la justicia. El trabajador de salud que ama a su gente,

debe ayudar a que trabaje para un balance basado en una distribución más justa de tierra y de todo.

TRABAJANDO PARA UN BALANCE ENTRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El balance entre el tratamiento y la prevención muchas veces quiere decir un balance entre las necesidades inmediatas y las necesidades a largo plazo.

Como trabajador de salud usted debe ir con su gente, trabajar con ellos y ayudarlos a resolver las necesidades que más les urgen. El primer interés de la gente es encontrar alivio de las enfermedades. Por eso uno de sus primeros intereses debe ser el de ayudar a curar.

Pero también piense hacia adelante. Mientras atienda las necesidades inmediatas que siente la



gente, ayúdelos también a ver el futuro. Ayúdelos a darse cuenta de que muchas enfermedades y sufrimientos se pueden evitar y que ellos mismos pueden tomar medidas preventivas.

Pero ¡tenga cuidado! A veces los oficiales de salud se preocupan tanto por prevenir las futuras enfermedades que les dañan la espalda a las enfermedades que ya afligen a la gente. Al no responder a las necesidades inmediatas de la gente, no ganan ni su confianza ni su cooperación. Así fracasan hasta en su trabajo preventivo.

El tratamiento y la prevención van mano a mano. El tratamiento a tiempo muchas veces previene que enfermedades leves se vuelvan graves. Si usted ayuda a la gente a reconocer sus enfermedades comunes y curarlas a tiempo en casa, puede evitar mucho sufrimiento innecesario.

El tratamiento temprano es un forma de medicina preventiva

Si usted quiere la cooperación de la gente, empiece donde ellos quieren. Trabaje para lograr un balance entre la prevención y el tratamiento que les convenga a ellos. En gran parte tal balance dependerá de las actitudes actuales de las personas hacia las enfermedades, la salud y la curación. Al ayudarlos a ver el futuro, a

cambiar sus actitudes, a controlar más sus enfermedades, usted encontrará que el balance cambia naturalmente a favor de la prevención.

Usted no puede decirle a una madre cuyo hijo está enfermo que la prevención es más importante que la curación. No, si usted quiere que ella lo escuche. Pero puede decirle a ella mientras cura al niño, que la prevención es igualmente importante.

Trabaje hacia la prevención— no la fuerce

Use el tratamiento como entrada a la prevención. Una de las mejores oportunidades para hablar sobre la prevención es cuando la gente viene con usted a curarse. Por ejemplo, si una madre trae a su hijo con lombrices, explíquelo a ella cómo curarlo. Pero también tome su tiempo para explicarles a ambos, madre e hijo, de dónde vienen las lombrices y todo lo que pueden hacer para evitarlas más allá

Visite su casa de vez en cuando, no para criticar sino para ayudar a la familia a cuidar mejor su salud.

Use el tratamiento como oportunidad para enseñar la prevención.

GABI GOM

"EL VERDADERO BAZAR"

NESTOR H. RENTERIA S. R. L.

La línea más completa en artículos de:

Loza, plástico, acero, perfumería, aluminio, juguetería, artículos de limpieza y lo que su imaginación pretenda encontrar

LO HALLARA EN CUALQUIERA DE NUESTRAS 3 SUCURSALES

ALCORTA 171 - SARMIENTO 615 - SAN LUIS 323 - NEUQUEN

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

EL PENSAMIENTO INDIGENA Y POPULAR EN AMERICA - LA NEGACION EN EL PENSAMIENTO POPULAR - RODOLFO KUSCH - HACHETTE - BUENOS AIRES

Si bien son dos libros distintos deberían haber sido editados en un mismo tomo, ya que son complementarios. Son indispensables para la comprensión del hecho popular en los pueblos latinoamericanos que buscan su identificación cultural, donde los técnicos —víctimas del excesivo racionalismo académico— somos muchas veces instrumento del neocolonialismo, al crear y consolidar situaciones de dependencia en nuestras mismas comunidades.

En el primero de los libros, su autor dice:

“La búsqueda de un pensamiento indígena no se debe sólo al deseo de exhumarlo científicamente, sino a la necesidad de rescatar un estilo de pensar que, según creo, se da en el fondo de América y que mantiene cierta vigencia en las pobla-

ciones criollas... Juzgar nuestros problemas desde el punto de vista supuestamente científico... carece de sentido, porque nunca dice realmente la verdad. Son éstos en realidad canales por donde el americano suele escurrir sus opiniones, sin darse cuenta que la orientación que da a su pensamiento constituye el principal impedimento para comprender el estilo de vida real al cual pertenece”

En el segundo, completa su pensamiento.

“Vivimos en Argentina una crisis cultural y política, que no es de ahora, sino que recién se manifiesta. Por eso, no debe inquietarnos, sino al contrario, debe alentarnos. Las crisis dan siempre que pensar. Son en el fondo fecundas, porque siempre vislumbran un nuevo modo de concebir lo que nos pasa. Irrumpe una nueva, o mejor, una muy antigua verdad... Ante todo la crisis no es del pueblo, sino que es nuestra, o mejor, de los sectores medios. Estos se aferran al poder, y al hacer esto pierden el sentido de la convivencia. Es que la cuestión no radica en mandar, sino en escuchar al que recibe las órdenes. Por eso, ante la crisis no caben las soluciones elaboradas minuciosamente por los estudiosos, en nombre de un racionalismo de estudiante recién recibido, sino que es preciso entroncar con alguna constante. Y en América, no hay otra constante que la de su pueblo. La base de nuestra razón de ser está en el subsuelo social”.

L.E.O.N.

SUSCRIPCION VOLUNTARIA DE APOYO

Los altos costos de producción de la revista **MR** nos han exigido emitir la presente suscripción.

Como pensamos que cumplimos un servicio, la hemos rotulado de voluntaria y no limitaremos la distribución de la revista.

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

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

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

Adjunto cheque giro N°.....

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

Nombre:.....

Domicilio:.....

Profesión:.....

Cargo actual:.....

Brota la esperanza en el alma
como agua clara
como canto nacido del fecundo
silencio...

Se ven los primeros pasos,
decididos y firmes,
avanzar nuevamente,
para olvidar la angustia,
para soltar la voz oprimida
por las manos de la fuerza.

JUAN JOSE



biochemicals.a.c.i.fi

cirugia • química • ortopedia

AL SERVICIO DEL

PROFESIONAL

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús
MINISTRO GONZALEZ 221 - TE. 24103-25992-23998
CP. 8300 - NEUQUEN



PROVINCIA DEL NEUQUEN

Municipalidad de Chos Malal

NEUQUEN ES VANGUARDIA EN TURISMO

EL NORTE NEUQUINO ES UNA INTERESANTE OPCION PARA EL TURISMO NO CONVENCIONAL:

- *Paisajes imponentes*
- *Termas al pie del volcán Domuyo*
- *Laguna del Tromen (Habitat de cisnes de cuello negro)*
- *Pesca de Truchas.*
- *Chos Malal; primera capital del Neuquén.*
- *Huinganco: Maravilla natural realizada por el tesón del hombre.*
- *Y todos sus ríos, y montañas...*

Adhesión a **MR** de la
Municipalidad de Chos Malal

Junín de los Andes en verano



PESCA DE SALMONIDOS
LANCHAS C/GUÍAS DE PESCA
CAZA MAYOR Y MENOR
CABALGATAS

GRUTAS C/PINTURAS RUPESTRES
TERMAS
MONTAÑISMO
SKI ACUÁTICO

EXCURSIONES A LUGARES DE ENSUEÑO . . . Y MUCHO MAS !



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



ADHESION DE:

**LOTERIA
la NEUQUINA**