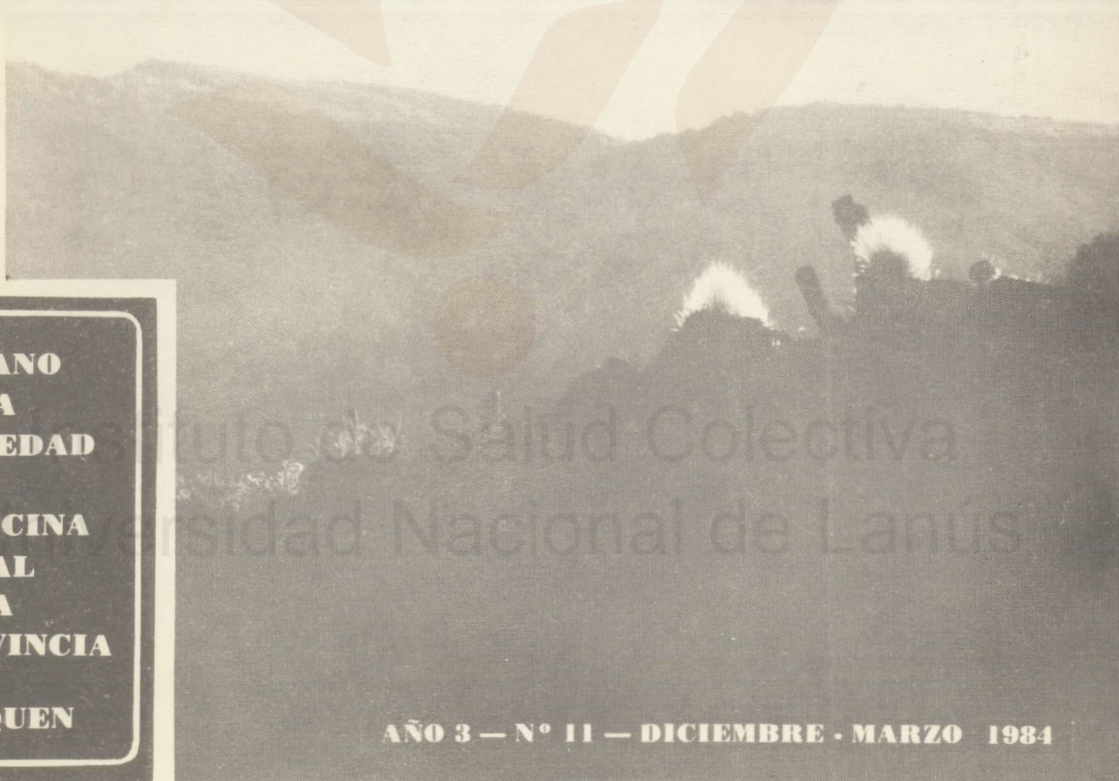


MAR



¿La conquista del desierto?

Autor:
González Vottero



"COIRON"

Autor:
Vincent

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

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**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 Boiocchi, Dra. Ester Lemberger, Dra. Pabla Torres, Dr. Esteban Centanaro, Dr. Daniel Loza.

**MR
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. **ASESORES CIENTIFICOS:** Dr. Horacio Lores, Dr. Norberto Kurchan, Dr. Julio Raby, Dra. María Elena Chiesa, Dr. Julio Arce, Dr. Daniel Etcheverría, Dr. Carlos Pianciola, Dr. Mario Borini, Dr. Julio Monsalvo.

Reg. Prop. Intelectual N° 191116
Dirección Postal - C.C. 705
(8300) NEUQUEN

DISTRIBUCION GRATUITA

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

MIR

**AÑO 3 — N° 11
DICIEMBRE - MARZO 1984**

INDICE

Editorial	1
XV° Jornadas Internacionales de Hidatidología	2
Primeras Jornadas Provinciales Multidisciplinarias del Neuquén sobre la Situación del Menor Abandonado	4
El Equipo Hospitalario en el marco de una Política de Salud	8
Semiología y Clínica Psicológica del Alcohólico - Elementos de Psicosemiología Intoxicaciones con Hidrocarburos	12
Mi experiencia como estudiante interno en el Hospital, comparada con la de un año de Medicina General como Médico de Familia	14
El Saneamiento Básico: UN Factor para Mejorar la calidad de vida	16
Sección para el Agente Sanitario	18
¿Quieres Ser Médico, Hijo Mío?	22
Anekdótico Reflexivo	28
Objetivos Comunicarnos	29
Reseña Bibliográfica	30
	32

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

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

EDITORIAL

Nuevamente se levantan las voces proponiendo que el sistema de salud provincial y sus programas deben impregnarse e imbuirse de aquello que la comunidad va definiendo en opiniones participantes y representativas legítimas, en sus necesidades y problemas de salud. Y es en este terreno de la definición que se debe contemplar cual es el recurso humano idóneo que debe prepararse para responder, y cual es el ámbito adecuado para su más completa formación.

El llamado a concurso, con una nueva denominación, para la Residencia Médica del Hospital Regional Neuquén "Residencia en Medicina Familiar"—antes era "Residencia en Medicina General con Orientación Rural— ha sorprendido a más de uno en el ámbito médico provincial. No debiera haber sido así, pues desde hace más de 18 meses este tema ha surgido para discusión e implementación. La SMR, incluso, ha organizado en dos oportunidades Jornadas donde se ha analizado y evaluado las implicancias de la implementación de esta modalidad de Atención Médica Primaria en la Provincia, brindando un foro de discusión donde se han manifestado las más diversas y encontradas opiniones. Es evidente que de ahora en más el tema será de polémica diaria. Para quienes se introduzcan en el mismo será enriquecedor, con múltiples facetas desconocidas hasta ahora para el ambiente médico universitario y de post-grado. Es valorar una nueva dimensión en la medicina aunque antigua en su concepción humana.

¿Cuál es el ámbito formativo de este renovado recurso humano? Estimamos que el proceso continuo de enseñanza-aprendizaje debe tener lugar en todo el Sistema de Servicios de Salud de la Provincia, con permanente alimentación-retroalimentación con la comunidad mediante mecanismos formales e informales. No podrá estar limitado a un Hospital Regional docente "superselecto", y mucho menos a un grupo de elegidos dentro del mismo. El concepto de cambio cualitativo está por definirse. Las fuerzas de "la inquietud y el trabajo" están en todo el Sistema de Salud y en la comunidad neuquina. Señalamos que el conocimiento y la formación también están donde no nos enseñaron que estaban. Aquellas fuerzas se manifestarán, y corresponde escuchar...y así también aprender.

LA DIRECCION

PRIMERAS JORNADAS INTERPROVINCIALES DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.

CUARTAS JORNADAS PROVINCIALES DE MEDICINA RURAL.

PRIMER ENCUENTRO PROVINCIAL DE ODONTOLOGOS.

PRIMER ENCUENTRO PROVINCIAL DE BIOQUIMICOS.

Este encuentro científico se desarrolla en la ciudad de Neuquén los días 5, 6 y 7 de abril de 1984, con participación de representantes de distintas provincias. Los temas centrales incluyen: Atención Primaria de la Salud - El Concepto de Riesgo en Salud - El Control de las Enfermedades Inmunoprevenibles en la República Argentina - La Atención Médica Primaria del Menor en la Provincia del Neuquén - El Equipo de Salud y la Comunidad: una propuesta neuquina en atención primaria de la salud mental - Política Sanitaria Nacional.

El próximo número de **MR** será dedicado al desarrollo de estos temas, en base a las ponencias presentadas durante las Jornadas.

XV° JORNADAS INTERNACIONALES DE HIDATIDOLOGIA

**23 al 26 de Noviembre de 1983 - S.M. de los Andes
Provincia del Neuquén - República Argentina**

Los panelistas de estas "XV Jornadas Internacionales de Hidatidología" agradecen a las autoridades organizadoras, de la Asociación Internacional de Hidatidología, municipales, provinciales y nacionales, organismos científicos internacionales, instituciones de investigación oficiales y privadas y demás entidades patrocinantes la oportunidad de facilitar este encuentro científico.

Aspectos básicos y educación para la salud

RECOMENDACIONES

De las presentaciones efectuadas surge como realidad epidemiológica una amplia distribución geográfica de la hidatidosis, que generó una amplitud de actividades aisladas por lo que se hace necesario la unificación de criterios sanitarios. Razón por la cual las "XV Jornadas Internacionales de Hidatidología" formulan las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones de educación para la salud

La educación para la salud de la comunidad, debe considerarse como un componente básico de todos los programas de control de la hidatidosis.

Para ello es imprescindible la participación activa de la comunidad especialmente de los sectores expuestos al riesgo y de aquellos que lo crean.

Concientes de la realidad educacional de las poblaciones expuestas, y al no observarse cambio de actitud con la utilización de la actual metodología, se recomienda el estudio y aplicación de modernas estrategias educativas.

Entre ellas, la inclusión del tema hidatidosis al

currículum de la escuela primaria, no solo como materia sino incorporándolo a todas las oportunidades que le brinda el desarrollo de los programas de estudio.

Utilizar la vasta experiencia de las técnicas de comunicación social para divulgar la problemática de la hidatidosis.

Recomendaciones de los Programas de Control

Los gobiernos centrales deberán vigilar y promover objetivos y estrategias básicas. Según las estructuras políticas de cada país se deberá regionalmente, a partir de estas estrategias básicas, establecer y ejecutar las políticas de lucha.

Todo programa de lucha debe resolver en primer lugar su diagnóstico de situación, condición básica para poder definir la estrategia de lucha. Ese diagnóstico de situación debe tener un tiempo definido.

Las actividades de la lucha deben contemplar en forma integral los siguientes aspectos: educación para la salud, actividad veterinaria, ingeniería sanitaria, vigilancia epidemiológica y atención médica.

Una vez iniciado el programa de control, este debe ser medido mediante evaluaciones periódicas, considerando los siguientes indicadores:

niveles de infección en perros u otros huéspedes definitivos, huéspedes intermediarios y el hombre.

Se recomienda utilizar drogas de comprobada eficacia tenicida para el tratamiento de la Equinocolosis en perros de áreas endémicas bajo control (praziquantel).

Los países deberán implementar programas de capacitación internacional y nacionales e intercambio de información y experiencias a nivel de los diferentes países.

Recomendaciones de diagnóstico por inmunología

Instar a los países afectados a extender gradual y progresivamente la cobertura de los servicios para el diagnóstico de la hidatidosis humana a la totalidad de las áreas endémicas sobre la base de la metodología estandarizada existente, basada en la detección de anticuerpos antiantígeno 5, con fines de atención primaria, detección precoz y vigilancia epidemiológica.

Instar a los países afectados a desarrollar laboratorios nacionales, regionales o provinciales para la producción y control de reactivos estandarizados para el inmunodiagnóstico de la hidatidosis humana y reforzar las actividades ya existentes en ese sentido, con la finalidad de abastecer a los laboratorios hospitalarios periféricos ubicados en su esfera de influencia.

Instar a los países afectados a desarrollar sistemas efectivos de vigilancia epidemiológica de la hidatidosis humana para obtener información básica y para la evaluación de los programas.

Instar a los países afectados a realizar estudios seroepidemiológicos para la identificación y caracterización de las áreas problemáticas.

Instar a los países afectados a implementar y/o desarrollar unidades de vigilancia y sistemas de información sobre la hidatidosis humana que incorpore los datos obtenidos de la red de laboratorios que realizan el inmunodiagnóstico en su esfera de influencia.

Diagnóstico por imágenes Recomendaciones

El grupo de trabajo en diagnóstico por imágenes, considerando la alta incidencia de la hidatidosis en la zona, efectúa las siguientes recomendaciones para esta región y que pueden extenderse a otras zonas endémicas.

1— Los métodos de diagnósticos por imágenes no son excluyentes entre sí, sino que se complementan.

2— Ante la sospecha de un quiste hidatídico, los métodos a seguir son: los más sensibles, los más inocuos, los más accesibles, los más rápidos y de menor costo.

3— La ecografía es un método ideal para la detección de la hidatidosis hepática como la radiografía convencional de tórax lo es para el pulmón, debiendo ser utilizada como método catastral junto con las pruebas serológicas.

4— Los métodos de diagnósticos por imágenes deben ser también orientadores para la terapéutica adecuada.

5— El grupo recomienda la detección precoz, pues un quiste complicado exige métodos diagnósticos más complejos y costosos.

Recomendaciones sobre cirugía

Debe intensificarse el estudio de la población sana mediante métodos serológicos.

Practicar una ecografía en pacientes de área endémica con sintomatología de tipo biliar, ante la negatividad de los estudios radiológicos.

El tratamiento más apropiado, si están dadas las condiciones en los adultos es la quistectomía con adventicectomía, no siendo en niños necesario.

En los pacientes con fistula hepatobronquial y mal estado general se debe descomponer el tratamiento en una primera parte de drenaje biliar y del quiste reservando para una segunda el tratamiento de la patología torácica.

No utilizar medios de punción con agujas tipo CHIBA sin antes efectuar una ecografía (en área endémicas).

Cirugía pulmonar: Se marca la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria clínica, cardiológica y nutricional del paciente.

Importancia de los factores respiratorios previos y adecuada kinesia respiratoria preoperatoria.

Se señala la importancia de completar la historia clínica y ficha de hidatidosis.

Recomendaciones respecto del tratamiento médico con Mebendazol (MBZ) en Pacientes Humanos.

Si bien en el presente existen evidencias experimentales y clínicas indicando que el MBZ afecta, y en algunos casos, destruye parcial o totalmente a los quistes hidatídicos, aún no está evaluada la real efectividad del fármaco para el tratamiento médico de pacientes ni tampoco se ha establecido el protocolo de tratamiento adecuado.

Por consiguiente, debemos considerar dos programas de tratamiento médico:

1) Pacientes afectados de hidatidosis inoperables por:

a) formas diseminadas; b) inaccesibilidad quirúrgica por la localización.

c) contraindicaciones para la cirugía por el estado del paciente u otras causas.

2) Pacientes que siendo pasibles de intervención quirúrgica se someten voluntariamente a un tratamiento médico quimioterápico con MBZ previo a la cirugía a los fines de evaluar la real efectividad del tratamiento médico.

CONTRAINDICACIONES

El uso del mebendazol en el tratamiento de la hidatidosis se considerará contraindicado en: a) alteraciones hematológicas, particularmente leucopenias; c) insuficiencia hepática o colestasis; d) afecciones renales, en particular antecedentes de glomerulonefritis.

Tolerancia y Efectos Secundarios

En general el tratamiento con MBZ es muy bien tolerado, pero se han descrito reacciones alérgicas cutáneas —leves en general— elevación pasajera de las transaminasas, alopecia generalizada pasajera, leucopenia. Se recomienda estudio función espermatogénica en adultos.

PRIMERAS JORNADAS PROVINCIALES MULTIDISCIPLINARIAS DEL NEUQUEN SOBRE LA SITUACION DEL MENOR ABANDONADO

Del 24 al 29 de abril ppdo. tuvo lugar en La Plata y Buenos Aires el IV Simposio Nacional de Pediatría Social, uno de cuyos temas centrales fue "El Menor Abandonado". De este evento participaron nueve profesionales del Neuquén, la mayoría de ellos con apoyo oficial de la Provincia, los cuales volvieron profundamente motivados para continuar estudiando el problema en el ámbito local y regional.

Con este propósito se formó en Neuquén un grupo multidisciplinario de trabajo a partir de algunos participantes del Simposio Nacional, a los cuales se agregaron profesionales de otras disciplinas, celebrándose reuniones semanales todos los jueves en el Hospital Neuquén. El grupo estuvo formado por pediatras, obstetras, médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, educadores y juristas; durante las reuniones se difundió bibliografía sobre el tema, se escucharon y comentaron los apuntes y grabaciones de conferencias y mesas redondas del Simposio Nacional y sobre todo se analizó la situación del Menor Abandonado en la Provincia del Neuquén.

El grupo de trabajo llegó a la conclusión de que la manera más efectiva de contribuir a la difusión de la problemática del Menor Abandonado y de lograr formular propuestas para su solución, optimizando las medidas ya vigentes, esa la de organizar jornadas regionales sobre este tema, de las cuales salieran recomendaciones para formular proyectos para el corto, mediano y largo plazo, con especial énfasis en los aspectos de la prevención y la rehabilitación. Dados los amplios alcances sociales del problema y basado en la utilísima experiencia del Simposio Nacional, se propuso el enfoque multidisciplinario y la participación de profesionales de Salud (pediatras, obstetras, generalistas, psiquiatras, psicólogos, sanitaristas, enfermeras, asistentes sociales), Acción Social (Dirección del Menor y la Familia), justicia (Defensoría del Menor) y Educación.

La Metodología consistió en cortas introducciones y trabajo de grupos sobre consignas básicas, con plenario de conclusiones y consolidado final; se realizó asimismo una mesa redonda con los participantes y una mesa abierta a la comunidad sobre el tema de la adopción, ambas con expertos invitados de nivel nacional y provincial.

Las Jornadas tuvieron lugar los días 8, 9 y 10 de setiembre de 1983, para poder elaborar las conclusiones y formular las propuestas antes de terminar el año pasado.

Las reuniones se desarrollaron en la Villa Hogar Ayelén, gentilmente cedida por la Dirección del Menor y la Familia del Neuquén. Participaron alrededor de 150 personas además de la Comisión Organizadora y de los invitados especiales, entre los cuales cabe destacar a la Dra. Aurora Pérez,

psiquiatra, los Dres. María Luisa Ageitos y Mario Gutiérrez Leyton, de la Sociedad Argentina de Pediatría, la Asistente Social María Contreras, del Hospital de Niños de Buenos Aires, la Lic. Cristina Zorzoli y el Dr. Roberto Mateos, del Hospital "Noel H. Sbarra" (ex-Casa Cuna) de La Plata, el Dr. Florencio Varela, ex-Director Nacional del Menor y la Familia, y Monseñor Jaime Francisco de Neveas, Obispo de Neuquén.

El primer resultado positivo de las Jornadas lo constituyó el encuentro entre tantos profesionales de distintas áreas y representantes barriales y de partidos políticos, con la valiosa presencia de los encargados de instituciones de menores, tanto del sector oficial como privado, en especial organizaciones religiosas y caritativas.

De las conclusiones y recomendaciones extraemos el resumen de las referentes al medio rural, quedando para otra edición las del medio urbano y periurbano.

RURAL - GRUPOS A y B FACTORES DE RIESGO

Máximo: 1) Marginación social y política; 2) Carencia de necesidades básicas; 3) Incompetencia en el medio comunitario; 4) Abandono forzado o disgregación del grupo familiar por distintas causas; 5) Hogares sin pareja estable; 6) Madres púberes y adolescentes; 7) Madres solteras; 8) Falta de educación sexual en la mujer; 9) Paternidad irresponsable; 10) Disgregación del grupo familiar; 11) Desempleo.

Mediano: 1) Promiscuidad y hacinamiento; 2) Migración forzada por ingreso ilegal; 3) Carencias emocionales de los progenitores.

Escasos: 1) Fanatismo religioso.

Factores con distintas jerarquización:

1) Transculturación —máximo— y mediano; 2) Alcoholismo - Mediano y escaso

RURAL - ESTRATEGIAS

FACTOR DE RIESGO:

Marginación social y política

Acciones: —Integración a los planes provinciales respetando su idiosincracia y cultura. —Legalización de tierras otorgadas; —Otorgamiento de tierras cultivadas; —Favorecimiento de la formación de cooperativas de producción y consumo; —Granjas comunitarias; —Diversificación de cultivos; —Mejoramiento de la producción ganadera, refinamiento de la raza; —Favorecimiento de la formación de la Comisión de Fomento Rural Integrada por la comunidad; —Participación en la actividad municipal donde la hubiere de la comunidad rural; —Construcción de canales de riego adecuados; —Electrificación rural; —Incrementación

de los medios de comunicación; —Planes de vivienda por ayuda mutua; —Aumentar la cobertura educativa existente; —Mantener y estimular los proyectos educativos y de promoción social; —Fomentar la recreación.

Fuerzas que apoyan: Comunidad. —Multisectorial; —Educación; —Partidos políticos; —Acción Social; —Religión; —Salud; —Agrozotécnica.

Fuerzas que frenan: —Políticas socio-económicas equivocadas; —Desarticulación de las distintas áreas; —Funcionarios carentes de motivación; —Desconocimiento de la realidad; —Proprietarios de tierras vecinas (tierras fiscales latifundistas).

Estrategias: —Selección de personal competente interesado en cada uno de los sectores; —Programación y acciones con participación comunitaria; —Estímulo económico y de perfeccionamiento.

Factor de Riesgo: —Migración forzada por ingreso ilegal.

Acciones u objetivos: —Propiciar una ley de migraciones que respete al individuo y sus circunstancias. Que proteja la integración de la familia.

Factor de apoyo: —El derecho natural y constitucional a mantener integrado un núcleo familiar y que respete garantías.

Factores de freno: —Falta de sentido de comprensión de la familia como un módulo de salud; —Desinterés general por parte de la población del problema.

Estrategias: —Preparar a las autoridades pertinentes.

Factores de riesgo: —Madres púberes y adolescentes. —Madres Solteras.

Acciones u objetivos: —Educación integral de la familia. —Asistencia integral a la embarazada (embarazo, parto, post-parto). Psicológico, servicio social, otras. —Propiciar legislación adecuada a la madre soltera.

Factores de apoyo: —Población reducida; —Recursos económicos similares; —Influencia en los docentes, Iglesia, salud; —Medios de comunicación masiva; —Capacitación de gente que trabaja en área rural.

Factores de Freno: —Dispersión. —Familias poco receptivas del cambio; —Costumbres y pautas culturales arraigadas; —Ciencias religiosas;

Estrategias:
—Extender a los funcionarios de áreas rurales la duplicación en el cómputo de años de servicio. —Legislación pertinente; —Comisiones mixtas de fuerzas comunitarias (salud, educación, religión, etc); —Incorporación de antropólogos a los equipos multidisciplinarios, —Incorporación de trabajadores sociales a las escuelas como eje central de acción comunitaria.

Factores de riesgo: —Incompetencia del medio comunitario; —Transculturación.

En la medida en que se cumplan las acciones de la estrategia anterior (marginación social, política) consideramos se superarán estos dos factores de riesgo.

Factores de riesgo: —Disgregación del grupo familiar (área rural). —a) Presentes las figuras parentales pero con inadecuado desempeño de funciones. —b) Ausencia de una de las figuras parentales.

Acciones: —Política de protección y promoción familiar; —Creación de fuentes de trabajo; —Creación de Guarderías, jardines de infantes, escuelas de doble escolaridad. —Creación de organismos o delegaciones multidisciplinarias a fin de realizar el abordaje integral en cada comunidad.

Factores de apoyo: —Aprovechamiento de recursos humanos materiales, e institucionales existentes. —Creación de recursos, aumento de presupuesto; —Facilitación y estímulo en la participación en los grupos comunitarios.

Factores de freno: —Desconocimiento de la realidad de parte de las autoridades; —Insensibilidad y falta de compromiso de las autoridades; —Dispersión y falta de aprovechamiento real de recursos en Instituciones oficiales y privadas; —Excesiva centralización de decisiones y soluciones en las instituciones oficiales; —Incomunicación y falta de coordinación entre dos entes que abarcan en distintas áreas y con la comunidad en general.

Estrategias: —Colaboración de Instituciones privadas; —Participación de miembros de la comunidad en detección de líderes positivos (representantes de distintos sectores); —Capacitación del personal de los organismos en cuanto a la realidad en la cual trabajará; —Investigación global del área o comunidad donde ejecutará sus acciones; —Programas de capacitación al personal que actualmente trabaja; —Propiciar la comunicación y coordinación entre instituciones oficiales y privadas de las distintas áreas.

Factor de riesgo: —Carencia de necesidades básicas: —Alimento, vestuario, vivienda, salud y educación.

Acciones: —Implementación de una política de subsidios de apoyo a la familia natural en casos recuperables; —Implementación de una política mancomunada con delegaciones de saneamiento ambiental, Gendarmería, Agentes sanitarios, Municipalidades o comisiones de fomento, para el mejoramiento de las condiciones de vida. —Fomento de grupos solidarios en la medida que ellos vayan a trabajar y no a pesar de la gente marginada.

—Apoyar la acción de agentes sanitarios y docentes con medios para posibilitar tareas en terreno. Jerarquizar la labor de los mismos. —Facilitar la tramitación de documentación mediante la creación y apoyo de comisionados volantes para las distintas disciplinas. —Crear fuentes de trabajo.

Fuerzas que apoyan: —Escuelas albergues y móviles; —Postas sanitarias completas con agentes sanitarios capacitados y permanentes. —Medios de comunicación. —Medios de movilización. —Escuelas agrícolas y de artes y oficios. —Fomento cooperativo. —Aprovechamiento de los recursos.

Fuerzas que frenan: —Falta de comunicaciones; —Falta de caminos; —Falta de presupuesto; —Rigurosidad climática. —Falta de una agresiva política para el desarrollo y promoción de la zona de frontera. —Parques Nacionales. —Falta de población. —Falta de mano de obra capacitadas. —Transhumancia.

Estrategias: —Fomentar el cooperativismo; —Educar; —Preservar los valores culturales. —Fomentar artesanías; —Proponer explotaciones no tradicionales; —Creación de nuevas fuentes de trabajo.

Factores de riesgo: —Abandono forzado y disgregación del grupo familiar por distintas causas. —Trashumancia (grandes obras de infraestructuras-trabajadores golondrinas).

Acciones: —Diversificar las fuentes de trabajo. —Mejorar las pasturas básicamente con alambrados; —Apoyar la institucionalización del médico de familia.

Fuerzas que apoyan: —apoyo a los proyectos de reactivación socio-económica.

Fuerzas que frenan: —Presupuesto. —Indiferencia de los gobiernos por ser grupos pocos numerosos.

Estrategias: —Creación de nuevas fuentes de trabajo.

Factor de riesgo: —Promiscuidad y hacinamiento.

Acciones: —Todo lo dicho respecto a educación y mejoramiento de vivienda.

Fuerzas que frenan: —Programas educativos inadecuados por no adaptarse a la realidad de la zona.

Estrategias: —Factores y respeto de las culturas autóctonas.

Factor de riesgo: —Educación.

Acciones: —Reformas de planes estudio en escuelas primarias y secundarias. —Participación activa del maestro en la reforma mencionada. —Participación de la comunidad en las escuelas o escuelas comunidad.

Fuerzas que apoyan: —La orientación al maestro desde las necesidades que plantee a través de los recursos que brinde la comunidad. —Educación sexual. —Educación para la salud. —Educación para la vida familiar. —Orientación laboral primaria. —Enseñar a pensar a través de medios de información. —Mayor presupuesto. —Remuneración adecuada a los maestros. —Actualizar los subsidios de escolaridad a los padres de familia.

Factores de Freno: —Influye el sistema político vigente. —Programas y metodología desactualizada. —Educación asistemática no adecuada a cada comunidad específica, y no implementada en medios de comunicación masivos, clubes, etc. —Traba en el ingreso escolar y falta de escuelas superpoblación en los grados. —Falta de interrelación y cooperación inmediata entre las distintas disciplinas que tienen que ver directa o indirectamente con el menor en gral. y específicamente con el que está en riesgo de abandono.

Estrategias: —Que la comunidad perciba con claridad la necesidad de buenos niveles de educación y participación activa. —Exigir a los partidos políticos como prioritarios los factores de Educación. —Facilitar el ingreso del niño con problemas de documentación personal. —Implementar el trabajo interdisciplinario.

Factores de riesgo: —Subempleo.

Acciones: —Capacitación. Creación de fuentes de trabajo. —Explotación de las fuentes de recurso. —Planes de viviendas rurales que contemple la entrega de la tierra.

Fuerza de Apoyo: —Cursos de capacitación. —Crear cooperativas. —Facilitar el traslado a las zonas de trabajo. —Un plan de economía Nacional y pcial. en el que se contemple el producto Rural.

Fuerzas de Freno: —Falta de orientación para la explotación de todos los recursos del medio. —Política económica inadecuada que provoca el cercenamiento del Poder adquisitivo.

Estrategias: —Implementar políticas que permitan el desarrollo y progresos de productos genuinos. —Creación de medios de comunicación. ej. obras viales, medios de transporte. —Fomentar el turismo. —Efectivizar la cobertura social.

Factor de riesgo: —Alcoholismo.

Acciones: —Ocupación del tiempo libre para los jóvenes como acción preventiva. —Difusión y clarificación de que el alcoholismo es una enfermedad sus riesgos e implicancia. —Creación de centros para enfermos alcohólicos. —Actividades recreativas sistemáticas para el grupo fliar. en gral. —Legislación y estímulo que proteja programas de prevención y tratamiento del alcoholismo.

Factores de apoyo: —Existencia de grupos como alcohólicos Anónimos y Alanon. —Medios de comunicación masiva. —Integración familiar. —Situación laboral estable y adecuada.

Factores de freno: —Situación socio-económica inestable. —Intereses económicos que implica la venta de bebida alcohólicas. —No respeto a la ley de prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad. —Falta de recursos para la atención terciaria. —Pautas culturales. —Confusión del alcoholismo en cuanto al tratarlo como delito. —Falta de conciencia en las autoridades con respecto que el alcoholismo es una enferme-

dad que impide la ampliación de programas de prevención y tratamiento.

Estrategias: —Uso de medios masivos de comunicación para evitar el uso excesivo de alcohol. —Limitación de la publicidad con respecto al consumo de bebidas alcohólicas. —Programas de educación que se implemente en las escuelas primarias secundarias y a nivel universitario. —Participación comunitaria en actividades recreativas y de rehabilitación. —Trabajo interdisciplinario como forma de abordaje a factores condicionantes.

Factor de riesgo: —Madres púberes y adolescente. —Madres solteras.

Acciones: —Educación integral a la familia. —Asistencia integral a la embarazada (embarazo-parto y posparto) psicológico servicio social y otros. —Propiciar legislación adecuada para la madre soltera.

Fuerzas que apoyan: —Población reducida. —Influencia de los docentes, iglesia, agentes de salud, medios de comunicación masiva. —Capacitación de la gente que trabaja en el medio rural.

Factores que frenan: —Dispersión. —Familias poco receptivas al cambio. —Costumbre y

pautas culturales muy arraigadas. —Creencias religiosas. —Ignorancia.

Estrategias: —Bregar por la sanción de una ley de protección a la madre soltera. —Solicitar a todos los sectores acciones de servicio, que implementen medidas tendientes a poner en práctica las acciones del punto 2. —Creación de tribunales con equipos interdisciplinarios. —Programación adecuada y objetivos alternativos.

Factor de riesgo: —Migración forzada por ingreso ilegal.

Acciones: —Propiciar una ley de Migraciones que respete al individuo y sus circunstancias. Que proteja la integración de la familia.

Fuerzas que apoyan: —El derecho natural y constitucional que mantenga integrado al grupo familiar y que respete garantías.

Factores que frenan: —Falta de sentido de comprensión como un módulo de salud a la familia. —Desinterés gral. por parte de la población del problema.

Estrategia: —Proponer a las autoridades pertinentes políticas de migración.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

AUTOR: Marcelo Bortman TITULO: "Lo importante es controlarlos"

EL EQUIPO HOSPITALARIO EN EL MARCO DE UNA POLITICA DE SALUD

Dr. Pierre MERCENIER

Traducción: Dr. Gustavo A. ZURITA

El Dr. MERCENIER es el director de la unidad de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes - BELGICA y Consultor de la O.M.S. en investigación operativa en Salud Pública.

I. INTRODUCCION:

Es conveniente precisar el sentido en el que son utilizados los términos equipo, hospital y política en este documento.

1.1. - POLITICA:

Definir una política, es replantearse un problema con una cierta distancia, con una perspectiva más amplia, para encontrar soluciones a más largo término; siendo éstas, mejores que las soluciones inmediatamente disponibles, a fin de responder a las dificultades inmediatas.

La distancia tomada para definir una política, determina la perspectiva bajo la cual es visto el problema y por lo tanto el campo de soluciones posibles.

EJEMPLO:

Problema: un hospital está crónicamente sobrecargado. **Dificultad aparente:** camas suplementarias y personal sobrecargado. **Solución en ausencia de política:** buscar fondos para agrandar el hospital. **Solución nueva en el marco de una política hospitalaria:** aumentar la eficiencia del hospital por una mejor gestión y disminuir la estadia promedio de los enfermos. **Solución nueva en el marco de una política de atención médica:** desarrollar servicios ambulatorios y domiciliarios que permitan estudio completo de pacientes y altas precoces. **Solución nueva en el marco de una política de salud:** desarrollar servicios de prevención específica para disminuir las necesidades de camas de hospitales. **Solución nueva en el marco de una política social:** mejorar el medio, la vivienda, el urbanismo con el mismo resultado.

Elegir un nivel político de decisión es también hacer una opción fundamental sobre los objetivos que se desean alcanzar, sobre los objetivos que se fijan y sobre los criterios en función de los cuales se evaluarán las acciones.

Conforme a nuestras opciones nosotros nos colocaremos en este documento a nivel de la política de salud y la evaluación será siempre efectuada en función de un objetivo "salud".

1.2 - HOSPITAL

Una vez definido el nivel político de decisión, todos los elementos que entran en este cuadro se convierten en medios para alcanzar los objetivos

que se han fijado. El hospital en el cuadro de una política de salud es uno de estos elementos. Su eficacia y su utilidad se medirán por lo tanto en función de su participación a la solución de los problemas de salud de la comunidad.

En ausencia de una planificación sanitaria, el rol exacto de el hospital en la organización médico sanitaria no está definido. No se sabe por ejemplo de que parte de la población el hospital es responsable.

Pragmáticamente **le conservaremos en el marco político definido, el rol que la comunidad le reconoce**, a saber: dar la mejor atención posible a los enfermos que son admitidos en razón de los recursos que se ha decidido asignarle.

Si consideramos a este hospital, tal como existe, como elemento de la política de salud puede ser entonces definirse como una **empresa cuya eficacia y utilidad se miden por criterios elegidos en función del objetivo salud tales como porcentaje de enfermos curados, muertos, recaídos, etcétera.**

Contrariamente a las apariencias y aún si se aceptan objetivos marginales como la satisfacción de los enfermos, el clima psicológico, etc., tal definición está bastante lejos de la realidad aceptada cotidianamente. Para algunos, el hospital es una empresa que debe equilibrar su presupuesto; ya debe tener ciertos equipos; que debe albergar enfermos crónicos; que debe proveer empleos, etc.

Toda política de salud forma un conjunto con objetivos propios. En este nivel de análisis el hospital forma un subconjunto, cuyos objetivos están sometidos a aquellos más amplios de la política de salud.

Una vez definidos los objetivos propios del hospital, estos se transforman en sí mismos en un conjunto, cuyos elementos deben concurrir a los mismos objetivos.

Esto equivale a decir que el trabajo de cada miembro del personal hospitalario debe ser organizado y evaluado en función de los objetivos globales del hospital, siendo esta una condición necesaria para que el conjunto hospitalario funcione de manera satisfactoria.

1.3. - EQUIPO:

El equipo es definido aquí, como un conjunto de personas que participan a una misma tarea, que comparten por lo tanto los mismos objetivos y que se reparten funciones y responsabilidades teniendo en cuenta sus competencias respectivas. Si un equipo comprende personal de diferentes niveles de calificación (profesionales y auxiliares por ejemplo) una jerarquía debe persistir en el seno del equipo. Por el contrario, si el equipo no comprende mas que profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos) las relaciones en el

seno del equipo no son de tipo jerárquico, sino integrado. Cada uno, aceptando los objetivos del equipo, es el responsable de su actividad, no en relación a una autoridad jerárquica, sino en relación a sus pares, es decir del conjunto del equipo. Un coordinador, elegido en función de sus cualidades de relación y no de sus competencias técnicas, asegura la coordinación del equipo y eventualmente también sus relaciones con el exterior.

2 TIPOS DE ORGANIZACION APLICADOS AL HOSPITAL:

2.1 - LA ADMINISTRACION TRADICIONAL

En las formas tradicionales de organización, un **rol importante es llenado por el órgano central de dirección**, que es el único plenamente responsable, toma las decisiones y asegura la buena marcha del conjunto **por el canal de una estructura jerárquica** que ejerce los controles a diferentes niveles. Cada uno es responsable de su actividad en relación al escalón jerárquico superior. Este tipo de organización centralizada, con una autoridad jerárquica, puede ser eficaz en ciertas circunstancias.

Pero su eficacia, depende totalmente de la eficiencia de los métodos de supervisión y de control, y por lo tanto, de criterios, que permitan evaluar la actividad del personal.

Se le reconoce como contra, el defecto de no favorecer la realización individual del personal y su toma de conciencia en una responsabilidad, lo que se traduce por una falta de participación activa, una pérdida de creatividad y por lo tanto, una relativa ineficacia del trabajo individual.

Los resultados de la actividad hospitalaria, depende estrechamente de la calidad de las relaciones humanas a nivel del personal (se habla bastante de humanizar el hospital). No se trata aquí de una empresa, donde existen criterios objetivos que permiten evaluar de manera satisfactoria la actividad a la base. La autoridad jerárquica queda por lo tanto esencialmente limitada a algunos aspectos técnicos superficiales.

La representación en el organismo de dirección de algunos "cuerpos profesionales" (médicos, enfermeras) no cambia fundamentalmente la relación jerárquica. En el mejor caso, cada representante es llamado a participar en las decisiones en función de sus competencias técnicas; en el peor caso para expresar en la cúspide las frustraciones y las oposiciones sentidas por el personal que él representa. Esta representación, que mantiene toda la autoridad jerárquica, consiste esencialmente en proyectar en la cúspide, las contradicciones y las oposiciones que reinan a la base.

Al extremo, con la estructura tripartita del órgano de dirección (administración, médicos, servicios técnicos) el hospital llega casi a perder su unidad, definida en función de sus objetivos globales, para transformarse en el compromiso entre tres organizaciones que tienen sus objetivos propios y cada una con su propia estructura jerárquica.

2.2. - LA GESTION MODERNA:

Los métodos de gestión moderna se esfuerzan de obviar los inconvenientes de los métodos tradicionales, **sobre la base de observaciones que muestran que el personal trabaja mejor, cuando comprende el lugar de su actividad para realizar objetivos que pueden percibir:**

Ciertos **principios** se encuentran en la base de esta forma de gestión:

1. delegación de responsabilidades, descentralización de la toma de decisiones.

2. cada nivel es plenamente responsable de la organización de su trabajo.

3. la coordinación del conjunto es realizado por una jerarquía funcional, que asegura la coordinación de las tomas de decisión, la adecuación de los objetivos y la síntesis de los resultados.

Es esta óptica, el hospital unitario, se transforma en un conjunto de unidades funcionales, cuyos objetivos son determinados, en función de los objetivos globales del hospital, y que constituyen el marco de trabajo a cargo de un equipo en el sentido que hemos dado al equipo.

Es interesante remarcar la concordancia que estos métodos de gestión moderna tienen entre la aspiración técnica de una mayor eficacia y la aspiración política a la realización personal del individuo en su trabajo.

Es evidentemente conveniente de definir el nivel extremo de descentralización. La unidad puede ser suficientemente pequeña, para que cada uno pueda participar a las tomas de decisión común, evitando, de una parte, la alienación de algunos, de otra parte las decisiones individuales anárquicas.

La unidad debe ser suficientemente grande, para englobar las diversas competencias que deben coordinarse en el seno de un equipo para realizar los objetivos, de la forma más autónoma posible.

El tamaño de las unidades funcionales es por lo tanto un compromiso entre la integración del equipo que demanda un tamaño pequeño, y la autonomía de la unidad, que demanda englobar todas las competencias necesarias para realizar sus objetivos.

Como algunas tareas necesitan una cierta centralización, por razones económicas o técnicas, es necesario prever dos tipos de unidades funcionales: las unidades operacionales que realizan concretamente los objetivos del hospital, y las unidades logísticas que realizan tareas específicas, necesarias a las unidades operacionales pero que no pueden ser englobadas.

Por fin, las unidades operacionales y logísticas deben ser coordinadas por una jerarquía funcional.

3 ORGANIZACION DEL HOSPITAL:

El hospital es considerado como un conjunto, del cual todas las partes, unidades funcionales, concurren a la realización de objetivos, como los que han sido discutidos en el punto 1.2. en el marco de una política de salud.

3.1 - LA ESTRUCTURA OPERACIONAL:

La estructura operacional comprende el conjunto de unidades operacionales y su coordinación.

3.1.1 - LA UNIDAD OPERACIONAL Y EL EQUIPO HOSPITALARIO:

La unidad operacional se define como la más pequeña unidad cuyos objetivos inmediatos, son la expresión concreta de los objetivos del hospital, es decir recibir personas enfermas, asegurarles la atención adecuada y en la medida de lo posible, curarlos, estabilizarlos o mejorarlos.

Nosotros proponemos considerar como unidad operacional de base la unidad de hospitalización tradicional (10 a 30 camas) que es manejada por el equipo hospitalario de base. El equipo comprende todas las personas que trabajan dentro de la unidad, es decir además de los médicos y las enfermeras que constituyen los componentes habituales, otras personas cuyas competencias son función del tipo de unidad (kinesiólogos, psicólogos, técnicos, secretarías, etc.).

Para organizarse el equipo debe conocer:

a) Los recursos de los cuales puede disponer: tiempo de personal, presupuesto, suministros y además los servicios que puede esperar de las unidades logísticas.

b) Los criterios de evaluación de su propio trabajo: estos criterios deben resultar de un diálogo entre el equipo y nivel intermedio de la jerarquía funcional que debe asegurar la validez de los criterios mínimos de evaluación en relación a los objetivos del hospital.

El equipo puede entonces cumplir sus funciones:

a) Tomar las decisiones concernientes a la organización de su trabajo, la repartición de tareas en función de problemas a resolver y de los recursos disponibles.

b) Recoger las informaciones sobre su actividad, para autoevaluarse en función de los criterios aceptados, cada uno siendo responsable delante del equipo, de las tareas que ha asumido.

c) Corregir el trabajo por "feed-back" directamente a partir de la auto elevación.

El funcionamiento del equipo demanda un coordinador que sea elegido por el conjunto del equipo, o al menos muy aceptado. Su rol principal es de organizar reuniones regularmente, suficientemente frecuentes, en el curso de las cuales se toman las decisiones y se evalúan las actividades. Eventualmente es el quien representa al equipo en las reuniones de los niveles superiores.

La eficacia de un trabajo de equipo depende de numerosos factores:

—Los objetivos han sido bien definidos?

—Quien ha definido los criterios de evaluación?

—Su significado es comprendido?

—Que grado de acuerdo sobre estos objetivos hay entre sus miembros?

—En que medida los resultados pueden ser medidos para ser comparados a los objetivos?

—Que relación existe entre los objetivos del equipo y los de sus integrantes?

—Y con los objetivos globales del hospital?

3.1.2 - COORDINACION DE LAS UNIDADES OPERACIONALES:

Varias unidades operacionales son reagrupadas y coordinadas dentro de un conjunto más importante, que no representa un "nivel intermedio" en el sentido habitual del término. De hecho se trata de una reunión de partes, los equipos hospitalarios de base dentro de un equipo más vasto que los engloba porque comparten los mismos objetivos definidos en términos más generales, por ej. el conjunto de equipo hospitalario a cargo de unidades operacionales a función quirúrgica.

Prácticamente el trabajo a este nivel se concretiza por reuniones donde se encuentran los representantes de cada equipo de base. Teóricamente cada miembro de cada equipo de base forma parte de este nivel intermedio de la jerarquía, y podrá por lo tanto asistir a las reuniones pero esto será siempre a título de representante del equipo de base y no a título personal o representando a un "cuerpo profesional".

Se puede razonablemente admitir la utilidad de un coordinador (eventualmente apoyado por una ligera infraestructura) al nivel intermedio, pero no puede tratarse de un jefe jerárquico.

El rol de esta coordinación intermedia es aquel de todos los equipos por:

—Tomar decisiones concernientes a la repartición del trabajo entre los diversos equipos de base.

—Recoger informaciones sobre la actividad de los diversos equipos para evaluar el conjunto.

—Corregir el trabajo por "feed-back" directo. Además, el nivel intermedio debe:

—Repartir los recursos entre los diferentes equipos, comprendiendo eventualmente los servicios de unidades logísticas.

—Determinar con cada equipo los criterios de evaluación en función de objetivos globales.

Según la importancia del hospital se podrán eventualmente considerar uno o varios reagrupamientos intermedios.

3.1.3 - DIRECCION:

En esta jerarquía funcional la dirección no es más que un nivel de reagrupamiento global que es estructurado como el nivel intermedio: un coordinador (con una ligera infraestructura) y los representantes de los diversos equipos intermedios.

Lo que distingue sus funciones de las de nivel intermedio, son sus relaciones con el exterior, exterior que no es más esta vez un conjunto del cual se forma parte, sino otra estructura, el poder organizador, que deberá tratarse de convertirse progresivamente en una emanación real de la comunidad.

Es por lo tanto a ese nivel que:

—Se definirán los objetivos globales.

—Se contabilizarán los recursos totales antes de ser repartidos entre los diferentes equipos que constituyen el conjunto.

—Se evaluarán los resultados finales a partir de los resultados obtenidos por cada equipo.

3.2 - LAS UNIDADES LOGISTICAS:

Lo que distingue fundamentalmente la unidad logística de la unidad operacional es que su objetivo no contribuye directamente a los objetivos del hospital. Su objetivo es de proveer servicios necesarios a las unidades operacionales; ejemplo: sala de operaciones, cocina, laboratorio, lavandería, administración, etc.

Es necesario insistir sobre el hecho de que la creación de unidades logística es un "mal necesario"; en razón de la necesidad técnica y/o económica de concentrar algunas tareas a un nivel que cubre más que las necesidades de una sola unidad operacional, pero que disminuye por lo tanto, la autonomía de los equipos hospitalarios de base.

Es imprescindible por lo tanto no recurrir a la creación de unidades logísticas más que en caso de necesidad y reagruparlas con los equipos de base al nivel más bajo posible.

3.2.1. - EL EQUIPO:

El equipo de las unidades logísticas, no puede evidentemente ser estandarizado como el de las unidades operacionales y cada unidad logística constituye, al seno del hospital, un caso distinto en cuanto a la constitución del equipo responsable.

En el conjunto, el funcionamiento del equipo es similar al de los equipos de base: coordinador, reuniones regulares, organización del trabajo, autoevaluación etc.

En las medidas de las posibilidades técnicas, hay también interés a que el equipo no sea demasiado grande para poder funcionar armoniosamente.

La diferencia esencial reside en la finalidad de estas unidades, que es proveer servicios a las unidades operacionales. Sus objetivos deben ser establecidos en función de las necesidades de las unidades operacionales y los criterios de evaluación definidos en acuerdo con los equipos de base.

3.2.2. - COORDINACION CON LAS UNIDADES OPERACIONALES:

En razón de las estrechas relaciones que deben existir entre los equipos logísticos y los equipos de base, hay gran interés a que el nivel de coordinación se haga lo más bajo posible en la estructura del conjunto y que las unidades logísticas sean reagrupadas dentro de conjuntos intermedios con las unidades operacionales a que ellas sirven. Por ej.: las salas de operaciones serán reagrupadas en el mismo conjunto que las unidades operacionales de hospitalización quirúrgica.

En esta misma óptica el interés de una unidad central para asegurar un servicio al conjunto de los equipos de base debe ser puesto en cuestión. Por ej. hay interés a tener un laboratorio central cuyo equipo no podrá coordinarse con el conjunto de los equipos de base que al nivel más elevado, por lo tanto el más alejado o mejor varios laboratorios más pequeños cuyos equipos se integrarán más fácilmente a los equipos operacionales a un nivel

intermedio, o aún un compromiso entre los dos enfoques bajo la forma de varios laboratorios pequeños respondiendo a necesidades de equipos de base diferentes, y un laboratorio central para los exámenes más generales o técnicamente más elaborados.

4 CONCLUSIONES:

Cuando el hospital tiene objetivos definidos en el marco de una política de salud, el equipo hospitalario puede constituirse como un conjunto de personas que asegura la plena responsabilidad de su trabajo, en función del objetivo global del hospital.

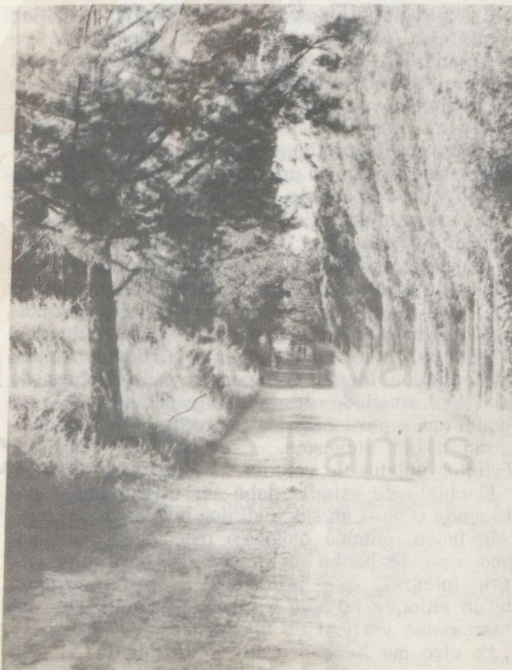
Esta es la solución que nosotros proponemos para un hospital más humano, más eficiente y que dé una mayor satisfacción a todos aquellos que trabajan en él.

Nosotros lo presentamos como una alternativa al hospital "cartelizado" entre grupos políticos y profesionales que defienden cada uno valores, responsabilidades, intereses particulares que, por legítimos que puedan ser no representa menos factores de ineficacia y de frustración para todos.

AUTOR:
HUGO FERNANDEZ

TITULO:

"Otoño en las chacras"



Elementos de psicosemiología

La lectura de un sintoma o descifrar un signo implícitamente nos ubica en portadores de un particular método para su interpretación. Es decir que como observadores científicos no estamos desprovistos de conceptualizaciones previas. Estas conceptualizaciones a veces pueden llegar a teñir el diagnóstico o análisis referido. Es precisamente en este punto donde inicio el análisis: Desde donde diagnóstico?

La tradición científica nos ha enseñado que para la descripción de un fenómeno "lo perceptivamente evidente" juega a veces un efecto distorsionante en el análisis de una realidad o de un diagnóstico, vg. "durante muchos siglos la humanidad —y concomitantemente— el correlato del pensamiento científico, ubicaba a la tierra como el centro del universo... porque percibían que el sol giraba alrededor de ella.

Lo aparente y lo real, continua dicotomía donde pendula nuestra aproximación de conocimiento para orientar un diagnóstico. Nuestra postura debe ser revisada. Más aún cuando esa distorsión no solo está avalada por supuestas prácticas que disciernen en vez de integrar, sino por la resistencia que genera en el paciente y en el terapeuta tratar un síntoma como una resultante integral de su personalidad que compromete algo más que su cuerpo: sus sentimientos, sus vínculos, etc.

El sintoma aparece entonces como la parte visible de un iceberg, donde el paciente solo "muestra": aquellos que le produce dolor, obviando —tal vez sin darse cuenta— el origen de ese dolor o sintoma a modo de refugio en la enfermedad para ocultarse un conflicto. Esta dinámica de por sí muy costosa en cuanto a despliegues de mecanismos inconcientes, revela que a pesar de todo es lo "único" que su estructura permite emerger. Desde aquí será fácil deducir que nuestro cuerpo y nuestras conductas están cargadas de significados.

Estamos en un momento muy particular de implementación técnica en cuanto a la lectura de una "enfermedad" desde una especialidad o enfoque, como para caer en la trampa del reduccionismo o del atomismo... creyendo que tratamos distintos objetos de estudio.

El objeto de estudio debe ser el Hombre —padeciendo o no— en sus distintos niveles de integración: físico, químico, biológico, psicológico y sociológico, que de hecho dejan espacio para una lectura integral, que promueve la profundización de un enfoque no solo a nivel horizontal, sino un intercambio vertical de niveles.

Lo otro me hace acordar a un cuento de José

Martí de su libro "La Edad de Oro" en el que cuatro hindúes ciegos de nacimiento querían saber como era un elefante y fueron al jardín del Príncipe quien generoso los escucha: venimos se-Rajah a que nos deje ver con nuestras manos, que son los ojos de los pobres ciegos, como es de figura un elefante manso. —Los ciegos son santos dijo el Rajah; los hombres deben aprenderlo todo por sí mismos, y no creer sin preguntar, ni hablar sin entender, ni pensar como esclavos lo que les mandan pensar otros.

El secretario del Rajah los llevó donde el elefante manso estaba y cuando éste dijo ahora —arremetieron los ciegos—. Uno se le abraza por una pata; el otro se le prendió a la trompa, y subía en el aire y bajaba sin quererla soltar; el otro le sujetaba la cola; otro tenía agarrada un asa de la fuente de arroz. "Ya sé, decía el de la pata, el elefante es alto y redondo, como una torre que se mueve"! No es verdad decía el de la trompa, el elefante es largo y acaba en pico, como un embudo de carne. "Falso y muy falso —decía el de la cola— el elefante es como un badajo de campana". "Todos se equivocan, todos el elefante es de figura de anillo y no se mueve —decía el del asa de la fuente—.

La facilidad de refugiarnos en diagnósticos que no toman en cuenta el conjunto desde donde el fenómeno se desarrolla, corre el riesgo de mantener esta absurda metáfora, que a veces, pasando por "el prestigio" de un diagnóstico, cumple otra función: recortar, como sinónimo de ocultar. Precisamente un diagnóstico que se precie de tal, debe ser todo lo contrario.

Por lo tanto es pertinente ubicar a lo psicosemiológico en la concomitancia y riqueza de matices que tiene un síntoma o un signo, con toda la connotación que adquiere desde sus distintos niveles de análisis.

Entenderlo así, será una forma de no recitar canones multi o interdisciplinarios, sino ejercer la capacidad de integrar y aprender, en una práctica, que, de hecho enriquece al que la ejecuta y al que la recibe.

ALGUNOS APORTES PARA LA EVALUACION PSICOLOGICA DEL ALCOHOLICO

La evaluación al alcohólico debe considerar "en primera instancia" el grado o nivel de compromiso que permite una respuesta consumatoria. Esto es aquello que nos define un punto de apoyo para lograr un cambio. Y no detenerse en preci-

siones muy finas, que si bien son las que modelan "el estilo" o la "relación de uso" respecto del alcohol, debemos tener presentes el grado y compromiso en cuanto a su nivel de dependencia. Este abordaje distingue dos niveles de acción: **por un lado**, tomar conciencia —nosotros— que estamos en presencia de una persona adicta, la que se ha acostumbrado a organizar sus experiencias, sus emociones como también su demanda afectiva desde el consumo de alcohol. Esta propuesta de hecho nos incluye en una terapéutica **contínente**. Es decir "contener" todo aquello que el paciente nos traiga como preocupante para él; es obvio que este tipo de modelo de relación terapéutica fomenta la dependencia, pero la diferencia es que esta vez, utiliza el mismo patrón de conducta que lo ligaba al alcohol —es muy difícil exigirle otro— para involucrarse en una propuesta de moderación o obstinencia hacia el alcohol. Cambio éste que lo involucra en el proceso de desintoxicación).

Por otro lado tener en cuenta que ese déficit orgánico fácilmente visualizable es simultáneo al deterioro cognoscitivo, y por ende a la capacidad de cambio de sus conductas patológicas. Actualmente se reconoce que el daño cerebral es posiblemente el primer déficit orgánico asociado con el alcoholismo. Por lo tanto el nivel de deterioro (perceptivo, de conciencia, historia de consumo, etc.) nos permita seleccionar distintas estrategias terapéuticas. Ya que, aquellos que los caracteriza un deterioro severo, tienen incapacidad para: abstraer, responder a códigos simbólicos (que son los que ejecuta —a través de las indicaciones terapéuticas— habitualmente el médico), como asimismo aprender nociones nuevas.

Es de remarcar que este tipo de obstáculos no impide nuestra aproximación al paciente si consideramos el "nivel de posibilidad" o "recursos disponibles" del paciente para lograr un cambio de conducta. Es más, cuando los niveles de deterioro cognoscitivo, o sea el déficit e incapacidad de comprensión, elaboración y síntesis, aumentan, lo importante no son nuestros "pedidos" u "ofrecimientos" verbales (simbólicos), sino nuestra **actitud y dedicación**. A modo de ejemplo un bebé de pocos meses no decodifica la comunicación verbal a partir de los significados de las palabras, sino que tamiza esa comunicación con el nivel afectivo implícito, sea positivo o negativo y posteriormente lo involucra en significado. Utilicemos este ejemplo extremo para delimitar claramente nuestra actitud, sin exigir más de lo que puede recibir.

En otras palabras, cuando vemos un paciente de facie abotagada desgarrado en sus expresiones, aliento etílico, etc. (y concomitante intento por disimular) y nos dice:— que no pudo dormir, que tuvo sobresaltos, pesadillas o cualquier equivalente sintomático de abstinencia o ingesta aguda. Este relato sumado a la descripción visual que fuimos obteniendo (de lejos —a veces—), nos precipita en un "diagnóstico" muy claro: ¡estuvo

chupando vino..! y es allí cuando le decimos: No se da cuenta lo mal que está? Y encima sigue chupando? (probablemente con bronca) o cualquier frase similar.

Este mensaje tiene otro significado del que creimos haber emitido. **Realmente no se da cuenta, Por muchas razones**, pero lo interesante será detenernos y analizar este hipotético encuentro. En primer lugar el paciente viene a pedirnos ayuda y recibe un pedido: "que se dé cuenta y que deje de tomar". Exigencia imposible, ya que su consumo no responde a una demanda caprichosa (como suele parecer) sino a una dependencia patológica. Esta situación automáticamente nos descubre frente al paciente, donde le manifestamos lo poco que lo conocemos y por ende muy poco nos puede "confiar". De aquí en más, el pronóstico, en cuanto a evolución de esa "relación terapéutica" no puede ser positivo.

Cuando un paciente alcohólico se nos acerca, o busca la consulta indirectamente y nos trae cualquier síntoma y percibimos su probable etiología ética nuestra propuesta **No Debe Ser a Traves del Reproche**. Sino en la comprensión que genera una postura receptiva. Esta característica de abordaje, considera precisamente las pautas de organización de personalidad del alcohólico en cuanto a posiciones regresivas, narcisistas y dependientes, que sí y solo si pensaremos en modificar —si es posible— cuando su funcionamiento psicofísico integral lo permita, en la medida de la desintoxicación lograda.

Sabemos que el deterioro que —a veces— promueve el abuso de alcohol es irreversible, mucho podemos hacer cuando atribuimos adecuado significado a determinados síntomas de alcoholismo incipiente dado en el nivel de trastornos de conductas (irritabilidad, labilidad afectiva, inconvenientes en la estabilidad familiar, incremento de ansiedad, etc.

Evidentemente el "uso del alcohol" en su proceso de incremento adictivo (psíquico y/o físico) va acompañado del "beneficio" que el individuo cree lograr cuando bebe. Esta combinación de beneficio e ingesta son los fundamentos de inicio en todo proceso de dependencia. En un primer momento podríamos decir que el sujeto cree que controla el "beneficio" y su "uso", pero de hecho, al tratar de modificar una situación interna (depresión, angustia, etc.) o externa (presión familiar, adversidad, etc.) va estereotipando su repertorio de conductas, poniendo en evidencia el "tipo de uso" que el paciente le adjudica en ese momento.

BIBLIOGRAFIA

S. Freud. O.C. Ed Santiago Rueda. Bs.As.
 Cambio. P. Watzlawick. John Weakland. Richard Fisch. Biblioteca de Psicología, Ed. Erder.
 la edad de Oro. José Martí. Ed. Huemul.
 Técnicas de evaluación en alcoholismo. Martha Sánchez Craig. John Wilkinson. Ficha "Curso Alcohólico". Córdoba.

Neuquén, abril 1982

INTOXICACIONES CON HIDROCARBUROS

Preparado por el Dr. Daniel Allende (Médico Pediatra del Hospital Regional Neuquén) para el curso Trienal de Pediatría organizado por la filial Alto Valle de la Sociedad Argentina de Pediatría.

En las intoxicaciones por productos derivados del petróleo es difícil hacer afirmaciones categóricas acerca del potencial tóxico, porque hay 2 posibles efectos que no tienen relación: el efecto tóxico general y el peligro de aspiración; éste último depende principalmente de la viscosidad y de la tensión superficial del compuesto, pero los efectos generales guardan relación con otras propiedades químicas. Por ejemplo: una sustancia que posee toxicidad general benigna o moderada puede ser muy peligrosa si se aspira a los pulmones, incluso en pequeña cantidad; y a la inversa, un preparado como el éter de petróleo o bencina puede poseer efecto tóxico general notable y no entrañar peligro importante de aspiración. El asunto se complica porque en muchas fórmulas un material que entrañaría peligro importante de aspiración quizá carezca del mismo si la viscosidad se ha aumentado por diversos métodos. Entre los materiales que tienen peligro de aspiración, intrapulmonar, la aspiración de pequeñas cantidades está casi asegurada por la baja tensión superficial de la sustancia. En consecuencia, la ingestión de productos como kerosene y aceite mineral de foca casi siempre provoca algo de neumonitis química, por benigna que sea.

La gasolina, nafta, el kerosene y el aceite mineral pueden tener efectos generales y pulmonares; éstos últimos son especialmente notables en el aceite mineral de foca, componente de muchos barnices para muebles. El aceite combustible o diesel puede producir efecto general o pulmonar pequeño. Los aceites minerales y lubricantes son demasiado viscosos para causar la neumonía característica grave por hidrocarburos o "química", pero pueden producir neumonía lipóide poco intensa si se aspiran en gran volumen.

La neumonía producida por alguno de estos agentes puede ser fulminante y plantea un problema terapéutico difícil. La neumonía aspirativa está ya a los 30 minutos, pero es radiológica a veces a las 12 horas. Estos compuestos pueden alterar la síntesis de surfactante, y dar un cuadro semejante al Síndrome de Dificultad Respiratoria del Niño; además disminuyen el clearance bacteriano pulmonar, y muy frecuentemente se sobreinfectan con estafilococos o estreptococos, con gran compromiso intersticial. Radiológicamente puede observarse: punteado fino, condensaciones, neumonitis basal, neumatoceles (a veces causantes de neumotórax), atelectasias y enfisema, y derrames pleurales. Generalmente se tratan con humidificación, oxigenación si es necesaria y cefalosporinas. El uso de corticoides está en discusión.

El efecto tóxico general suele manifestarse por un estado semejante al de la intoxicación alcohólica, acompañado de intranquilidad, incoordinación, confusión, coma (a veces convulsivo), shock y muerte por insuficiencia respiratoria ó fibrilación ventricular. Se han visto casos de miocardiopatía, y de insuficiencia renal aguda hematórica. También puede observarse hemólisis intravascular, con una

reducción del valor de la Hb sanguínea; por ejemplo, el vapor del gasolina es un solvente de lípidos capaz de remover rápidamente la membrana lipídica del glóbulo rojo. Habría una alteración del tamaño y de la fragilidad osmótica del hematíe, como para inducir hemólisis intravascular con una breve exposición del hidrocarburo con los GRs, por absorción desde el pulmón o del tracto gastrointestinal. También se puede encontrar hemoglobinuria. Con respecto a la absorción del kerosene, por ejemplo, se ha demostrado que la captación y absorción del tolueno es muy superior a la del hexadecano, siendo la más volátil de las fracciones del kerosene; cuanto más contenido de tolueno y fracciones simil-tolueno tenga el derivado del petróleo, mayores serán los efectos tóxicos generales. La metahemoglobinemia es otra de las manifestaciones de estos efectos.

Estudios en animales indican que la causa más probable de los síntomas del SNC es la hipoxia por las alteraciones pulmonares, que el daño directo.

También puede verse irritabilidad gastrointestinal con diarrea sanguinolienta, irritabilidad miocárdica (dilatación, flutter auricular y fibrilación ventricular), y destrucción parenquimatosa hepática y renal con insuficiencia de dichos órganos. Ocasionalmente se ha visto supresión de la médula ósea.

Recordar que los efectos a nivel del SNC generalmente son producidos por la absorción de los hidrocarburos en los pulmones, si no hubo una ingesta masiva.

Pero la neumonitis es el síntoma más común, y ocurre en 25 a 40% de los pacientes. La sensación inicial es de quemadura en boca y faringe, seguido por náuseas, sofocación y tos; si ésta última es continua y seca indica severo compromiso y es seguida generalmente en 30 minutos por taquipnea, cianosis, retracción intercostal y quejido. Puede sobrevenir insuficiencia respiratoria. El compromiso pulmonar progresa usualmente en 24 hs., hace una estabilización, y disminuye en 2 a 5 días, aunque las anomalías radiológicas (principalmente el cuadro de edema pulmonar) persisten comúnmente luego que han cesado los síntomas clínicos. En general, hay una pobre correlación entre la clínica y la radiología. El EAB revela hipoxemia precóz usualmente acompañada de hipocarbía, sugiriendo alteraciones en la relación V/Q. La autopsia revela hiperemia, edema pulmonar hemorrágico, inflamación intersticial y bronconeumonía necrotizante.

Las lesiones pulmonares son más claramente causadas por inhalación del hidrocarburo que por la absorción gastrointestinal con excreción a través de los pulmones. El rápido comienzo de los síntomas sugiere inhalación. Se ha demostrado en animales ningún daño pulmonar, con instilación gástrica de dosis subletales de hidrocarburos, si los vómitos y la inhalación se evitaban con ligadura esofágica.

El riesgo de lesiones pulmonares por inhala-

ción aumenta cuanto más baja es la tensión superficial, pues produce un rápido desplazamiento del Hidrocarburo (HC) sobre la superficie de contacto; cuanto más baja es la viscosidad, incrementándose la penetración del fluido en las vías aéreas distales; y cuanto mayor sea la volatilidad del compuesto causando directa introducción del HC en los pulmones.

El efecto inicial de los HC es probablemente una alteración de la tensión superficial alveolar (por disminución del surfactante), que ocasiona una inestabilidad alveolar y de la vía aérea distal y desequilibrio de la relación V/Q. Más tarde, la absorción del HC liposoluble contribuye a la destrucción parenquimatosa.

La presencia de aditivos como naftaleno, metales pesados, nitrobenzeno o tricloroetano aumentan marcadamente la toxicidad del HC

12-15 ml/Kg (con una mayor chance de toxicidad sistémica) En esos contados casos la emesis se inducirá con jarabe de ipecacuana en un niño en un niño despierto, con supervisión médica; pero en un paciente comatoso o con inestabilidad de otros sistemas orgánicos, se protegerá la vía aérea con un tubo endotraqueal con manguito de insuflación, y luego se hará un lavado gástrico por SNG con solución fisiológica. Una vez efectuado éste, pueden instilarse por la SNG 30-60 ml de aceite de oliva para disminuir la absorción posterior del HC remanente, ó carbón activado.

2. El uso de carbón activado o aceite de oliva por vía oral puede causar vómitos espontáneos, por lo que debe hacerse con cuidado o evitarse.

b. Medidas de sostén

1. Se recomienda O2 humidificado, broncodilatadores si hay broncoespasmo y ATB si hay sobrein-

Estimación del grado de aspiración y de la toxicidad general

Producto	Fuente(s)	Toxicidad general	Toxicidad por aspiración
Eter de petróleo o bencina	Disolventes industriales o de caucho	+++	—
Gasolina	Combustible	+++	++
Nafta	Solvente, líquido de encendedores, líquido para limpiar en seco, thinner	+++	+++
Kerosene	Combustible, líquido de carbón de hulla para encendedores, thinner, disolvente de pesticidas.	++	++
Aceite mineral de foca	Pulimento para muebles.	+++	++++
Aceite combustible o diesel	Combustible, aceite para calentamiento.	+	+
Aceite mineral	Aceite para motores, aceite para herramientas de corte, líquido de transmisión.	—	—
Aceite lubricante		+	+

Tratamiento

a. Medidas específicas

Hay considerable controversia sobre la necesidad de vaciar el estómago después de la ingesta de un HC, porque los vómitos predisponen a la inhalación del contenido en el estómago. Frecuentemente (en 35% de los pacientes) ocurren vómitos en el momento de la ingestión.

1. La emesis no se induce en la intoxicación por HC, pues el peligro de aspiración e inhalación es mayor que el riesgo de absorción gastrointestinal. Es innecesaria en derivados del petróleo de alta viscosidad (asfalto, aceite para herramientas de corte, aceite diesel, cola, grasa, aceite lubricante, aceite mineral, pulimento para muebles cemento para goma, aceite de motores, alquitrán, aceite de transmisión y cera de parafina). La emesis está contraindicada si el paciente está comatoso o convulsionando, está sin reflejo nauseoso, con disrritmias o insuficiencia respiratoria o ha ingerido un HC con un aditivo corrosivo. Podría estar indicada si el HC contiene un peligroso aditivo (como un metal pesado, o con compuestos organofosforados) o si el volumen ingerido excede los

fección bacteriana (aunque otros recomiendan darlos profilácticamente ante el menor signo radiológico de neumonitis química).

2. Actualmente no se insiste en el uso de corticoides para el tratamiento de la neumonía por HC, pues no se ha demostrado su eficacia.

3. Los infiltrados pulmonares pueden tardar 1-2 semanas en resolverse completamente; las ceras y pulimentos pueden tardar aún más.

4. El manejo del compromiso del SNC, hígado y riñones es de sostén.

5. Deben evitarse las drogas simpático mímicas por la irritabilidad miocárdica.

6. Los HC que causan mayor depresión respiratoria son el benzol (thinner), tolueno (removedor de pintura), solventes, espíritu de petróleo, thinner de barniz; los que causan mayor patología pulmonar son el pulimento para muebles, líquido de encendedores, líquido para limpieza a seco, solventes y nafta. La gasolina produce tanto compromiso pulmonar como depresión del SNC, y el kerosene produce menor depresión del SNC, y el kerosene produce menor depresión del SNC que patología respiratoria (siendo ambas acciones por supuesto menores que la nafta o gasolina o thinner).

ENFERMEDADES MICROBIANAS, VIRALES Y PARASITARIAS:

- sarampión, varicela, rubeola y fiebre urliana
- escabiosis y pediculosis

- herpes y otros virus
- coqueluche
- escarlatina

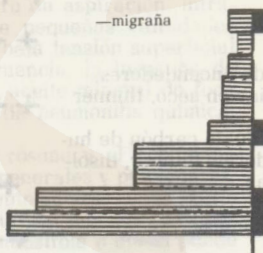
- tétanos
- fiebre granular
- actinomicosis
- poliomielitis
- gonorreas, brucelosis y salmonelosis
- meningitis
- tuberculosis linfática y genito-urinario
- tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa
- sífilis (todo tipo)
- tuberculosis pulmonar



ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- migraña

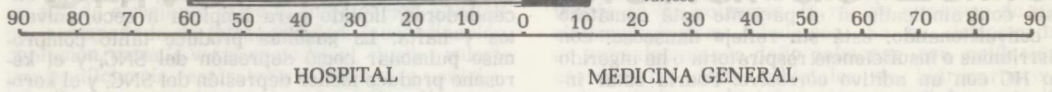
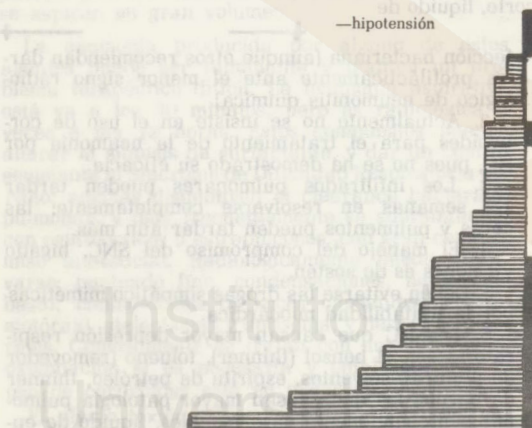
- parálisis agitante
- encefalitis
- polineuritis
- esclerosis diseminada y enfermedades neuro-motrices
- tabes
- accidentes cerebrales vasculares
- epilepsia y convulsiones



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

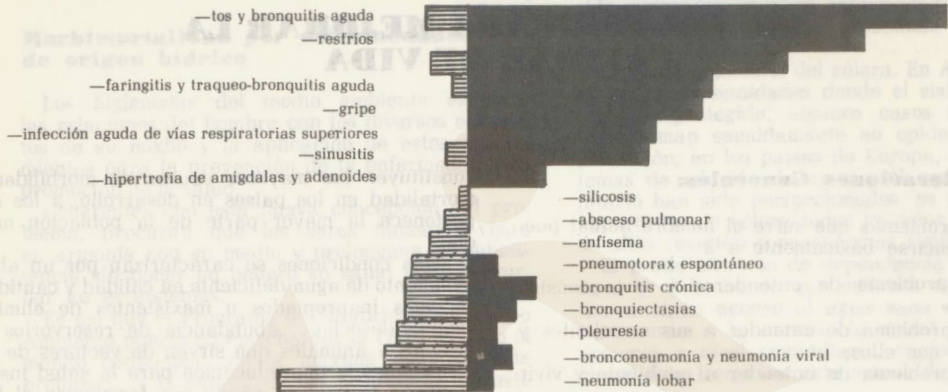
- hipertensión

- aneurisma disecante
- arteriosclerosis
- pericarditis
- hipertensión maligna
- endocarditis bacteriana subaguda
- enfermedad de Raynaud-Buérger y trofollebitis migrante
- lupus erimatoso-periarteritis nodosa
- claudicación intermitente
- embolia pulmonar y otras
- enfermedad coronaria
- hipertensión benigna
- “piles”
- arritmia cardíaca
- insuficiencia cardíaca
- R.A. de chores
- afección valvular reumática
- várices

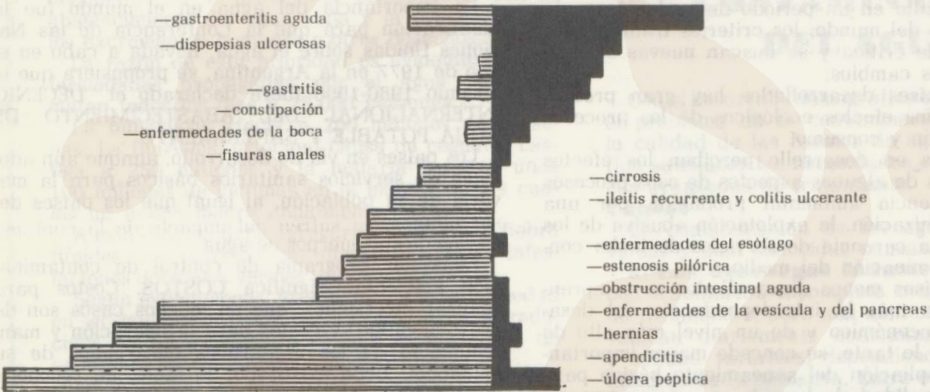


(Cuadro reproducido de la carta Información de medicina, forman médicos generalistas? Par L. Dumont, febrero 1977).

AFECCIONES RESPIRATORIAS



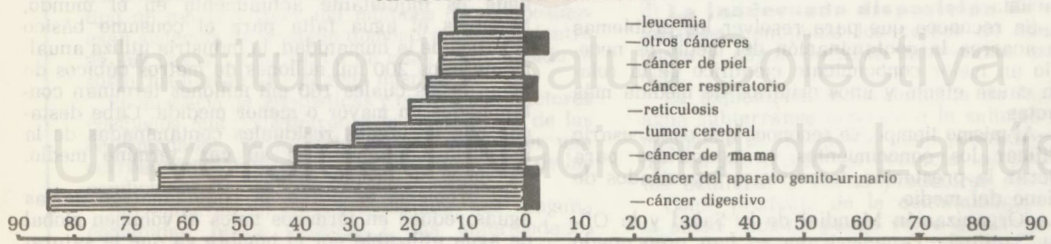
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO



ENFERMEDADES MENTALES



AFECCIONES CANCEROSAS



HOSPITAL

MEDICINA GENERAL

EL SANEAMIENTO BASICO: UN FACTOR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

Consideraciones Generales:

Los problemas que sufre el hombre actual pueden reducirse básicamente a 3:

—El problema de entenderse y vivir consigo mismo;

—El problema de entender a sus semejantes y convivir con ellos;

—El problema de entender al ambiente y vivir con este.

El último de estos problemas básicos del hombre actual, se halla en un periodo de evolución en la mayor parte del mundo; los criterios tradicionales son objeto de crítica y se buscan nuevas soluciones a ciertos cambios:

En los países desarrollados hay gran preocupación por los efectos ecológicos de los procesos de producción y consumo.

Los países en desarrollo perciben los efectos perjudiciales de algunos aspectos de esos procesos y la decadencia ambiental producida por una rápida urbanización, la explotación abusiva de los recursos y la carencia de servicios de lucha contra la contaminación del medio.

En los países menos desarrollados se comprende cada vez más la interdependencia del desarrollo socio-económico y de un nivel más alto de salud y, por lo tanto, se concede mayor importancia a la ampliación del saneamiento básico para mejorar la calidad de la vida.

—Se confía cada vez más en que la prevención de la enfermedad mediante la higiene del medio puede contribuir a reducir los costos de la asistencia médica en rápido aumento.

—Se adquieren nuevos conocimientos, aunque incompletos, sobre las relaciones entre los factores sociales y físicos del medio y la falta de salud del hombre, y existe conciencia más clara de la gran variedad de problemas planteados y de la multiplicidad de disciplinas que pueden contribuir a su solución.

—Se reconoce que para resolver los problemas que acarrea la contaminación del medio es necesario un mejor conocimiento científico de la relación causa efecto y unos criterios de medida más exactas.

—Al mismo tiempo, se reconoce que es necesario codificar los conocimientos ya adquiridos para mejorar la prestación de servicios organizados de higiene del medio.

La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana se han preocupado activamente de los factores ambientales y sus efectos sobre la salud humana. Esta preocupación se basa en gran parte en el simple hecho de que las malas condiciones sanitarias, junto con las enfermedades transmisibles que las acompañan,

constituyen las mayores causas de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo, a los que pertenece la mayor parte de la población mundial.

Estas condiciones se caracterizan por un abastecimiento de agua deficiente en calidad y cantidad, sistemas inapropiados o inexistentes de eliminación de desechos, abundancia de reservorios de insectos y animales que sirven de vectores de enfermedades, y una educación para la salud insuficiente, a lo cual se añade con frecuencia el factor mal nutrición que debilita a la población.

La importancia del agua en el mundo fue la justificación para que la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el agua, llevada a cabo en el año de 1977 en la Argentina, se propusiera que el decenio 1980-1990 fuera declarado el "DECENIO INTERNACIONAL DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO".

Los países en vía de desarrollo, aunque aún adolecen de servicios sanitarios básicos para la mayoría de su población, al igual que los países desarrollados, ya sufren del impacto de la contaminación de sus cuerpos de agua.

Cualquier programa de control de contaminación ambiental, significa COSTOS. Costos para realizar inversiones, que en muchos casos son de gran magnitud, y costos para la operación y mantenimiento de los organismos encargados de su vigilancia. Debe existir por lo tanto, un reconocimiento claro en esta materia por parte de las Instituciones que orientan el gasto del país, tanto a nivel Nacional como Regional y Local.

EL AGUA

Administración humana y contaminación del medio

La irracionalidad en la utilización humana del agua es inquietante actualmente en el mundo. Mientras el agua falta para el consumo básico del 70% de la humanidad, la industria utiliza anualmente unos 200 mil millones de metros cúbicos de agua de los cuales 160 mil millones terminan contaminados en mayor o menor medida. Cabe destacar que las aguas residuales contaminadas de la industria contaminan a su vez, término medio, 25 veces su propio volumen.

El problema es grave, la contaminación de las aguas reduce en términos netos al volumen global de agua utilizable por el hombre ya que la saturación de la misma por elementos contaminantes anula prácticamente la capacidad de la naturaleza para purificarse y regenerarse a sí misma.

Las actividades de la sociedad humana han derivado en interferencias que afectan gravemen-

te a todos los procesos de funcionamiento y organización de los ecosistemas.

Morbimortalidad por enfermedades de origen hídrico

Los higienistas del medio ambiente estudian las relaciones del hombre con los diversos elementos de su medio y la aplicación de estos conocimientos para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Coherentes con esta nueva concepción del problema, procuran que los seres humanos vivan en armonía con su medio y prolonguen su subsistencia sin poner en peligro su salud y sin perturbar los ecosistemas.

Es así que el Programa de Salubridad del Medio Ambiente puesto en marcha por la OMS en todo el mundo contempla con la máxima amplitud este problema. A la cabeza de las prioridades de este programa figuran las medidas esenciales del saneamiento, cuyos principales componentes son el abastecimiento del agua sana y la evacuación de los excrementos humanos y otros desechos.

La razón de esta prioridad es evidente: las enfermedades propagadas por el agua insalubre matan todos los días a 25.000 personas.

La bilhaziasis afecta a 200 millones de personas. La filariasis, principal causa de ceguera, castiga a 250 millones y la malaria registra unos 100 millones de víctimas en el mundo, de las cuales un millón muere anualmente.

A esta crónica debe agregarse el cólera, la fiebre tifoidea, las diarreas, las disenterías, y las infecciones debidas a vermes intestinales.

Según estimaciones, los efectos de la enfermedad en el mundo podrían ser inmediatamente reducidos en un 80% si fuera posible abastecer de agua sana al conjunto de las poblaciones.

La situación es alarmante puesto que más de 1,2 mil millones de habitantes de los países de desarrollo no dispone de agua sana, y más de 1,4 miles de millones están privados de todo equipamiento sanitario.

Se trata de los habitantes de las regiones donde se registran las tasas más elevadas de morbilidad y morbimortalidad imputables a las enfermedades transmisibles.

El 90% de las muertes infantiles se originan por aguas insalubres. El 90% de la población rural del llamado Tercer Mundo utiliza habitualmente ese tipo de aguas y unos mil millones de campesinos usan sistemas de desagüe doméstico situado dentro de sus casas o muy cerca de ellas contaminado el suelo, los alimentos y el agua misma.

En ausencia de estadísticas y en razón de factores complejos que contribuyen a la prevalencia de las enfermedades, no ha sido posible establecer una correlación matemática entre la mediocridad de las condiciones de higiene y la enfermedad.

Sin embargo no es difícil deducir que ninguna comunidad puede escapar a las enfermedades intestinales si el agua que ella consume, contaminada por los desechos de la actividad humana, conduce constantemente organismos patógenos que recorren el ciclo hombre-materia fecal-agua y/o alimentos-hombre.

Por el contrario en las colectividades donde el abastecimiento de agua y el sistema sanitario han sido mejorados, muchas enfermedades intestinales han dejado de plantear problemas de salud pública.

El caso típico es el del cólera. En Asia o en África en las comunidades donde el sistema de agua no está protegido, algunos casos de cólera se transforman seguidamente en epidemia. En compensación, en los países de Europa, donde los sistemas de aducción de agua y el equipamiento sanitario han sido perfeccionados, se señalan casos importados de cólera todos los años, pero sin que de ellos resulten consecuencias similares.

El grado extremo de dependencia de la vida al agua y el hecho de que millones de personas no tienen algún acceso al agua sana estimula constantemente a la conciencia social para realizar acciones a nivel comunitario, nacional e internacional para remediar este estado de cosas.

CONTAMINACION DEL AGUA

Con el desarrollo demográfico e industrial aparece el problema de la contaminación, que disminuye la calidad de las fuentes de agua y hace más difícil satisfacer las necesidades sin recurrir a técnicas avanzadas de tratamiento.

Causas

La contaminación de las aguas obedece a diversas y bien conocidas causas, tales como:

a) **Las descargas industriales** sin tratar o con tratamiento incompleto o tal vez con plantas de tratamiento, pero mal mantenidas y manejadas, vuelcan diariamente contaminantes en cantidad y calidad variables, dependiendo del tipo y magnitud de cada industria. Entre estos contaminantes figuran: detergentes, metales pesados, grasas, jabones, fenoles, colorantes, ácido, sulfuros, curtiembres, etc.

b) **Las descargas cloacales** en condiciones similares a las industrias vuelcan distintos tipos de contaminantes orgánicos, inorgánicos y aún microorganismos patógenos.

c) **La actividad agropecuaria** agrega su cuota de contaminación por intermedio de desechos animales, sales inorgánicas y minerales, plaguicidas, herbicidas, etc.

d) **La inadecuada disposición de residuos sólidos** contamina los cursos de agua superficiales y capas de agua subterránea por infiltración.

La explotación indiscriminada de las capas de agua subterránea conduce a la salinización de las mismas a la vez que la mala práctica constructiva de los pozos pone en contacto los diversos mantos acuíferos y puede producirse contaminación.

Como producto de la contaminación del agua, la salud humana puede verse afectada por la acción de agentes biológicos o derivados de contaminantes químicos y radioactivos originados en general por descargas industriales.

Dicha acción se produce mediante la utilización del agua como bebida, a través de los alimentos,

por contacto con el agua en actividades recreativas o de cualquier índole; o en forma indirecta, por sectores que se desarrollan en medios acuáticos.

—Las bacterias patógenas presentes en el agua de bebida o en los alimentos son la causa de enfermedades tales como: fiebre tifoidea y paratifoideas, gastroenteritis, diarrea infantil, cólera, etc.

—Los virus en aguas contaminadas pueden causar enfermedades como la hepatitis infecciosa y la poliomiélitis. Actualmente existe gran preocupación de los organismos de salud por el estudio de los virus presentes en el agua, ya que sus posibilidades de vida en un medio húmedo son considerables.

—Las parasitosis tales como la Entamoeba Histolítica actúan provocando la sintomatología propia de esa amebiasis intestinal. En este caso particular la acción de filtros o la desinfección por cloración en dosis habituales no tiene mayor efecto. La esquistosomiasis es otra enfermedad típica producida por parásitos que puede hacer eclosión especialmente en medios en que prolifera el molusco que tiene como huésped intermediario. Otras importantes enfermedades provocadas por contacto con el agua contaminada son: la anquilostomiasis y la leptospirosis.

Los vectores cuyo habitat natural está relacionado con el agua provocan enfermedades tales como la malaria, la fiebre amarilla y la filariasis.

En lo que hace a contaminantes químicos su acción depende de la concentración en que se encuentren. Algunas sustancias químicas provocan acidez, alcalinidad, dureza, calor, sabor, etc. que intervienen en lo que hace a la aceptabilidad del agua para bebida.

Se puede mencionar:

—**Nitratos:** que en concentraciones elevadas puede causar metahemoglobinemia infantil.

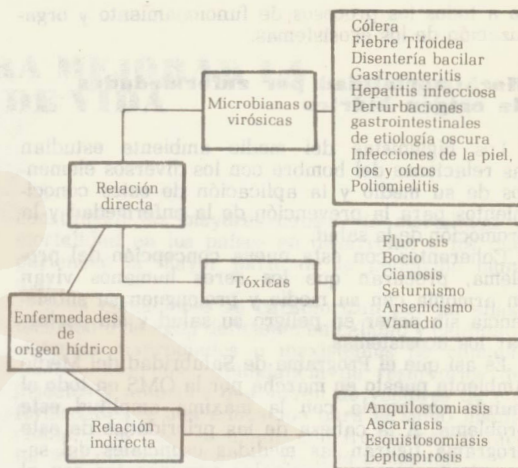
—**Fluoruros:** cuya necesaria presencia en concentraciones adecuadas tiende a prevenir las caries dentales pero en concentraciones elevadas puede provocar fluorosis endémica.

—**Mercurio, plomo y metales tóxicos:** que producen diversos tipos de intoxicación.

—**Arsénico, hidrocarburos, detergentes y otros:** cuya lista sería largo enumerar y que tienen su relevancia en aspectos de salud.

—**Compuestos organoclorados:** como resultado de su empleo como plaguicidas en operaciones agropecuarias o aún por desechos industriales durante su fabricación.

Aunque existen normas, internacionales y nacionales que aportan criterios de calidad para el agua de bebida fijando parámetros de calidad de contaminantes biológicos, contaminantes radioactivos, sustancias físicas, sustancias químicas específicas que pueden afectar la salud y/o las características de aceptabilidad del agua de bebida, cabe consignar que tales normas deben ser sometidas periódicamente a revisión a medida que se avanza en el conocimiento del efecto de los agentes antes mencionados sobre la salud.



EL AGUA POTABLE

Concepto de agua potable

El agua químicamente pura no se encuentra en la naturaleza. La expresión agua pura se usa como sinónimo de agua potable para indicar que un agua tiene cualidad satisfactoria para uso doméstico.

Decimos que una agua está contaminada, cuando se detecta la presencia de organismos potencialmente patógenos o contiene sustancias tóxicas que la tornan peligrosa y por lo tanto impropia para el consumo humano o uso doméstico. Al término polución se le da otra acepción; se dice que el agua se halla poluída cuando contiene sustancias tales que su calidad es alterada de modo que perjudica su utilización o la torna ofensiva a los sentidos de la vista, gusto y olfato, es decir, cuando presenta sustancias que la hacen indeseable o impropia para el consumo.

Claro está que la contaminación puede acompañar a la polución. Las sustancias que por sus caracteres propios, o por los elevados tenores, causan la polución del agua, son llamadas "impurezas del agua".

El concepto de "impurezas" en un agua, tiene un significado muy relativo ya que depende enteramente de las características propias de la sustancia poluidora (naturaleza y cantidad), y del uso específica para el cual se destina el agua.

Así las impurezas tienen pequeña importancia en las aguas de lavado y limpieza de las calles, puede tener influencia en ciertos usos industriales y son fundamentales en el uso del agua como bebida.

Para poder ser utilizada como bebida el agua debe ser:

- 1) Potable;
- 2) Agradable a los sentidos de la vista, gusto y olfato o sea debe ser límpida e incolora, de gusto agradable y olor inobjetable; no es que el agua con color o con materias en suspensión, o de gusto desagradable, pueda perjudicar la salud de quien la utilice; se trata de que el consumidor, ante los caracteres físicos desagradables, pueda considerar-

lo algo repugnante, rechazándola, y recurra entonces a una fuente clandestina de agua, cuya pureza o condiciones microbiológicas no se conocen o son precisamente sospechosas o malas, con los posibles para la salud.

Un agua se considera potable, cuando:

a) No está contaminada y, en consecuencia, es incapaz de infectar a un consumidor con cualquier enfermedad transmitida por el agua, vale decir, debe estar libre de gérmenes patógenos.

b) Carece de sustancias tóxicas en proporciones que superen los límites que fijan las normas sanitarias.

c) No contiene cantidades excesivas de materias orgánicas o minerales.

En la práctica cuando el agua cumple las condiciones indicadas en 1) y 2) se dice que es potable. Hay fuentes que así lo proveen naturalmente y otras que sólo pueden ser aprovechadas después de ser sometidas a un tratamiento de potabilización.

Características de la calidad del agua

La calidad del agua es conocida o medida por medio de exámenes y análisis de muestras tomadas bajo determinadas condiciones, que permitan conocer sus características.

- Examen físico.
- Análisis químicos
- Examen bacteriológico.

a) Examen físico

Por él, se determinan o se indican, las siguientes condiciones o propiedades físicas.

- Temperatura
- Turbidez
- Color
- Olor
- Sabor

Interpretación del examen físico:

Realmente nos indica muy poco de los inconvenientes que el agua en consideración pueda causar a la salud, ya que un agua cristalina y exenta de sabor y olor puede hallarse contaminada, y en algunos casos puede ser tóxica, la exigencia de buenas cualidades físicas se refiere más a los aspectos estéticos y psicológicos.

b) Análisis químico

Es necesario efectuarlo para la determinación de las sustancias solubles que puedan ser tóxicas o indispensables, como asimismo determinar la exigencia o tenor de sustancias deseables e investigación de índices de polución.

Los tipos de sustancias analizadas:

Pueden estar: directamente relacionadas con la salud, o sea aquellas que sean nocivas y hacen nociva el agua para el consumidor, ej. nitritos o nitratos. Pueden estar relacionadas principalmente con la calidad del agua: cuando se determina la presencia de cloruros o sulfatos.

Pueden estar relacionadas con la toxicidad del agua: plomo, arsénico, selenio, etc.

También puede determinarse el oxígeno consumido. El consumo del oxígeno varía directamente con la cantidad de materia orgánica presente.

El aumento de la cantidad normal de cloruros indica polución por excreta o por residuo industrial, y es importante determinarlo en aguas de consumo.

Límite de concentración de los elementos químicos en las aguas potables

Residuo a 105° C (sales minerales disueltas) mg/l.	Máximo 1.000 (x)
Dureza total en CaCO ₃ mg/l.	200 (x)
Cloruros (Cl-) mg/l.	350 (x)
Sulfatos (SO ₄ 2-) mg/l.	300 (x)
Nitratos (NO ₃ -) mg/l.	250 (x)
Fluor (F) mg/l.	1,6
Arsénico (As) mg/l.	0,06 (x)

(x) Significan que en zonas donde no se pueden encontrar aguas que satisfagan los límites adoptados, pueden emplearse aún aquellas que contengan el doble del límite máximo antes citado, pues en los casos señalados esta tolerancia no sería perjudicial para la salud humana.

c) Examen Bacteriológico

Proporciona las indicaciones que determinan la presencia de microorganismos patógenos, es el examen más importante desde el punto de vista de la salud pública.

Se refiere al conteo del número total de bacterias y la pesquisa de coliformes.

Su interpretación puede dar resultados que significan que un número elevado de bacterias en el agua no indica obligatoriamente que éstas sean peligrosas. Además, existe un pequeño número de bacterias que se encuentran normalmente en el agua.

Un recuento elevado, indica polución por aguas de creciente, materia orgánica o excretas.

La existencia de coliformes es una indicación de polución por excretas. Esto tiene un mayor significado sanitario que la propia pesquisa directa de gérmenes patógenos, porque una vez evidenciada la polución por excretas, las bacterias patógenas intestinales, aunque ausentes en esta ocasión, pueden en cualquier momento, presentarse en un agua potencialmente contaminada.

Exámenes que se realizan

a. Recuento de colonias aerobias por mililitro (ml) de agua de muestra. b.N.M.P. (Número más probable) de bacterias coliformes por 100 ml. de agua de muestra.

En este último caso se hace primeramente el ensayo presuntivo que determina el N.M.P. de bacterias coliformes totales. En caso de que el ensayo presuntivo sea positivo se realizan los ensayos confirmativos, determinando:

N.M.P. de bacterias coliformes fecales.

N.M.P. de IAC (Intermedio Aerógenos Cloacales)

Límites permisibles.

Bacterias aerobias, 100 po ml. de agua de muestra.

En caso de que sobrepase este límite, se considera agua no potable.

Bacterias coliformes

Agua de pozos semisurgentes, menos de 2 por 100 ml.

Aguas superficiales purificadas, 2,2 por 100 ml. La interpretación de los análisis es más bien sencilla, un agua será considerada potable o no potable, según el contenido de bacterias no sobrepase o sea superior a los límites mencionados.

Extraído de "El Agua como factor de Vida", Minist. de Obras y Serv. Públicos - Serv. Nac. de Agua Potable.

SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO

Tomado de "Donde no hay Doctor"
de David Werner

EL USO RAZONABLE Y LIMITADO DE LAS MEDICINAS

Una parte bastante difícil pero muy importante de la prevención es educar a la gente en el uso razonable y limitado de los medicamentos. Algunas medicinas modernas son muy importantes y pueden salvar vidas. Pero **no se necesitan medicinas para la mayoría de las enfermedades**. El mismo cuerpo generalmente vence las enfermedades con la ayuda de descanso, la buena comida y tal vez algunos remedios caseros.*

Puede ser que personas le pidan medicinas cuando realmente no las necesitan. Sería fácil dárselas sólo para complacerlas. Pero si lo hace así, al aliviarse pensarán que la medicina los curó. Realmente sus cuerpos solos se aliviaron.

En vez de enseñarle a una persona a depender de las medicinas que no necesita, explíquele bien **por qué** no deben ser usadas. También dígame **lo que puede hacer por sí misma** para aliviarse.

En esta forma usted ayuda a la persona a confiar en un recurso local (ella misma), en vez de depender de un recurso de afuera (medicamentos). También estará protegiendo a la persona porque **no hay medicina que no tenga riesgo en su uso**.

Tres enfermedades comunes en que la gente es terca en pedir medicinas cuando no las necesita son: (1) catarro, gripe o resfriado, (2) tos leve, y (3) diarrea.

El catarro o gripe se trata mejor con descanso, tomando mucho líquido y, a lo más, unas aspirinas. Penicilina, tetraciclina u otros antibióticos no ayudan para nada.

Para la tos leve, y también tos fuerte con flema o moco espeso, el tomar bastante agua ayuda a aflojar el moco y a suavizar la tos más rápidamente y mejor que un jarabe para la tos. Respirar el vapor de agua caliente da un gran alivio. No imponga a la gente el usar jarabes para la tos u otras medicinas innecesarias.

En la mayoría de las diarreas de los niños, las medicinas no hacen provecho. Muchas que se usan seguido (como neomicina, estreptomycin, Lomotil, Entero-Vioformo, cloranfenicol) pueden ser dañinas. Lo más importante es que el niño tome muchos líquidos y que coma suficiente. **La clave**

para el alivio de l niño es la madre, no la medicina. Si usted puede ayudar a que las madres entiendan esto, y aprendan qué hacer, se pueden salvar las vidas de muchos niños.

Los medicamentos frecuentemente se usan demasiado, tanto por los doctores como por la gente en general. Esto es una lástima por muchas razones:

—Es un gasto innecesario.

—Hace que la gente dependa de algo que no necesita y que es muy caro.

—Cada medicina tiene un riesgo al usarla. Siempre existe la posibilidad de que el usar una medicina que no necesita pueda hacerle daño a la persona.

—Además, cuando algunas medicinas se usan muy seguido para problemas menores, pierden su poder para combatir las enfermedades peligrosas.

Un ejemplo de la pérdida de poder de un medicamento es el cloranfenicol. El uso excesivo de este importante pero peligroso antibiótico para infecciones menores ha causado que en algu-



CUANDO NO SE NECESITA MEDICINA, EXPLIQUE BIEN POR QUÉ.

nas partes del mundo el cloranfenicol ya no combate la fiebre tifoidea, una infección muy peligrosa. La tifoidea se ha vuelto resistente al cloranfenicol.

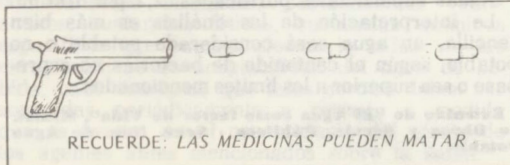
Por las razones anteriores el uso de las medicinas debe ser limitado.

Pero, ¿cómo? Ni las leyes rígidas ni restricciones que limitan el uso de medicamentos únicamente a las personas tituladas han podido evitar su mal uso. Sólo cuando la gente misma esté mejor informada se hará un uso limitado y razonable de las medicinas.

Educar a la gente sobre el uso razonable y limitado de las medicinas es una de las metas más importantes del trabajador de salud.

Esto es especialmente cierto en regiones donde se usa mucha medicina moderna.

(*) **MR** fundamentará su posición frente al polémico tema de los "Remedios Caseros" en próximos números.



Para saber si ha hecho algún adelanto (evaluación)

De vez en cuando en su trabajo de salud, vale la pena investigar **qué** y **cuánto** han logrado usted y su gente. ¿Qué cambios se han hecho para mejorar la salud y bienestar de su comunidad?

Quizás le serviría apuntar cada mes o año las actividades o resultados que se pueden medir. Por ejemplo:

—¿Cuántas familias han hecho letrinas? Y ¿cuántas las usan bien?

—¿Cuántos campesinos toman parte en actividades para mejorar a sus tierras y cultivos?

—¿Cuántas madres llevan a sus hijos para que tomen parte en el programa de Los Menores de Cinco Años (chequeos regulares y educación).

Esta clase de preguntas le ayudará a medir las **acciones hechas**. Pero para averiguar el resultado o el **efecto** de esas actividades sobre la salud, hay que hacerse otras preguntas como:

—¿Cuántos niños tuvieron diarrea o lombrices en el mes o año pasado, comparado con los que tuvieron estos signos antes de que hubieran letrinas?

—¿Cuánto se cosechó esta temporada comparado con las cosechas antes de introducir métodos mejores?

—¿Cuántos niños tienen peso normal o aumentaron de peso en el Camino de Salud, comparado con antes de principio del programa de Los Menores de Cinco Años?

Para poder juzgar el éxito de cualquier obra, es necesario juntar información antes y después. Por ejemplo, si usted quiere enseñarles a las ma-

dres la importancia de darles pecho a sus hijos, primero cuente cuántas madres ya lo hacen. Entonces empiece a enseñar el programa y cada año cuente otra vez. En esta forma usted se dará cuenta del efecto que ha tenido su enseñanza.

Usted puede fijarse metas. Por ejemplo, usted y el comité de salud pueden fijar la meta de que el 80% de las familias tengan letrinas para fines de año. Cada mes haga una cuenta. Si para medio año sólo la tercera parte de las familias tiene letrinas, ya sabe que debe trabajar más duro para alcanzar la meta que fijaron.

Fijarse metas muchas veces ayuda a la gente a trabajar más duro y a lograr más.

Para evaluar los resultados de las actividades de salud, es bueno contar y medir ciertas cosas **antes, durante y después** de trabajar.

Pero recuerde: **Lo más importante del trabajo de salud no puede ser medido**. Tiene que ver con la forma en que ustedes se tratan unos a otros; con lo que se aprende trabajando juntos; con el aumento de la amistad, la responsabilidad, la cooperación y la esperanza. Estas cosas no las puede medir. Pero tómelas en cuenta cuando considere los cambios que han logrado.

Enseñando y aprendiendo juntos— El trabajador de salud como educador

Cuando usted se da cuenta de las muchas cosas que afectan la salud, puede pensar que el trabajo que hay que hacer es imposible de realizar. Esto será cierto si se dedica a hacerlo sin la ayuda de los demás.

DOS FORMAS DE DAR AYUDA PARA LA SALUD



Solamente cuando la gente se hace responsable de la salud de su comunidad y de ellos mismos, se pueden realizar grandes cambios.

El bienestar de su comunidad depende de la participación no sólo de una persona, sino de casi todos. Para que suceda esto, la responsabilidad y el conocimiento deben ser compartidos.

Por esto **su primera tarea debe ser enseñar** —enseñar a los niños, padres, campesinos, maestros de escuela, u otros promotores de salud —a quien pueda.

El arte de enseñar es la habilidad más importante que una persona pueda aprender. Enseñar es ayudar a que otros se desarrollen y desarrollarse con ellos a la vez. **Un buen maestro no es el que pone ideas en las cabezas de otros, sino el que ayuda a los otros a crecer con sus propias ideas y a hacer nuevos descubrimientos por sí mismos.**

El aprender y el enseñar no deben limitarse sólo a la escuela o al puesto de salud. Deben realizarse en los hogares, en los campos, en los caminos. Como trabajador de salud, una de las mejores oportunidades para enseñar será cuando usted cure a un enfermo. Pero debe buscar cada oportunidad para intercambiar ideas, compartirlas, enseñarlas y ayudar a su gente a pensar y a trabajar juntos.

En las siguientes páginas hay algunas ideas que pueden ayudarle a hacer esto. Sólo son sugerencias. Usted mismo tendrá sus propias ideas.

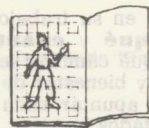
Cosas que le Ayudan a Enseñar

Cuadros de franela (franelógrafos) son buenos para platicar con grupos porque puede cambiar los dibujos. Cubra un pedazo de cartón o una tabla cuadrada con franela. Pegue tiritas de lija o franela detrás de los recortes, dibujos o fotos para que éstos se puedan colocar en el cuadro.



Cartulinas o afiches. “Un dibujo vale mil palabras”. Dibujos sencillos, sin palabras o con pocas palabras de información, se pueden colgar

en cualquier lugar donde la gente los vea. Usted puede copiar cualquier dibujo de este libro o de otros.



Si a usted le es difícil dibujar figuras y tamaños correctamente, dibuje suavemente unos cuadros iguales sobre el dibujo que desea copiar.

Ahora dibuje el mismo número de cuadros, pero más grandes, sobre el cartón o afiche que va a utilizar. Luego copie el dibujo cuadro por cuadro.

Si es posible, pida ayuda a alguien de su comunidad que sepa dibujar. También los niños pueden hacer dibujos sobre distintos temas.

Modelos y demostraciones ayudan a explicar las ideas. Por ejemplo, si quiere hablarles a las madres y parteras acerca de cómo cortar el cordón de un recién nacido, puede hacer una muñeca de trapo y ponerle un cordón de tela a la panza. Las parteras con experiencia pueden demostrarlo a las otras.



Laminillas o transparencia (diapositivas) y filminas se consiguen en muchas partes del mundo. Tratan sobre distintos aspectos de salud. Algunas vienen en juego que relata una historia. También hay visores sencillos y proyectores con batería.

Otras Formas de Comunicar Ideas

Contar historias. Cuando a usted le es difícil explicar algo, una historia verdadera le ayudará a explicarlo.

Por ejemplo, si le cuento que un trabajador de salud a veces puede hacer un mejor diagnóstico que un doctor, usted tal vez me va a creer. Pero si le cuento la historia de una promotora de salud llamada Irene, que trabaja en un pueblo pequeño de Centro América, usted podrá entender.

Un día un niño pequeño y enfermizo llegó al centro de nutrición. El doctor del centro de salud le envió porque estaba desnutrido. Como el niño también tenía tos, el doctor le había dado una medicina para eso. Irene se preocupó mucho porque sabía que el niño era de una familia muy pobre y que hacía pocas semanas que su hermano mayor se había muerto. Al visitar a la familia, ella supo que el hermano había estado muy enfermo por mucho tiempo, y que tosía sangre. Irene fue al centro de salud y le dijo al doctor que ella sospechaba tuberculosis. Se le hicieron los exámenes al niño y resultó que Irene tenía razón... Así ve usted pues, que una promotora de salud descubrió el verdadero problema antes que el doctor, porque ella conocía a su gente y visitaba sus hogares.

Las historias hacen que el aprendizaje sea más importante. Es bueno que los trabajadores de salud sepan contar bien las historias.

Teatro campesino (comedia o sociodrama). Las historias que tienen puntos importantes para la gente, pueden ser mejor aprendidas si ellos mismos las presentan en forma viva como teatro. Tal vez usted, el maestro de la escuela o alguien del comité de salud puede preparar pequeñas obras o comedias con los niños.

Por ejemplo, para aprender que la comida debe ser protegida de las moscas para prevenir la transmisión de enfermedades, muchos niños pueden vestirse de moscas y volar alrededor de la comida que no ha sido cubierta. Luego otros niños comen este alimento y se enferman. Pero las moscas no pueden tocar la comida que está cubierta con una tela metálica. Así los niños que se alimentan de la comida tapada permanecen sanos.



Entre más formas encuentre de compartir ideas, más entenderá y recordará la gente.

Trabajando y Aprendiendo Juntos para el Bien de Todos



¡LOS NIÑOS PUEDEN HACER UN MONTÓN DE TRABAJO SI SE CONVIERTE EN JUEGO!

Hay muchas formas de interesar a la gente para que trabajen juntos para resolver sus necesidades comunes. Aquí hay algunas ideas:

1. **Un comité de salud del pueblo.** Un grupo de personas capaces e interesadas puede ser elegido por el pueblo para ayudar a planear y a guiar las actividades del bienestar de la comunidad —por ejemplo, abrir hoyos para la basura o letrinas. El trabajador de salud puede y debe compartir muchas de sus responsabilidades con otros.

2. **Discusiones en grupo.** Las madres, los padres, los niños, los jóvenes, los curanderos y otros grupos pueden discutir las necesidades y problemas que afectan la salud. El motivo principal puede ser ayudar a la gente a compartir ideas y a desarrollar el conocimiento que ya tiene.

3. **Fiestas de trabajo.** Las obras de la comunidad, como poner agua potable o limpiar el pueblo, pueden avanzar rápidamente y ser divertidas si todos meten la mano. Juegos, competencias y aguas frescas ayudan a convertir el trabajo en diversión. Use su imaginación.

4. **Cooperativas.** La gente puede mantener bajos los precios si se comparten herramientas, almacenamiento o tal vez la tierra. La cooperación puede tener una gran influencia en el bienestar de la gente.

5. **Visitas a la escuela.** Trabaje con el maestro de la escuela para aumentar las actividades relacionadas con la salud, por medio de demostraciones y teatro campesino. También invite a grupos de alumnos al puesto de salud. Los niños no sólo aprenden rápidamente sino que pueden ayudar en muchas formas. Si usted le da la oportunidad al niño, él puede convertirse en un valioso recurso.

6. Reuniones de salud para madres e hijos. Es especialmente importante que las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños (menores de 5 años) estén bien informadas acerca de sus propias necesidades de salud y las de sus niños. Las visitas regulares al puesto de salud sirven tanto para chequeos como para aprendizaje. Haga que las madres llenen las tarjetas de salud de sus hijos y que las traigan cada mes para anotar la edad y el peso (Camino de Salud) **.

Elas pueden aprender a interpretarlas, aunque no sepan leer. Las madres que entienden la tarjeta se alegran al ver que sus niños estén comiendo y creciendo bien. Tal vez usted puede ayudar a entrenar a las madres interesadas para que organicen y guíen estas actividades.

7. Visitas a los hogares. Haga visitas cordiales a las casas, especialmente de las personas que tienen problemas que no les permiten visitar el puesto de salud o que no participan en las actividades de grupo. Pero respete los derechos culturales de las personas. Si su visita no puede ser amistosa, no la haga, a menos que estén en peligro niños o personas indefensas.

Formas de Compartir e Intercambiar Ideas en un Grupo

Como trabajador de salud, usted se dará cuenta de que el éxito que tiene en mejorar la salud de su gente depende más de su habilidad como maestro que de sus conocimientos técnicos o médicos. Sólo cuando toda la comunidad participa y trabaja junta se pueden resolver los problemas grandes.

La gente no aprende mucho de lo que le dicen. Ellos aprenden de lo que piensan, sienten, ven, discuten y de lo que hacen juntos.

Así el buen maestro no se sienta detrás de un escritorio para hablar a la gente. El buen maestro habla y trabaja **con** ellos. El no usa palabras elevadas, sino habla sencillamente para que todos entiendan. El ayuda a la gente a pensar claramente acerca de sus necesidades y la manera como pueden resolverlas. El busca cada oportunidad para compartir ideas en una forma abierta y amistosa.

Tal vez la tarea más importante que usted puede hacer como trabajador de salud es hacerle

(**) Tablas de curvas de crecimiento y desarrollo.

ver a la gente sus propias posibilidades, y ayudarlos a tener confianza en ellos mismos. Algunas veces los campesinos no cambian las cosas que no les gustan sólo porque no lo intentan. Muchas veces piensan que ellos mismos son ignorantes y sin poder. Pero no lo son. La mayoría de los campesinos, inclusive los que no saben leer ni escribir, tienen notables conocimientos y habilidades. Ellos ya han hecho grandes cambios en sus alrededores con las herramientas que usan, la tierra que trabajan y las cosas que construyen. Ellos pueden hacer muchas cosas importantes que una persona que ha estudiado mucho no puede hacer.

Si usted puede ayudar a la gente a que se dé cuenta de lo mucho que saben y que han hecho en sus alrededores, también se darán cuenta de que pueden aprender y hacer aún más. Trabajando juntos sí tendrán el poder para realizar grandes cambios para su bienestar y salud.

Entonces, ¿cómo se le dice esto a la gente? ¡Directamente no se puede!

Pero usted sí puede ayudar a que ellos mismos averigüen estas cosas por medio de discusiones en grupo. Es preciso que usted diga muy poco. Puede iniciar la plática haciendo ciertas preguntas. Un dibujo sencillo como el que sigue, de una familia campesina, puede ayudar. Usted va a querer dibujar su cuadro con la casa, animales, gente, y campos de su propia región.

Muéstreles a un grupo de personas un cuadro similar a éste, y pídale que lo discutan. Haga preguntas para que hablen de sus propias experiencias. Aquí hay algunas preguntas que pueden servir de ejemplo:

—¿Quiénes son las personas en el cuadro y cómo viven?

—¿Cómo se encontraba este terreno antes de que la gente viniera?

—¿En qué forma han cambiado ellos sus alrededores?

—¿Cómo afectan estos cambios su bienestar y salud?

—¿Qué otros cambios puede hacer esta gente? ¿Qué más podrían aprender a hacer? ¿Qué obstáculos los detienen? ¿Cómo pueden aprender más?

—¿Cómo aprendieron a trabajar la tierra? ¿Quién les enseñó?

—Si un doctor o un licenciado se fuera a vivir a estas tierras sin más herramientas o dinero que los que tienen los campesinos, ¿podría él cultivar



HABLE CON LA GENTE. NO A ELLOS

la tierra y mantenerse igual de bien? ¿Por qué o por qué no?

—¿En qué formas son estas gentes como nosotros?

Una discusión de grupo como ésta ayuda a la gente a tener más confianza en sí misma y en su poder para cambiar su situación. También puede hacerles sentir que participan más en su comunidad.

Al principio puede ser difícil para las personas

decir lo que piensan. Pero después de un rato, ellos mismos van a empezar a hablar más libremente y a hacer preguntas importantes. Anime a cada persona para que diga lo que siente y para que no hable con miedo. Pídale a las personas que hablan más que les den oportunidad a las que son más tímidas para hablar.

Usted puede pensar en otros cuadros y preguntas que sirvan para iniciar una discusión que ayude a la gente a ver más claramente los problemas, sus causas y posibles soluciones.

USE DIBUJOS PARA ANIMAR A LA GENTE A PENSAR Y HABLAR JUNTOS



¿Qué preguntas puede hacer para que la gente piense en las diferentes causas de la triste condición del niño en este cuadro?

Trate de pensar en preguntas que conducen

a otras y que hagan que la gente misma piense y pregunte más. ¿Cuántas de las causas que provocan la muerte por diarrea verá su gente cuando discuta este cuadro?

¿QUIERES SER MEDICO, HIJO MIO?

CONSEJOS DE ASCLEPIO, "ESCULAPIO"

Esculapio (128-56 a.C.) es el nombre romano dado al dios mitológico griego de la medicina Asclepio, hijo de Apolo y padre de Hygea y Panacea.

"¿Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es ésta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. ¿Deseas que los hombres te tengan por un Dios que alivia sus males y ahuyenta de ellos el espanto?"

"¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida? Tendrás que renunciar a la vida privada; mientras la mayoría de los ciudadanos pueden, terminada su tarea, aislarse lejos de los inoportunos, tu puerta quedará siempre abierta a todos; a toda hora del día o de la noche vendrán a turbar tu descanso, tus placeres, tu meditación; ya no tendrás horas que dedicar a tu familia, a la amistad o al estudio; ya no te pertenecerás.

"Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en caso de urgencia; pero los ricos, te tendrán como a un esclavo encargado de remediar sus excesos; sea porque tengan una indigestión, sea porque están acatarrados; harán que te despierten a toda prisa tan pronto como sientan la menor inquietud, pues estiman en muchísimo su persona.

"Tienes fe en tu trabajo para conquistarte una reputación; ten presente que te juzgarán, no por tu ciencia, sino por las cualidades del destino, por el corte de tu capa, por la apariencia de tu casa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las charlas y a los gustos de tu clientela.

"No cuentes con agradecimiento; cuando un enfermo sana, la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo ha matado. Mientras está en peligro, te trata como a un Dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia, ya le estorbas; cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado se enfada y te denigra. Cuanto más egoístas son los hombres, más solicitud exigen.

"Te compadezco si sientes afán por la belleza, verás lo más feo y repugnante que hay en la especie humana, todos tus sentidos serán maltratados. Habrás de pegar tu oído contra el sudor de pe-

chos sucios, respirar el olor de miserables viviendas, los perfumes harto subidos de las cortesanas, fijar tu mirada y tu olfato en inmundicias.

"Hasta la belleza misma de las mujeres, consuelo del hombre, se desvanecerá para ti. Las verás por la mañana desgredadas, desencajadas, desprovistas de sus bellos colores, y olvidando sobre los muebles parte de sus atractivos.

"Tu oficio será para ti una túnica de Neso. En la calle, en los banquetes, en el teatro, en tu cama misma, los desconocidos, tus amigos, tus allegados, te hablarán de sus males para pedirte un remedio. El mundo te parecerá un vasto hospital, una asamblea de individuos que se quejan.

"Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos que se hacen sordos sea por interés o por orgullo. La conciencia de aliviar males te sostendrá en tus fatigas; pero durarás si es acertado hacer que sigan viviendo hombres atacados de un mal incurable, niños enfermizos que ninguna probabilidad tienen de ser felices y que transmitirán su triste vida a seres que serán más miserables aún. Cuando a costa de muchos esfuerzos hayas prolongado la existencia de algunos ancianos o de niños deformes, vendrá una guerra que destruirá lo más sano y robusto que hay en la ciudad. Entonces te encargarán que separes los débiles de los fuertes, para salvar a débiles y enviar a los fuertes a la muerte.

"Piénsalo bien mientras estás a tiempo. Pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, hazte médico, hijo mío".

ANECDOTARIO REFLEXIVO

Un día de semana de un mes de junio llega una Agente Sanitario al hospital y me dice: "doctor; se hizo un parto domiciliario en Ruca Choroi, anoche. No los traje porque viven del lago para arriba". Aunque parezca vaga la ubicación, uno interpreta con bastante precisión que debe quedar lejos del camino, pues de lo contrario habría dicho "a 200 metros, a 500, 1000 metros o lo que fuera" y también subiendo cerros a pie, simplemente por decir "arriba". Por otro lado, con seguridad el parto seguramente había sido normal porque dijo "no los traje...". En fin. A pesar de la parquedad de la expresión, su contenido, sabiéndolo captar, era extenso.

Preparado el maletín, salimos cerca del mediodía, junto con el chofer, en el vehículo. Y realmente no había errado la primera apreciación: muy poco antes de llegar al lago, apenas pudo desviarse la ambulancia por una senda unos 100 metros que ya tuvimos que seguir a pie. En la base de un monte de araucarias, nos esperaba la abuela de la puerpera y comenzamos a subir. En realidad no fue todo subir: tras una lomada hay otra y por lo tanto hay que bajar para volver o subir y así sucesivamente. Todo lo pintoresco y atrayente del paisaje nevado, entre pehuenes centenarios, etc., comienza a diluirse con la aparición de la disnea propia y el grito de los gemelos y cuadriceps preguntando porque tanta respiración anaeróbica. Para no exagerar, quiero dar el tiempo exacto de caminata: cincuenta minutos. De más está decir que yo era el último de la caravana y que de vez en cuando tanto la agente sanitaria como la abuela me esperaban riéndose con todo desparpajo, hasta que las alcanzaba nuevamente.

Llegados a la ruca, de la cual todavía me estoy preguntando el porqué está enclavada allí (sus razones habrá); llegados allí, digo, primero tuve que agacharme para poder entrar por una puerta que calculo de 1,50 m. Una vez adentro, se produjo un periodo de latencia, hasta que mis ojos, encan-

dilados por el reflejo de la nieve, se acostumbraron a la oscuridad (segundo detalle edilicio: ventana pequeña, pongámosle de 0,40 por 0,40 m, sin vidrios pero cerrada con maderas). Apenas comencé a ver, con claridad, los ojos volvieron a enturbiarse, pero esta vez por lágrimas en respuesta al humo del fueguito en el piso. Al mirar hacia arriba, me pregunté porqué no funcionaba mejor el tiraje, ya que el techo era una suerte de tipo dos aguas sin cumbre por lo que ventilación si había. Finalmente encontré a quienes había ido a ver, sentada ella en el suelo, junto al calor y con su niño en brazos. Desde el punto de vista médico, los revisé a ambos encontrando todo en orden. Incluso el cordón del niño ya lo había curado la gente antes de ir a buscarme, religándolo y cortando el exceso. La placenta la habían guardado envuelta en un trapo para que la viera: sin problemas.

Solucionado o por lo menos controlado lo técnico, aparece el problema: ¿los llevo a los dos al hospital? La repuesta científica surge atropelladamente "por supuesto", rodeada de miles de fantasmas: onfalitis, meningitis, tétanos, hemorragias, endometritis, ictericias, etc. Pero hete aquí ¿cómo los llevo? Que la madre pueda caminar es una cosa pero someterla a 12 hs. del parto a una hora de caminata por esos cerros... no sé. El niño, pese al frío reinante, se podría abrigar bien y llevarlo a controlar su hematocrito, bilirrubina, desinfectarlo y mil cositas más. Creo que todavía no dije que la madre era ahora secundípara y el niño de término y a ojo de buen médico generalista, superaba los 3 kg. de peso. Llevar a la madre acostada ni pensarlo. Si llevar uno su propio peso cansa, la camilla en pendientes de más de 20" entre dos personas y trechos largos es poco menos que imposible.

Finalmente tomé la decisión de llevarme al niño por 24 hs. para controlarlo, dándole todas las seguridades que al otro día la agente se lo retornaba. Y mientras bajaba desandando el camino casi con el caer de la tarde, pensaba si había optado por lo que correspondía.

Hasta aquí lo anecdótico. Lo reflexivo surge de la situación, el entorno y la decisión. El parto es una situación de riesgo en cualquier medio: tanto más en el descripto. El entorno hace aumentar riesgos perinatales y aún hace aparecer nuevos. Y de ese balance surge la decisión que considero nadie puede estandarizarla sino la vive en carne propia y se ve obligado a tomarla. Con el correr de los años, me veo a mí mismo tomando la decisión que correspondía y pienso que de encontrarme nuevamente en una situación similar en todos sus aspectos, volvería a hacer lo mismo.

RODOLFO



OBJETIVO COMUNICARNOS

Rincón de los Sauces, Marzo 21 de 1984

Señor Director
REVISTA MR
Dr. Malcolm Elder
S./D.

De mi mayor consideración:

Le hago llegar una nota que he recibido de un verdadero amigo que he conocido hace muy poco tiempo, y que forma parte de la dosis de felicidad que Dios me brinda día tras día. Sería para mí de sumo valor que la misma fuera publicada en la Revista, ya que considero es la fiel expresión de un ser tan espontáneo y natural como lo que ha escrito, y enriquece a quien con vocación de servir trabaja en nuestra profesión o desea hacerlo.

Transcribo a continuación lo que él me ha entregado:

"Rincón de los Sauces, 20-03-84. Tengo ganas de escribir a ti hermano médico, contarte como somos, qué se hace en este lugar tan alejado. Hay pacientes; sabés lo que significa?... Es amor, comprensión. ¡Gracias Dios por haberme hecho comprender lo que significa!

Es mi obligación como ser humano, contar esto, lo que siento, para que otras personas descubran lo que el potencial humano tiene guardado. No te rías, piensa: qué es una persona que te pide ayuda? Es un paciente. Sabes lo que significa...; mucho; es un ser grandioso que viene hacia ti gritando en su pensamiento: "ayúdame hermano, te necesito". Si, quizás esa insignificancia que trae a ese paciente a la consulta es algo más que su pequeña molestia; es necesidad de ayuda y tu eres quien se lo debes dar. No lo enfrentes. Debes saber nutrirte de tus pacientes, pues ellos te darán la energía de tu vida, no hay otros que te hagan sentir igual.

Saber lo que significa cuando ves al paciente y le preguntas cómo anda? El en su conciencia grita: ¡Gracias, gracias por acordarse de mí! Y te dirá: "Bien, eso vale mucho más que el oro del mundo".

Por eso os digo, cultivad tu persona y si has comprendido lo que quiero decir, puedes sentirte regocijado, porque eso es lo que debe sentir un médico.

No tengas vergüenza en consultar ante tus dudas. Tus pacientes lo comprenderán pues saben que te has preocupado. No seas orgulloso, se humilde, pues somos servidores de la humildad. Tu lo has elegido. Estudia y cuantos más títulos tengas, preocúpate más por tus pacientes, y cuando no lo puedas hacer, retírate de esta profesión, así te sincerarás contigo mismo.

...Qué te nutre más que la sonrisa, la alegría y las gracias de un paciente a quién has ayudado? Sí, ayudado, porque no curarás a nadie, solo le brindarás una ayuda, porque nuestra sabiduría es como un grano de arena en un desierto.

Trata de levantarte en esos momentos en que te sientas solo, pues hay muchas, pero muchas personas que vendrán a ti. No te niegues nunca.

Sal sin interesar quién ni cómo es, si es rico o pobre, porque las vidas no se valoran por lo que tienen, si no por su corazón. Así enriquecerás tu sabiduría.

No te olvides, estudia, aunque te cueste, pero no olvides lo humano, pues tu paciente necesita calidez, tu sonrisa, antes que lo demás.

¿Qué es la medicina? Es vocación. Quiero que sepas que he dicho algo de lo que siento, y agradezco a Dios por haberme hecho ver las necesidades de los más humildes, pues a ellos nos debemos, y le pido que nos dé sabiduría para ser más útil en nuestra vida. Todo médico, aunque sea una eminencia, debe cuidar su más preciado tesoro: el brindarse todo a su paciente. Esto no es una cosa; no es un apéndice, no es una vesícula; es alguien a quien nos debemos brindar. No te olvides del dolor humano. Dale unos minutos a él. Siéntate en el lecho de su cama, pregúntale; él te lo agradecerá con un gesto o una mirada que siempre la recordarás.

Estas simples palabras que he escrito, es por necesidad, y quisiera brindárselas a alguien que ha hecho de su profesión un sacerdocio, para que no pierda su idealismo y siga como hasta ahora. De ti me he nutrido, quizás, y si nuestros caminos se separan, que no se separen nuestros corazones, que se junten para luchar por un idealismo, para nutrirnos en los momentos más difíciles, cuando nos azota la soledad o el egoísmo; cuando nos oprime el cansancio o cuando nos sale nuestra pereza. En esos momentos piensa en mí y te alegrarás. Tendrás fuerzas para seguir siendo como hasta ahora: un médico; sí, un médico.

Sólo pido a Dios: ayúdame para hacer cumplir mis sueños. Quiero capacitarme y así tendré más fuerzas para seguir tratando de aprovechar mis aptitudes para darles a esas personas que más necesitan, un poco más de mí".

Rubén Caramuto - Médico de Y.P.F.

Lo que expresa este ejemplar ser humano, no es más que una apología de la Medicina General, magnificada por su cálido sentir. Merece que Dios haga realidad sus sueños para tan dignos fines.

Hugo Hernández, Médico Generalista

Rincón de los Sauces

DESPUES DE UN LARGO LETARGO

A los 15 días del mes de octubre de éste año, se llevó a cabo en la ciudad de Zapala, una reunión integrada por los siguientes profesionales:

Dr. Horacio de la Croix, Delegado de la zona II de odontólogos; Dra. Marisel Espinosa, Delegada de odontólogos de la zona III; Dra. Vilma Valentin, Delegada de odontólogos de la zona IV; Dra. Mirta Vallejo, Delegada de odontólogos de zona I (no estuvo presente pero telefónicamente nos hizo conocer sus inquietudes y emitió su juicio).

Dicha reunión se realizó con el fin de designar

un representante titular y un suplente, odontólogos, ante la Sociedad de M. Rural y fueron designados la Dra. Marisel Espinosa como titular y el Dr. Horacio de la Croix como suplente.

Además se manifestó que nuestra inquietud es formar parte activa de la Sociedad, colaborar y participar en todas las actividades que se desarrollan en ella; por ésta causa se elevó una nota a la comisión directiva, solicitando la autorización para incorporar un delegado provincial Odontólogo en la nueva Comisión Directiva a formarse en el próximo período.

Por lo que se sobreentiende que los actuales delegados tienen el carácter de provisorios hasta tanto tengamos una respuesta a dicho pedido.

Creemos necesario aprovechar esta oportunidad para solicitar la participación a las reuniones de la S.M.R. de todos los odontólogos y su colaboración en esta revista a través de publicaciones, comentarios o inquietudes; de lo contrario pueden dirigirse a cada delegado zonal o al Dr. Jorge Mami, Director de publicaciones, C. de C. N° 705 Neuquén.

Hacemos incapié en que nuestra única meta es ser un grupo de profesionales unidos por las mismas inquietudes y que encuentren en la Sociedad el apoyo que necesiten.

Dr. Horacio de la Croix, Dra. Vilma Valentino
Dra. Mirta Vallejo, Dra. Marisel Espinosa.

RECORDATORIO

ANTONIO MANUEL GORGNI

(1914 - 1983)

Pionero de la salud pública del Neuquén

Hace casi 20 años, cuando llegué a Neuquén y fui destinado a Andacollo, como a un médico que trabajaba en Las Ovejas teniendo como recurso una humilde piecita prestada que le servía de consultorio y alojamiento al mismo tiempo.

Este hombre, de quien había escuchado varias anécdotas y del que todos me decían algo cuando se enteraban que iría a un lugar cercano al de él, generó en mí desde el momento que lo conocí un sentimiento de amistad, simpatía y respeto que se mantuvo firme a lo largo de los años.

Por entonces no había normas ni programas. Se hacía lo que uno sabía, podía y creía que estaba bien. Sin embargo, Gorgni ya me hablaba del trabajo en terreno, de la promoción y prevención, de los agentes sanitarios y de la importancia de abordar otras cuestiones aparentemente ajenas a la salud para lograr que ésta progresara.

Esta amplia comprensión del fenómeno salud-enfermedad y de sus factores condicionantes lo llevó a estudiar y analizar campos diversos alcanzando su máxima expresión cuando creó la Escuela Secundaria de Andacollo a la que muchos consideraron un despropósito y le auguraron una vida efí-

mera. Hace pocos días viajé a Andacollo y al ver un hermoso edificio, un grupo de docentes y muchos chicos en el aula, recordé al querido Antonio y pensé que quizás la mayoría de los que estaban allí no sabrían que no muchos años atrás un hombre algo raro, dinámico, tenaz como pocos y de gran inteligencia había luchado contra el descreimiento de casi todos para concretar esa obra en bien de la comunidad.

Siempre hizo todo lo que pudo, exigiendo a su cuerpo más de la cuenta. Viajó por el mundo atesorando conocimientos y experiencias de gran valor que nutrieron su saber. Caminó todo el norte neuquino, intimó con sus pobladores a quienes conoció profundamente, hizo estudios antropológicos, descubrió yacimientos de arte rupestre, llevó a muchos niños a conocer el progreso destacándose un recordado viaje a Buenos Aires con chicos que nunca habían salido de su lugar de origen.

Los niños fueron siempre su desvelo y a ellos les daba todo lo que tenía. No le importaba otra cosa y era lo único que iluminaba su rostro y ablandaba su carácter. Despreciaba los bienes materiales y compartía lo suyo con los más desposeídos.

Entre 1969 y 1972 fue asesor de gabinete del Ministerio de Bienestar Social durante la gestión del Dr. Alberto Del Vas. Este fue un período pródigo de su vida ya que sus ideas fueron bien interpretadas y llevadas a la práctica, en un momento de gran progreso de la salud pública neuquina.

Nunca quiso reconocimientos pero recuerdo las sentidas palabras que en su homenaje pronunció el Gobernador Felipe Sapag cuando se inauguró el Hospital de Las Ovejas, cuando ya Gorgni entraba en una etapa de declinación motivada por los años y por el trajín de una vida llena de esfuerzo, privaciones, soledad y un padecimiento físico crónico que le producía intensos dolores y dificultades crecientes para movilizarse.

Fue en esta última etapa de su vida que encontró el apoyo de una mujer que le dio albergue y lo cuidó con afecto: Doña Salomé Arguello de Orellana quien junto a su familia permitió que Gorgni viviera dignamente los últimos años de su existencia, siendo merecedora del más sincero reconocimiento de quienes conocimos su dedicación.

El 23 de diciembre de 1983 se apagó su vida.

Su controvertida personalidad seguirá siendo motivo de elogios, anécdotas, críticas y hasta ofensas, como fruto del torbellino que fue su vida.

Pero sin dudas en el Departamento Minas al que tanto amó, habrá siempre pobladores que lo sentirán como un gran amigo y benefactor.

Será justo que algún día la Escuela Secundaria de Andacollo lleve su nombre como valoración a su obra máxima y a lo mucho que hizo este hombre que pasó por la zona más pobre del Neuquén como una ráfaga revitalizadora, generando ideas y obras y promoviendo una vida más digna para sus habitantes.

Horacio Lores

DR. PEDRO GAUNA

(1946-1983)

Llegó a la provincia procedente de Córdoba en 1972, siendo designado Director del recientemente creado Hospital Rural de El Cholar, pequeña localidad cordillerana del norte neuquino, ubicada a 60 km. de Chos Malal. Intentó desarrollar la medicina rural en el área a su cargo, en beneficio de una población que poca accesibilidad había tenido hasta ese entonces, a servicios de salud adecuados a sus necesidades.

Dueño de una visión de como debían ser encaradas las acciones de salud, enfrentó numerosas dificultades de índole geográfico-climático, culturales y de limitación científica. Los anónimos pobladores de Villu Mallín, Ranquileo y otros parajes, aún recuerdan su figura, su estampa gauchesca con su mejor medio de transporte: el caballo.

Los enfermeros que lo conocieron, López, Fuentes, Romero y Navarrete, señalan su capacidad docente.

En 1974, decidió ingresar a la Residencia Médica Rural, creada en el Hospital Regional Neuquén. Quienes compartieron con él, supieron descubrir detrás de una hosquedad aparente, a un hombre sensible y una personalidad dolorida por una comunidad sufriente. En 1976 se trasladó a la provincia de Buenos Aires donde trabajó solamente unos meses. Igual suerte corrió en Catamarca. En 1978 se instaló definitivamente en la Provincia de Santiago del Estero, en la localidad de Pinto, donde dirigió el programa Piloto de Salud Rural.

En 1980 efectuó el Curso de Diplomado de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba. Posteriormente fue designado Jefe del Programa Provincial de Atención Primaria de la Salud en Áreas Rurales de Santiago del Estero, donde intentó desarrollar sus convicciones de servicio y justicia social.

Como modesto homenaje de M.R. a su persona, su vida, su familia, y a la comunidad que intentó servir, reproducimos el texto de una carta recibida en 1982, como una expresión de su permanencia en el tiempo.

MALCOLM ELDER

Santiago del Estero, 23 de Abril/82

Sr. Director de M.R.
Dr. Malcom Elder

A pesar del tiempo transcurrido, el que se puede medir en las publicaciones de M.R., septiembre/octubre-1980-Año 1 N° 1 y a partir de ella, o mejor dicho de nuestra, por que ya ha pasado a ser nuestra revista, quiero en estos pocos minutos que me deja libre mi función, hacerle llegar a Ud. el sentimiento de verdadera alegría, al ver constituida y solidificada vuestra iniciativa y lo que es mas importante el servir de fuente y canal a otras provincias y a otros Médicos Rurales, que a diario descubren la verdadera realidad a la cual deben servir; esta realidad es nuestra gente, es la gente, esta realidad, es descubrir que somos Servicio, servicio a los demás como el basurero o el cartero, por no seguir citando más ejemplos.

Asimismo quiero hacer llegar a su conocimiento que la Jefatura de Atención Primaria de la Salud, ha implementado en nuestra provincia a nivel de Educación Médica, el envío de Sobres de Bibliografía y Jornadas Docentes para Médicos Rurales y Supervisores Médicos de Atención Primaria, periódicas: en los citados sobres hemos transcrita a los colegas del Interior, varios artículos de vuestra revista, entre los que destacamos la Editorial de M.R. Julio/Agosto-81-Año 2-N° 4 y el artículo del Dr. Olarte sobre Adaptación para el Ejercicio de la Profesión en Áreas Rurales.

Demás está decir el beneplácito que este tipo de publicaciones ha causado en nuestros Médicos Rurales, por ello es que volviendo al principio en que consideramos como "nuestro" el esfuerzo que Uds. realizan sistemáticamente a los fines de jerarquizar a los verdaderos efectores de la Ciencia de la Salud.

Si fuera posible quisiera solicitarle el envío de 20 ejemplares de cada publicación (condiciones ad-hoc) a los fines de una mayor difusión, pues creo que a fuerza de estudiar el idioma ya casi estamos hablando con el mismo acento.

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

INTRODUCCION del libro "HELPING HEALTH WORKERS LEARN" de DAVID WERNER (Contribución al Aprendizaje de los Trabajadores de la Salud)

"Salud para todos para el año 2000", se ha convertido en el slogan de la Organización Mundial de la Salud y de la mayoría de los países del mundo.

Semejante objetivo a lo ancho del mundo es muy valioso. Pero en cierto sentido es peligroso. Existe el riesgo de tratar de alcanzar dicho objetivo por medios que resultan tan estandarizados, tan impersonales, tan controlados por los poderosos, que muchas de las cualidades humanas, tan esenciales para la salud y su cuidado, se pierden.

Ya existen evidencias de que esto está ocurriendo. En los últimos 10 a 15 años, una gran cantidad

de intentos han sido realizados para brindar atención de salud básica a las comunidades pobres. Se han gastado billones de pesos en grandes programas nacionales o regionales, planificados por expertos altamente entrenados. Pero los resultados han sido frecuencia desalentadores.

En la mayoría de los países, el número de personas que sufren enfermedades prevenibles o fácilmente curables, ha aumentado.

Por otro lado, algunos programas de salud comunitaria han sido más o menos exitosos en lograr que los pobres cubran sus necesidades en salud. Estudios realizados por observadores independientes* han mostrado que los programas generalmente reconocidos como exitosos, ya sean grandes o pequeños, con frecuencia tienen las siguientes cosas en común:

1. CRECIMIENTO DESCENTRALIZADO, PEQUEÑO, LOCAL Y LENTO EN SUS COMIENZOS. Aún los programas exitosos más amplios generalmente han comenzado como proyectos pequeños, que se desarrollaron gradualmente y evolucionaron en respuesta a las necesidades de comunidades particulares.

A medida que estos programas crecieron, ellos permanecieron **descentralizados**.

Esto significa que la planificación importante y la toma de decisiones todavía se da en la comunidad o a nivel de la comunidad.

2. PARTICIPACION DE LA POBLACION LOCAL —ESPECIALMENTE LOS POBRES— EN CADA FASE DEL PROGRAMA:

Los programas efectivos reconocen y tratan con los conflictos de intereses que con frecuencia existen entre los fuertes y los débiles, aún en pequeñas comunidades. No solamente los líderes locales, sino también los miembros más marginados de la sociedad, toman parte en la selección de sus propios trabajadores de la salud y en determinar las prioridades del programa. Un propósito conciente de tales programas es reforzar la posición de poder de los pobres.

3. UN INTENTO DE PLANIFICACION ENTENDIDA COMO UN PROCESO DE APRENDIZAJE. La planificación del contenido del programa y de la capacitación del trabajador de la salud, no sigue esquemas predeterminados. En cambio, la planificación se da continuamente como parte de un proceso de aprendizaje. Los participantes a todo nivel (instructores, estudiantes para trabajadores de salud y miembros de la comunidad) son invitados a dar forma, cambiar y criticar la planificación. Esto permite que el programa constantemente evolucione y se adapte, tanto como sea necesario para mejor atender las necesidades cambiantes de la gente. La planificación es a la vez, local y flexible.

4. LIDERES CUYA PRIMER RESPONSABILIDAD SON LOS POBRES. Los programas reconocidos como efectivos, generalmente tienen líderes que responden fuertemente a su comunidad, con frecuencia ellos han tenido intensa experiencia personal en el trabajo con los pobres, en es-

fuerzos comunitarios para resolver necesidades críticas. Aún cuando sus programas han crecido y se han extendido, estos líderes han mantenido estrecho contacto con el trabajo de los pobres en las comunidades individuales.

5. EL RECONOCIMIENTO DE QUE SOLO SE PUEDE ALCANZAR BUENA SALUD PARA LOS POBRES A TRAVES DE COLABORAR A QUE ELLOS MEJOREN LA SITUACION GLOBAL EN QUE VIVEN. Los programas exitosos relacionan las actividades de salud con otros aspectos del desarrollo social. La salud es vista como un estado de completo bienestar en el cual las personas pueden trabajar juntas y satisfacer sus necesidades en una forma responsable y autodeterminada. Esto significa que para alcanzar un estado completo de salud, cada persona requiere un claro entendimiento de sí misma en relación con los otros y con los factores que influyen en el bienestar de todos.

En muchos de los programas de salud exitosos, las actividades que ayudan a un mayor esclarecimiento de la realidad, se han convertido en la parte clave del entrenamiento-capacitación del trabajo comunitario.

En vista de estos factores comunes al éxito, el fracaso de muchos programas de salud nacionales y regionales, no nos sorprende, la mayoría están llevados a cabo exactamente en el sentido opuesto. Aunque sus más altos planificadores proclamen orgullosamente "que las decisiones son tomadas por la comunidad", rara vez la gente es consultada. La "participación comunitaria con mucha frecuencia ha significado "obtener que la gente haga lo que nosotros decidimos". En vez de ayudar a los pobres a crecer en autodeterminación y confianza en sí mismos, muchos programas nacionales de salud han aumentado la dependencia de servicios extranjeros.

Uno de los mayores obstáculos para la "salud por la gente" ha sido la negativa de los expertos, profesionales y autoridades sanitarias, a permitir que salga del área de su control. Como resultado, los trabajadores de la salud de las comunidades sienten que su primer responsabilidad es hacia el sistema de salud más bien que hacia el pobre de la comunidad donde trabaja. Generalmente se les enseña muy limitadas acciones de salud y se convierten en servidores o auxiliares de enfermeros y médicos visitantes, más que en líderes con espíritu de cambio. Se les enseña a cumplir órdenes, llenar fichas, en vez de a tomar iniciativas o a colaborar con la gente para resolver sus problemas por sí mismos. Tales trabajadores de la salud ganan poco respeto y tienen poca influencia en la salud comunitaria. Muchos de ellos se frustran, y se corrompen. Los resultados han sido tan desfavorables, que muchos expertos aún dentro de las OMS han comenzado a sentir que el slogan "salud para todos en el año 2000" es un sueño que fracasó.

* Ver por Ej. "Análisis de un programa exitoso en Asia: organización comunitaria y desarrollo rural, un acercamiento a un proceso de aprendizaje" por David Kortzen, en Public administration review, sept/oct P. 480-510.

