

MAR



Instituto de Salud Colectiva

La Cordillera del Viento vista desde la localidad de Andacollo, frente al Hospital

AÑO 5 - N° 13 y 14
Noviembre 1985

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



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:
Dr. Rodolfo Arienti
SECRETARIO:
Dr. Roberto Villagra
TESORERO
Dr. Jorge Gorosito
**DIRETORES DE
PUBLICIDAD**
Dr. Ricardo Cicerchia
VOCALES:
Dr. Alberto Tordella
Dr. Arturo Carrillo

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 CIENTIPIOS: Dr. Norberto Kurchan, Dr. Julio Raby, Dra. María Elena Chiesa, Dr. Julio Arce, Dr. Daniel Etcheverría, Dr. Carlos Planciola, 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

MR

INDICE

Números 13 y 14

EDITORIAL	1
INTRODUCIENDO MR	3
QUINTAS JORNADAS PROVINCIALES DE MEDICINA RURAL	4
SEMINARIO "PARTICIPACION POPULAR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD"	12
ANÁLISIS DE LOS EGRESOS DE INTERNACION DEL HOSPITAL "9 DE JULIO" DE LAS BREÑAS (CHACO)	17
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ALCOHOLISMO	22
APUNTES DE LA ZONA SUR DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN	24
APORTES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL	28
ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA DEL NIÑO ABANDONADO	30
—LA CONTAMINACIÓN DE LOS SISTE- MAS SOCIALES	
EL EXPEDIENTE MÉDICO ORIENTADO A PRO- BLEMAS	31
PRIMER CURSO ARGENTINO DE MEDICINA SOCIAL	35
CONVOCATORIA POR LA VIDA, LA PAZ, LA JUSTICIA Y LA DEMOCRACIA	
—Documento y Adhesiones	34
OBJETIVO COMUNICARNOS	42
ANECDOTARIO REFLEXIVO	43

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

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

EDITORIAL

Nuevamente llegamos a nuestros lectores, presentando los números 13 y 14. Motiva este ejemplar doble la publicación de las actas de las Quintas Jornadas Provinciales de Medicina Rural y Encuentro Nacional de Médicos Residentes en Medicina General, además de los artículos que componen secciones habituales de nuestra revista.

Del 14 al 17 de setiembre ppdos. la Sociedad de Medicina Rural estuvo presente en el Primer Congreso Argentino de Medicina Familiar realizado en Buenos Aires. Recogimos allí una interesante experiencia de intercambio y conocimiento de otras realidades. Encontramos coincidencias en los siguientes puntos:

—“El punto de partida de las acciones debe ser la Justicia”. Dr. Julio Monsalvo (Prov. del Chaco).

—“Las necesidades que tiendan a lograr esta Justicia y que sean debidamente demostradas no deben sufrir demora en la asignación de los recursos necesarios”. Dr. Abelardo Ramírez Márquez (Viceministro de Salud de Cuba).

—“En la formación de médicos generales o de familia deben intervenir médicos generales o de familia”. Profesor José Laguna (Universidad Autónoma de México).

Comprobamos en ese fructífero intercambio que existe un gran número de profesionales jóvenes ávidos de acceder a formación en estas especialidades y no logra canalizar sus inquietudes. Estuvimos en contacto con la gran cantidad de información y el importante desarrollo que ha logrado la Medicina de Familia hasta el presente.

Nos preocupamos, ya de regreso, en encontrar las mejores formas de hacer llegar la información recogida y existente a todos los efectores. Buscamos no repetir errores de parcializar o limitar la difusión de la información, lo que ha llevado al no aprovechamiento íntegro de las bases que dan sustento a esta modalidad de atención.

En nuestra provincia la Medicina de Familia es una experiencia que se desarrolla sobre una estructura sanitaria que es modelo de eficiencia y efectividad. Debemos rescatar la importancia de la tarea diaria de cientos de trabajadores de la Salud que se desarrolla sobre los lineamientos definidos ya hace 15 años y con otros incorporados en forma más reciente: atención personalizada, extensión de cobertura, comprensión del individuo en su núcleo familiar y el medio en que se inserta.

Esta labor continua de todo el Sistema da como resultado el mejoramiento de los indicadores tradicionales, que nos enorgullece. Da sustento también al desarrollo de diversos programas y proyectos tendientes a mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Debemos encarar con humildad, sin demora y sin temores la necesaria autocrítica periódica para el mejoramiento de las acciones. Sólo un sentimiento de soberbia nos puede hacer creer que hemos cumplido, y que todo se desarrolla en forma ejemplar por el solo hecho de hacerse en Neuquén.

Creemos oportuno reiterar una preocupación de nuestra Sociedad en los últimos 3 años: ¿es adecuado el desarrollo de la Medicina de Familia en nuestra Provincia?

Hemos comprobado, en distintos ámbitos nacionales, el valor de ejemplo que se le asigna a la organización del Sistema de Salud de nuestra

Provincia. Si la Medicina de Familia no da buenos resultados o si no es bien implementada, probablemente la base organizativa permitirá continuar con la tendencia actual, y puede llegar a pensarse que la experiencia de Medicina de Familia ha sido exitosa.

Años de trabajo enmarcados en la atención primaria en el interior de la provincia basada en la tarea de los médicos generalistas, agentes sanitarios, choferes, enfermeras, odontólogos, etc., definen una experiencia para desarrollar esta atención en CENTROS DE SALUD del Area Programática del Hospital Neuquén. Las discusiones sobre la implementación de la Medicina de Familia no han permitido valorar aún la tarea que en ellos a cabo y que se propone redefinir y jerarquizar progresivamente incluyendo a médicos generalistas como conductores de los Centros, y que llevan a los barrios las modalidades de atención desarrollados en localidades del interior, integrando a verdaderos Equipos Primarios de Salud a los clínicos, tocoginecólogos, pediatras, enfermeras que ya se desempeñaban allí, e incorporando a asistentes sociales y psicólogos. Entendemos que esta iniciativa debe crecer y consolidarse en todo el área de Neuquén y los barrios perurbanos de las demás ciudades neuquinas.

Papel fundamental en este proceso, tanto en la conducción como en la ejecución, debe ser desempeñado por quienes, merced a su experiencia práctica en el trabajo, rescatan de los modelos supuestamente "nuevos y originales" aquellos elementos que son solo factores de mejora y maduración para un Sistema de Servicios de Salud que nuestra provincia desarrolla desde hace quince años. Lo "nuevo y original" será definido por la misma comunidad, cuando la creciente participación del pueblo impacte sobre las rigideces existentes y sepa permear las barreras institucionales actuales.

LA DIRECCION

INTRODUCIENDO MR - Trece-Catorce

Nuestras quintas jornadas realizadas en marzo en Junín de los Andes han permitido ofrecerles a nuestros lectores el documento presentado como primer artículo de nuestra revista. No cumpliríamos con nuestra función, sin embargo si en cada número incluyéramos solamente el producto de Jornadas de la SMR. Hemos insistido desde nuestra aparición en tratar de motivar la presentación de artículos y trabajos de autores locales, en su mayor parte compañeros nuestros, que se desempeñan en distintas áreas, tanto geográficas, como de las Ciencias de la Salud.

Sostenemos que el que trabaja y piensa tiene que poder expresarse, y ofrecemos nuestra páginas..., creemos que se observa una tendencia favorable en este sentido, tal las presentaciones desde la Zona Sur del Neuquén como del área capitalino, de colaboradores que ya han hecho su aporte en números anteriores. Estamos seguros además, de que existe una gran riqueza de trabajo de compañeros, diseminados en toda la provincia, que no se conoce, que no se transmite, que no puede ser estudiado y servir a otros todavía, en distintas latitudes, y que solo se refleja por medio de los fríos datos estadísticos, y de los impersonales informes que periódicamente se realizan desde los diferentes establecimientos, y de los consolidados efectuados desde el sector central de la Subsecretaría de Salud. Pero hay una vivencia oculta, y un trabajo tesonero diario de muchos anónimos trabajadores de salud donde se mezcla la alegría de un éxito, de un esfuerzo generoso a veces sin horario, de una lágrima de impotencia, de un fru-

to desaprovechado, de una gratificación no compartida, de una lucha silenciosa, alejada y desconocida, de una búsqueda incesante de un camino de justicia en el ámbito de la Salud, y no debe perderse, no puede quedar sin conocerse, y por ello reiteramos nuestra invitación a todos, en esta provincia, y desde cualquier rincón del país, que nos envíen lo que consideran puede ser reflejo de su trabajo y su pensamiento. No podemos menos que mencionar lo resuelto en la última Asamblea de nuestra Sociedad realizada en Zapala en julio, donde se decidió que no serán solamente los profesionales de la salud los que pueden ingresar a la SMR, sino todos los trabajadores de la Salud, que así lo deseen e incluimos algunas reflexiones del Dr. Willie Arrue que apuntan a una fundamentación de esta decisión.

Por otra parte, creemos que no está desactualizado incluir documentos presentados en octubre de 1984 durante el acto y la marcha por la VIDA, la Paz, la JUSTICIA, y la DEMOCRACIA, convocado por entidades de profesionales de la salud de la provincia, ya que su vigencia permite consolidar precisamente esos valores en el tiempo y en la sociedad.

Agradecemos asimismo a los amigos del Chaco y del Gran Buenos Aires quienes nos envían trabajos que seguramente serán generadores de experiencias y estudios similares, o servirán de estímulo a quienes ya han iniciado el camino - MR queda abierta para conocer sus opiniones. Esperamos serles útiles, y cerrar la brecha en la demorada aparición de este número, que esperamos sepan comprender.



biochemical s.a.c.i.f.i.

- **RECETAS ESPECIALIZADAS**
 - Prótesis cardíacas y Traumatológicas.
 - Cateteres Cardíacos. Cook
 - Tubos endotraqueales portex.
 - Ortopedia
 - Suturas atraumáticas Ethicon

SU NECESIDAD BIOMEDICA ENCONTRARA
LA RESPUESTA ADECUADA.

**RAPIDEZ Y EFICIENCIA.
PIDA PRESUPUESTO
O COTIZACION
ATENDEMOS MUTUALES**

- **Equipamiento hospitalario**
- **Consumo médico**
- **Consumo de laboratorio**
- **Consumo de enfermería**

MTRO. GONZALEZ 221 - T.E. 25992-24103
8300 NEUQUEN

QUINTAS JORNADAS PROVINCIALES DE MEDICINA RURAL ENCUENTRO NACIONAL DE MEDICOS RESIDENTES EN MEDICINA GENERAL

Se llevaron a cabo en la localidad de Junín de los Andes, Pcia. del Neuquén, entre los días 14 y 17 de marzo de 1985.

Fueron organizadas en forma conjunta por la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén y la Asociación de Médicos Residentes del Hospital Provincial Neuquén.

Para el desarrollo de las mismas se eligió la modalidad de taller. Se elaboraron guías de trabajo para que los participantes trabajaran en grupos, de composición alternada. Para la confección de estas guías se contó con la valiosa colaboración de la Prof. Ana Auer (Departamento Capacitación - Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén).

Cada uno de los temas concluyó con un plenario, en donde los distintos grupos expusieron sus opiniones, con los cuales se elaboró el consolidado final. Estos plenarios fueron coordinados, con especial calidad, por la Prof. Ana Barreneche (Centro de Educación a Distancia - Universidad Nacional del Comahue).

A continuación presentamos las conclusiones de estas Jornadas. Antes de cada tema se consigna, en su totalidad, las guías de trabajo que orientaron las discusiones.

Deseamos hacer constar nuestro profundo agradecimiento a toda la comunidad de Junín de los Andes, que con su calidez nos permitió disfrutar en plenitud los días pasados en esa ciudad.

COMISION DIRECTIVA SMR
COMISION DIRECTIVA AMR

COMPOSICION, ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Teniendo en cuenta la Declaración de Alma Ata y las definiciones al respecto elaboradas por la O.M.S., se acotó operativamente a la APS como el primer contacto entre la comunidad y el sistema de salud, con acciones tendientes a fomentar el autocuidado responsable de la salud por parte de los individuos. Basándose en esta definición, el equipo de APS se fundamenta en las necesidades de la comunidad a la que sirve.

Este equipo puede denominarse equipo primario de salud (EPS), del cual habría dos concepciones:

I) EPS básico (institucional, interdisciplinario, propio del sector salud).

II) EPS ampliado (comunitario, metadisciplinario, intersectorial, que incluye al anterior con aporte

de voluntarios, líderes, instituciones y población en general).

El EPS, de acuerdo a sus integrantes y nivel de resolución de problemas, puede ser:

- mínimo
- necesario
- óptimo

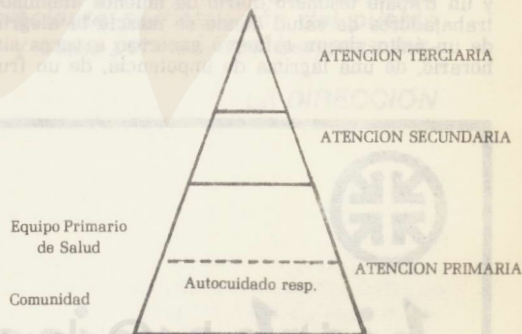
Se sugiere que el equipo mínimo esté conformado por:

- agente sanitario
- enfermero (profesional o auxiliar)
- asistente social
- médico generalista
- odontólogo

Para determinar la composición del EPS necesario ú óptimo habría que analizar:

- nivel de complejidad del Establecimiento,
- características de la población a cubrir,
- distribución geográfica (urbana, periurbana, rural),
- problemas del área de responsabilidad,
- recursos disponibles (propios del sector y comunitarios).

Dentro del marco institucional los demás miembros del personal actúan como apoyo directo al EPS mínimo, pudiendo integrarse al EPS necesario ú óptimo si del análisis propuesto surgiera la conveniencia.



El EPS debe organizarse internamente, proponiendo la siguiente metodología:

- a.- Elección del coordinador, según motivación y responsabilidad administrativas, técnica y legal.
- b.- Definición de roles y funciones de todos los miembros del equipo.
- c.- establecer jerarquización de las funciones.
- d.- evaluación periódica del funcionamiento y resultados obtenidos.

Estas evaluaciones deben efectuarse en reunión

nes del equipo, las que debieran ser programadas, participativas, docentes, periódicas y continuas.

La coordinación debe determinarse según la organización existente. Si esta no existiera, el médico general puede asumir ese rol en una primera etapa.

El accionar del EPS debe tender a lograr responsabilidad compartida, participación igualitaria, jerarquización de los integrantes, definición de nuevos roles y funciones, intercambiables según momentos de trabajo y situación.

Llegado a esta etapa, la coordinación puede ser asumida por cualquiera de los integrantes, según idoneidad y circunstancias.

RELACIONES CON LOS DEMAS NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD

En un sistema de salud escalonado y referenciado, surge la necesidad de establecer canales fluidos de comunicación bidireccional para cumplir actividades de tipo asistencial, administrativo, docente y de investigación.

Desde el punto de vista docente - asistencial, el nivel primario debe recibir actualización continua y normatización desde los otros niveles, y efectuar la adecuación correspondiente mediante evaluaciones conjuntas. A su vez debe realizar las referencias asegurando una adecuada utilización de todos los recursos del sistema, circuito éste que se cierra con la contrareferencia, que debe cumplir con los requisitos de ser docente, clara y respetuosa.

Con respecto a lo administrativo, se debe tender a priorizar la programación a nivel local y su integración intersectorial.

La investigación en el nivel primario se da primordialmente con enfoque epidemiológico y ecológico.

Para lograr estas interrelaciones los integrantes del sistema sanitario, en sus distintos niveles de atención y complejidad, deben sentirse y saberse participantes activos y responsables del sistema, y por lo mismo respetarse mutuamente, comprender el rol que le cabe a cada uno y comprometerse con la comunidad a través de su trabajo diario.

RELACIONES E INSERCIÓN DEL MEDICO GENERAL EN ESTABLECIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD

La APS debe brindarse en todos los establecimientos asistenciales, cualquiera sea su complejidad, actuando como puerta de entrada o primer nivel de atención del sistema de salud. (Ej.: consultorios de admisión, orientación o demanda espontánea).

En las condiciones organizativas actuales se vislumbra a los centros periféricos como el lugar más apropiado para la inserción del médico generalista en los hospitales de mediana y alta

complejidad. Este es el ámbito adecuado para el funcionamiento descrito del EPS. Asimismo la guardia externa general debiera ser cubierta por médicos generalistas. Se tomó en cuenta las dificultades que plantea la actividad del médico generalista en la internación en estos establecimientos.

Se sugiere que en los Hospitales de nivel IV podría modificarse la internación en función del rol de los médicos generalistas como médicos de cabecera, actuando los especialistas como interconsultores para la resolución de la patología más compleja. Evolucionar de la tradicional sala hacia las modernas habitaciones, que facilitan la personalización de la atención.

Estas actividades (área programa, admisión, guardia, internación) deben enmarcarse en una unidad organizativa autónoma, con actividades sistemáticas y programadas, con recursos propios, la cual puede necesitar de nuevos indicadores para evaluar su funcionamiento y rendimiento, habida cuenta del importante volumen de trabajo comunitario que se desarrollaría en este servicio.

MODO DE ASEGURAR LA COORDINACION CON LOS DEMAS SECTORES

El EPS necesita coordinación en tres áreas: interinstitucional interinstitucional y comunitario.

Es conveniente que los miembros del EPS residan en la misma localidad o barrio, conociendo los códigos que utilizan las instituciones y la comunidad.

La coordinación referida da el marco que asegure la no superposición de esfuerzos y recursos, así como que los proyectos que se encaren lo sean en función de desarrollar las potencialidades de la comunidad.

Facilitaría en grado sumo la coordinación interinstitucional una decisión gubernamental que la garantice y respalde.

La descentralización administrativa facilita la integración intersectorial.

FUNCIONES DEL MEDICO GENERAL.

Administrativas:

- Planificación de acciones de APS.
- Racionalización de recursos.
- Producción y evaluación de información epidemiológica, demográfica y estadística.

Docentes:

- Capacitación continua propia y del equipo.
- Supervisión de las actividades del equipo.
- Educación sanitaria y difusión.

De integración:

- Con otras instituciones.
- Con los efectores de la medicina tradicional.
- Con la comunidad.

Asistencial:

- Atención primaria

- Atención secundaria
- Rehabilitación.

De Investigación:

- Con énfasis en la faz operativa.

De Facilitador:

- Del accionar de los equipos.
- Del desarrollo comunitario

GUIA NUMERO 2

TEMA: PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO GENERALISTA.

OBJETIVO: Diseñar el perfil profesional del médico generalista.

ACTIVIDADES:

1.— Leer en forma comprensiva los siguientes conceptos sobre "perfil académico-profesional", y comentar en grupo las apreciaciones que de la lectura surjan.

Concepto de perfil académico-profesional: La expresión "perfil académico-profesional" engloba integralmente lo concerniente a las exigencias académicas con las exigencias laborales. No obstante debemos reconocer que, metodológicamente, conviene establecer una discriminación entre los conceptos "perfil académico" y "perfil profesional".

Concepto de perfil académico:

Comprende el señalamiento de las características deseables y de las condiciones factibles que se pretenden con la capacitación ofrecida por la escolaridad formal. En función de esta perspectiva, por perfil académico se entiende la definición de las áreas de información, formación y sensibilización que se pretende desde el punto de vista formal.

Dicho en otras palabras, representa los rasgos, las particularidades, los conocimientos y las expectativas que califican a un sujeto para recibir una credencial académica.

Concepto de perfil profesional:

Es la descripción de las características pretendidas por el empleador. De acuerdo con ésto, esas características deben reflejar las exigencias del mercado ocupacional, en términos de requisitos que definan las habilidades, las destrezas, los rasgos de personalidad y el nivel de educación inherente al desempeño profesional.

La apreciación de esta definiciones, de inmediato, nos pueden indicar los riesgos que pueden correrse cuando ellas se divorcian y se distancian. Con una intención de clarificación rápida, podemos decir que el desdoblamiento de ambos perfiles reflejan desajustes que se producen generalmente en las sociedades poco planificadas.

En efecto el relativo grado de autonomía que tiene la educación puede plantear, muy especialmente en el nivel superior, un desacople que puede manifestarse en diversos términos:

Que el perfil académico no cuadre o, simplemente, que no sea aceptado por el empleador.

Que el empleador sólo subraye una de las características de dicho perfil y subestime las restantes.

Tiempo: 30 minutos.

2.- Revisar las funciones del médico generalista que el subgrupo haya formulado, como producto del trabajo grupal orientado por la guía de actividades del tema anterior.

Tiempo: 10 minutos.

3.— Elaborar el "perfil profesional" del médico generalista. Recuerde que la propuesta de esta actividad se concreta en un intento por armonizar contenidos académicos con exigencias ocupacionales (funciones).

Tiempo: 60 minutos.

4.— Los subgrupos de participantes, reunidos en plenario, escuchan y discuten los informes presentados por los relatores de los diversos subgrupos. Elaboración de un consolidado final.

Tiempo: 60 minutos.

PERFIL DEL MEDICO GENERALISTA

Con respecto al perfil del médico general, hay dos conceptos que deben interrelacionarse: perfil profesional y perfil académico, abarcando éste el nivel de pregrado y postgrado.

La definición del perfil profesional debe necesariamente condicionar la elaboración del perfil académico, a efectos de que la institución formadora de recursos lo haga en función del ámbito donde el médico desarrollará su accionar.

El perfil profesional debe ser diseñado por la comunidad junto con el efector, que generalmente es el Estado.

Se aporta que el médico general debe realizar programación local, con enfoque de riesgo para la determinación de grupos prioritarios de población en función de los daños más significativos. Debe tender a que la población efectúe autocuidado responsable de la salud.

Estará capacitado para atender toda la demanda espontánea, resolviendo aquella de baja complejidad y que requiera tecnología sencilla para su resolución. Deberá orientar la referencia de aquellos pacientes cuya patología exceda su posibilidad de solución.

Respetará las pautas culturales de la sociedad en que se inserte. Poseerá conocimiento de ciencias de la conducta, sociología, pedagogía, antropología, educación para la salud que le permitan considerar al individuo en su integridad biopsico-social.

Debe ser un promotor y facilitar del trabajo en equipo, con iniciativa e inventiva para la fijación de nuevos objetivos a cumplir.

Debe permanecer más de 2 años en la comunidad en que actúa, a fin de sentirse parte integrante de ella y asumir en plenitud el rol que ésta le reserva.

En base al perfil profesional descripto, se analizó el perfil académico de la enseñanza universitaria en Medicina.

Se coincide en que presenta las características de ser individualista, academicista, disociadora y no responde a las necesidades de la comunidad. Sus programas están determinados por una política liberal en un país subdesarrollado y dependiente.

Deforma la actitud social del estudiante, y provoca frustración cuando el egresado encuentra innumerables dificultades para insertarse en el mercado laboral.

Se sugiere que la formación de pregrado aborde la problemática de la Salud a través de la Atención Primaria. La enseñanza debe partir del individuo sano y no del enfermo. El establecimiento docente debe estar abierto a la comunidad, con activa participación del estudiantado en Centros de Salud dependientes de la Facultad.

La formación sistemática de posgrado (residencia) debe tender a que el profesional se adecue al perfil profesional descripto, a efectos de corregir los inconvenientes detallados en el perfil académico.

A tal fin su programa de capacitación debe tener en cuenta las características sociales, antropológicas y epidemiológicas de la región en la que va a desempeñarse. Su formación debe orientarse hacia el trabajo comunitario, privilegiando como centros docentes los establecimientos hospitalarios de mediana complejidad y Centros de Salud.

El espectro de materias debe incluir las especialidades denominadas "básicas" (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Pediatría, Tocoginecología), así como las críticas (Traumatología, Anestesia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Salud Mental), extendiéndose a administración, estadística, medicina sanitaria, ciencias de la conducta, ciencias sociales y saneamiento ambiental.

Tender a que el eje del recurso docente sean médicos generalistas, con el aporte del resto del equipo de salud.

Las evaluaciones deben privilegiar el aspecto cualitativo sobre el cuantitativo; se mencionó que la coexistencia de residencias generales con lineales provocan una disminución de la posibilidad de aprovechamiento de oportunidades docentes.

En los casos en que el empleador no sea el sistema oficial resulta difícil realizar tareas de APS pues las obras sociales o los seguros de salud no incluyen en el nomenclador estas actividades. El médico general se encuentra relegado con respecto a los especialistas, por lo que es necesario la inclusión y jerarquización de sus prácticas en el Nomenclador Nacional.

Es importante para el médico generalista que el sistema de salud considere, al igual que para el resto de los integrantes del equipo de salud, las características familiares de estos prestadores, las características geográficas del lugar de desenvolvimiento de su tarea y el reconocimiento económico acorde con su trabajo.

GUIA NUMERO 3

Dentro de la realidad latinoamericana surge como necesidad extender los servicios de salud a los amplios sectores marginados que no tienen acceso a los centros asistenciales que propone el sistema ni obtienen de éstos respuestas adecuadas. La atención primaria de la salud (APS) parece ser la estrategia apropiada para encarar la cobertura sanitaria de las poblaciones carenciadas, bajo el

lema de Alma Ata "Salud para todos en el año 2000".

Uno de los recursos humanos que integra el equipo de salud junto con otros trabajadores sociales es el médico general (MG), recurso profesional más idóneo para llevar a cabo la APS.

Sin embargo, este sector aislado es incapaz de afrontar la tarea de preservar la salud de la población. Es imprescindible que cuente con la Atención Secundaria y Terciaria, integrados todos dentro de un sistema sanitario que se organice adecuadamente (regionalización y descentralización) y esté sustentado en una política sanitaria que contemple las necesidades de la población a la que sirve.

Dentro de este marco y conocimiento el producto deseado que es el "M.G. para la APS dentro de un Sistema de Salud organizado", los residentes deberán dirigir su debate hacia el logro de este objetivo.

1.— Sistema de Salud:

—Es necesario un Sistema de Salud que albergue al MG? Porqué?

—Cuales son las características fundamentales que tiene que tener un Sistema Sanitario en la Argentina?

—A que debe responder un sistema de Salud?

2.— Atención Primaria:

—Según la definición clásica de APS, cuáles son los modos de implementarla en la práctica? (planes, programas, etc).

—Qué rol le debe caber al Estado y a los demás sectores de salud en la organización de la APS? (que generalmente no es reductible en términos lucrativos).

—Qué recursos humanos se requieren para llevar a cabo la APS?

—Se está privilegiando la APS? Cómo se la jerarquiza?

—Cómo lograr la adecuación de la APS a las necesidades de la población?

3.— Desarrollo comunitario:

—Cuál es el rol del MG en el desarrollo comunitario y desde qué postura?

—El médico que pretende ser "factor de cambio" en una comunidad puede asumir posturas paternalistas o autoridades para fomentar el desarrollo comunitario. Estos modelos son los más adecuados? Porqué?

4.— Jerarquización del MG.:

—El MG se jerarquiza a sí mismo, y es jerarquizado por sus colegas, y por la comunidad? Porqué?

—Como jerarquizar al MG?

5.— Problemática regional de las residencias:

—Capacitación adecuada

—Incorporación efectiva a un sistema sanitario - futuro profesional.

—Aspectos económicos

—Futuro del MG en ese lugar

—Interrelaciones con los demás sectores de salud

—Adecuación a la realidad local

ENCUENTRO NACIONAL DE MEDICOS RESIDENTES EN MEDICINA GENERAL

Los concurrentes efectuaron un trabajo de taller, distribuidos en cuatro grupos que discutieron un mismo temario (enunciado en las dos guías de trabajo), disponiendo de tiempo limitado para desarrollar los debates y las conclusiones, con el fin de ser operativos. Si bien era de esperar que no se finalizara la tarea, como efectivamente ocurrió, se considera cumplido el objetivo fundamental de plantear los interrogantes que provienen de las realidades de cada uno de los residentes y de sus provincias, para no dar por terminado el trabajo en estas jornadas, sino ir contribuyendo a diario a solucionar nuestros problemas entre todos.

Resumimos a continuación las conclusiones de los cuatro grupos a modo de "Documento Final".

1. Sistema de Salud:

Es fundamental que el M.G. trabaje dentro y desde el Sistema de Salud, por varias razones. Si trabajara aislado no podría desarrollar todas sus potencialidades, lo que origina frustración o —a lo sumo— aporta satisfacciones individuales referidas a éxito aislados. Tampoco podría contar con el apoyo profesional que brinda la regionalización de complejidades hospitalarias. El voluntarismo no lograría superar la poca eficacia del esfuerzo solitario. Existe la necesidad de institucionalizar las actividades de APS (no rentables en términos lucrativos) y asegurar la continuidad y el desarrollo de un proyecto de alcance masivo y comunitario.

En nuestros países "subdesarrollados" las altas tasas de mortalidad se deben sobre todo a enfermedades prevenibles, y es la APS la respuesta más adecuada a esta realidad, y el MG el efector profesional de ella. El establecimiento de un sistema de salud adecuado depende de definiciones políticas a partir de las cuales se elabore una ley nacional de salud adaptable a cada realidad regional. Partimos desde luego del concepto de salud como bien social, como derecho de nuestros pueblos sumergidos, en esta Latinoamérica injusta con grandes contrastes socio-económicos y condiciones de vida infrahumanas para las mayorías. Dentro de este marco, el MG realmente comprometido con la comunidad que lo forma debe ser —además de efector— gestor de una política sanitaria bien definida, con objetivos logrables, atendiendo a las necesidades de su gente.

El Sistema de Salud debe ser regionalizado y federal, abarcar en su accionar a la totalidad de la población, responder a una decisión política y a una realidad concreta (a la que no es aplicable modelo foráneo alguno, tipo EE.UU.), debe establecer grupos de riesgo para lograr una distribución adecuada y racional de recursos, debe privilegiar la APS, regionalizar los servicios de menor a mayor complejidad interrelacionando los niveles a través de la centralización normativa y la descentralización operativa, distribuir los

recursos humanos en base a un diagnóstico de situación previo, establecer programas definidos, en fin, fundamentarse en un sentido amplio de justicia y liberación, comprendiendo que el logro de los objetivos en salud sólo se realizará acompañado de cambios sociales, educativos, económicos y de conciencia política de la población. En ese sentido Salud deberá comprometerse con los demás sectores estatales para coparticipar aunando esfuerzos.

2.- Atención Primaria:

Según la OMS se la define del siguiente modo: "Atención Primaria de la Salud no es ni más ni menos que la prestación de los cuidados indispensables para la salud a todos los individuos y a todas las familias de una comunidad, por medios aceptables para los interesados, con la plena participación de éstos y con un gasto accesible no solo para la comunidad beneficiaria sino para el país al que pertenecen. Las prestaciones de atención primaria forman para del sistema sanitario de cualquier país y ocupan un lugar central en ese sistema y en el esfuerzo general de desarrollo socio-económico de la comunidad".

Es decir que siendo su finalidad el logro de la cobertura de toda la población con una tecnología de aplicación simple y de bajo costo que sirve como puerta de entrada al sistema de salud, se deberán plantear programas para la promoción de la salud, prevención de enfermedades (a través de educación para la Salud, control de grupos de riesgo, control de enfermedades transmisibles regionales), diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas más comunes y control de las crónicas, diagnóstico de patologías derivables a otros niveles de resolución, saneamiento ambiental, recopilación y análisis de información demográfica, estadística y epidemiológica. Los programas deberán ser nacionales (maternoinfantil, control de embarazo, etc.) y regionales (control y prevención de hidatidosis, ofidismo, etc.), de acuerdo al diagnóstico de situación.

Es el Estado quien tiene que asumir la responsabilidad de organizar y mantener el sistema de salud, lo que requiere una decisión política que, de no ser clara, debe ser reclamada por la población a través de su participación activa. El Estado deberá distribuir los recursos económicos asignados de Salud y Educación y ser responsable de la A.P.S., ya que el subsector privado no se interesa en la totalidad de la misma en la medida en que no puede beneficiarse en términos lucrativos, ya que la APS requiere grandes inversiones sin beneficio económico directos. Un plan integrado de salud deberá definir los roles de los sectores estatal, privado y de obras sociales y las obligaciones de cada subsector en relación a la APS, reglamentado por el Estado.

Los recursos humanos requeridos para llevar a cabo la APS fueron enunciados al definir el Equipo de Salud multidisciplinario y multisectorial (integrado por vertientes institucionalizados y no institucionalizados).

En cuanto a la jerarquización de la APS en nuestro país, estamos lejos de que esto ocurra,

si bien existen excepciones regionales. En la medida en que el equipo de salud asuma su rol en la APS y se autojerarquice, incorporado a un sistema que lo respalde, rodeado de pares médicos y no-profesionales que comprendan y complementen su labor, la comunidad "prestigiara" este nivel de atención. Contamos para ello con las estructuras educacionales existentes y con un inestimable arma en los medios de comunicación, desaprovechados hasta el momento. Una forma más de convertir el concepto de "atención primitiva" que muchos tienen de la Atención Primaria, es denominarla de ahora en más "atención primordial".

3.- Desarrollo comunitario:

El rol del médico general (MG) en el desarrollo comunitario fue definido como de "facilitador" del mismo. No es deseable que asuma actitudes conformistas y paliativas frente a problemas de la comunidad, que enlentecerían sus soluciones. Quien pretenda ser "factor de cambio" asumiendo posturas paternalistas no solo atenta contra la idiosincrasia de la comunidad sino que ayuda a aumentar el grado de sumisión y dependencia. En todo caso el médico general generará alternativas de mejoramiento comunitario en todas las áreas del desarrollo social de acuerdo al perfil definido y deseable. Las actitudes soberbias citadas se evitan si el MG se integra a la población como vecino, con una sensación efectiva de pertenencia a su lugar de trabajo y desarrollo personal, y con una afán de continuidad y estabilidad en la localidad.

4.- Jerarquización del MG:

El MG no se jerarquiza a sí mismo, ni es prestigiado por sus colegas ni por la comunidad como sería deseable, porque no se tiene claro su rol y su perfil, porque no se instrumenta su jerarquización desde una política sanitaria, porque el modelo que nos ha invadido es el de la medicina superespecializada altamente tecnificada.

Cómo jerarquizar al MG? Estableciendo residencias que formen MG con instructores que sean MG, asegurando su capacitación continua luego de egresados, con una remuneración suficiente, con un buen intercambio bidireccional con los demás niveles del sistema, difundiendo sus funciones y logrando una organización representativa con objetivos claros de trabajo para defender y cumplir con el perfil del MG. En la medida en que los objetivos planteados por la comunidad se vean cumplidos y plasmados en un sistema de salud acorde a las necesidades reales y sentidas, la APS y el MG serán jerarquizados por la población.

5.- Problemática regional de las residencias:

Este tema fue tratado por los residentes en MG de distintas provincias con realidades particulares que fueron analizadas. En general se carece de un sistema ordenado de salud, que forme sus propios recursos (en residencias con capacitación adecuada, incluyendo conocimientos sobre las culturas de las comunidades que los forman y la patología de mayor prevalencia local) que asegure su inserción profesional en el post-gradado, que proteja al MG mediante una ley de carrera sanitaria

(que debe contemplar aspectos laborales, económicos, familiares y sociales) y que no lo abandone posteriormente, acercándole educación continua y ofreciendo un reciclaje efectivo con alternativas de continuar con la "especialidad". En todas las residencias la remuneración es deficiente, quizá porque históricamente ha sido así en nuestro país según modelos ajenos importados. Será hora de revertir este hecho.

En general la interrelación con los demás sectores de salud es pobre, quedando aislada la residencia y hasta desinserta de la realidad sanitarias regional. Las distintas residencias tienen currículas diferentes, pero generalizando muchas veces faltan los programas, y los criterios sobre el perfil profesional del recurso en formación son muy disímiles.

Los conflictos que origina la coexistencia con residencias lineales tiene que ver con la falta o la poca claridad de las políticas sanitarias. Estas deberán definir el recurso necesario e insertar al MG en la docencia para que sea estímulo y modelo de los MG en formación.

En el caso de **Neuquén** la residencia de MG con orientación rural ha sido efectiva y práctica, formando un recurso operativo en su accionar en el medio rural. Si bien la actual residencia en medicina familiar no mostró todavía sus frutos, el tiempo demostrará si el nuevo recurso formado será igualmente adecuado o de mejor aplicación en áreas periurbanas solamente.

A modo de denuncia es necesario señalar casos particulares:

—La residencia de **El Dorado** (Misiones) tiene casi 14 años de antigüedad con alrededor de 27 médicos egresados, de los cuales sólo uno está trabajando como MG, aunque se desempeña en el medio privado, lo que limita su accionar en APS. Los puestos full-time son cubiertos por "todólogos" sin capacitación específica (autoproporcionada o institucional) y que —salvo honrosas excepciones— persigue fines de lucro. Por otro lado los residentes egresados no tienen cabida en el sistema de salud. Sus posibilidades son seguir una especialidad lineal, o trabajar en un centro periférico con escasa remuneración lo que los obligaría a completar sus ingresos con la actividad privada (y en donde —a través de las obras sociales— no se reconocen sus prestaciones como de su especialidad) o bien trabajar en hospitales de nivel III (en general ocupados por médicos que no entran por concurso ni son MG formados). A esto se agrega la actitud pasiva de la población, que acepta lo que se le ofrece, perpetuando así el status quo, algo similar a lo que ocurre con los MG egresados, que no incentivan cambios (por ejemplo no se presentan a los concursos para cubrir cargos full-time). También el agente sanitario es un recurso formado al que no se ha dado cabida en el sistema ni remuneración suficiente que impida que se dedique a otras actividades.

—La residencia de **Olavarría** (provincia de Buenos Aires) funciona hace 8 años con ingresos anuales de alrededor de 5-6 profesionales que luego se especializan, por no tener posibilidades labo-

rales como MG. La formación académica es de alto nivel en las cuatro especialidades básicas (clínica médica, pediatría, tocoginecología y cirugía/traumatología) con trabajo intrahospitalario exclusivamente, pero sin conceptos sobre APS, ni epidemiología, ni trabajo extramuros con la comunidad. El médico egresado está muy bien formado técnicamente pero no se corresponde en absoluto con el perfil del MG que se propuso en estas Jornadas.

GUIA NUMERO 4

De acuerdo a las capacidades señaladas en el perfil que el médico general debe poseer para desempeñar sus funciones en forma adecuada, se propone que el grupo de residentes:

1°) Discuta y elabore recomendaciones útiles para la implementación de una residencia en medicina general, teniendo en cuenta los siguientes aspectos de nivel pedagógico:

—Formulación de objetivos de la Residencia en Medicina General.

—Selección de líneas programáticas (representan un conjunto de contenidos que integran los diversos sectores del saber), por ejemplo: "sector Clínica Médica", "sector sociología", "sector metodología de investigación".

—Formulación de objetivos de las líneas programáticas.

—Selección de contenidos de aprendizaje que comprenderá cada línea programática.

—Estimación del tiempo de rotación por línea programática (ponderándolo en función de la contribución directa o indirecta; básica o complementaria; instrumental o teórica que efectúe a la estructura total de la residencia).

—Definición de estrategias metodológicas:

* lugar de aprendizaje—tipo de actividades de aprendizaje—modo de asegurar oportunidades de aprendizaje para todos los capacitantes.

* técnicas de enseñanza, según objetivos y contenidos de aprendizaje

* contemplar medios o recursos necesarios para el aprendizaje

—Determinación de procedimientos de evaluación:

* evaluación del rendimiento de los residentes.

* evaluación de la eficiencia docente.

—Definición de aspectos de organización y administración:

* recursos humanos necesarios:

—instructores, capacitación técnica de los mismos, responsabilidades que deberían asumir.

—coordinación y control de la organización adaptada.

2°) Considerando que el Sistema de Salud toma la decisión de formar recursos médicos adecuados para atender a las necesidades de la población, debe asimismo asegurar la inserción de éste al medio para el que ha sido capacitado.

De acuerdo a lo señalado, se sugiere que el grupo de residentes formule los criterios que deberían ser considerados para determinar los destinos laborales del médico general.

La guía N° 4 ha sido muy ambiciosa y no hemos contado con tiempo suficiente para lograr conclusiones acabadas. Proponemos que en las distintas residencias se complete esta tarea y se envíen los trabajos a los organizadores para elaborar las conclusiones finales.

Resumimos los lineamientos generales surgidos de esta guía:

1.- **Objetivos de la residencia:**

Capacitación adecuada para el trabajo ulterior en terreno de acuerdo con el perfil del MG enunciado, previo diagnóstico de situación regional, del cual surgirán las líneas programáticas específicas y los contenidos de aprendizaje. Los residentes deben tener ingerencia en la formulación de los programas de rotaciones, y en la decisión de quien los debe formar. Es necesaria la experiencia en terreno mediante rotaciones por niveles de menor complejidad (en el caso de Neuquén debería ser más precoz y más extenso). No se desconsiderarán actividades docentes y de información que pueden no ser de aplicación inmediata en el postgrado pero que motivan para efectuar tareas futuras: metodología de la investigación para realizar diagnósticos de situación y evaluaciones en terreno. El programa tendrá un piso mínimo que obviamente incluirá el diagnóstico, tratamiento y criterios de derivación de las patologías más frecuentes e importantes y elementos de rehabilitación, y un techo que debe redefinirse según las etapas del desarrollo del sistema de salud.

2.- **Tiempo de la residencia:**

Se estableció en tres años. En el caso de Neuquén se demostró que en treinta meses se forma un recurso valioso pero que no completa el perfil del MG enunciado, para lo que se debería contar con seis meses más. Los tiempos programados para las especialidades básicas y las acciones en terreno (en forma paralela o continuada) se determinarán de acuerdo a los resultados de las experiencias conocidas. De no prolongar el tiempo de formación se deberá completar el perfil en el postgrado a través de un sistema de educación continua.

3.- **Lugar de aprendizaje:**

Ha sido comentado anteriormente.

4.- **Recursos humanos:**

Se definió la necesidad de contar con MG como instructores y determinar la correcta composición del cuerpo docente en relación a los especialistas necesarios.

5.- **Evaluaciones:**

Faltó definir la forma de evaluación de los residentes, y se comentó el proyecto de Neuquén, que consiste en confeccionar para cada una de las rotaciones un cuestionario de autoevaluación que comprenda preguntas conceptuales técnicas y de criterio que serán respondidas por los residentes en el transcurso de la rotación correspondiente.

6.- **Destino laborales:**

Los destinos laborales del MG fueron analizados solamente por el grupo de residentes de Neuquén.

Ellos dependen de un diagnóstico de situación realizados por los MG del interior a través de su asociación representativa (recurso desaprovechado por la dinámica actual de toma de decisiones). La definición del "destino" debe considerar el ecosistema sociofamiliar del médico en cuanto éste deberá desempeñarse con satisfacción y deseos de continuidad en su área de trabajo, por lo que los mismos MG deben ser corresponsables de la decisión.

En este Encuentro Nacional de Residentes contamos con la grata participación de representantes de Olavarría (provincia de Buenos Aires), Bariloche (provincia de Río Negro), Orán (provincia de Salta), El Dorado (provincia de Misiones), Jujuy (provincia de Jujuy) y Neuquén. En las Jornadas contamos con representantes de nuestra provincia y de profesionales de Buenos Aires, Chaco, Misiones, la Pampa, Río Negro, Mendoza, Chubut y de la República Oriental del Uruguay, completando setenta los asistentes, constituidos por médicos, agentes sanitarios, psicólogos, obstetras, bioquímicos, enfermeros. Representaron a la comunidad de Junín de los Andes el intendente de la misma y el Jefe de Área de Frontera, y a la Subsecretaría de Salud el Jefe de la Zona Sanitaria IV de esta provincia. Quedó sembrada la semilla para continuar extendiendo el campo de nuestro accionar en la APS, ampliando la participación de los restantes integrantes de los equipos de salud, considerando fundamentalmente a la comunidad.

GUIA NUMERO 5

TEMA: CAPACITACION CONTINUA DEL MEDICO GENERALISTA.

ACTIVIDAD 1: Los participantes deberán elaborar propuestas para la capacitación continua del médico generalista, luego de haber egresado de la Residencia, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- * Contenidos de la capacitación.
- * Métodos a utilizar.
- * Periodicidad y duración de la capacitación.

Tiempo: 240 minutos.

ACTIVIDAD 2: Los participantes, reunidos en plenario, escucharán los informes de los distintos subgrupos, y elaborarán un consolidado.

Tiempo: 180 minutos.

CAPACITACION CONTINUA DEL MEDICO GENERALISTA

La capacitación continua del médico generalista debe tender a ampliar el aspecto de materias que abarque, a diferencia del médico especialista que profundiza en segmentos cada vez más estrechos.

Los contenidos de la educación médica continua deben abarcar:

- Actualización clínico-asistencial.
- Ciencias sociales y de la conducta.
- Ciencias de la comunicación
- Dinámica familiar
- Epidemiología
- Administración hospitalaria
- Salud Pública.

Los métodos a utilizar ofrecen una amplia gama de posibilidades, a seleccionar de acuerdo a cada tema:

- * Educación a distancia (con autoinstructivos y reuniones presenciales).
- * Cursos breves (no más de 1 semana de duración), con modalidad de seminario o taller.
- * Reuniones zonales de normatización y actualización (con la presencia de profesionales del Hospital base del Sistema).

* Rotaciones breves e intensivas (de no más de 4 semanas de duración), por los servicios más complejos del sistema.

* Uso de cassettes o video-cassettes.

* Bibliotecas circulantes.

* Biblioteca biomédica en la zona, con posibilidades de distribución de artículos seleccionados. Con respecto a la periodicidad, se sugiere programar estructuras quinquenales con 1 rotación anual por el Hospital base del Sistema, pasando cada 5 años por las clínicas básicas y alguna de las críticas. En el resto del quinquenio se intercalarían las otras modalidades docentes para mantener la actualización.

Se debe tender a que la capacitación continua se brinde lo más cerca posible del lugar de radiación del profesional.

SEMINARIO

"PARTICIPACION POPULAR Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD"

ISIDRO CASANOVA: 13 y 14 de julio de 1985

CONCLUSIONES

I QUE ES LA SALUD?

Si queremos elaborar o trabajar en salud, debemos tener clara nuestra concepción sobre ella.

La salud es un concepto integral, que toma al hombre como ser que vive en comunidad. Abarca así no sólo al aspecto físico y psíquico, sino también el aspecto social y cultural.

Es necesario preservar al ser humano y atacar las causas que deterioran su salud. No queremos paliativos, queremos soluciones de fondo.

No hay salud sin justicia social. La salud entonces se enmarca dentro de un contexto socio-económico y político, y siendo concebida como derecho, debe actuarse en consecuencia, luchando por ella. Para lograrlo debemos modificar los factores sobre los cuales descansa la salud del pueblo, conquistando: la justicia social y la independencia nacional con la participación popular.

Por eso entendemos que la salud no es sólo la falta de enfermedad, sino la capacidad de lucha individual y social para modificar las condiciones que limitan la vida.

II EL SISTEMA DE SALUD QUE QUEREMOS

La salud debe ser de buena calidad y gratuita, sin diferencias de ninguna índole.

La necesidad de nuestros barrios es la salud, queremos llegar con nuestro pueblo a lograrlo. Para eso debemos emprender una suerte de lucha frontal, con todos los elementos con que se cuenta, técnicos y humanos teniendo claro:

La promoción y prevención deben ser la función central, el foco principal de la política sanitaria de nuestro país. A ella deben destinarse en forma prioritaria los recursos presupuestarios. Partiendo de la base de aumentar **todo** el presupuesto de salud, **incluyendo** el del hospital público, debe haber una redistribución de recursos a favor de la ATENCION PRIMARIA DE SALUD (A.P.S.).

Creemos que la A.P.S. es fundamental para el control de toda la población; esencial es prevenir la enfermedad y no esperar que ésta exista para curarla.

La Atención Primaria de la Salud debe ofrecer servicios de buena calidad para la comunidad. La complejidad de estos dependerá tanto de las **necesidades de la población como de la máxima oferta posible de realizar** de acuerdo al desarrollo socio-económico de nuestro país.

Por lo tanto son inaceptables las proposiciones que impliquen "servicios pobres para los pobres". No debe confundirse A.P.S. con atención primitiva de la salud.

La calidad de la A.P.S. se basa en que tiende a ir a las **causas** de los problemas para prevenir y solucionarlos. Se preocupa por el ser humano en su totalidad, por la familia y la comunidad.

Es menester **revertir el esquema sanitario** impuesto tradicionalmente. Según nuestra visión sería la siguiente forma:

Comunidad
Agentes de Salud
Equipo multidisciplinario
Centro de Atención Primaria
Hospital Regional
Hospital de Alta Complejidad

Por eso se debe impregnar de atención primaria a todo el sistema de salud. Algo anda mal cuando el 50% del presupuesto de salud se gasta en las últimas 48 horas del ser humano.

La A.P.S. incluye acciones tales como:

—control del niño sano y madres embarazadas.
—prevención y control de enfermedades endémicas

—educación en lo que se refiere a problemas más frecuentes de salud y a los métodos para su prevención y control.

—inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas.

—tratamiento apropiados de enfermedades y afecciones comunes incluyendo salud mental y dental.

—provisión de alimentos y promoción nutricional.

—distribución de medicamentos

—rehabilitación del discapacitado

A estas acciones tradicionalmente "reservadas" al sector salud deben siempre considerarse otras, adjudicadas a "otros" sectores pero tanto o más importantes que las nombradas (de allí la necesidad de la estrategia multisectorial):

—provisión de agua de buena calidad.

—tratamiento y recolección de basuras, y saneamiento del ambiente. Adecuada eliminación de excretas.

—vivienda, educación, transporte y recreación.

—creación y defensa de dignas fuentes de trabajo, obtención de jubilaciones y pensiones.

Creemos que la A.P.S. no debe ser una "medicina de emergencia" sino parte integrada del sistema de salud.

Una instancia permanente, pero no por eso estática; todo lo contrario debe ser dinámica y cambiante en el tiempo y en el espacio, es decir de

acuerdo a las características de la comunidad y del momento histórico.

Hay que respetar las características regionales para cubrir las necesidades. Los programas si bien tienen algunas estructuras generales, deben amoldarse a las particularidades de cada zona.

Sin duda la medicina popular, heredada de nuestros antepasados es parte de nuestra cultura nacional. Debe ser integrada —en las formas y condiciones que se determinen— al esquema de salud en general y la A.P.S.

Se deben verificar los tratamientos efectivos de la medicina popular y difundirlos; y prevenir acerca de aquellos que tienen efectos nocivos.

III AGENTES COMUNITARIOS AGENTES DE SALUD AGENTES SANITARIOS EDUCADORES SANITARIOS COMUNALES MULTIPLICADORES DE SALUD PROMOTORES DE SALUD

Estos diferentes nombre surgen en cada lugar de acuerdo a diferentes experiencias. Pero **todos**, cualquiera sea su denominación son de la **mayor importancia** dentro de la Atención Primaria.

a) CUAL ES LA TAREA DE LOS AGENTES O EDUCADORES DE SALUD?

La **tarea** no es sólo asistencialista. A partir del derecho a la salud de los pueblos debemos generar exigencias desde la comunidad, para que el Estado se vea obligado a cumplir el papel que le corresponde.

El **objetivo** del Agente Comunitario o multiplicador debe ser claro.

En primer lugar **conocer la realidad** del pueblo, del lugar donde se está viviendo. Esto se hace exclusivamente en el pueblo, no se puede hacer detrás de un escritorio.

En segundo lugar debe **tener una visión de conjunto** que comenzando en lo personal y familiar, y en lo barrial, continúe con y desde lo nacional y latinoamericano.

Una visión de conjunto en cuanto a la situación económica, política y social, porque todo esto hace a la salud. No se debe tomar la salud como arte curativo y nada más, esa quizás sea la parte menos importante. En tercer lugar, actuar en lo que hace a la **conciencia y organización del pueblo**, respetando su ritmo de crecimiento sus propias organizaciones y caminando con él. Respondiendo a lo que el pueblo quiere y necesita, y no por cuenta propia. Transformar a partir de la realidad que tenemos.

Por lo tanto la acción del Promotor o Agente Sanitario queremos que sea:

PREVENTIVA como función central. Exigiendo esto mismo a nivel político nacional.

INTEGRAL, sin descuidar ningún aspecto del ser humano (físico, psíquico, social).

CAMINANDO CON EL PUEBLO, y no para el pueblo. Con la conciencia de que toda persona, por su experiencia de vida, tiene sabiduría.

RESPETANDO LA CULTURA POPULAR CREANDO LAZOS DE AMISTAD

Los Agentes o Educadores Sanitarios tienen que representar auténticamente a la comunidad, proponiendo soluciones en conjunto y planificando las tareas a realizar.

No deben ser siempre nexo entre la población y los profesionales. **Expresan a la comunidad** en sus necesidades de salud, y son los que conocen en forma concreta la realidad de su zona.

Si bien pueden ser elegidos por la comunidad —lo cual es deseable—, casi siempre surgen de ella por sus propias inquietudes, y luego son confirmados o no por la comunidad, de acuerdo a sus actitudes.

Pueden emerger de una organización política o religiosa, pero deben trabajar para toda la comunidad sin distinción de ningún tipo. Educando y multiplicando con amor la ayuda a su semejante y a sí mismo.

El trabajo comunitario es duro y lento, lo importante es perseverar. Ir colocando ladrillo sobre ladrillo sobre un buen cimiento para evitar que ante la primera tormenta todo se desmorone.

Si bien las acciones el agente comunitario debe incluir tareas dentro del Centro de Salud, lo fundamental debe desarrollarse en los hogares y en los diversos encuentros de la comunidad.

Los Agentes Sanitarios son parte esencial del Centro de Salud y deben estar incorporados a su dirección con un **papel de decisión**, con voz y voto. Pero no deben olvidar que **representan siempre a la comunidad** a la que pertenecen. Esto es necesario lograrlo en base a un proceso, tanto por parte del Municipio o Provincia para aceptar ese papel de decisión de la comunidad, como de los Agentes de Salud para ser fieles a esa comunidad y las organizaciones que lo representan.

Es necesario la actualización periódica y lograr niveles progresivos de adiestramiento, para una buena capacitación técnica de los Educadores Sanitarios. Los multiplicadores deben ser considerados como un recurso humano fundamental dentro de los planes de salud de cada Provincia y Municipio, poniendo en práctica una verdadera participación popular en la atención primaria.

Los Agentes comunitarios actúan en distintas acciones de acuerdo a las necesidades del pueblo y a sus propias inclinaciones y conocimiento. Por ejemplo ayudando a crear huertas familiares o comunitarias; son una alternativa para lograr mejores niveles de participación y mejorar la nutrición del grupo familiar. En el mismo sentido actúa la promoción de la cría de animales de granja.

Hay diferentes metodologías que pueden servir para romper viejos esquemas de trabajo, para que los agentes sanitarios puedan desarrollar su tarea en grupo.

Una de estas metodologías es la visión de la realidad analizándola en grupo, con preguntas generadoras surgidas de la necesidad y el sentir de nuestro pueblo. Trabajando por grupos a partir de esas preguntas y analizando luego entre todos el senti-

miento popular en ese ámbito. Juzgando, es decir buscando la raíz de los problemas para luego actuar todos juntos.

Lo importante, cualquiera sea la forma de trabajo grupal es respetar la conciencia de pueblo y decidir en equipo, todos al mismo nivel, como integrantes de la comunidad.

b) RELACION ENTRE LOS AGENTES DE SALUD MULTIPLICADORES Y LOS PROFESIONALES.

Se debe romper con la rigidez del rol del profesional y del Agente de Salud para hacer fluidas las relaciones entre ambos, favoreciendo la labor asistencial. Esto supone que los educadores de salud se comuniquen y pregunten sin resquemores con los profesionales, y estos depongan a su vez actitudes señoriales que entorpezcan la capacidad de comunicación, tomando conciencia de las necesidades del pueblo.

Así, deben trabajar en conjunto agentes comunitarios y profesionales, con igualdad en la participación y en la decisión. Es necesario remarcar el trabajo de los profesionales que marchan junto al pueblo, dando lo mejor de sí.

IV PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: EJE DE LA TRANSFORMACION

a) PAPEL DE LA COMUNIDAD

La conducción de la Atención Primaria de Salud debe partir de la **base popular**, que quiere decir, desde el mismo pueblo que considera la salud como algo propio, y por lo tanto es protagonista de su conquista y defensa.

La Atención Primaria de Salud debe rescatar y tomar las experiencias de organización propias de la comunidad, rescatando los valores de la Cultura Popular.

La selección de prioridades de las acciones y programas a desarrollar deben ser realizadas por la propia comunidad y, en estrecha vinculación con ésta, los profesionales deben ofrecer toda la información necesaria para una correcta decisión.

La comunidad **participa plenamente**, solo con la toma de decisiones en el planeamiento, organización, operación y control del sistema, creando su propia modalidad para la participación.

Por ahora el proyecto de salud es de arriba para abajo, necesitamos que sea de abajo para arriba, a nivel Municipal y de Gobierno. Si los proyectos están basados en los derechos y la decisión del pueblo, no se pueden destruir tan fácilmente.

A veces existe solamente el apoyo a iniciativas externas (por ej. colaborar con una campaña realizada en forma inconsulta) sin que la comunidad tenga mayor decisión. Otras veces se avanza hasta exigir reivindicaciones (ej. erección de un Centro de Salud) pero respetando también el marco que la autoridad determina sin importarle la opinión de la comunidad.

Toda esta gama de posibilidades que no implican toma de decisiones, sólo pueden ser posi-

vas cuando constituyen un camino inevitable a recorrer en la experiencia. Y si se inscriben en una dinámica que tienda a la participación decisoria antedicha.

Entonces, si partimos que la comunidad es la encargada diremos que: es la que va a elegir, dirigir, aprobar y supervisar las acciones de salud que se abren dentro de la misma.

Para tal fin:

a) Los agentes de salud saldrán de su seno.

b) Propondrá profesionales que viven en ella para que sean los primeros en incorporarse al sistema de salud local.

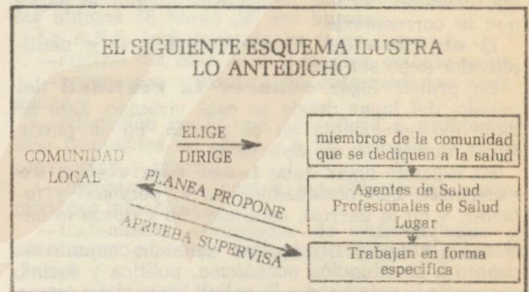
c) Propondrá el lugar donde se construirá una sala de Atención Primaria.

d) Establecerá otras prioridades que considere necesarias (acciones de saneamiento ambiental, etc.).

Los agentes de salud y profesionales serán encargados de asesorar a la comunidad, proponiendo soluciones y planificando las actividades a realizar.

Estas serán aprobadas por la misma comunidad, la cual se encargará de supervisar la tarea por medio de las organizaciones que la representan.

Tanto los agentes de salud como los profesionales serán los encargados de ofrecer su trabajo en forma práctica, y estarán al servicio de la salud del pueblo.



COMUNIDAD LOCAL

Dar prioridad a la participación popular, implica exigir el reconocimiento y apoyo por parte de las autoridades de todos los agentes de salud que surjan de la comunidad.

La existencia de las diferentes experiencias de Atención Primaria nacidas de la comunidad deben necesariamente **vincularse** con las instituciones de salud del Estado, para poder transformar el sistema de salud.

b) RELACION ENTRE COMUNIDAD Y GOBIERNO

La relación entre el papel que queremos juegue la Comunidad y el Gobierno Municipal o Provincial es imprescindible analizarla.

El Gobierno Municipal está avalado por la representatividad y la autoridad que le confiere la **libre elección popular**. Y en una democracia partici-

pativa este debe ser **ampliado con el activo rol** de las organizaciones sociales o intermedias.

La incorporación de nuevas formas de gestión de las decisiones de los Municipios, la inclusión de las **organizaciones intermedias** participando en modo directo y decisorio, implica el **fortalecimiento de las Comunas y de la democracia**.

La organización propia de cada comunidad debe ser respetada, reconocida y apoyada por el Estado.

Los Municipios y Gobiernos Provinciales deben trabajar en conjunto con los Agentes Comunitarios, respetando la cultura popular.

Es prioritaria y fundamental la participación popular en salud. Hay que organizarse y exigir el reconocimiento y apoyo por parte de las autoridades de todos los agentes multiplicadores surgidos de la comunidad.

Hay Municipios y Gobierno Provinciales donde no se reconoce a los educadores de salud, pensando que no somos nada. Existe allí una falta de respeto a las organizaciones propias de los barrios pretendiendo incorporar agentes externos a la comunidad que no logran crear lazos significativos con la misma, en vez de privilegiar la participación de los agentes de salud de la misma comunidad.

Valoramos en cambio a los Municipios y Gobiernos Provinciales, que así reconocen a los Agentes Comunitario, y que incluso impulsan su existencia. Aquí se hace necesaria una mayor integración entre los agentes de salud y la comunidad.

En todos los casos lo **más importante es que el Estado respete las decisiones comunitarias**. Así habrá programas sanitarios acordes con las necesidades.

Las formas posibles de articulación entre las organizaciones sociales y el Municipio pueden ser variadas en el campo de la Atención Primaria.

Mecanismo tales como la participación de representantes del Centro de Salud y/o los agentes de Salud serían positivos: desde el pueblo hacia el Municipio, para canalizar aspiraciones de cada momento y porque la acción Municipal se vería facilitada y acelerada en los planes de Atención Primaria por la participación de sus ejecutores.

A partir de esto, sin distribución debemos organizarnos, luchando a la par por la causa de la salud del pueblo: multiplicadores, Municipios, Sociedades de Fomento y otros que se incluyan.

La descentralización de los niveles que componen la estrategia de la A.P.S. (no sólo del sector salud) esencial para la participación popular.

Cuanto mayor sea el grado de autonomía y capacidad de decisión (incluidos los recursos financieros) del Centro de Salud Municipal o Provincial, mayor será la capacidad operativa de la participación.

En este punto además, cuanto mayor sea la descentralización de **todos** los sectores involucrados en la A.P.S. (obras públicas, viviendas,

transporte, educación, etc.) mayor será la posibilidad de coordinación. Esta debe resolverse al nivel más local posible: es el más operativo par ala rápida concreción de las necesidades planteadas.

V ACCION DEL ESTADO

La decisión política del gobierno en todos los aspectos debería estar al servicio del Pueblo. La Salud y las acciones que se hacen en torno a ella representan una clara medida de que esa decisión se efectiviza.

Para que haya buena salud el Gobierno debe dar lo que nos corresponde como ciudadanos, toda la infraestructura. Para eso pagamos impuestos.

Sin embargo la decisión política a favor de la Atención Primaria de Salud no está tomada. Como consecuencia **falta responsabilidad del Gobierno Nacional** en la acción. Entran en juego otros intereses que llevan a una distribución inadecuada de los recursos, a utilizar situaciones de emergencia, etc.

La acción del Estado debe inscribirse dentro de su responsabilidad en garantizar la salud de la población, mediante las adecuadas medidas sanitarias, sociales y económicas.

Por lo tanto el **Estado debe proveer** todos los recursos financieros y materiales. Los recursos humanos sí deben provenir de la comunidad. En todos los casos que sea posible, se debe priorizar siempre la incorporación de personal técnico, profesional y agentes de salud de la comunidad, antes que ajeno a ella.

La salud es un **derecho** del que deben gozar todos los habitantes de la Nación, y es deber del Estado hacerlo efectivo. Esto implica que no puede caer sobre las comunidades —particularmente las más desprotegidas— el financiamiento de la Atención Primaria. La Atención debe ser GRATUITA, y hacia allí apunta nuestra lucha. El Estado debería garantizar el uso de los medios de comunicación para difundir que la salud es un derecho, promocionar la Atención Primaria y a los promotores de salud, para posibilitar una mayor eficacia.

VI MARCO SOCIO - ECONOMICO

La estrategia de la Atención Primaria de Salud y la Participación Popular requieren como condición necesaria un desarrollo social y económico basado en la justicia social y legitimado por un gobierno democrático establecido por voluntad popular. Los regímenes injustos de tenencia de la tierra; la dependencia económica, política o cultural de cualquiera de los centros de poder mundial, la deuda externa y otros aspectos estructurales llevan a países del Tercer Mundo como el nuestro a crisis sin precedentes.

Así ocurre que siendo un país exportador de alimentos tenemos una altísima desnutrición, injusta distribución de las rentas y salarios bajos, condiciones insalubres de trabajo, déficit de vivienda, falta de recreación y educación: **TODOS ESTOS SON LO DETERMINANTES DEL MAL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION.**

La beneficiencia y asistencialismo son ayuda inmediata para los problemas del hombre, pero entendemos que **eso no** es nuestro objetivo. A lo que queremos llegar es al crecimiento de LIBERACION que sea como un árbol que crece, con bases sólidas y populares que generen estructuras nuevas.

Debemos trabajar para el "NUNCA MAS" y que el pueblo defienda lo que ha conseguido, y ningún golpe trasnochado se lo pueda quitar.

Debemos luchar para que se respete la base de la justicia social, que todo el pueblo se haga partícipe de esa justicia. Hay que **defender las conquistas** del pueblo, porque nos están sacando todo, hasta el tiempo para estar en familia y la comunicación con los hijos.

En el Año de la Juventud, futuros impulsores de las luchas destinadas a transformar las estructuras de un sistema que siembra muchas injusticias, creemos que nuestra lucha debe solidarizarse con todas las luchas de los trabajadores y el pueblo afectado. Porque todas las luchas son en favor de la liberación del hombre oprimido.

Para eso, todos los que trabajamos desde el campo nacional y popular, guardando nuestra identidad, fomentemos la unidad en la articulación.

Así como una mano necesita la diversidad de todas sus partes en libertad, pero perfectamente articuladas.

Nosotros **no podemos dejar de señalarlo**, a riesgo de crear falsas expectativas. La problemática de salud NO PUEDE solucionarse sólo con servicios de salud o con instrumentos técnico-médicos.

Tenemos la obligación de analizar y señalar al resto de la comunidad sobre los cambios económicos, sociales y políticos considerados imprescindibles para el logro de un efectivo estado de salud para toda la población.

Intentamos sintetizar en el siguiente esquema, que la SALUD es el resultado de un conjunto de factores, que descansan sobre la base de la JUSTICIA SOCIAL, la PARTICIPACION Y LA INDEPENDENCIA NACIONAL



Toda esta estructura en que se asienta la salud, y la base de la pirámide, dependen de la organización y la lucha popular.

Este documento es fruto de las conclusiones de 10 grupos de trabajo, que debatieron a lo largo de dos días de seminario.

PARTICIPARON DEL SEMINARIO

Agentes de Salud y Profesionales de Isidro Casanova.

Representantes de CODESEDH.

Promotores de Salud y Profesionales de La Municipalidad de La Matanza.

Agentes Comunitarios y Profesionales de la Municipalidad de Berazategui.

Agentes Multiplicadores de Salud y Profesionales del Obispado de Quilmes.

Educadores Sanitarios Comunes y Profesionales de la Municipalidad de Lomas de Zamora.

Agentes de Salud de Gral. Sarmiento.

Agentes de Salud de San Fernando.

Agentes de Salud y Estudiantes de Medicina de Villa Soldati

Representantes del Servicio de Paz y Justicia.

Profesionales del Hospital Melo de Remedios de Escalada.

Profesionales del Policlínico de San Justo - La Matanza

Representantes de la Asociación de Profesionales del Hospital Parossien - La Matanza.

Representantes del Cuartel Noveno de Lomas de Zamora.

Representantes de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

Representantes del Centro Urbano Nueva Pardo de Lanús.

Representantes de la Secretaría de Extensión Universitaria del Centro de Estudiantes de Medicina.

Profesionales de: Centro de Salud de San Isidro - Gral. Pacheco de EMAUS (Capital) - Speazzini - Esteban Echeverría - PRONADEP

Taller de Apoyo Integral para el niño y la familia La Plata.

Agentes de Salud y Profesionales de las provincias de Neuquén, Misiones, Córdoba, Rosario.

ANALISIS DE LOS EGRESOS DE INTERNACION DEL HOSPITAL "9 DE JULIO" DE LAS BREÑAS, CHACO, DURANTE EL PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DE 1984

BARBERIS, JUAN CARLOS
COORDINADOR DOCENTE
DA COSTA, CARMEN
MEDICO RESIDENTE
MARTOS, LUIS F.
MEDICO RESIDENTE

TANURI, JOSE
MEDICO RESIDENTE

PANTICH, MIRTHA DEL C.
MEDICO RESIDENTE
PORTILLO, RAMON
MEDICO RESIDENTE
STEVEN, HORACIO
MEDICO RESIDENTE

1. INTRODUCCION

El Hospital "9 de Julio" es un servicio de nivel 4 de complejidad, con 52 camas de internación, ubicado en Las Breñas, en el sudoeste de la provincia del Chaco y a 280 km. de la ciudad de Resistencia.

En el mencionado hospital funciona una residencia de Medicina Rural compuesta por un coordinador docente, un jefe de residentes y 6 residentes, con una duración de 16 meses, cumpliendo funciones asistenciales (consultorio externo, sala de internación, guardias, visitas programadas a puestos sanitarios rurales, etc.) y de capacitación para el futuro desempeño en hospitales de menor complejidad.

El presente trabajo estuvo inspirado en una experiencia realizada en Kasongo (Zaire) (*).

Los **objetivos** fueron tratar de analizar las causas que impiden mejores resultados de internación, si las mismas pueden ser modificadas y si estas causas responden a la baja complejidad tecnológica que habitualmente es esgrimida (falta de medicamentos, tecnología más sofisticada, falta de infraestructura, de especialistas, laboratorio de mayor complejidad, etc...).

2. MATERIAL Y METODO

En reuniones semanales de los integrantes de la residencia de Medicina Rural se leían las epícrisis de los pacientes atendidos por residentes y dado de alta en el transcurso de la semana, sin identificar al médico tratante.

En un primer análisis, de común acuerdo, se consideraba si el resultado de la internación había sido favorable o desfavorable. Posteriormente, en un nivel de análisis más profundo de los desfavorables, se trataba de determinar qué factores habían motivado los mismos.

Transcurridas las primeras reuniones se agruparon las causas quedando ya establecidos dichos grupos para agilizar las posteriores sesiones.

Se analizaron 276 Historias Clínicas (H.C.) que comprendían las altas de internación de residentes durante el período abril-setiembre de 1984. Cabe acotar que se adjudicaba una o más causas de resultados no favorables a opinión de los integrantes. En caso de no existir consenso prevalecía la opinión mayoritaria.

3. DEFINICION DE TERMINOS

A los fines del presente trabajo consideramos necesario definir correctamente la terminología utilizada.

3.1. Resultado favorable: Cuando la internación dió como resultado curación y/o mejoría de los problemas que la motivaron.

3.2. Resultado No Favorable: Cuando al momento del alta no se observó curación o mejoría evidente (ej. fallecimiento, traslado a otro establecimiento) ó bien un mejor resultado hubiera sido posible a pesar de que se cumplió con lo anterior (ej.: **no haber detectado anemia en una puérpera** a pesar de que la atención del parto y del recién nacido fue satisfactoria).

Las causas de resultados no favorables fueron reunidas en grupos. Se debe tener en cuenta que un mismo paciente podía tener más de una causa de resultado no favorable.

3.2.1. Falla Médica: Está señalando un error u omisión en la actuación del médico tratante. Tienen a analizar fundamentalmente la ACTITUD médica frente al paciente y no los conocimientos (ej.: no se pidió un análisis que por la patología era necesario y el hospital lo realiza -derivación tardía- no cumplimiento de pautas obligatorias y preestablecidas, etc...).

3.2.2. Derivación por necesidad de especialista: Cuando el paciente debe ser derivado a un centro de mayor complejidad por no contar el hospital con especialistas y ser necesaria su participación en ese caso.

3.2.3. Falta de coordinación entre los servicios del Hospital: Cuando ocurrieron desentendimientos entre el residente tratante con enfermería, laboratorio, médicos de planta, etc...

3.2.4. Falta de Infraestructura: El paciente no puede ser tratado en el hospital por un problema de infraestructura (ej.: una patología siquiátrica con peligro inminente de suicidio ó agresividad).

3.2.5. Fallecimiento inesperado en el curso de una evolución favorable.

3.2.6. Falta de medicamentos en la farmacia del hospital y que hubiesen sido necesarios en el tratamiento.

3.2.7. Un mejor resultado no era posible: Ej.: El paciente fallece por cáncer en estadio terminal.

3.2.8. Fuga o alta voluntaria del paciente.

3.2.9. Factores ligados al paciente: Cuando existen factores de índole cultural ó religiosa que originan la imposibilidad de una mejor evolución (ej.: el paciente se niega a realizar determinada

(*) "Las posibilidades del hospital rural - Cómo mejorar los resultados de la Hospitalización?" - B. Storne y P. Mercenier - Documento de Trabajo N° 1, Temas de Salud y Comunidad - Publicación del Instituto de Medicina Tropical de Antwerpen - Traducción del Dr. Alfredo G. Zurita (mimeo)

terapéutica).

Todas las causas de resultados no favorables fueron a su vez agrupadas en dos grandes divisiones:

a) **Causas modificables:** Aquellas que dependen directamente del accionar de la residencia. Se agrupan en este ídem falla médica y falta de coordinación entre los servicios hospitalarios.

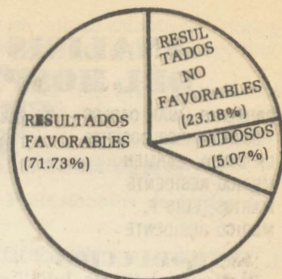
b) **Causas poco modificables:** Aquellas que para ser revertidas necesitan del concurso de factores externos a la residencia o bien que por la naturaleza misma de la causa un mejor resultado aparece como muy difícil. Agrupa el resto de las causas.

4. RESULTADOS

4.1. De las 276 H.C. que integraron el estudio, en 14 casos (5.07%) los datos de las mismas eran insuficientes o confusos para el análisis por lo que fueron rotulados como resultados dudosos.

Los resultados obtenidos fueron 198 resultados favorables (71.73%), 64 resultados no favorables (23.18%) y 14 resultados dudosos (5.07%) (Ver GRAFICO I)

GRAFICO N° 1
(n = 276)



4.2. En los 64 casos de resultados no favorables encontramos 90 causas, recordando que un mismo caso puede presentar varias causas (Tabla N° 1)

TABLAN° 1
CAUSAS DE RESULTADOS NO FAVORABLES EN LAS INTERNACIONES REALIZADAS POR RESIDENTES DEL HOSPITAL "9 DE JULIO" DURANTE EL PERIODO ABRIL-SETIEMBRE DE 1984. FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA.

(Pacientes = 64 - Causas = 90)

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	90	100%
FALLA MEDICA	26	28.88%
DERIVACION POR NECES. ESPECIALISTA		
TOTAL	15	16.66%
Cirujano	4	
Neurólogo	3	
Cardiólogo	2	
Oncólogo	2	
O.R.L.	1	
Ginecólogo	1	
Siquiatra	1	
Neumonólogo	1	
FACTORES LIGADOS AL PACIENTE	15	16.66%
FALTA COORDINACION ENTRE SERVICIOS		
TOTAL	11	12.22%
Entre médicos	7	
Con Laboratorio	2	
Con enfermería	2	
FUGA DEL PACIENTE O ALTA VOLUNTARIA	1	1.11%
MEJOR RESULTADO NO ERA POSIBLE	7	7.77%
FALTA DE INFRAESTRUCTURA	2	2.22%
FALLECIM. INESPERADO EN EVOL. FAVOR.	2	2.22%
FALTA DE MEDICAMENTOS	1	1.11%

4.3. Si, como se especificó más arriba, consideramos que falla médica y falta de coordinación entre servicios son factores **modificables**, encontramos que en 37 oportunidades (41.11%) se pudieron haber evitado y así otorgado al paciente una mayor posibilidad de resultados favorables (GRAFICO N° 2)

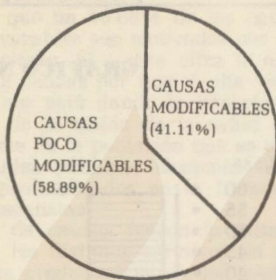


GRAFICO N° 2
(n = 90)

4.4. Analizando los diagnósticos de egreso, del total de 276 pacientes, se encontraron 368 diagnósticos (vale aclarar que puede haber más de un diagnóstico por paciente).

La distribución de los diagnósticos de egreso más frecuentemente hallados es la siguiente:

•Parto Eutócico	109
•Neumopatía Aguda	22
•Infección Urinaria	15
•Anemia	15
•Heridas y Traumatismos	10
•Hipertensión Arterial	10
•Patología Siquiátrica (excluido alcoholismo)	10
•Abortos	9
•Insuficiencia Cardíaca	8
•Metrorragias	8
•Patología de las vías biliares	8
•Ictericia del Recién nacido	7
•Tuberculosis	6
•E.P.O.C.	6
•Cáncer	6
•Alcoholismo	5
•Bronquitis Aguda	5
•Gestosis	5
•Diarrea	4
•Asma	4
•Glomérulo-Nefritis	4
•Parasitosis	4
•Partos Distócicos (Forceps y Presentaciones anómalas)	4
•Accidente cerebro-vascular	3
•Deshidratación Aguda	3
•Diabetes	3
•Arritmia cardíaca	3
•Parto domiciliario	3
•Hemorragia Digestiva Aguda	3
•Apendicitis Aguda	3
•Hernias	3
•Cesáreas	3

4.5. Analizando a qué diagnóstico corresponden las causas de resultados no favorables, encontramos:

TABLA N° 2

ASOCIACION ENTRE DIAGNOSTICOS Y RESULTADOS NO FAVORABLES. FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA

PATOLOGIA	CASOS	RES. NO FAVOR.	PORCENTAJE
A.C.V.	3	3	100,00%
Convulsiones	2	2	100,00%
Comas	2	2	100,00%
Deshic. de episod.	1	1	100,00%
Cáncer	6	4	66,66%
Deshidrat. Aguda	3	2	66,66%
Arritmia Cardíaca	3	2	66,66%
Hemorragia Digestiva	3	2	66,66%
Tuberculosis	6	3	50,00%
Heridas y Traumat.	10	4	40,00%
Alcoholismo	5	2	40,00%
Parto Domiciliario	3	1	33,33%
Neumopatía Aguda	22	7	31,81%
Parto Distócico	4	1	25,00%
Infección Urinaria	15	3	20,00%
Gestosis	5	1	20,00%
Parto Eutócico	109	18	16,51%
Anemia	15	2	13,33%
Metrorragias	8	1	12,50%
Patología Biliar	8	1	12,50%

4.6. Las 276 H.C. fueron divididas por sexos, encontrando:

- 200 mujeres (72.46%)
- 76 varones (27.54%)

4.6.1. De las 200 H.C. pertenecientes a mujeres encontramos resultados no favorables en 40 oportunidades (20%). Las causas de resultados no favorables (55 en total se agrupan del siguiente modo:

•Falla Médica	22
•Necesidad de especialista	8
•Fuga ó Alta voluntaria	8
•Factores ligados al paciente	7
•Falta de coordinac. entre serv.	6
•Mejor resultado no era posible	2
•Falta de infraestructura	1
•Evolución Inesperada	1

De las 55 causas de resultados no favorables que se presentaron, encontramos que 22 fueron debidas a falla médica y 8 a falta de coordinación entre servicios, lo que constituye 30 causas modificables (54.55%).

4.6.2. Analizando ahora los resultados no favorables en varones, encontramos 24 sobre 76 H.C. estudios (31.57%). Las causas de resultados no favorables (35 en total) se agrupan en:

•Factores ligados al paciente	8
•Necesidad de especialista	8

- Mejor resultado no era posible 5
- Fuga o Alta volunt. del paciente 4
- Falla Médica 4
- Falta de coordinac. entre serv. 3
- Falta de medicamentos 1
- Evolución inesperada 1
- Falta de infraestructura 1

Como se observará, el total de causas modificables ha sido 7 (20.00%).

Para análisis por sexo ver. Tablas 3 y 4

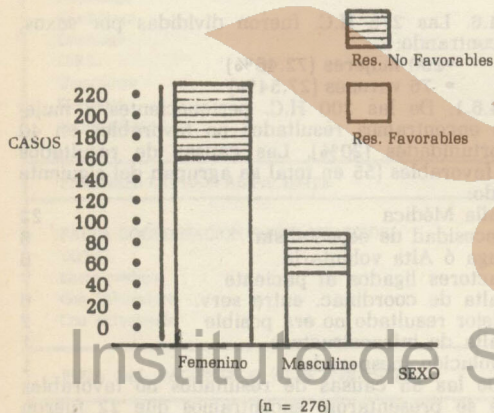
•Gráficos 3 y 4

A los fines de Tablas y Gráficos 3 y 4, los resultados dudosos entran conjuntamente con los favorables.

TABLA N° 3
RESULTADOS DE LA HOSPITALIZACION EN 276 PACIENTES ESTUDIADOS, SEGUN SEXO DURANTE EL PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DE 1984 EN EL HOSPITAL "9 DE JULIO"

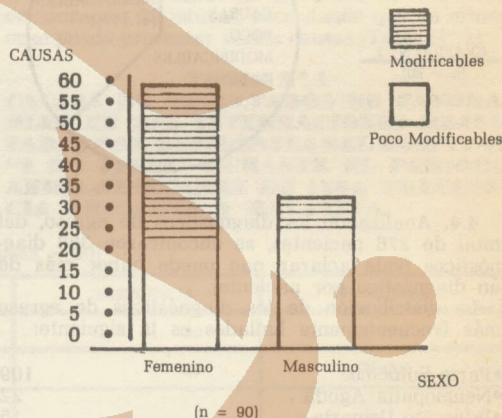
SEXO	CASOS		TOTAL
	Res. Favorables (%)	Res. No Favorables (%)	
FEMENINO	160 (80,00)	40 (20,00)	200
MASCULINO	52 (88,00)	24 (32,00)	76
TOTAL	212 (76,82)	64 (23,18)	276

GRAFICO N° 3



SEXO	CAUSAS		TOTAL
	Modificables (%)	Poco Modificab. (%)	
FEMENINO	30 (54,55)	25 (45,45)	55
MASCULINO	7 (20,00)	28 (80,00)	35
TOTAL	37 (41,11)	53 (58,89)	90

GRAFICO N° 4



5. DISCUSION

5.1. La metodología empleada en el presente trabajo puede contener errores producto de que fue evaluado mediante la subjetividad de los participantes, pero se adopta en el convencimiento de que al tomarse como definitivo el consenso grupal o la opinión mayoritaria se suavizan las fallas.

Vale la pena acotar que en sus comienzos el trabajo se utilizó como mecanismo docente destinado a evaluar los resultados de las hospitalizaciones realizadas por los residentes y que en una etapa posterior la misma dinámica llevó al agrupamiento y análisis de los resultados totales. Es por esta razón que la reproductibilidad de los datos consignados solamente es posible en una dinámica de grupo similar en la que se determinen los agrupamientos por causas y no intenta tener validez científica y/o estadística de aplicación extendida.

5.2. A pesar de que el médico tiende a justificar los resultados no favorables como relacionados a situaciones sobre las que no puede influir (ej.: falta de equipamiento, falta de medicamentos, como dos de los justificativos más utilizados) resalta el hecho que la falla médica (28.88%) encabeza las causas de resultados no favorables.

5.3. Otro hecho destable es que en el 16.66% de las causas de resultados no favorables surgió la

necesidad de especialistas. Para revertir esto se hubiese necesitado la presencia de 8 especialistas diferentes para atender los 15 casos que corresponden a ese resultado lo que a todas luces constituiría una subutilización de los mismos, aparte de la erogación económica. A pesar de esto es conocido por todos las críticas que habitualmente se hace a hospitales de estas características por la falta de especialistas.

5.4. Observamos que un 16.66% de las causas de resultados no favorables son motivados por factores ligados al paciente. Si a esta cifra le agregamos el 12.22% de causas por fuga ó alta voluntaria del paciente nos está dando la importancia en la comprensión de la visión de la salud y la enfermedad por parte de la población que es atendida en los hospitales públicos, elementos estos que debieran ser profundizados en la formación de los médicos generalistas.

5.5. Un 12.22% de causas fueron la falta de coordinación entre los distintos servicios, lo cual demuestra la escasa predisposición de los médicos a trabajar en equipo. Creemos necesario insistir en la formación de equipos de salud que además de la conocida utilidad agregaría un beneficio adicional cual es el mejorar los resultados de la hospitalización.

5.6. Con respecto a las causas "Un mejor resultado no era posible" y "fallecimiento inesperado en el curso de una evolución favorable" las consideramos contingencias sobre las que es muy difícil actuar positivamente.

5.7. Queremos hacer notar que "falta de infraestructura adecuada" (2.22%) y "falta de medicamentos" (1.11%), como ya señaláramos los justificativos más frecuentemente usados como atentatorios de una mejor atención, aparecen en nuestro estudio como responsables de un número muy poco significativo de casos (3 en total). Creemos necesariamente mencionar concretamente que los 2 casos de falta de infraestructura se debieron a la imposibilidad de contar con la mínima seguridad física en un caso siquiátrico con intento de suicidio y a la presión del personal hospitalario ante un paciente con TBC pulmonar activa; el caso en que el resultado no favorable se debió a falta de medicamentos (y a pesar de que los recursos de farmacia son bastante exiguos) lo constituyó la inexistencia de "Glucantime MR" en una leishmaniasis cutánea. El contar con una farmacia poco provista pareciera provocar mucha ansiedad en el médico, pero a la luz de los resultados obtenidos influye muy poco en los fracasos en la internación.

5.8. El alto porcentaje de causas modificables (41.11%) nos está mostrando que rectificar la actitud del médico frente al paciente sería la manera más adecuada para iniciar un programa tendiente a mejorar los resultados en la internación, sin mayores costos.

5.9. Observando el listado de los diagnósticos de egresos, resalta el tipo de patologías que más frecuentemente se presenta en la sala de internados de nuestro hospital, con una amplia prevalencia de los problemas obstétricos, donde sumando partos eutócicos mas distócicos, domiciliarios

y cesáreas constituyen el 43.12% de las internaciones. Es de hacer notar que, al igual que la mayoría de las otras patologías observadas, no requieren métodos de diagnóstico ni de tratamiento sofisticados.

5.10. De la observación de los diagnósticos correspondientes a los resultados no favorables surge que en aquellos que aparecen con mayor frecuencia, se corresponden a cuadros que el residente está capacitado técnicamente a manejar (ej.: partos eutócicos, neumopatías agudas, infección urinaria, etc...).

5.11. En el análisis de la distribución por sexos se observa el franco predominio de mujeres determinado fundamentalmente por los problemas obstétricos cuyo desenlace positivo es más lógico. Si excluyéramos las internaciones por partos los porcentajes de resultados no favorables son prácticamente iguales en ambos sexos. Resulta notable el hecho de que el 54.55% de los resultados no favorables en mujeres esté constituido por causas modificables, porcentaje que en los varones es solo del 20.00%. De aquí se podría inferir que el médico tendría una actitud más positiva frente al paciente masculino.

6. CONCLUSIONES

Es posible mejorar los resultados de la hospitalización sin costos adicionales de envergadura, actuando fundamentalmente sobre la formación médica. Las dos vertientes que aparecen más fuertemente ligadas a un cambio positivo son mejor actitudes ante el enfermo y ante el equipo de salud y brindarle conocimientos en el campo de las ciencias sociales. De acuerdo con esta experiencia actuaría sobre lo que denominamos causas modificables y sobre los factores ligados al paciente y fugas y altas voluntarias, de los resultados no favorables en la internación. Las otras causas nos parecen más difícilmente modificables y de menor importancia en un primer intento destinado a mejorar las posibilidades de los pacientes.

7. RESUMEN

El presente trabajo, realizado en un hospital de nivel 4 del interior de la provincia del Chaco, Argentina, tiene como objetivo evaluar los resultados de la hospitalización.

Se analizaron 276 H.C., de las cuales el 23.18% fueron resultados no favorables. Las causas de dichos resultados fueron agrupadas en falla médica (28.88%), necesidad de especialistas (16.66%), factores ligados al paciente (16.66%), falta de coordinación entre servicios del hospital (12.22%), fuga o alta voluntaria del paciente (12.22%), mejor resultado no era posible (7.77%), falta de infraestructura (2.22%), fallecimiento inesperado en el curso de una evolución favorable (2.22%), falta de medicamentos (1.11%). También se analizaron los principales diagnósticos, distribución por sexos y la asociación entre diagnóstico y causas de resultados no favorables. Se concluye que el mejoramiento de la actitud médica y el manejo de elementos de las ciencias sociales podrían influir favorablemente en los resultados.

TRATAMIENTO PSICOLOGICO EN ALCOHOLISMO

Aportes para una reflexión

Jorge Iusef (*)

1. Una patología muy compleja

En el intento de dar una respuesta útil, terapéutica, a lo que se diagnostica, llamamos tratamiento psicológico a aquel nivel de intervención psicológica consistente en dar una respuesta eficaz al alcohólico según el momento en que éste se presente.

En el diagnóstico de personalidad cada vez se coincide más, con respecto a las conductas y actitudes —concientes e inconcientes— que organiza el alcohólico para mantener su dependencia.

Volviendo a la primera definición, hablamos del momento en que el "enfermo" se presenta, porque en la mayoría de los casos el paciente nunca "se presenta", y mucho menos en condición de "alcohólico". Si esto sucede, podemos pensar en la dependencia como un epifenomeno o en casos excepcionales.

Es sabido que la evolución del Síndrome de dependencia alcohólica condiciona la oferta de servicios asistenciales adecuados a su forma de presentación, y que no podríamos responder con el mismo recurso terapéutico a las distintas formas que adopta esta patología.

El esquema actual para resolver esta demanda, presenta a los profesionales en el hospital, y/o centro de salud y/o consultorio y a los pacientes en la comunidad. Por lo tanto la concurrencia o el flujo del paciente al lugar de tratamiento está motivado por una determinada demanda de un sujeto o sujetos que padecen, con todo lo que ello presupone. Para simplificar, diremos que se atienden "a los que vienen".

La experiencia enseña que en el alcohólico esta constante no existe. El paciente "no padece" y lo que padece es, estrictamente, para avalar su dependencia. Si "llega" a un lugar de tratamiento no es por su alcoholismo —en la mayoría de los casos— sino por una complicación del mismo; complicación "clínica en él y habitualmente "psicológica" en sus familiares. Entonces cómo ofrecer un "tratamiento" que no está inscripto en su sistema de demanda? o ¿Cómo mostrar aquello que no se puede ver?

Por lo tanto el esquema que utilizamos actualmente, en nuestro país, para "recibir" o "esperar" al alcohólico es inadecuado.

II. La actual concepción sanitaria-asistencial y el alcohólico.

La población real y potencial de alcohólicos que podemos tratar exige una inversión de ideas e intercambio que trasciende el actual marco operativo de que disponemos y nos plantea un es-

fuerzo inédito.

Esto se debe a que no encontramos en el alcohólico las motivaciones necesarias para "buscar" o "iniciar" su tratamiento. Es decir que no encontramos ese nivel de demanda como eje condicionador de la asistencia. Si relacionamos esta idea con el concepto de "patología muy compleja" expresada en el punto anterior, encuadrándola en los esquemas de asistencias convencionales en una estructura sanitario-asistencial, que de hecho muestra limitaciones para el tratamiento de patologías más simples, veremos la inutilidad de respuesta que se puede suministrar.

El cuadro se agrava con el hecho comprobable de que la población actual de paciente alcohólicos que concurren a buscar tratamiento manifiestan un compromiso severo de deterioro individual y familiar, encontrándose en la mayoría de los casos una larga historia de consultas previas que nunca involucraron una propuesta de tratamiento.

Otro hecho significativo es que —en la mayoría de los casos— recurrieron a tratarse su alcoholismo en última instancia, por algo que podría llamarse **índice de saturación** o el último recurso del desahuciado. Justamente, es éste el tipo de paciente al que se le dedican recursos de atención, con dos atributos básicos: son **costosos e inoportunos**. En este caso el tratamiento llegó tarde, en función del nivel de arraigo de la patología con su secuela de efectos y complicaciones en todos los ámbitos de su organización individual y vincular, y, más aún, si pensamos que los índices de recuperación no son proporcionales al esfuerzo invertido.

III. TRATAMIENTO PSICOLOGICO: En el alcoholismo o en el alcoholista?

Luego de explicitar sumariamente la complejidad de la patología y las posibilidades actuales de atención sanitaria, cabe preguntarse en qué momento de evolución o etapa de organización ofrecemos un instrumento psicológico adecuado?

Puntualicemos lo que definimos como "psicológico": el nivel de lectura de las conductas de ese andamiaje en el que se construye e inserta el alcoholismo, delimitando sus particularidades individuales, grupales, familiares, etc. Es decir, enfocando los primeros síntomas desorganizativos, promovidos por el consumo de alcohol, aprendiendo a detectar los emcanismos más precoces que produce esta "patología".

Teniendo en cuenta las limitaciones de una demanda atípica, es importante nuestra responsabilidad como psicólogos —en tanto científicos de la

* Psicólogo integrante del S. de Alcoholismo y Farmacodependencias del Hospital Provincial Neuquén. Buenos Aires y Talero. 8300 Neuquén. Argentina.

conducta— para ofrecer una respuesta eficaz y operativa, sabiendo que una de las primeras compuertas que habilita el acceso a la dependencia esta en la conducta misma.

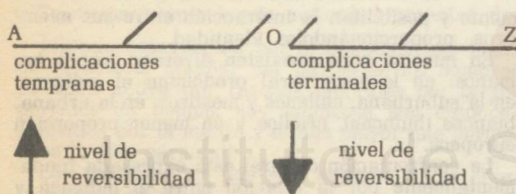
Una propuesta posible consistirá en promocionar un nivel de detección y propuesta terapéutica por aquel miembro de la comunidad o profesional de primera línea: agente sanitario, de terreno, asistente social o cualquier otro profesional, que sea el primer contacto entre la oferta de servicio y la demanda.

En la medida que podamos ofrecer una respuesta —lease entrenamiento— a este sector, estaremos recreando un instrumento **oportuno y operativo, por lo tanto adecuado para** ofrecer una alternativa frente a aquellos síntomas que en la medida que un profesional no esté adecuadamente informado, se transforma en complice sin cargo de la preservación de esta patología, ya que el mejor caldo de cultivo de que dispone la misma es precisamente, el ocultamiento y la postergación. Si así sucediera, se entraría en el mismo fundamento que utiliza el alcoholismo para aquietar los "pedidos" que hace la familia para buscar tratamiento: "...mañana dejo", con todo lo que ello presupone, o llevarlo al terreno de "...si, sigue tomando, se va a morir..." esperando que se decida a concurrir.

En otras palabras cuando los psicólogos nos aprestamos para ofrecer una **respuesta terapéutica al alcoholico**, nuestro espectro de intervención está condicionado por el deterioro cognoscitivo y su propia capacidad operativa para el logro de nuevas conductas.

Deberíamos pensar en un abordaje temprano, simple, fácil de operativizar pero de alta calidad para dar una respuesta o desarmar ese andamiaje patológico que va organizando la evolución de la dependencia, que es progresivo, cada vez más irreversible y se va desarrollando casi sin sortear ningún obstáculo en el esquema actual de asistencia.

Podríamos graficar la idea:



Según podemos observar, dirigimos los esfuerzos hacia el último tramo de la dependencia psíquica y física —si es posible separarlos— es decir, cuando el paciente "llega..." "hasta derivado..."

Es oportuno pensar en no condicionar nuestras propuestas terapéuticas "cuando el paciente llega..." o "es derivado..." ya que nuestro margen de intervención, con respecto a la historia de la enfermedad es muy limitado.

Nuestra idea se centra, gráficamente, en pensar en instalar arietes para desarmar u operar sobre el andamiaje que va organizando esta enfermedad, ofreciéndole recursos a aquellos que pueden articular un nivel de "intervención" temprana, dirigido a ese **darse cuenta**. Paralelamente, se trata de perfeccionar instrumentos, como también nuestra propia capacidad operativa para ayudar a descubrir lo que no se ve, para que pueda llegar "antes".

Se desprende que nuestro objetivo es **condicionar el nivel de demanda** y no someternos a ella, porque nos manejamos, precisamente, con una patología que no genera demanda asistencial en el sentido habitual. Sabemos que la demanda que genera el alcoholismo con sus complicaciones y efectos no son capitalizados para el tratamiento del mismo, sino —curiosamente— para tratar las complicaciones o efectos, obviando precisamente aquello que motiva la complicación.

IV. Diagnosticar lo que no diagnosticamos

Una anécdota, sucedida en una sesión de psicoterapia grupal de pacientes alcohólicos, podrá aclarar el sentido de nuestra idea. En un momento determinado, un paciente dice:

—"Porque me dejaron que me engañe?"

(breve silencio del mismo)

—¡Si esa es mi enfermedad!

Esta manifestación cargada de significado, nos lleva a un interrogante entre muchos: Debemos tratar el "problema" antes o después del síndrome de abstinencia?, como punto aceptable y a modo de referencia.

Nuestra propuesta estará centrada en aquel momento de la **demanda oculta**, detectando los indicadores de conducta más precoces, para articular una respuesta posible y eficaz.

Surge entonces nuestro primer obstáculo: en el actual esquema se "lee" o "diagnostica" **desde la enfermedad**, investigando, perfeccionando y capacitando, para darle una respuesta a la misma, corriendo el riesgo de quedar totalmente encerrados en esta etapa.

Considerado desde el punto de vista económico, solamente son reconocidos y pagadas aquellas intervenciones terapéuticas cuando el paciente acude a la consulta (honorarios, sueldos, etc.) o sea, las prácticas asistenciales cuando ya está instalada la "demanda".

Entonces estamos trabajando, en esta patología con el peligroso fundamento de "la salud a cualquier precio", pero sabemos que la salud tiene un costo definido, y también tiene la oportunidad de planificarse.

V. Hacia una tecnología de análisis

La posibilidad de ofrecer una acción oportuna, no será real mientras estemos separados, desde el aporte de las distintas disciplinas y ciencias para "leer" o "dar cuenta" de los ámbitos, complicaciones y efectos que produce esta patología.

Desde nuestro campo científico, lo "psicológico"

no debe quedar reducido al tratamiento que hace el psicólogo con el alcoholista o sus familiares, esto no debe excluirse, pero debería ampliarse el ámbito para potenciar un efecto terapéutico multiplicador, brindando una tecnología de análisis, diagnóstico y tratamiento **adecuados al nivel de una nueva demanda.**

En este punto radica lo inédito de nuestro aporte entendiéndolo por "tecnología" esa organización del conocimiento que tiene propósitos prácticos, delimitando desde este fundamento un accionar mas amplio que el de tratar las "complicaciones" de la enfermedad, promoviendo y activando una participación terapéutica en aquellos agentes de primera línea —profesionales o no— que al no estar al tanto de los manejos del alcoholico, corren el riesgo y la fascinación de creer que el alcoholico "toma porque quiere" o "porque tiene problemas".

Desde aquí surge otro espacio de demanda: asistir la asistencia, participando interdisciplinariamente, señalando a quien lo trata, aquellas conductas que el alcoholico organiza para "hacer como que se trata", aportando desde y con el analisis de la situación transferencial.

VI. Conclusión

Quienes venimos trabajando con esta patología tan compleja, advertimos que el alcoholismo nos lleva mucha ventaja o al menos la suficiente como para haber aprendido a convivir tan bien con el que nos cuesta discriminar los fundamentos que tiene para perpetuarse, incluyendo aquellos que nos causan muchos daños. Podemos decir que el alcoholismo continua cabalgando en nuestra cultura, a modo de jinete invisible.

Es por este motivo que necesitamos imperiosamente adecuar nuestra tecnología al nivel de demanda, lo que exige —obviamente— descifrar esa demanda que el alcoholico "padece" pero no "dice".

Por lo tanto diagnosticar lo oculto es ofrecer un tratamiento no solo para el alcoholista sino **en el alcoholismo.**

Esta propuesta no encierra la pretención de desarrollar técnicas y métodos dentro del esquema actual, ya que parte del presupuesto básico que implica la necesidad de recrear y fundamentar un análisis del ámbito en donde esas técnicas y métodos se desarrollan con el máximo nivel de alcance, delimitando perspectivas y abordajes cada vez más efectivos.

Mucho nos cuesta entendernos entre nosotros... (integrantes del equipo de salud) y queremos que el alcoholico se "encuadre" en nuestra propuesta. El primer desafío será considerar nuestra propia tolerancia y plasticidad, para evitar la dilapidación de esfuerzos.

Bibliografía

—E.M. Jellinek. Las fases de la alcoholomania. 1953 Bs. As.

—Sánchez Craig Martha; Wilkinson Adrian. Ficha Curso "Técnicas psicológicas en alcoholismo". Córdoba 1981.

—Skinner Harvey A. Escala de Dependencia alcoholica. Adicction Research Fundation. Toronto. 1979.

—Sigmund Freud. Obras completas. Santiago Rueda ed. Bs. As..

—Graciela Quiñones. Participación del psicólogo en el tratamiento del alcoholismo. I.N.S.A. Costa Rica. 1981.

APUNTES DE LA ZONA SUR DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Trabajo presentado en las "Primeras Jornadas sobre Grupos Etnicos y Conflicto Familiar", desarrolladas en el Centro Cultural General San Martín y la Escuela de Psicología Social, en noviembre de 1984, organizadas por la Escuela de Psicología Social, la Sociedad Argentina de Antropología y la Sociedad Argentina de Terapia Familiar.

ENFOQUE CULTURAL

La cultura es la herencia social del hombre, y producto de transformación del mismo sobre su medio.

Las formas socioculturales son aprendidas, y se integran funcionalmente. Cambian constante-

mente y posibilitan la interacción entre sus miembros, proporcionándoles identidad.

En nuestra zona coexisten diversos grupos humanos: en la zona rural predomina el indígena, en la suburbana, chilenos y mestizos; en la urbana, blancos (huincas), criollos y en menor proporción europeos.

La confrontación cultural está expresada fundamentalmente por la relación entre el indígena y el huinca, y a ello nos referiremos especialmente.

Al menos desde nuestra identidad cultural blanca, la cultura indígena es preponderantemente simbólica, y la huinca instrumental.

En la primera, la dimensión del tiempo se vincula estrechamente a los elementos naturales. Se antepone la observación a la acción. El tiempo seco es aprovechado para la cosecha, el de las lluvias y nevadas para el hilado y la producción artesanal. La noche es la incertidumbre del mañana y el

descanso. El día, la exigencia del presente y el hacer.

Las distancias, las dificultades de acceso a los modernos medios de comunicación agravadas por las inclemencias del tiempo, confieren una particular dimensión al espacio.

El culto a la tradición, vigente aunque en decadencia, sostenido especialmente por los ancianos, los fuertes vínculos interpersonales, la modalidad de de producción artesanal familiar, donde aún los niños y discapacitados tienen una función importante que desarrollar, la persistencia, cada vez menor, de comercializar a través del trueque, son algunos de los factores que posibilitan una conciencia de autosuficiencia comunitaria.

La producción es de subsistencia. La capacitación para ingresar a la misma exige mucho menos tiempo que en la zona urbana. Las técnicas utilizadas son de tipo extensiva.

Las tierras no son de propiedad de sus habitantes, que fueron obligados en su oportunidad a vivir en las mismas, abandonando sus hábitos previos. La explotación de las riquezas naturales está restringida especialmente en la zona de Parques Nacionales.

Las instituciones propias de las agrupaciones han sido desplazadas por las del huinca. Confieren responsabilidad, pero no autoridad.

En las escuelas primarias de las reducciones no se enseña el idioma (la lengua) mapuche. Si, en cambio, se exige el idioma inglés en la escuela secundaria.

El cacique es el representante de las familias de su agrupación. Las juntas de caciques, regionales, es una institución que se fue perdiendo con el tiempo. Asumían funciones judiciales. La falta de pago de una deuda, podía originar un malón protagonizado por el perjudicado y sus vecinos, y dañaba no solamente al implicado sino a la reducción en su conjunto. Las acciones individuales, pues, comprometían a la comunidad en su conjunto.

CONSTITUCION FAMILIAR

En general familias extensas en el área rural, conviven tres y a veces más generaciones.

Tradicionalmente fuerte autoridad parental, debilitada actualmente por el abandono del lugar de residencia familiar por partes de los hombres en edad activa por razones laborales por largos períodos de tiempo; sus funciones son entonces asumidas por la madre y el hijo mayor que permanece (o hijo parental).

Las viviendas, de una sola entrada, no se acostumbra a cerrar.

La adultez llega demasiado pronto, a través del trabajo en los varones y la maternidad en las niñas, la que suele ser aceptada por la familia, haciéndose cargo los abuelos de los recién nacidos de madres muy jóvenes.

Las parejas se consolidan luego de experiencias previas frustradas. Es elevado el número de hijos.

La poligamia, que tuvo vigencia en el pasado, es observada ocasionalmente en la actualidad. Los caciques solían tener tres o cuatro esposas;

el resto dos. Recordemos que los hombres estaban expuestos físicamente. Las esposas ocupaban casas distintas, y el hombre laboraba una chacra propia para cada una.

La homosexualidad era muy respetada, tanto por los hombres como por las mujeres.

Existía la costumbre del pago a la familia de la pretendida; también se estilaba el rapto; posteriormente se impuso el acuerdo de los padres, y actualmente se necesita el acuerdo mutuo de los contrayentes.

El pago por la mujer no era una compra. Era como un seguro de buen trato por parte del hombre, el que perdía los animales entregados si la mujer lo abandonaba por su falta de consideración. Asimismo, servía para que la familia de la mujer pudiera casar a sus hijos varones.

La tradición es transmitida oralmente por los ancianos, que son sumamente respetados valorándose su sabiduría.

SALUD Y ENFERMEDAD

La vida, y la salud, son el resultado positivo de la lucha entre el bien y el mal.

Como en toda cultura simbólica, prevalecen las explicaciones sobrenaturales.

Los símbolos, si bien tienen aspectos esencialmente expresivos, que se manifiestan en el ritual, también poseen algunos instrumentales, posibilitan actuar frente al peligro, explican situaciones desconocidas y son también un medio de contención social regulando los actos de inadaptación.

El hombre está compuesto de un alma y un cuerpo. La primera, si bien es aprehendida unitariamente, se manifiesta en diversos estados; por ejemplo, se presenta de una forma cuando está el individuo volcado a su interior, en el sueño, y de otra en la vigilia.

El cuerpo está dirigido por el alma, que es esencialmente energética, pero que puede escaparse o ser capturada.

La muerte es la resultante del abandono del alma, que si bien no tiene materia, puede ser captada por personas especialmente intuitivas.

En la enfermedad se debilita la unión entre el alma y el cuerpo, y se facilita su robo, que exige el pronto rescate para evitar la muerte.

Los trastornos del sueño: que sean contradictorios, que no se recuerden, o simplemente que no se sueñe, son síntomas de brujería.

La enfermedad mental es el producto de pérdida de propiedades del alma.

Por no tener pensamiento, los niños no pecan. La enfermedad y la muerte se expresan a través de las llamadas entidades wekufú, cada una de las cuales manifiestan diferentes modos de presentación de las mismas, por ejemplo muerte violenta, imprevista, por fenómenos de la naturaleza, etc.

El daño, es la manera de transmitir el mal, a partir de la envidia, a través del brujo, capacitado para ello. Excepto la muerte por enfermedad senil, todo mal es producido voluntariamente.

te, a través de objetos introducidos en el cuerpo o desde el exterior.

Hay métodos de protección, u objetos potentes (hojas de ajeno, limaduras de hueso, piedras, etc.) que se llevan encima o son colocados en la vivienda.

Las fuerzas adversas (kalku) son enfrentadas por la machi (curandera).

No hay límites entre lo fantástico y lo real, lo que posibilita el enlace de sucesos no vinculados objetivamente. La muerte es el cese biológico, pero el espíritu es eterno.

La machi cura a través de la palabra, ayudada por hierbas. Su poder proviene de la fé, en sí misma, del paciente pero sobre todo de la comunidad.

El cuerpo del muerto era enterrado en una especie de canoa de roble pelín, y en las zonas rocosas en cuevas, llamadas chenques, acompañado de provisiones y objetos de valor. La ceremonia incluía galopes simbólicos hacia el occidente.

El idioma es un legado divino, que permite la transmisión de la tradición, comunicarse, comprenderse, curar y prevenir, pero también dañar.

La comunidad rural en general, y la aborígen en particular, presenta un alto grado de tolerancia social ante sus miembros discapacitados, en especial el disfuncional mental.

Dios (o Nguenechén) es el dominador de la gente y del mundo. Su culto se profundizó al adquirir el mapuche hábitos agricultores. La fiesta religiosa más importante, el nguillatun, se realiza anualmente para pedir buenos resultados en el trabajo. Se matan animales, se baila y hay consumo ritual de chicha.

La machi recibe sus dones de Nguenechen, independientemente de la voluntad de la misma. Cobra por su ayuda, de acuerdo a las posibilidades del paciente.

Saca la enfermedad extrayendo sangre de diversas partes del cuerpo, o en objetos con forma de piedra, palito, algún animal como el sapo, los que echa al fuego. Posteriormente baila. Esta ceremonia se llama machitun, y puede ser ayudada por la yeguel o auxiliar.

ALCOHOLISMO Y CULTURA

En el consumo del alcohol observamos diversas relaciones: normas del grupo social por valoración de su efecto relacional; vinculaciones físicas, a partir de la dependencia instalada; y psicológicas, a través del alivio de las tensiones (uso como psicofármaco).

En la antigüedad, la ingesta de alcohol estaba reservada exclusivamente a las ceremonias religiosas. En lo ritual, el alcohol está vinculado a la sangre, y tiene que ver con los sacrificios. Posteriormente, su uso se fue secularizando, y la pérdida de lo tradicional, al conjunto de la adquisición de nuevas costumbres, extendió su uso.

No obstante, en las comunidades rurales, sigue siendo preponderante su consumo en las reuniones; ingerirlo es una regla, pero acostado a las situaciones de duelo o de júbilo, los nguillatunes, el mingaco (laboreo colectivo de la tierra), el rucán

(construcción colectiva de una vivienda), torneos de checa (juego tradicional), aunque éstos últimos se van perdiendo paulatinamente.

El bebedor solitario es criticado, lo mismo que el joven que toma sin autorización de los mayores (el pasaje a la edad adulta implica la prerrogativa de tomar sin autorización previa), la mujer que se embriaga, quién no convida pudiendo hacerlo, el tomador agresivo, y el abstemio, a quién se lo tiene por orgulloso y desconfiado.

Algunas creencias referidas al alcohol son que dá hombría, que favorece la maduración, la resistencia física, la lactancia materna, la digestión, el pensamiento, la voluntad, la amistad, que es alimento y que ayuda a resistir el frío.

El mapuche ingiere chicha de manzana actualmente. Antes, de maíz (o mudai), de molle, maqui o mutilla. Se triturbaba el grano, y se lo mezclaba con saliva, aprovechando los fermentos de la misma. Hasta la conquista no se conocían métodos de conservación, por lo que la chicha se fabricaba exclusivamente para la reuniones y se consumía por completo en las mismas.

La migración produce la desorganización de la ingesta, influida por las diversas dificultades que la acompañan: viviendas, trabajo urbano, para el que no se está preparado, pasaje de familia extensa a familia nuclear, necesidad de trabajar afuera del hogar de la mujer, ausencia de los hombres por razones laborales, la falta de aceptación del medio para los recién llegados, y el rechazo de la comunidad de origen a los que se alejaron.

Las instituciones colaboran con dicha crisis: los medios de comunicación masiva lo invaden con la propaganda que liga el consumo del alcohol con el éxito, la policía y el juez lo detienen por ser un contraventor, el sistema de salud lo rechaza a pesar de caracterizarlo técnicamente como un enfermo, pero tratándolo como a un vicioso; la familia lo denuncia, la falta de continencia comunitaria urbana lo descalifica.

Es entonces como en el medio urbano aparece el alcoholismo individual, a partir del uso de la bebida como psicofármaco, aprovechando sus efectos ansiolíticos.

CONFLICTO Y MIGRACION

Como ya lo señalamos, es en el suburbano donde aparece en toda su dimensión. Aquí confluyen los diversos grupos étnicos de la zona, con agudas situaciones de crisis: chilenos hasta hace poco indocumentados, de origen generalmente campesino, aborígenes, mestizos, criollos.

El desarrollo existente en la región no compensa el incremento de la población, uno de los más importantes del país, a partir del crecimiento vegetativo y de las corrientes migratorias, por lo que la desocupación y la subocupación son preocupantes.

El ingreso a la competición, a pautas conductuales individualistas, el pasaje de la economía familiar, de subsistencia, a la de mercado, el dine-

ro como eje del trabajo y de intercambio, son aspectos desorganizadores.

Desde lo familiar, el cambio de familia numerosa a pequeña, la valoración de la independencia que favorece la idea de los jóvenes y la pérdida del clásico autoritarismo paterno, se ve agravado por la necesidad de la madre de trabajar fuera del hogar para contribuir al sustento, lo mismo que las hijas mayores, en general como empleadas domésticas.

El hacinamiento, la mortalidad infantil, la desnutrición, la tuberculosis, el alcoholismo, el abandono de niños, la desocupación, la delincuencia infantil y juvenil, la protección, son algunos de los síntomas relacionados con la pérdida de la identidad grupal.

La otra cara de la moneda la constituyen los migrantes de clase media que llegan a la zona, procedentes generalmente de grandes ciudades, y que se afincan en la zona urbana.

La problemática es de otra dimensión: alejamiento geográfico importante de su grupo familiar de origen, atenuado quizás por la valoración cultural de la independencia, diferencias de clima, de costumbres, carencias de los medios culturales, especialmente informativos, a los que estaban habituados, pero el aspecto más sentido suele ser la dificultad de adaptarse al mayor control social existente en las poblaciones pequeñas, en contradicción a la realidad de las grandes ciudades, donde el individuo pasa desapercibido.

CONFLICTO EN EL EQUIPO DE SALUD

Como integrantes de la cultura blanca, poseemos nuestro sistema de valores. En función del etnocentrismo, tendemos a descalificar lo que es distinto, pero como además recibimos fuerte influencia externa, sobrevaloramos el afuera.

No obstante, su carácter de instrumental, también nuestra cultura médica en particular, y blanca en general, muestra contenidos de pensamiento mágico.

Por ejemplo, la fé en los instrumentos, en las especializaciones, producto de una nosografía que prioriza la disociación y el análisis, la fé en los medicamentos, que muchas veces suplen, como placebo, el desarrollo de una relación profunda con el otro, la valoración de una relación complementaria médico paciente, el que sabe, puede, y el que ignora, recibe, de tipo cosificante, paternalista y/o autocrática, pero siempre, por sobre todo, tecnocrática.

También el pensamiento mágico lo podemos ver en la sobre valoración de lo que viene del afuera del que dependemos, aún cuando no esté avalado por un enfoque crítico, el que suele ser suplido por una propaganda comercial pseudo científica.

La desvalorización de la medicina aborígen impidió el aprovechamiento de su potencialidad. A pesar de su simbolismo, los indígenas previamente a la conquista tenían perfectamente clasificadas más de tres mil hierbas medicinales.

La dificultad de discernir lo disfuncional de lo cultural, de establecer un código similar de comunicación, son vallas a superar para poder relacionarnos adecuadamente con el otro.

ETICA DEL CAMBIO

El comprender el para qué de las costumbres, sus vinculaciones sociales y psicológicas, pero por sobre todo el respeto, del otro y de lo propio, facilitarán el logro de una relación horizontal, que personifique a quienes participan de la misma.

Será la participación, el "hacer con" y nó el "hacer para", el medio para superar los conflictos que se presentan indefectiblemente en el quehacer psicosocial.

Ello nos permitirá a todos aprovechar los elementos valiosos de las culturas que se encuentran, pero por sobre todos encontrarnos como personas.

A través de dicha participación es que se producirá el pasaje del conflicto al cambio, ambos componentes tan normales en los sistemas sociales como el equilibrio y la armonía.

Dr. Luis Wille Arrúe, Hospital San Martín de los Andes.

Bibliografía

Salud y Política. Dr. Aldo Neri. Edit. Hachette. Huecuvu Mapu. Alberto Vúletin. Gardenia Editora Comprensión y tratamiento interaccional del alcoholismo. La familia alcohólica. Mario Tismintzky y Daniel Frankel. Terapia Familiar N° 10. Editorial ACE.

Mapuches, vida, locura y muerte. Jorge Pellegrini. Temas de Psicología Social. Ediciones Cinco.

Antropología de la Salud y la enfermedad. Temas de Psicología Social. Tres entidades "wekufu" en la cultura mapuche. Else María Waag. EUDEBA.

El equipo de salud y la comunidad: una experiencia neuquina de Atención Primaria en Salud Mental. Wille Arrúe y Ricardo Musso. Revista MR.

Hacia una propuesta de Atención Primaria en Salud Mental. Wille Arrúe y Ricardo Musso. Revista Medicina y Sociedad. Sep. Oct. 84.

Memorias de un cacique mapuche. Pascual Cuiña. Edit. ICIRA.

Vida cotidiana en comunidades del norte argentino. Josefina Racedo. Temas de Psicología Social. Neuquén. Dr. Gregorio Alvarez. Edit. Congreso de la Nación.

Las culturas tradicionales y los cambios técnicos. George Foster. Fondo de Cultura Económica.

Salud, medicina y desarrollo económico social. Abraham Sonis. Eudeba.

La medicina popular en el noroeste argentino. Néstor Palma. Edit. Huemul.

El pensamiento indígena y popular en América. Rodolfo Kusch. Edit. ICA.

Alcohol y Alcoholismo. María T. Dobert Versin y cols. Edt. Galdoc.

Otras culturas. John Beattie. Fondo de Cultura Económica.

Relato del agente sanitario. Herminio Casanova. Revista MR.

APORTES A LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

**Lic. Ricardo Musso, psicólogo,
integrante del equipo de
Salud Mental Zona IV,
Pcia. del Neuquén**

Nuestro acercamiento a la terapia familiar y a las técnicas para ella implementadas se debe, fundamentalmente, a una firme conceptualización de la salud y la enfermedad. Esta puede ser resumida sintéticamente de la siguiente forma: NO EXISTE EL INDIVIDUO AISLADO. Esta condición gregaria de las personas hace que, a poco que uno lo piense, un sujeto afectado de alguna dolencia, física o psíquica, será imposible su recuperación sin provocar modificaciones en el sistema en que se encuentra interactuando.

Esta verdad de perogrullo dejará de parecer superflua si repasamos la inmensidad de tratamientos para la salud del individuo enfermo que implementamos sin contemplar su entorno significativo. La ciencia médica se encuentra cada vez más en mejores condiciones de reducir el promedio de mortalidad infantil, aumentar la expectativa de vida, disminuir el dolor físico, combatir enfermedades y que no decir en el campo de la especialización como la cirugía y la microcirugía.

Del mismo modo el área de la Salud Mental ofrece al individuo enfermo una amplia y variada gama de tratamientos psicofarmacológicos como también prolongados y profundos tratamientos psicoterapéuticos, llevados a cabo en forma ambulatoria o en instituciones de internación psiquiátrica.

Rara vez los expertos en el arte de curar elevan la mirada por sobre el diagnóstico patológico y observan lo que ocurre detrás de él.

Por mucho tiempo los trabajadores en el campo de la salud mental buscamos la forma de tratar de sentir que nuestra actividad profesional estuviera inserta en la problemática social y colaborar con la resolución de los conflictos comunitarios. Aunque lo estuviéramos haciendo, sabíamos que nuestro trabajo era de hormigas. Creo, personalmente, que esta reciente modalidad de acción, la terapia familiar, permite superar en gran parte esta dificultad.

El médico, especialmente el generalista, ya que es considerado el médico de la familia por excelencia, encuentra en esta actividad una visión distinta de las variables a considerar en la recuperación de sus pacientes.

Nuestra unidad de trabajo, es el sistema familiar y las interacciones comunicacionales que en él se dan. La función, como parte del equipo terapéutico, es la de facilitar en el sistema, la búsqueda de conductas alternativas que le permitan la superación de sus disfuncionalidades, producto de estimulaciones conflictivas internas o externas al sistema. Llamamos estimulaciones conflictivas a todas aquellas situaciones que impongan

al sistema una modificación de su forma de interacción para lograr superarlas y de esta forma alcanzar un nuevo equilibrio interno.

El hombre como ente autónomo no existe. Todas sus acciones son conductas, y éstas comunican, encierran un mensaje, y solo a partir de allí podremos comprenderlo. Más siempre en relación, nunca sólo, porque no existen los mensajes, ni conductas, al vacío. Es imposible no comunicarse porque es imposible que no haya un otro.

Ciertos principios basados en la Teoría General de los Sistemas nos orientan en la comprensión del funcionamiento de los grupos familiares, e incluso en el del sistema social en su totalidad, pero aún la terapia familiar no ha podido obtener resultados unificados que puedan generalizarse en los sistemas que conforman las distintas comunidades socioculturales. Esto es una desventaja para a capacitación de profesionales en las técnicas de este tipo de terapia; pero por otro lado, obliga el terapeuta familiar a compenetrarse con el ámbito social que lo rodea y desarrollar su estilo creador y propio de las técnicas apropiadas para facilitar al conjunto la resolución de sus dificultades.

Esta situación obstaculiza el proceso de investigación científica ya que como es sabido la ciencia trata de obtener resultados de aplicación universal. Más si pensamos que, fundamentalmente, la terapia familiar se basa en técnicas de modificación de las relaciones sistémicas, diremos en favor de lo antes expuesto que necesitamos elaborar nuestros propios haremos, como muchas técnicas estandarizadas lo han hecho. También en defensa de esta modalidad de trabajo diremos que es en terapia familiar donde en distintas partes del mundo donde se aplica; se llevan a cabo los tratamientos, con mayor elementos de medición y control de variables como por ejemplo, la cámara Gesell, la video grabación, las técnicas de cooterapia y supervisión y un seguimiento de las altas que permitan el control de resultados.

En la actualidad, el equipo de terapia familiar del hospital central de la zona cuarta de la provincia, realiza la supervisión de sus tratamientos en el Servicio de S.M. de Neuquén capital. Además se encuentra abocado a la elaboración de un plan de capacitación para los médicos generales de los hospitales de menor complejidad que se encuentran en dicha zona de cobertura. Esta capacitación ofrece material bibliográfico y participación del personal interesado en los tratamientos familiares. La labor docente también se extiende a los encuentros que en forma periódica mantenemos con el equipo de agentes sanitarios y las distintas

instituciones de la comunidad. La finalidad es el intercambio de experiencias para lograr ampliar la visión de la problemática familiar y comunitaria, una nueva forma de pensar esta problemática y lograr la participación de todos en la resolución de los conflictos.

Nuestra visión pretende ser sistémica. Dejando de lado los aspectos teóricos y técnicos que extendería en demasía esta exposición creemos si necesario conceptualizar nuestro criterio de salud y enfermedad mental en los llamados sistemas de interacción humana.

Este criterio se encuentra estrechamente ligado a los conceptos de cambio y transformación. Por cambio nos referimos a la capacidad de los elementos del sistema de modificar sus modos de interacción interna. La interacción de un sistema se lleva a cabo a través de la comunicación de sus elementos, o lo que es lo mismo las conductas que estos elementos desarrollan en relación a los demás elementos del sistema, conducta y comunicación son sinónimos para nosotros.

Para que estos cambios se produzcan es menester la flexibilidad que el sistema en su totalidad posea. Pero, así como un sistema deberá ser flexible internamente para producir cambio en su seno, también lo deberá ser en su aspecto externo para lograr transformar. En este sentido transformación es la capacidad del sistema en su totalidad de modificar el medio externo a través de la interacción con el mismo.

Transformar es, para nuestro esquema, sinónimo de participación.

Los cambios internos y la participación externa imponen al sistema un estado que no necesariamente implica un desequilibrio permanente. El equilibrio también es un signo saludable del sistema, más dejará de serlo en el momento en que el sistema se encuentre sometido a algún tipo de estimulación que fuerce la ruptura del mismo, y este manifieste su imposibilidad para lograrlo.

Signos entonces de sistemas patológicos son: la rigidización y estereotipación de roles, imposibilidad de romper su estado homeostático o de equilibrio, imposibilidad de lograr cambios internos, e imposibilidad de transformación o participación.

Esta conceptualización de la patología no está referida al sistema familiar en exclusividad, sino que dicho criterio es ampliado por nosotros para categorizar de la misma forma los sistemas sociales en su totalidad.

Lo que denominamos equipo metadisciplinario de salud parte de la conceptualización antes citada. En este sentido, las instituciones, como elementos que componen el sistema social, pero fundamentalmente a través de los individuos que lo componen, deben buscar los cambios y conseguir las transformaciones necesarias para lograr superar sus disfuncionalidades y alcanzar un nuevo estado de equilibrio en favor de la totalidad del sistema.

Las marchas y contrataciones que un sistema encuentra en la superación de sus dificultades son las mismas para una familia que para el sistema social.

Nuestro equipo terapéutico, enmarcados en la institución salud, será un eslabón más en ese equipo metadisciplinario de salud.

Lo que intentamos no es solamente la disminución cuantitativa de las consultas psicopatológicas, lograda a través de una óptica que contemple al paciente y a su grupo familiar ya que con esto se evitarían reincidencias o se prevería otras apariciones. No proponemos cantidad de sanos, sino, además, y fundamentalmente, calidad de sanos, pero no sólo de individuos sino de sistemas.

A muchos sonará utópica las ideas que encierra esta exposición. Pensarán que suponemos haber descubierto la panacea de los problemas sociales (recordemos que la salud física y mental también lo son).

El utópico es aquel que cree ver soluciones donde no las hay y el panaceaista el que posee el brebaje que solucionará todas las dificultades. Aunque no lo parezca, lejos estamos de creerlo.

Al igual que en los tratamientos familiares, nuestros objetivos son mínimos, claros y precisos, y factibles de alcanzar. Ninguna familia encuentra en los tratamientos la "llave de la felicidad". Queremos decir con esto que cuando hablamos de: calidad de sanos, o calidad de vida, no estamos refiriéndonos a una realidad objetiva capaz de lograrse a través de un tratamiento específico. Esta referido a una conceptualización que para alcanzarse debe enmarcarse en un desarrollo integral de los aspectos ligados al quehacer del hombre que posibilite la manifestación de todas sus potencialidades.

La creación del taller artesanal con fines terapéuticos del grupo de recuperación de alcoholismo es una muestra del cambio y transformación de los sistemas familiares que integran la comunidad. Para lograrlo, los sistemas participantes, debieron romper el estado de bloqueo en el que la patología alcohólica encontraba su razón de ser, producir los cambios interaccionales internos para que dicha patología perdiera su significación y, a partir de una comprensión sociológica de esta disfuncionalidad comunitaria como es el alcoholismo, lograr transformar la realidad externa y crear esa fuente de trabajo.

Elegimos un camino, para llevar a puerto nuestros objetivos: el de hacer. El hacer algo muchas veces implica una dedicación exclusiva a la tarea, eso no nos preocupa. La resolución de los conflictos comunitarios exige participación de sus miembros y es por eso que no nos preocupa el tiempo invertido. Una de las características de un buen terapeuta familiar es la de participar activamente en los conflictos que presenta el sistema en tratamiento, en lo posible sin quedar atrapado en él.

La posibilidad de profundizar este trabajo en la provincia va a depender de muchos factores. Pero sería falaz argumentar que las prioridades no están en este momento en la atención primaria de la salud mental. Nuestro trabajo no es exclusivo de un sector de salud ni de un sector de profesionales es, por el contrario, una actividad que debe insertarse y complementarse con todas las especialidades del sistema de salud e instituciones comunitarias.

ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA DEL NIÑO ABANDONADO: LA CONTAMINACIÓN DE LOS SISTEMAS SOCIALES (*)

Dr. Lino Guevara - Neuquén

La familia es una institución que tiende a mantener estable su organización, aunque su estructura cambie con las épocas. En este momento la familia da señales de sufrimiento, manifiesta síntomas. Zwerling ha hablado del "fracaso de la familia en socializar a los hijos y en lograr estabilizar a las personas adultas". La familia se encuentra amenazada, agredida. Entre otros agresores, como la propaganda, se encuentran diferentes ideologías. La imagen de la familia es una imagen manipulada. Esta manipulación hace que la familia tienda a comportarse de tal o cual manera, de acuerdo a los requerimientos de la ideología dominante. Los resultados, los productos de tales comportamientos, no son únicamente responsabilidad de las familias.

La idea de la polución de los sistemas sociales no es nueva, pero aún no hemos comenzado la reparación ni la prevención, como afortunadamente comienza a ocurrir en otros campos. Es sabido que en la mitad del siglo XX, como resultado del desarrollo industrial de los países ricos, se registra el gran impacto de la tecnología que aún estamos viviendo. El poder impactante sobre la naturaleza ha sido tal que se puede decir, con Bateson (Mind and Nature), que "ya no hay nada natural, ni bosques ni razas". En particular han sido intervinidas sus recíprocas articulaciones. Cierta ebriedad de poder tecnológico condujo a la autopsia del poder ilimitado. Los sistemas ecológicos son interferidos.

Se creyó que a nivel social podía hacerse lo mismo. El "conocimiento" de los fenómenos sociales, se supuso, permitiría introducir "mejoras" sin consecuencias indeseables.

En el plano de la tecnología actuando sobre la naturaleza, la contaminación es el nuevo problema creado, y a resolver. En lo social el proceso puede esquematzarse así:

- 1.— El "establishment" prescribe un modelo de familia.
- 2.— Los apartamentos de la norma deben ser corregidos.
- 3.— Un sector de la población queda definido como subsidiable y por lo tanto como "débil".

Como producto de la subsidiariedad suceden las consecuencias desagradables:

A) Las familias no crean sus propias defensas, no desarrollan sus propios recursos.

B) Las empresas de "rescate" necesitan cada vez más "clientes".

El mercado se expande. Una trampa se ha armado, en este caso, por inclusión de alternativas extra.

No hay duda de que se ha avanzado desde aquellos tiempos del siglo pasado en que se coleccionaban personas menesterosas para convertirlos en marginales para siempre, como cuando se creía que los manicomios, o los orfanatos, o los reformatorios, eran de utilidad. A mediados de nuestro siglo, las familias substitutas y los sistemas de adopción por ejemplo, representaron un considerable avance. Pero seguramente hemos de dar todavía el salto cualitativo en este tema.

Una "punta" puede obtenerse pensando en términos de promover los recursos propios de las familias "débiles", o de su red natural, antes que pensar en términos de subsidiar o substituir. En la práctica concreta del caso a asistir, esto significa desarmar la asistencia substituta que se haya dado, remontando el sistema hasta reinvolucrar a todos los que se hubieran desinvolucrado, para que cada uno desarrolle sus máximas capacidades de contener al necesitado. En el caso del niño abandonado, a quién sería mejor denominar "separado de su red natural", es menester dirigir la mirada asistencial a la redistribución de responsabilidades entre las relaciones naturales del niño (de parentesco o vecindad, etc.). De acuerdo a las posibilidades reales, ayudando al incremento de las potencialidades que hubiere, en vez de substituir o subsidiar.

En el fenómeno urbano moderno los niños abandonados son niños eyectados por familias que previamente han sido definidas, rotuladas, como minusválidas por estructuras de la acción social, que de esta manera están consiguiendo clientes para mantener esas mismas estructuras; o en otros términos están causando el problema que creen remediar. Mas allá de los indudables sentimientos de amor y de buena voluntad de los técnicos y personas que intervienen en el rescate.

Parte de las ideas expuestas, se debe a una comunicación personal al autor de Reynaldo Perrone, Terapeuta Familiar argentino reside actualmente en Francia.

EL EXPEDIENTE MEDICO ORIENTADO A PROBLEMAS (EMOP)

Presentado en el Ier. Congreso Año de Medicina Familiar
Bs. As. - Set./1985

THOMAS P. OWENS M.D.

El advenimiento de la Medicina Familiar como una especialidad y una disciplina médica trae consigo la necesidad de reevaluar la calidad de atención dada en la consulta externa y al mismo tiempo mejorar, simplificar y homogenizar en cierto grado los registros.

La mayor parte de los expedientes clínicos, de la investigación y de la estadística estudiada en medicina ha sido de hospital, basada en protocolos de enfermedad episódica con escasa orientación psicosocial. La Medicina Familiar emerge cuando el médico general se percató que su papel era único y era fundamental, al ofrecer una atención médica continua, comprensiva, holística integrativa, mayormente en el ámbito de la consulta externa o el hogar. A la vez se vislumbró la necesidad de promover la investigación clínica en esta nueva disciplina y uno de los requerimientos sería el poseer algunos parámetros comunes de referencia.

Para conseguir estos parámetros dos aspectos se han profundizado: a) la creación de una clasificación internacional de problemas de salud en el cuidado médico primario y b) la promoción del uso de un expediente clínico sencillo (EMOP).

Lawrence Weed, en 1969, ideó el EMOP como una mejor forma de presentar lo acontecido al paciente en el hospital³ pero ya al año siguiente Bjorn y Cross⁴ médicos de familia, tomaron la idea y la adaptaron casi íntegramente al ambiente de la consulta externa familiar de tal forma que sus publicaciones aparecen incluso antes que las de Weed (1971 y 1970).

Los expedientes clínicos tradicionales han sido denominados Expediente Médico Orientado al Origen (EMOO) porque se basaron en el origen del material contenido en el expediente. En éste los datos de exámenes, de laboratorios, de informes de interconsultas, las anotaciones del médico, las de la enfermera, los informes radiográficos, todos suelen hallarse en áreas distintas.

Así, este EMOO es un diario de eventos pretéritos como dice Rakels y no un archivo dinámico del acontecer del paciente y su entorno.

El mejorar la atención en salud dada al paciente y su familia debe ser el objetivo básico de cualquier nuevo método de organización de expediente clínico. El expediente cada día es menos privado o del médico y se torna un documento legal que pertenece al médico, a otro personal de salud y al paciente. Un expediente bien organizado es un valioso instrumento de comunicación y debe servir

de fuente rápida de información básica.

El EMOP consta de cuatro componentes fundamentales según las fases de acción médica que se toman, a saber:

- a) Base de datos
- b) Listado de problemas
- c) Notas de progreso o seguimiento
- ch) Hoja de resumen, flujogramas y otros datos.

a) Base de Datos:

La Base de Datos incluye los componentes tradicionales de dolencia principal, enfermedad actual, historia pasada, revisión de sistemas, historia social, examen físico, datos de laboratorio y una esquemática recolección de datos biográficos como un perfil de vida del paciente y algo sobre su entorno.

La Base de Datos es la plataforma sobre la cual descansa toda la estructura del EMOP. Una característica que la diferencia de la tradicional es que la información se recoge paulatinamente y se actualiza con cada encuentro, de tal forma que los datos iniciales nos dan la prevalencia de morbilidad de la consulta mientras que los datos actualizados nos darán la incidencia de la misma.

La Base de Datos puede incluir un Genograma familiar que puede ocupar un lugar prominente en el expediente. El mismo puede ser organizado por personal auxiliar o por el mismo médico, y puede hacerlo en una primera consulta o en una subsiguiente visita.

Dentro de la Base de Datos puede incluirse una hoja de apuntes ordenados de resultados de pruebas de laboratorio. La misma hoja podría incluir un flujograma o un cuadro de factores de riesgo que indique, por ejemplo, cuando debe hacerse la prueba de Papanicolaou o debe repetirse la determinación de colesterol o de triglicéridos.

Si la Base de Datos es incompleta, algunos le dan a esto tanta importancia que lo colocan como "Problema N° 1". Para poder determinar cuales datos faltan es recomendable usar hojas que permitan respuestas de ganchos y no la necesidad de escribir frases.

La Base de Datos es lo que más se parece al expediente tradicional en el método de Weed. En muchos casos se pueden usar los esquemas o las hojas usuales de los ministerios de sanidad o los seguros sociales que siguen un expediente tipo EMOO. Los diagramas pueden ser genogramas u

otros tradicionales o confeccionados por una unidad ejecutora o una institución pero deben considerarse prioritarios aquellos que incluyen aspectos propios de la medicina de familia como los de las obras de Medalie, Rakel, Fry, McWhinney o la obra de Alonso Hinojal con Martínez López.

b) Listado de Problemas:

El problema que presenta el paciente es LA UNIDAD FUNCIONAL DEL EMOP. Debe existir una hoja **exclusivamente para anotar los problemas**, preferiblemente en el sitio más prominente del expediente como es la contraportada. Véase que no se indica Listado de "diagnósticos", sino de problemas, aunque estos pueden ser muchas veces diagnósticos. El médico de familia trabaja más con problemas que con diagnósticos, más con síntomas que con datos concretos, más con padecimientos que con enfermedades.

El problema puede ser de orden anatómico, fisiológico, sintomático, socioeconómico, psiquiátrico, de datos de laboratorio, de factor de riesgo u otro. En esta forma la verdadera queja del paciente es anotada en el expediente: para eso fué a la consulta.

Los problemas suelen ser enumerados, en orden de aparición y se pueden clasificar como activos o como inactivos. Las notas de progreso del expediente tienen como clave el número del problema y en éstas se hará siempre referencia al problema por su número. La hoja de listado de problemas debe ser dinámica; pueden desaparecer problemas, pueden aparecer nuevos, pueden modificarse otros o pueden definirse más precisamente otros.

El médico o la institución puede optar por una hoja de problemas con un formato particular o usar una de tipo tradicional. Si se añade el código del ICH PPC - 2 en la misma tendremos una fuente fácil de investigación clínica.

c) Notas de Progreso:

Un elemento clave del EMOP es la nota de progreso. En el expediente tradicional esta solía ser errática, desordenada, no-homogénea y cada escuela hacía uso de un formato distinto. Muchas veces la nota de progreso servía de válvula de escape para diatribas o para críticas de un médico para con otro.

Con la nota de progreso simplificada del EMOP se tienden a subsanar muchas de las dificultades mencionadas. Esta se basa en cuatro componentes, el subjetivo (S), el objetivo (O), el aval o actualización o apreciación diagnóstica (A) y el plan (P); en resumen: SOAP.

S: Subjetivo: Aquí se presenta en forma resumida la molestia actual, síntomas, algo de la historia familiar y la historia pasada.

O: Objetivo: Se anotan los hallazgos físicos, fisiológicos o de laboratorio.

A: Aval o Apreciación: Se indica el estado actual del problema y puede anotarse uno o más diagnósticos.

P: Plan: Se anota la medicación, los procedi-

mientos solicitados, las pruebas de laboratorio, los procedimientos quirúrgicos de gabinete que se hicieron en la visita y la educación impartida al paciente. La P es, sin duda, el componente más importante del SOAP pues revela lo que se hizo y el tratamiento y nos dará la evaluación de la evolución del paciente. Debe constar de estudios diagnósticos, medidas terapéuticas y educación al paciente.

Ejemplo de SOAP:

S: Epigastralgias y pirosis.

O: Ligero dolor del punto pilórico.

A: Ulcera duodenal.

P: Cimetidina H.S. - Dieta e Indicación sobre licor y cigarrillo.

El SOAP puede incluso ser usado como formato para remitir pacientes a otros especialistas, puede usarse para hacer el resumen de hospitalización o también para informes de la condición del paciente solicitados para terceras personas como compañías de seguros.

Es preferible que el SOAP se centre en un problema en cada consulta. No es necesario discutir todos los problemas en cada visita. En algunos casos puede muy bien omitirse alguno de los capítulos del SOAP cuando no sea muy necesario el examen físico o no sea imprescindible el dato subjetivo o el aval.

ch) Hoja de Resumen y Otros:

El médico individual o un departamento puede escoger el añadir al expediente un flujograma el cual puede resumir una serie de datos básicos. Este puede incluir la frecuencia de la sintomatología, datos fisiológicos y de laboratorio, uso de medicación, otra terapéutica, dietas, acatamiento de órdenes médicas y educación al paciente. Si este flujograma es bien llevado y es completo puede en muchos casos suplir a la nota de progreso o en ese lugar indicar "véase flujograma". Esto es muy especialmente, en el padecimiento crónico como una hipertensión o una diabetes donde cada mes puede colocarse en el flujograma la cifra de TA y la medicación o la glicemia y la medicación, respectivamente.

Los flujogramas puede hacerse para un solo padecimiento, para varios trastornos o para otros aspectos como es el control del peso o de factores de riesgo.

Para la práctica de medicina de familia puede ser recomendable incluir en el expediente algunas hojas que den un panorama más amplio de la situación del individuo y su entorno. Estos pueden ser entre otros:

a) Genogramas — Tradicionales o novedosos, que presenten al grupo familiar en forma diagramática y en los cuales rápidamente puede localizarse al individuo y su ambiente familiar con su árbol.

b) Línea de vida de Medalie - Listado de eventos importantes que le suceden al sujeto y el impacto en su formación.

c) Psicofigura = Dibujo de los miembros de la

familia donde el paciente vincula con líneas unos a otros para determinar como está configurada la dinámica familiar.

ch) Círculo familiar de Thrower = Se hace el círculo que representa a la familia y el paciente dibujo los círculos que representan a los miembros según el grado de valorización de cada uno.

d) Círculo de Duvall = Una forma de colocar al sujeto según el ciclo de vida familiar en que se encuentra al momento de captación como paciente.

e) Apgar Familiar de Smilkstein = Determinación por medio de preguntas sencillas de como se siente el sujeto dentro de su familia.

f) Unidades de crisis de Holmes - Rahe = Averiguar en forma numérica a cuantas dificultades ha sido sometida la familia y así revelar la tendencia o mostrar padecimientos psicofisiológicos.

g) Dinámica Familiar de Minuchin = Indicación del funcionamiento sistémico de la familia y determinación de que puede mejorarse.

h) Otros.

La Tarjeta Índice de Problemas:

Al hacer uso del EMOP se puede confeccionar una tarjeta que clasifique problemas según la clasificación ICH PPC - 2 de tal forma que se produzca un índice de pacientes o de morbilidad de la consulta. Esto facilita el llevar a cabo investigación clínica y además permite fácil auditoría de expedientes por el médico u otro grupo colegiado.

Ventajas del EMOP:

1. El acceso a los datos es más fácil
2. Permite mejor vínculo con el paciente.
3. Se asemeja más a la realidad clínica cotidiana de la medicina de cabecera.
4. Promueve el introducir acciones de medicina preventiva en la práctica corriente.
5. Permite mayor continuidad de manejo.
6. Economiza escritura excesiva.
7. Permite auditoría más fácil y una investigación más ligera.
8. Produce un ordenamiento homogéneo del expediente que facilita la comparación multinacional.

nalio.

Goldfinger¹¹ y otros han indicado desventajas del EMOP:

1. Exceso de énfasis en el estilo.
2. Falta de visualizar a la totalidad del paciente.
3. Enumeración redundante de datos.
4. Exceso de tiempo dedicado al registro de datos en detrimento del cuidado del paciente.

En general, el EMOP es un instrumento valioso que con facilidad puede implementarse para establecer un cambio en la forma tradicional de llevar la historia clínica.

REFERENCIAS

1. Engel, G., The Biopsychosocial approach in Psychosomatic Disorders, J. Psychiatry. 137; 535-544 1980.
2. ICH PPC - 2 - Defined, Prepared by the Classification Committee of WONCA, Edición 3, Oxford University Press, Oxford, Inglaterra, 1983.
3. Weed, L., Medical Records, Medical Education, and Patient Care, Yearbook, Chicago, 1971.
4. Bjorn, J.C. y Cross, H.D., Problem Oriented Practice, Chicago, Modern Hospital Press, 1970.
5. Rakel, R.E. y Conn., H.F., Family Practice, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1978.
6. Medalie, J.H., Family Medicine, Principles and Applications, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1978.
7. Alonso Hinojal, I. y colaboradores, Manuel para el Médico de Familia, Editorial INDEX, Madrid, 1981.
8. Saldaña, A., Expediente clínico de la Policlínica del Hipódromo, CSS, Panamá - comunicación personal.
9. Minuchin, S., Families and Family Therapy, Oxford Univ. Press, Cambridge, 1974.
10. Gruber, F.J., La Historia Clínica Orientada a Problemas, Memorias; I Jornadas Internacionales de Medicina Familiar de las Américas, España y Portugal, Maracaibo, Venezuela, 1983.
11. Froom, J., The Problem Oriented Medical Record, ICH PPC and Practice Based Data Systems, Seminario - Memorias de las II Jornadas Internacionales de Medicina Familiar de las Américas, España y Portugal, Panamá, 1984.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

CONVOCATORIA POR LA VIDA, LA PAZ, LA JUSTICIA Y LA DEMOCRACIA

DOCUMENTO Y ADHESIONES

El 30 de octubre pasado el pueblo argentino eligió la vida, la paz, la justicia y la democracia. Sabía que el camino hacia la consolidación final de sus anhelos, sería largo y azoroso, pero se propuso recorrerlo hasta el final con firmeza y dignidad.

Hoy, aquellos que no quieren la paz, la vida, la justicia y la democracia, están reagrupándose, de tal manera que la violencia loca y absurda comienza a mostrarse en manos de quienes ya bañaron nuestro país con la sangre y las lágrimas de sus hermanos.

El robo de documentación judicial en Rosario, los ataques a instituciones militares, el secuestro de personas, las amenazas de muerte a diversas personalidades, marcan los primeros síntomas de la enfermedad, que por largos años destrozó la sociedad argentina.

En aquellos tiempos, la comunidad no supo defenderse de los psicópatas que aprovechando, la inocencia, la ignorancia o el desinterés de una sociedad pasiva, quisieron imponer sus ideas a sangre y fuego. Hoy, la comunidad toda habrá de oponerse a "todos los diablos para que esto no sea de infierno", lo haremos pacíficamente, sin violencia, pero con la firmeza de saber que nuestra verdad es la única valedera en las actuales circunstancias.

Por eso queremos: LA VIDA para todos, que nadie tenga que llorar nuevamente sus muertos. Que aquel que llega a nuestro mundo, sepa que estará a salvo de cualquier atentado contra lo más precioso: su derecho a vivir. No queremos ser padres de los futuros represores o subversivos, queremos criar los futuros buenos hombres, de la futura buena sociedad. No queremos amamantar futuras fieras, queremos alimentar las futuras palomas que cubran el cielo azul y blanco, pero para ello necesitamos no tener miedo, poder trabajar en paz y poder mirar el futuro con fe.

Queremos LA PAZ, y la vamos a defender, porque no es con guerras como habrá de ser grande nuestro país, sino exactamente al revés. Ya sabemos, como aquellos que, ocultándose en leyes de pseudo seguridad, rapiñaron el producto del trabajo y el esfuerzo de los argentinos.

Queremos JUSTICIA, para no sentir más el miedo ciego que paraliza. Que todo aquel que sustentó ideas basadas en la muerte, el robo, la tortura o el secuestro, tenga el justo castigo impuesto por la sociedad toda, a través de la Institución Judicial. Cuando los andamos jurídicos se desploman, la sociedad penetra en la más vil de las anarquias, estado que aprovechan aquellos que sin trabas éticas o morales, hacen de la comunidad el campo de juego de sus más bajos instintos.

Queremos DEMOCRACIA, para poder mostrar y defender nuestras ideas en libertad y en la con-

frontación madura que hace fructificar las mejores formas de vida, y que lleva a todos los hombres a ser más libres, más sanos, más puros.

A todos los argentinos nos costó volver a tener un gobierno constitucional, hoy el compromiso es cuidarlo y hacerlo crecer, no importa quién, circunstancialmente lo ejerza, porque el poder es del pueblo en su conjunto.

CONCIUDADANOS; todo lo expresado hoy aquí, parece una quimera, pero debemos comprometernos a hacerlo realidad, participando activamente todos los días, en la lucha contra aquellos que aún hoy, no están satisfechos con todo el horror que desataron sus mentes enfermas, y quieren imponernos los métodos de ayer. Por último no olvidemos, ni un minuto de nuestras vidas: **el compromiso es: NUNCA MAS...!**

CO.D.E.S.E.D.H.

COMITE PARA LA DEFENSA DE LA SALUD, DE LA ETICA PROFESIONAL Y LOS DERECHOS HUMANOS DEL PUEBLO ARGENTINO

Buenos Aires, 16 de octubre de 1984
Colegio Médico de Neuquén:

Nos congratulamos de la iniciativa surgirá de los profesionales de la salud al convocar al pueblo todo de Neuquén a unirse en la defensa de la vida, la paz, la justicia y la democracia.

Esta acción constituye no sólo un importante vallado para los agoreros del autoritarismo, sino que además un ejemplo que debe ser recogido por el conjunto de los trabajadores de la salud y sus instituciones representativas.

Solidariamente junto a ustedes.

Dr. Norberto J. Liwski, Presidente; Lic. Arturo Galiñanes, Secretario.

ADHESION DE ERNESTO SABATO

Cuentan ustedes con toda mi solidaridad.

Esta marcha sirve para cerrarles el paso a los que no quieren entender que el tiempo del desprecio ha finalizado, y para siempre, en la Argentina democrática.

Es muy importante que entidades profesionales, partidos políticos y organizaciones obreras hayan podido unirse, enriquecidos por sus lógicas diferencias.

Quienes nos quieren ver debilitados, nos ven más fuertes que nunca. Porque no hay nada que pueda dividir a los argentinos que nos hemos comprometido a defender la vida.

Nuestra causa es única, y debe ser cada vez más poderosa.

Sepamos distinguir lo trascendente de lo transitorio y separar lo superficial de lo profundo. Porque de nosotros depende que el nunca más sea posible, y que en nuestra dolido Argentina se promueva la justicia, la paz, la libertad y sea una realidad eterna la democracia.

ERNESTO SABATO

PRIMER CURSO ARGENTINO DE MEDICINA SOCIAL CLASE INAUGURAL

Dr. Floreal Ferrara - Profesor Titular de Medicina Social y Preventiva

Este curso es auspiciado por el Movimiento Nacional por un Sistema Integral de Salud) (Sección Bs. Aires)

Es para mí verdaderamente una alegría importante, creo que una de las grandes alegrías de los últimos diez años poder estar esta noche iniciando un curso de medicina social en la Argentina. Lo es porque existo, que es bastante importante, y lo es porque hay alguna que otra fuerza dispersa por el país que está deseando que los que hablamos y pensamos, no hablemos ni pensemos.

No piso la Universidad argentina desde una mañana de febrero de 1975 en que, circunstancias que mejor no vale la pena volver a mencionar, me obligaron a dejar de ser profesor titular. Y esta es la primera actividad orgánica seria que voy a ejercitar en mi condición de docente, en mi condición de trabajador de la salud, en mi condición de militante de la causa popular en el campo de la salud.

Por eso es que hoy estoy más feliz que nunca, tengo apenas unos disgustos chicos, y es que tengamos que ceñirnos a contar con mucha menos gente de la que quisiéramos tener. Estas son las dificultades a las que nos somete la Universidad oficial que en una democracia de la formalidad y del vacío intelectual, no quiere, no permite que se discutan las ideas con la profundidad y la intensidad que las ideas requieren.

No estamos aquí solo porque hemos pensado exclusivamente en los trabajadores, sino también porque las puertas de la Universidad no se abrieron en la misma dimensión que nosotros hemos abierto nuestro corazón humildemente de olvido y perdón. Esas puertas que no se abrieron se van a abrir seguramente, cuando el pueblo siga golpeando sobre las necesidades de sus propios requerimientos y se transforme la Universidad en lo que la Universidad tiene que ser.

Yo no tengo rencor con la Universidad, no tengo rencor de ninguna manera por lo que ha sucedido en el país. Pero yo no me olvido de lo que ha sucedido en el país, lo dije a lo largo de toda la República, en todos los órdenes que he podido y esta noche lo quiero decir también aquí. No me importan mis heridas. Me importan las heridas de los jóvenes que eran mis alumnos y que se los llevaron de la Universidad y no volvieron nunca más. Esas son las heridas que no puedo olvidar de ninguna manera. Eran jóvenes, algunos de ellos ni siquiera tenían 20 años de edad y hoy son un ejemplo que yo no puedo olvidar.

Estoy triste además porque una gran parte de los muchachos que pudieron estar hoy aquí, están exigidos por otras necesidades imperiosas de existir y no tienen ni el tiempo ni las posibilidades de estar aquí. Este es otro de los dolores de nuestra República: que desgraciadamente no pueden estar formando como tiene que estar formando a los mejores cuadros que tiene en la juventud, porque esos jóvenes no tienen ni el tiempo, el dinero o la oportunidad de poder estar escuchando todo

esto que esta noche y a lo largo de todo el año, más de uno con mucha más capacidad que yo irá brindándoles.

Este curso es un desafío, porque con el comienzo y lo digo con toda claridad una nueva experiencia en la Argentina, que esperemos que cristalice rápidamente, que el próximo año cuando abramos la puerta de nuestra propia casa que será también la casa de los trabajadores, hayamos iniciado una nueva Universidad del pueblo y para el pueblo, con todas las formalidades, con toda la reciedumbre, con toda la ideología y con toda la ciencia que el país está exigiendo.

Este ejemplo de lo que ustedes han posibilitado, de lo que ustedes van a posibilitar a lo largo de todo el año dándonos a nosotros la fuerza, el entendimiento y gran parte del conocimiento que necesitamos, nos hace pensar que está pronta la idea de una nueva Universidad, distinta, diferente, que sea capaz de discutir a Cristo, a Marx, a Hitler, a Stalin o al que fuere, o a Camps, inclusive a Camps. Porque es una universidad que no le tiene miedo a la ciencia, por lo cual no le tiene miedo a la discusión de las ideas. Esta es una vieja idea de la República que no le fue fácil introducir y que todavía no ha ganado los estrados, salvo períodos muy exactos de los tiempos que pasaran.

Este curso tiene además una metodología diferencial. En el campo de la salud, auténticamente fuera de la escuela de Enrique Pichon Riviere, esta va a ser la primera experiencia que los grupos van a brindarles a esta manera de aprender; y cuando digo Enrique Pichon Riviere, ahí aparece una de mis grandes alegrías. Tuvo la suerte infinita de ser gran amigo de Pichón Riviere, tuve la suerte de tenerlo en mi casa días enteros, enriqueciéndome con un lenguaje, con un cariño, con un calor humano, que es difícil que el país haya tenido otro.

Es muy difícil que haya habido en los últimos 40 años de la República alguien con un pensamiento más profundo, más creador que Pichón Riviere, y yo rindo el tributo a una de las más claras mentalidades de este país, que pensó para el país, y que sintió al país. Enrique venía de una cuna que no tenía que ver con un sentimiento nacional, venía de la cuna francesa, fundamentalmente de una madre extraordinariamente creadora que era francesa y que además le daba todo, de un hogar nítidamente diferenciado y europeo. Pero vivió en Corrientes, pero sintió la cosa de la tierra y todo su pensamiento internacional y afrancesado se enraizó en la República e hizo cristalizar el pensamiento que seguramente va a tardar un largo tiempo para que sea totalmente asimilado.

El pensamiento y el alma de Enrique Pichon Riviere va a estar pululando por estas aulas, por estos grupos y por esta manera de sentir y aprender. Ojalá que sus representantes, que los repre-

sentantes de la Escuela que nos va a ayudar, estén a la altura de la esperanza y el pensamiento que Enrique rindió por toda la República.

Cuando hablé de este tema de la medicina social, tengo que necesariamente hablar de algunas figuras, que son pocas, de figuras que algunas tienen sentido partidario y otras no tanto, pero que seguramente para no errar y para no hacer injusto el tributo del homenaje que corresponde las quiero involucrar detrás de aquellos hombres que desde la medicina se dieron cuenta que la situación que tenían que enfrentar no se resolvía en el criterio del diagnóstico y en el criterio de la terapéutica individual.

Se imprimen en ese largo camino los nombres quizás legendarios de Emilio Koning, quizás más cercanos de algunos hombres como el de uno de los primeros importantes profesores de medicina social de La Plata que los domingos temprano tomaba su valijita y se iba a los barrios tristes de Buenos Aires, de La Plata y de los distintos lugares a hacer educación sanitaria. Se subía arriba de un banquito, se buscaba a la gente que lo quería escuchar, era profesor titular de la Universidad, era 1920, y les hablaba de todas las cosas que entonces se podían pensar en la medicina social.

Era una medicina social diferente, romántica, poética, con poco sentido científico, con poca rai-gambre técnica, pero abría los caminos de un país que estaba necesitando esto. Y entonces como platense que soy de nacimiento universitario me tengo que acordar de aquel espectacular hombre de la salud pública que fue Pilades Dezeo. El gran Nolo Sbarra a quien alguna vez se habrá de hacer el homenaje que corresponde, sembró de trabajo y sembró de conocimientos de medicina social a la República.

Pero claro, aparece inmediatamente en el firmamento de país, allá en el 45 un gigante que aún hoy sigue mostrando lo que fue capaz de transformar el pensamiento de un médico totalmente médico y totalmente individualista como era un neurocirujano y ponerlo al servicio de las causas populares: estoy hablando del gran Carrillo. Estoy hablando de ese héroe civil, que como lo estamos diciendo a lo largo de todo el país todavía no tiene el monumento que se merece un héroe civil de semejante dimensión.

Y también debo acordarme aunque sea en dimensiones diferentes de Arturo Oñativía, que también puso el sello de lo que era capaz de hacer para que el país sintiera diferentes maneras de enfrentarse con grandes problemas. Salvo Carrillo, nadie se atrevió en el campo de los medicamentos a tanto como Oñativía. Ejemplo de legislación y ejemplo fue de estampa ciudadana y de estampa de médico que todavía no ha sido imitada totalmente por el poder de la democracia que en estos momentos se transita.

Quiero decirles además que hay seguramente una gran cantidad de hombres y de médicos que en la República hicieron de la medicina social gran parte de su trabajo. Yo sé que soy injusto olvidándome de algunos de ellos, esto es hasta donde me dá la memoria.

Pero ustedes fíjense que no lo he mencionado a Rawson, y no lo mencioné a Rawson porque a pesar de tener serias convicciones nacionales, tuvo frecuentes deslices que no estuvieron de acuerdo con la historia popular de la República. Aunque seguramente si somos exigentes podríamos reivindicarlo; pero tuvo situaciones que no conciden con un pensamiento íntegro al servicio del pueblo. De todas maneras, como la contradicción en los hombres es seguramente una de las reglas, aunque sea con estos reparos que dije, también debería mencionar esta noche a Rawson.

Pero qué es más importante?: es el homenaje a los jóvenes, a los que todavía no llegaron, a esos que en las facultades de medicina, de psicología, en el trabajo, en la sociología, en la antropología, están pensando en un mundo diferente. Ese es el material con el que nosotros queremos realmente construir esta casa nueva que queremos levantar en este país.

Hay que hacer una Universidad nueva, distinta, diferente, con todas las fuerzas del pensamiento que están en este momento intentando ingresar en las formulaciones científicas, técnicas e ideológicas del mundo. No sé si alcanzará el tiempo para poder hacerlo, pero ustedes nos están dando la fuerza para poderlo hacer, para poder plantar un árbol esta noche, y decirles que seguramente más de alguno de ustedes el año que viene serán nuestros colaboradores, más de uno de ustedes serán los profesores, más de uno de ustedes serán los conductores de esta nueva universidad que nosotros queremos poner en este instante.

Quiero decir, que no me resigno a perder la Universidad de la República, pero creo que las dificultades de una democracia formal, de una caracterización individualista y liberal, que no ha desaparecido, nos va a hacer muy difícil reconstruir una Universidad diferenciada. Si así fuere, y si es posible, seguramente también estaremos en ella volcando todo nuestro esfuerzo dentro de esa posibilidad y esa perspectiva.

Quiero decirles que el curso va a ser exigente, debe ser exigente. Una de las razones fundamentales por las cuales en mi paso por la Universidad creo haber logrado demostrar que la docencia es auténticamente una militancia, consiste en que en ningún caso actuamos desde la docencia produciendo actos demagógicos. Estas mismas exigencias que tuvimos a lo largo de años de profesor, yo quiero que la tengamos en este curso. Que cada uno de nosotros nos exigamos más, cumplimentemos mejor los horarios, trabajemos más intensamente en los grupos, colaboremos en la formación de aquellos trabajos que los trabajadores nos van a pedir, de aquellos trabajos que los distintos lugares donde nos vamos a encontrar con los trabajadores están requiriendo, que estudiemos mucho, profundamente, la era de la guitarra en la medicina social ha terminado. No existe la posibilidad de reubicar una medicina social que ejercitaron aquellos médicos de las corbatas voladoras y de los moñitos rojos, no porque aquello fuera indigno, sino porque aquellos eran otros tiempos.

Ahora no se es médico social porque se quiera

románticamente al pueblo, se es médico social y se piensa en medicina social, si realmente se sabe, si realmente se conoce la profundidad de sus métodos, de sus técnicas, de su ideología, de su campo científico. Se trata del campo científico privilegiado de la medicina. Partamos de decir que no hay posibilidades de ejercer la medicina si no se ejercita la medicina social porque no hay otra medicina que la medicina social; y la reivindicación de la palabra, la reivindicación de esta técnica y de esta práctica está sustancialmente sostenida, debe estar sostenida por el trabajo, la dedicación, la seriedad, la profundidad de que la ejercemos.

En los tiempos de Dezeo era posible el pensamiento romántico de querer al pueblo, era suficiente para ejercer como Juan Lasarte, otro de los que olvidaba, en el Litoral, era suficiente con ejercitar su pasión por el pueblo para que sirviera. Ahora, además del sentido popular, o con el sentido popular es imprescindible tener conocimientos, es imprescindible saber, es imprescindible estudiar, es imprescindible practicar una medicina social, que esté sostenida por la técnica y la ciencia.

No estamos en presencia de una rama de la medicina que se aprende comprando el último aparatito o el último equipamiento que las transnacionales nos quieren vender. Nadie nos vende aparatos de medicina social, nadie vende equipamiento de medicina social, no está denominada en el Nomenclador Nacional, no existe la posibilidad de enriquecerse con la medicina social, porque la medicina social es por naturaleza, la medicina de los desamparados; y como es la medicina de los desamparados, no es una medicina lucrativa, no tiene posibilidades de ser una medicina lucrativa. Quien abarca esta técnica y esta metodología, y esta manera de enfrentarse con la medicina, no va a lograr de ninguna manera enriquecerse. Va a lograr enriquecerse en el campo de la lucha por la justicia, va a lograr enriquecerse en el campo de las nuevas creaciones que esta rama de la práctica médica exige. Pero quiero decirles de entrada no más, que es muy factible que quien abarque con pasión esto de la medicina lo que encuentre sean sinsabores, y es muy posible que como decía Irigoyen: "a la vuelta de la primera esquina me encuentre con un comisario medio atravesado que sea capaz de llevarme preso".

Y es así, quien toma la posibilidad de ejercer la medicina social tiene una gran chance de ser confundido con un subversivo, es que va a ser un subversivo, tiene que necesariamente subvertir un régimen oprobioso de una sociedad que es injusta; porque la medicina social es claramente una proclama revolucionaria, cuando sabe ejercitarla, cuando se hace como corresponde, cuando está aliada con el pueblo es una proclama revolucionaria, transformadora. Transformar la realidad, porque la realidad es la que produce la enfermedad en el campo de la sociedad.

Sería importante que empecemos a pensar juntos en la base de sustentación desde donde vamos a partir para ir entendiendo nuestro aparato ideológico-científico. Ojalá en las próximas clases podamos establecer las diferencias militantes y fi-

losóficas que existen entre ciencia e ideología. Me comprometo a que en algunas de las clases hablemos a fondo de las distancias que existen entre ideología y ciencia o entre cientificismo e ideología.

Pero quiero decirles que cuando estamos pensando en la práctica de la medicina social, tenemos que estar sabiendo que siempre nos va a quedar un bache que tenemos que rellenar.

Por eso les digo que yo quiero empezar esta noche a discutir con ustedes en esta clase inaugural, la idea de salud, simple, la más simple de las palabras con las cuales hay que comenzar una educación en el campo de la medicina social. Hasta hace muy pocos años, digamos 45 años, la salud era una cantidad de cosas, era la ausencia de la enfermedad, era el buen estado general, era el buen estado general, era sentirse bien, hasta que por ahí alguien empieza a pensar que también era necesario darle una base, darle una definición que todos conocen, seguramente más de uno la ha manejado y seguramente más de uno se sentirá contento de manejar el criterio de la OMS que allá por 1944 dice que se trata del completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad.

Este tema tal cual está planteado, como definición parece realmente haber provocado un avance fundamental en el campo de la interpretación. Le incorporó a la idea biológica de "omnis celula est celula" aquello de que la patología para ser patología debía ser firmada, sostenida y encontrada en la célula, no había patología si no había célula enferma. Esta era la cosa biológica, y fíjense ustedes que estupendo: quien da semejante sacudón a toda la medicina anterior, a la medicina demiúrgica, teológica, del miasma es Rudolph Virchow, uno de los más importantes revolucionarios de Austria, que un día dejó la cátedra —era profesor de Anatomía Patológica— para agarrar un fusil e irse a la revolución popular de Austria. Y entonces fue aquella vuelta cuando dijo: "si no puedo ejercitar la medicina para producir la revolución, tengo que ejercitar la revolución para producir la medicina". Y es él quien sienta la base de una medicina biológica, que le hizo un bien infinito, hasta ese momento, al problema de la salud. Pero que le fue quitando dimensión, a medida que los nuevos campos de la observación se venían dando. Esto es el camino dialéctico de la realidad: frente a una nueva afirmación aparecerán instantáneamente los elementos contradictorios que permitirán una nueva síntesis y una nueva verdad para una nueva creación.

Ya sobre este siglo, un personaje, para algunos siniestro y para otros genial, que algunos de ustedes conocen seguramente mejor que yo, que se llamó Sigmund Freud, le pone la segunda etapa a la idea de la salud. Ese creador increíble que saca de sus propias entrañas el pensamiento de una medicina diferenciada como es la medicina freudiana, le crea el campo a lo psicológico y le agrega una nueva posibilidad sintética de entender la salud.

Y claro, parecía que toda la cosa se reducía a pensar en el cuerpo y en el alma y gran parte de la medicina, mucha de ella medicina guitarrera,

mucha de esa medicina que no sabía de lo que estaba hablando, se circunscribió a pensar en la mente y el alma. Cuando en 1945 aparecen los expertos de la OMS y dicen que además había que incorporar el criterio social a la cosa, ahí parece que se rellena todo el concepto y auténticamente se produce un importante desarrollo en el pensamiento conceptual de lo que es la salud. Pero tiene que suceder la perspectiva de que alguien empiece a darse cuenta de que tiene que aparecer una nueva síntesis, y la cosa está en que empecemos a mirar cuidadosamente que quieren decir las palabras con las que estamos definiendo la salud. Y entonces aparece la real necesidad de darnos cuenta que quiere decir "salud" y "completo estado de bienestar".

La definición de salud está de esta manera buscando su equiparación con la palabra bienestar, y bienestar quiere decir estar bien, sentirse bien; entonces de esta manera y en el más profundo sentido filosófico lo que hemos definido o lo que hemos utilizado es una tautología, digo que estoy bien, y con eso digo que estoy bien, pero estoy definiendo a la salud por la salud misma, estoy completando la definición con una tautología, o como dicen algunos en estos últimos años, una cuasi tautología.

No sirve entonces la definición, no sirve, no alcanza, tiene defectos. No es suficiente y como no fue suficiente, alguien comenzó a indagar conceptualmente algunos otros términos que podían ampliar la cosa, así se utilizó durante algún tiempo "alcanzar la madurez". Madurez, palabra frecuentemente utilizada. Y la que ustedes más utilizan, que es adaptación. Entonces, la salud que no podía ser definida por el bienestar para no caer en una tautología ha sido frecuentemente definida por los filósofos, los epidemiólogos, pero fundamentalmente los epistemólogos como la idea de adaptación.

Yo quiero hacer un juego chiquitito con ustedes respecto de adaptación y el juego que siempre ejecuto es el siguiente: prendan una estufa aquí y se van a sentir muy bien, pero si la estufa sigue calentando ustedes no se van a sentir tan bien, van a empezar a transpirar, se van a sentir incómodos, se van a sentir molestos, pero va a seguir haciendo calor, van a transpirar más, van a estar sedientos, desfallecientes, ¿van a estar adaptándose? nó, van a estar luchando, van a estar enfrentándose con el conflicto físico que le produce a sus células, les estoy hablando del área física de la salud, el calor que le produce la deshidratación; y van a empezar a sacarse el saco, van a empezar a no moverse tanto. Están buscando la adaptación? nó, están buscando resolver el conflicto.

Vamos a pensar ahora en el área mental. Se dice, que Marilyn Monroe se suicida porque se emborracha, y toma Seconal, un barbitúrico. Esta juntada en pareja con un dramaturgo genial Arthur Miller. El que no sabe de esta situación la encuentra borracha y perdida en una noche y tiene una profunda conmoción, está a punto de matarla, produce esto un shock, que ustedes los psicólogos conocen mejor que yo, que lo lleva parece desesperadamente a dejar la pareja. Recapacita sobre lo que

está ocurriendo, y esa manera de tratarla inicialmente se transforma lenta y paulatinamente en una manera de ayudarla. Cuando se enfrentó con la realidad tuvo verdaderamente un conflicto, no se pudo adaptar inicialmente. La palabra adaptación no servía, tuvo que luchar con el conflicto, tenía que salir a enfrentarse con el conflicto que significaba su mujer a la que adoraba y ponerse al servicio de ella para sacarla de esa situación. No se adaptó, luchó contra el conflicto.

La tercer área es la más fácil de explicar. Si cada uno de nosotros nos hubiéramos adaptado a las noches trágicas de los desaparecidos, si cada uno de nosotros nos hubiéramos quedado en nuestra casa realmente adaptándonos a una situación dramática para toda la República, no hubiera llegado el octubre del 83. Si Cristo se hubiera adaptado a lo que le ordenaban los emperadores, no hubieran podido construir esta religión impresionante del amor y la comprensión. Para llegar a esa situación fue necesario no adaptarse a las balas, a la tragedia que los militares producían sobre nuestro país. Yo quiero ser leal, no sé cuantos no se adaptaron, pero hubo gente que no cedió, que luchó con el conflicto y que porque luchó en el conflicto llegó el octubre del 83.

En todos los casos, en el área física, mental o en el área social **la situación de salud es conflicto y la posibilidad de salir a enfrentarse con el conflicto**. Esta es la cosa, lo que importa es sustancialmente la lucha por resolver el conflicto; y cuando digo esto lo que estoy negando es la adaptación completa, porque la adaptación completa es la enfermedad.

Si todos ustedes tienen adaptación al mundo en el que están viviendo todos ustedes están enfermos. Porque el mundo en el que estamos inmersos es un mundo injusto y si nuestra adaptación al mundo injusto es perfecta esa es la enfermedad. La lucha, el conflicto, salir a solucionar el conflicto, irrumpir contra el conflicto, esa es la salida. El bloqueo de los conflictos es la enfermedad, y los psicólogos que están aquí saben perfectamente todo lo que esto significa cuando todo este bloqueo de los conflictos se va allá, al inconsciente.

La salud tiene que ver con un continuo accionar de las sociedad y sus componentes por modificar, transformar aquello que deba ser cambiado, no adaptarse a lo que tiene que ser cambiado. Felizmente para la civilización más de un revolucionario no se adaptó a la circunstancia en la que ese país vivía. Y claro, cuando recién comienzan tienen la característica del loco, todas las características del enfermo. Hay que luchar contra el conflicto que es una manera de luchar contra los demás.

Yo quiero decirle que en la medida que comprendamos que la salud es un enfrentamiento con los conflictos y la resolución de los conflictos que dialécticamente cuando son **resueltos**, comienzan a brindarle la perspectiva de un nuevo conflicto y de nuevo la exigencia continua de salir a resolverlo, nos dá otro concepto que es básico para la medicina social y que es que la salud nunca es la misma. esta es otra diferenciación con la defini-

ción de la OMS que le da un sentido estático, fijo, liberal, a la idea de la salud. Me va a decir frecuentemente que si no hay salud, hay enfermedad y como nosotros hemos dicho, si no hay salud hay conflicto.

Si estoy luchando contra el conflicto, aunque parezca enfermedad estoy más sano que si no lucho. Y esta relación continua, dialéctica de la existencia, ésta es la idea dinámica del concepto de salud. Esta es la diferencia con una idea que se deposita en un individuo, se la hace aparecer como la esencia fija de un individuo, como la esencia cristalizada de un individuo, cuando realmente es que el individuo está contradictoriamente, en constante conflicto, renaciendo constantemente en la solución de cada uno de los conflictos.

La salud y la enfermedad son un proceso incesante cuya idea esencial reside en que está inserta en la historia de la comunidad y en el desarrollo de la comunidad, no existe una salud idéntica, como el río de Heráclito, no hay un solo momento en que la salud sea idéntica a la de antes.

Mas de uno de ustedes no tiene la salud con la que entró, tiene más, tiene más bronca, pero está en condiciones de reimplantar una lucha por comocionar alguna de las ideas que no le gustan, ojalá sean muchas las que no le gustan porque los conflictos van a ser más intensos, si se adaptan a lo que digo me tengo que ir muy incómodo porque lo que interesa en este campo del conocimiento es que yo sienta aquello del escotoma epistemológico, aquello que se opone a que yo sea feliz, o que se opone a que yo aprenda.

En 1954 —les cuento una anécdota para dejar un instante de reposo— yo fui con Enrique a un Congreso de Psiquiatría en Rosario. El puso allí en marcha un primer grupo operativo. Sabe quien manejaba ese grupo operativo? lo manejó un boxeador rosarino que había sido campeón argentino. Enrique quería mostrarle a los boxeadores, enseñarles a los boxeadores que las lesiones que se producían por los golpes era frecuentemente definitivas y mortales, y que él que había sido boxeador, quería que se humanizara el boxeo.

Yo estuve cuando comenzó y cuando terminó el grupo operativo. Cuando comenzó el boxeador, que no recuerdo el nombre, comenzó como puede comenzar un boxeador, como puede hablar un hombre del pueblo, diciendo cualquier palabra "haiga", no entendía, y terminó diciendo que las trombosis de los pequeños vasos que eran irreparables eran la consecuencia de la ruptura de los vasos vasouma, así terminó. Esta era la dinámica del conocimiento, es asombroso. Era realmente Cristo reproduciendo los panes. Era eso.

Porque había detrás de cada conflicto la tremenda necesidad de aprender. Lo que importa aquí es darse cuenta de que frente a cualquier conflicto, cuando uno es capaz de resolverlo entonces está realmente produciendo salud. Cuidado conque no pensemos como nos hace pensar.

¿Qué quise decir con esto? quise decir que la salud y la enfermedad es un conjunto complejo, difícil, espinoso, de situaciones, de instancias que se determina entre sí, que se interrelacionan entre sí, y que articulándose entre ellas generan un

estado que fue consecuencia de una determinación máxima, que es la sobredeterminación del período histórico social en que vivimos y que en definitiva es la sobredeterminación del proceso productivo.

No hago trampas, digo que este es el punto capital del pensamiento filosófico de una medicina social diferenciada: No hago trampas porque este pensamiento le debe mucho a Marx, le debe también a Weber, y cuando hablo de los polos hablo de dos polos que no se juntan, más de uno de ustedes, lo saben. Pero resulta que también hay una síntesis entre los dos, y esa síntesis es la sobredeterminación que articula el pensamiento profundo de la interpretación de la salud. Y la única perspectiva de entendimiento de la sobredeterminación es el sistema productivo en el que se desarrolla la sociedad y se produce la historia. No es necesario que ustedes acepten esto, es mi punto de vista, es una observación filosófica de la epistemología de la salud que puede ser discutida, o vista desde otro punto de vista. Pero no quise ser desleal, contándoles que aquí hay una interpretación que no es única, no digo que la inventé yo, lo que quiero decir es que esto es después de muchos años de pensar, de trabajar, de observar, esta es una de las maneras que yo tengo de observar y de mirar a la salud.

Cada uno de los componentes que hemos señalado y sus combinaciones en esa realidad compleja que generan la salud y la enfermedad, y las determinaciones resultantes tienen una fuerza que presiona desde su origen y condiciona las demás. El sistema productivo presiona sobre los componentes físicos, genéticos, psicológicos del individuo y la comunidad y le imprime su propio sello, le dá su características de a la salud-enfermedad. Por eso la salud de los pueblos pobres no son nunca igual a la salud de los pueblos ricos, porque la inserción que tienen en el sistema productivo esas comunidades son diferenciadas, y esas diferenciaciones están determinadas por esta sobredeterminación de las relaciones productivas, de las relaciones sociales que surgen de otro sistema productivo, y en definitiva la inserción en las clases sociales que cada uno tiene.

Esa es una de las cosas que en este curso algunos tendrán que defender y otros atacar. Si no alcanzamos a discutir esto —que felizmente para esta ciencia, gran parte de los jóvenes del continente están manejando—, si no llegamos en este curso a discutir este tema, no hemos llegado a discutir la profundidad de esta concepción epistemológica de un conocimiento diferente. Yo creo que está no fue posible discutirlo en la universidad oficial, no era entendido en la Universidad oficial, tampoco me sentiría triste si no es entendido aquí, pero yo creo que va a ser el reproductor de la idea, el recreador de la idea, la vuelta a crearle una síntesis diferencial, una contradicción a esa síntesis y reencontrar de nuevo la perspectiva de dar una nueva verdad.

Esto que estamos diciendo desde el punto de vista social, alguien lo ha llamado "la comocion cualitativa del pensamiento de la salud". Es auténticamente una comocion cualitativa, ahora ya no importa el fenómeno cuantificable no biológico,

ni aún mental, lo que importa es el concepto dinámico producido y produciéndose en el propio tiempo histórico y social que hace a la determinación de la salud. Tengo necesidad de pensar junto con ustedes que yo no estoy diciendo con esto que la única perspectiva de comprender la salud está brindada desde el ámbito económico-productivo, sino que el sistema económico productivo es la gran determinación de la cosa, pero genera determinación sobre otras esferas, que hacen a lo afectivo, histórico, religioso, y que imprimiendo sobre ellos su determinación provocan los cauces por donde tiene que transcurrir la comunidad y el individuo y ahí generar su propia salud y su propia enfermedad.

Hay otra dimensión de la salud además de la que hemos dicho que es necesario descubrir. La oscuridad que es necesario transformar en nueva luz es una dimensión de la salud que va a entrar en contradicción con más de uno que va a exponer en esta cátedra. Por eso quien no escucha lo que esta noche se dice, seguramente va a encontrarse en desventaja, con relación a ustedes, pero ustedes lo tienen que transmitir a partir de este momento. La otra oscuridad que es necesario sacar dentro del esquema de la salud es el esquema de la salud dentro de la dimensión del ser, dentro de la dimensión del hombre. Antropologizar a la salud es negarle sentido histórico y social.

No es la salud del individuo lo que importa, porque la salud del individuo tal cual está planteada, es quedarse en un síntoma, es quedarse en lo que le pasa al único y no reconocer la causa determinante de la comunidad o de la comunión en la que existen los individuos. Es no entender, y acá viene otro concepto profundo de la cosa, es no entender en los hombres sanos o enfermos, nada más que su condición de portadores de las relaciones sociales que genera el sistema social y productivo. Si yo voy a pensar en la salud desde el campo del hombre y la antropología, estoy creyendo en él, tengo el resumen de la realidad. Y en él no está el resumen de la realidad, él es el portador de este resumen. El resumen de esta historia y de esa sociedad son las fuerzas productivas que genera ese individuo.

Esta profundidad del pensamiento, nos enfrenta con escuelas importantes de la interpretación médica, nos enfrenta con prácticas profesionales realmente significativas como es la antropología, pero me parece que hace falta este enfrentamiento del conocimiento porque si se recaba la salud y se recaba la causa de la salud o de la enfermedad en el individuo, no se entiende el problema total; aquél que indica la forma histórica y social que el sistema determina, y que genera los hombres que estamos observando.

Si yo miro la salud, la úlcera duodenal de un obrero de las mimas y la de un dueño de una financiera y creo que estoy viendo lo mismo, estoy circunscribiendo la cosa a una observación carente de la célula rota, o del vaso roto y no estoy pensando que la dimensión de esta enfermedad aunque se llame igual en dos individuos distintos es absolutamente diferente. La salud o lo sanitario que la incluye no tiene la cualidad ni de un dato es-

tadístico ni de un hombre solo. No es cierto que entendiendo bien a un hombre entiendo a la humanidad, no es cierto que comprendiendo el asma bronquial de un chico que vive en un determinado lugar yo entiendo lo que es el asma porque no voy a comprender la enfermedad sino entiendo las causas determinantes, sustanciales y fundamentales que generan la enfermedad o un estado de salud.

La precisión que se requiere para el entendimiento de la salud puede estar circunscripto en tres capítulos:

1) La construcción de una realidad propia y compleja para cada enfermedad o cada proceso de salud.

2) Profundizar para ver la realidad del sistema social complejo y variante.

3) Allí a la estructura básica de la interpretación de la salud y la enfermedad está el paso que hay que dar.

Se cumple de esta manera con el principio de la determinación o producción legal. Como dice Bunge: "producción legal" con los dos componentes: el componente genético, aquello de que nada surge de la nada, y el de la legalidad, anda ocurre en forma incondicional, arbitraria o ilegal. Para que se entienda lo genético, lo de la legalidad, no nos podemos quedar en lo individual, no nos podemos detener en el caso cuantitativo del colesterol, de la hiperglucemia. En esas condiciones no hemos alcanzado la profundidad ésta de la casualidad, que está dando para el entendimiento el fenómeno genético y el fenómeno legal de esta realidad que queremos estudiar.

Debemos superar el criterio clínico que es individualista, y que ve solamente el síntoma, o cuando mucho, una causa pequeña que no es el enfoque dimensional y completo, totalizador. En la medicina social nosotros tenemos que aprender que se requiere lograr una conceptualización del objeto mismo de la medicina y de los elementos que la determinan, de las causas que provocan tales efectos. En la primera concepción de las causas que provocan este efecto cuando se estudia la causalidad, la primera es decirnos: si hay esta causa, hay que esperar este efecto. Lo que no se dice en la interpretación profunda de esta relación causa-efecto es que hay una relación constante entre dos términos pero no es una relación unívoca ni genética, sino de relación, hay una relación; no siempre la causa va a ser el efecto. Esto que dice que *e* es la consecuencia de *e*, solamente lo que nos permite afirmar es que está *e* asociado con *e*. El efecto está asociado a la causa.

Como este sistema de causa-efecto no sirve para expresar el contenido de la medicina social, como no sirvió para explicar los acontecimientos de la epidemiología, los componentes de la escuela, los epidemiólogos norteamericanos y que Bunge la llama "la causación conjunta múltiple" si ustedes la observan cuidadosamente y la siguen bien epistemológicamente hasta donde llega el conocimiento último se van a dar cuenta que al final de todo hay una relación de causa, pero siempre va a aparecer esta única causa que de nuevo a pesar de que fue encadenando una red, termina siendo única y como tal, si es única, esta teoría

de la multicausalidad, en definitiva lo que quiere es arrimar argumentos para alcanzar metafísicamente la idea del Absoluto.

Se arrima causales a causa de **b** y **b** va a causar **e** y **e** va a causar a **d** pero **a** va a causar a **d**. Se van arrimando causales, porque si se arriman mucho están generando múltiples causas y alguna vez vamos a llegar al fondo de la múltiple causa. Ese es el pensamiento de Hegel y el Absoluto, ese es el más exquisito, la más profunda de las ideas del idealismo. Si es así, nos vendieron la historia de que la epidemiología era capaz de involucrar todas las causas, nos sentimos felices y contentos porque estamos desarrollando nuestra inteligencia, ahora hay que sentarse a pensar que no hay Dios que nos salve cuando estamos pensando en la salud; porque no hay posibilidad de encontrar una sola causa.

Para la medicina social, la única perspectiva del entendimiento de los acontecimientos que en ella suceden está dada por aceptar que van a impresionar en la realidad histórica y social en que se mueve el individuo, que reconocen una sobredeterminación máxima que es la sobredeterminación del sistema productivo. Por eso, además no hay una causalidad lineal, no hay posibilidad de encontrar una sola causa única, para los fenómenos sociales y los fenómenos de la salud. Porque los fenómenos deben ser pensados como determinados por estructuras, que pueden ser propias, pero que a su vez están determinadas por esa estructura madre. Y esa estructura máxima es la estructura productiva de las relaciones sociales que genera un instrumento social múltiple que se llaman las clases sociales.

El entendimiento del fenómeno de la salud, obliga a la comprensión y al estudio acabado y profundo de la medicina social. No hay medicina social con conocimiento profundo, si no se sabe que son, para que están las clases sociales.

Quiero decirles que el otro aspecto que el curso tiene que producir es una modificación de los recursos humanos con los cuales se tiene que enfrentar la Argentina en el siglo XXI. Porque la revolución transformadora que la Argentina espera está próxima, y esa proximidad exige recursos humanos adiestrados, capacitados, inteligentes, sólidos para ayudar a la transformación. Porque lo dijimos al comienzo, cuando entendemos la realidad más ganas tenemos de transformarla, porque la única alternativa de convivir con la transformación, es crear la transformación, porque la única perspectiva de vivir en paz en salud, buscando continuamente la salud, es transformar la realidad.

Para que esto sea posible, en el campo de la salud hay que producir la transformación del propio recurso humano que tenemos que formular. Me voy a referir a los médicos, pero es lo mismo si me refiero a los demás, pero con algunas ventajas. En términos generales, en una sociedad que tiene un sistema productivo y competitivo, los productos de los recursos humanos en general, son similares. Y cuando me refiero a esto tengo que expresar que el modelo médico que intentamos producir, el modelo del sociólogo, del antropólogo, etc. tiene que romper con la idea ahistórica, de la

medicina social.

Ahora me quiero referir unos minutos a una idea que está circulando con gran fuerza y con buena escucha, con buen auditorio en el campo de la salud en Latinoamérica, y que es la idea del "modelo médico hegemónico". Más de uno de los más importantes médicos, sociólogos del estudio de la salud, han recapacitado sobre el personaje que el trabajador de la salud debería ser. Para encontrar ese personaje debieron mirar como eran, como son los que pululan en esta sociedad competitiva, entonces se dieron cuenta, que estaban involucrados dentro del llamado "modelo médico hegemónico".

Este modelo que vamos a terminar destruyendo está basado en 4 ó 5 cosas parcialmente ciertas, que son ciertas aunque fijamente ciertas, aunque internamente ciertas. Dicen que el modelo médico hegemónico define al médico como un hombre que está situado fuera de la historia, que es ahistórico. Es cierto, la formación que le brindaron, el campo de interpretación que tiene lo aleja de la comprensión de la historia. Es asocial, no tiene de la sociedad la imagen que debería tener: dinámica. Es biólogo, si: salvo una escasa pléyade de médicos que suelen interpretar la salud desde el punto de vista de lo mental o lo social, la gran porción de los médicos son celulares. Cuando más, llegan a ser, son funcionalista.

Este modelo médico, biólogo, ahistórico y asocial se inserta en una sociedad que le exige que sea mercantilista. No hace falta dar muchos ejemplos, para que ustedes sepan que es así. Finalmente, la quinta condición del modelo hegemónico está señalando permanente y constantemente su propia eficacia pragmática. Lo que yo médico pienso, digo y hago es lo único que vale y que es cierto. Por eso es común decir que están parados allá en el Sinaí. Se dice que es la única profesión que habló con Dios. Este modelo médico hegemónico que es atrayente, que además es realmente capaz de producir algunas observaciones del cambio, tiene una palabra que es hegemonía. Esta palabra nace desde las prisiones de Italia, la pone en circulación Gramsci; y tiene en su momento un verdadero sentido transformador.

A poco que empieza a caminar la idea de hegemonía, lo que aparece es como una circunscripción adentro de sí mismo. Es como si hubiera una clase determinada, que fuera hegemónica por sí misma, como si la parcialidad se pudiera transformar en totalidad. Esta idea de la hegemonía es parcial y limitante, y entonces no es buena. Porque lo que está mezquinando es la interpretación global de la cosa. Cuando Gramsci lo describe, está refiriéndose a las clases hegemónicas dentro del estado fascista. Lo que está involucrando la interpretación del pensamiento global del estado capitalista, está tomando la parcialidad.

Pero en el modelo médico hegemónico, en los demás elementos que hemos señalado, lo que está sucediendo con esta interpretación teórica es que están haciendo aparecer a la medicina como un acontecimiento en sí mismo, esto es el error de este modelo desde mi punto de vista.

En lugar del modelo médico hegemónico, nuestra interpretación es un esquema profesional, deter-

minado y determinante. Le vienen cosas de afuera, le vienen las interpretaciones de un estado que tiene un pensamiento ideológico determinado, le viene de las transnacionales que tiene la capacidad de producir el modelo, el esquema médico que los sostiene. Es ahistórico, es biologista y asocial, porque el esquema global de la interpretación estructural así lo determina y no el sector hegemónico en que se desenvuelve la interpretación elitista de la ciencia que quiso transmitir.

Yo pensé cuidadosamente. Aquí hay una idea importante, no estoy enojado con la idea del modelo

médico hegemónico, estoy percibiendo la trampa que hay detrás de esto, estoy percibiendo detrás de este modelo la perspectiva lenta y paulatina de transformar un pensamiento, en un pensamiento estrictamente idealista, circunscripto a una determinada forma de existir de los médicos, de los profesionales, sin ver que ello también está determinado por la causa total del sistema productivo. Esta es la diferencia. Cuando alcanzemos a discutir estos temas seguramente más de uno de ustedes estará preparado para la revolución que se aproxima.

OBJETIVO COMUNICARNOS

CONTRAMENSAJE

"Todas las madres tienen leche" dice una voz en el audiovisual que pasamos a las mamás de Rooming-in. Sin embargo, una cosa es "TENER" y otra es Poder. Soy esposa, madre —desde hace 3 meses— de un hermoso bebé y residente de Medicina de Familia. Las exigencias de cada jornada de labor, la loca carrera contra el corto tiempo que dura la residencia, fundamentalmente, hacen que en la realidad de cada día el ser esposa y madre sean tenidos por el sistema, paradójicamente, como una carga, un estorbo, una desventaja y me vea obligada a optar entre mi familia y la residencia. Como residente de medicina de familia soy agente ejecutor de una estrategia de salud basada en la Atención Primaria de la Salud. Y nadie ignora que entre los objetivos prioritarios de la misma está la atención de la madre y el niño. Durante un día de trabajo repito a embarazadas, parturientas, púerperas y madres que llevan sus hijos a control las inigualables ventajas de la lactancia materna. Y mientras lo hago no puedo dejar de escuchar en mi conciencia el grito de mi propia realidad: Si no fuera por un testarudo empeño de ser coherente con lo que digo y creo, mi bebé no podría tener acceso a los beneficios de la lac-

tancia materna. Es a costa de un sacrificio muy grande por parte de los tres —mi esposo, Miguelito y yo— y de la extraordinaria y espontánea colaboración de muchas personas (entre ellas enfermeras y obstétricas) que Miguelito aún en los días de guardia puede "tomar su tetita". Porque con las guardias de 24 hs. que en realidad son 33 horas de trabajo ininterrumpido, dos veces por semana, la famosa "hora de lactancia" es una utopía. Entonces me pregunto: los residentes y su familia? estamos acaso fuera de los objetivos de esa estrategia de salud? ¿No tendríamos que empezar "por casa" haciendo las cosas?

Se que esta inquietud, que por momentos se transforma en angustia, la comparto con muchas mamás que son residentes, médicas de planta, enfermeras, mucamas, parteras. Esa es la razón de estas líneas: que unamos esfuerzos para luchar por condiciones más justas y dignas para poder ejercer el derecho ancestral de amamantar a nuestros hijos.

**Adriana Rodríguez de Laino,
Médica Residente**

(Tomado del Boletín Informativo Mensual N° 32 de la Dirección de Publicaciones de la SMR)

ANECDOTARIO REFLEXIVO

PROPUESTA

En la reciente Asamblea de la SMR, de Zapala se me encomendó la redacción de un trabajo que fundamentara la propuesta de ampliar la composición societaria de nuestra entidad, extendiéndole a los agentes no profesionales del equipo formal de salud. En un primer momento, estuve tentado de remitirme a las conclusiones de las últimas Jornadas en Junín de los Andes, donde surgió la necesidad de transitar nuevos caminos en lo que respecta a la composición de los equipos de salud, a su modalidad operativa, a sus objetivos. Pero las dificultades surgen cuando se pasa de lo declamativo a los hechos, y esto es comprensible, y no solamente por los aspectos estatutarios, que al fin de cuentas tiene que ver con lo formal y administrativo. El cambio deviene de la crisis, y ésta conmueve la identidad que nos costó tanto lograr; mucho más cuando al grueso de la masa societaria, médicos generalistas, no nos ha sido fácil ocupar un espacio en el ámbito particularmente competitivo, como lo es, el de la nosografía médica. Aún está vigente, aunque afortunadamente en vías de trascenderse, la antinomia generalistas-especialistas, producto de la concepción tradicional individualista del ejercicio de la medicina; pero solamente la superamos gracias al reflexionar y accionar en equipo, ayudados por la infraestructura de nuestro sistema sanitario.

La evolución del individuo y de las instituciones en el proceso histórico exige una dosis balanceada de prudencia para lograr la identidad, en los tiempos de la homeostasis; y de audacia para conseguir la transformación en los momentos de crisis, cuando ya el mantenimiento es sinónimo de retroceso. La desviación del sentido de la oportunidad está vinculada a la falta de participación. La tendencia al inmovilismo se acentúa cuando existen logros previos; por ejemplo, haber podido crear una agrupación consustanciada con la Atención Primaria, enmarcada en un Proyecto de Salud que facilitó logros importantes en los índices tradicionales sanitarios, fue en su momento, una respuesta altamente satisfactoria.

Para qué, pues, cambiar?

Sólo lo necesitaríamos si entendemos que de dicha transformación obtenemos un enriquecimiento de la comunidad a la que pretendemos servir, del equipo de pertenencia, de nosotros mismos.

Nuestra identidad proviene de la adscripción a la Atención Primaria de la Salud, en un espacio determinado, el medio rural de la provincia del Neuquén, y hasta ahora el requisito de pertenencia era ser profesional. Todo esto es un tiempo también preciso, vinculado estrechamente a una determinada etapa evolutiva de la concepción de la

salud.

Recordemos el mecanismo, que posibilitó el desarrollo de las clasificaciones patológicas, y el racionalismo, que impulsó la experimentación; estas corrientes nos han legado un bagaje científico importante. No obstante, dicha herencia se acompañó de aspectos actualmente cuestionables: la disociación mente-cuerpo-entorno social, el énfasis en el análisis, la jerarquización del enfoque individual y la causalidad lineal, el acento en la patología y no en la salud, el desarrollo de una creencia cuasi-mística en los aparatos y medicamentos, a costa del vínculo entre personas en búsqueda. El surgimiento de los especialistas y subespecialistas está vinculada a la imposibilidad individual de abarcar el cuerpo de conocimientos alcanzado, a costas de la integración de los mismos. Las asociaciones científicas reflejan esa tendencia y representan las necesidades y posibilidades de sectores sumamente acotados: sociedades de psicólogos, enfermeros, odontólogos etc. etc., que le otorgan la validez del paradigma del momento.

La conjunción de diversos especialistas posibilita lo que denominamos equipos multidisciplinarios de salud, de los mismos surge una visión menos disociada del individuo enfermo; la asistencia es la modalidad operativa predominante. Las entidades científicas que corresponden a este modelo son las de áreas, en las que si bien se integran representantes de diversas especialidades, siguen estando restringidas al sector profesional; nuestra SMR es un ejemplo aproximado de las mismas, porque la participación de los profesionales no-médicos está limitada en la práctica, y para corroborarlo no tenemos más que observar la composición de las distintas comisiones directivas.

Posteriormente se conforman los equipos interdisciplinarios de salud, en los que su accionar fundamental, está dirigido a la prevención primaria; los agentes no profesionales se incorporan a los mismos en forma activa; el rol de expertos varía de acuerdo a las necesidades de cada situación y a las posibilidades de sus miembros. Recordemos cuantas veces la observación del auxiliar de enfermería, ha posibilitado la adopción de conductas técnicas que los profesionales teníamos como precisas, cuantas otras el agente sanitario, profundo conocedor del medio y su gente, opera como conductor del equipo facilitando el contacto entre personas de diferentes culturas y acortando distancias a primera vista insalvables. Estas situaciones se hacen mucho más comunes cuando el equipo trasciende los muros del hospital y de los consultorios, complementando tareas e individuos al principio socialmente diferenciados. Ya el objeto

receptor de la acción médica ha dejado de ser el órgano enfermo, o un número de cama y somos todos sujetos, familias, instituciones, comunidad.

Salvo excepciones, las llamadas entidades científicas no han dado respuestas a este reclamo; asumir la nueva identidad exige el desprendimiento, muchas veces penoso, de la antigua. Uno de los argumentos escuchados en contra de esta propuesta ha sido el, temor a caer en lo que llamamos la medicalización de la comunidad. Precisamente, a través del desarrollo de la participación superando los aspectos autoritarios, paternalistas y/o tecnocráticos, es como podremos prevenir dicha desviación, posibilitando a los profesionales liberarnos de la pesada carga que nos consideren (y nos consideremos) los dueños de la verdad en salud.

Las bases de la Atención Primaria: extensión de cobertura, tecnología apropiada, y participación comunitaria, tendiendo al autocuidado responsable como principal modalidad de acción, así lo exigen. Desde lo científico, la vinculación de lo médico clásico con los aspectos sociológicos, culturales, políticos, necesariamente se desdibujará si lo restringimos a los sectores profesionales exclusivamente, como si el conocimiento científico fuera patrimonio exclusivo de quienes hemos transitado los claustros universitarios.

El aporte de agentes no profesionales en varias jornadas científico-sociales de nuestra entidad, ha sido una muestra que me exige de seguir abundando el respecto. Ya desde el principio de nuestra agrupación, surgió en reiteradas oportunidades el señalamiento que hablar de Medicina Rural y no

facilitar la integración de los agentes sanitarios, o de los auxiliares de enfermería, parecía un contrasentido.

También se ha cuestionado acerca de qué es lo que podrían recibir los agentes no profesionales de nuestra sociedad. Considero que esta respuesta no la podemos, ni debemos, dar en estos momentos a riesgo de caer en el paternalismo.

La función que cabe a quienes pensamos necesaria la transformación de nuestra institución, es exclusivamente el facilitar el espacio para que se debata democráticamente dicha alternativa, pero la definición deberá ser ganada por los que crean necesitarla, como protagonistas y no como receptores pasivos.

Si creo que debemos meditar sobre la modalidad de desarrollo de la última Asamblea, en la que se aprobó la reforma del Estatuto de la SMR. Independientemente del resultado favorable de la moción, considero que es necesaria una discusión más amplia, sobre todo teniendo en cuenta que la participación es la base de la propuesta.

En tanto vamos resolviendo entre todos el dilema, creo que debemos ir preguntándonos qué pasará cuando entendamos que los logros más importantes desde lo sanitario están estrechamente vinculados con áreas tradicionalmente ajenas a las de los clásicos equipos formales de salud, por ejemplo viviendas, agricultura, legislación social, etc.

Será este el tiempo del equipo metadisciplinario de salud?

Wille Arrue, Médico general

DECALOGO DEL PACIENTE

Los derechos del paciente en el hospital público.

1° El hospital es para todos. Cualquier habitante tiene derecho a la atención médica, ésta no es un regalo o un favor - es un derecho.

2° Todo paciente tiene derecho a ser correcta y totalmente informado por los médicos y todo el personal sobre el modo y los medios para solucionar el problema que lo aqueja.

3° Todo paciente tiene derecho a una internación digna, respetuosa y privada.

4° Todo niño tiene derecho a estar con su madre durante su internación en el hospital.

5° Todo paciente tiene derecho a exigir la menor espera posible en inscripción, consultorios y demás servicios.

6° Todo paciente tiene el derecho a conocer

el diagnóstico, tratamiento y prácticas que les sean instituidas en el hospital.

7° Todo paciente tiene derecho a ser considerado el centro del problema de salud y a recibir, por ende, un trato privilegiado, respetuoso y amable.

8° Todo paciente o consultante tiene derecho a conocer el funcionamiento de su servicio de salud.

9° Todo paciente tiene derecho a que su curación no afecte su economía privada.

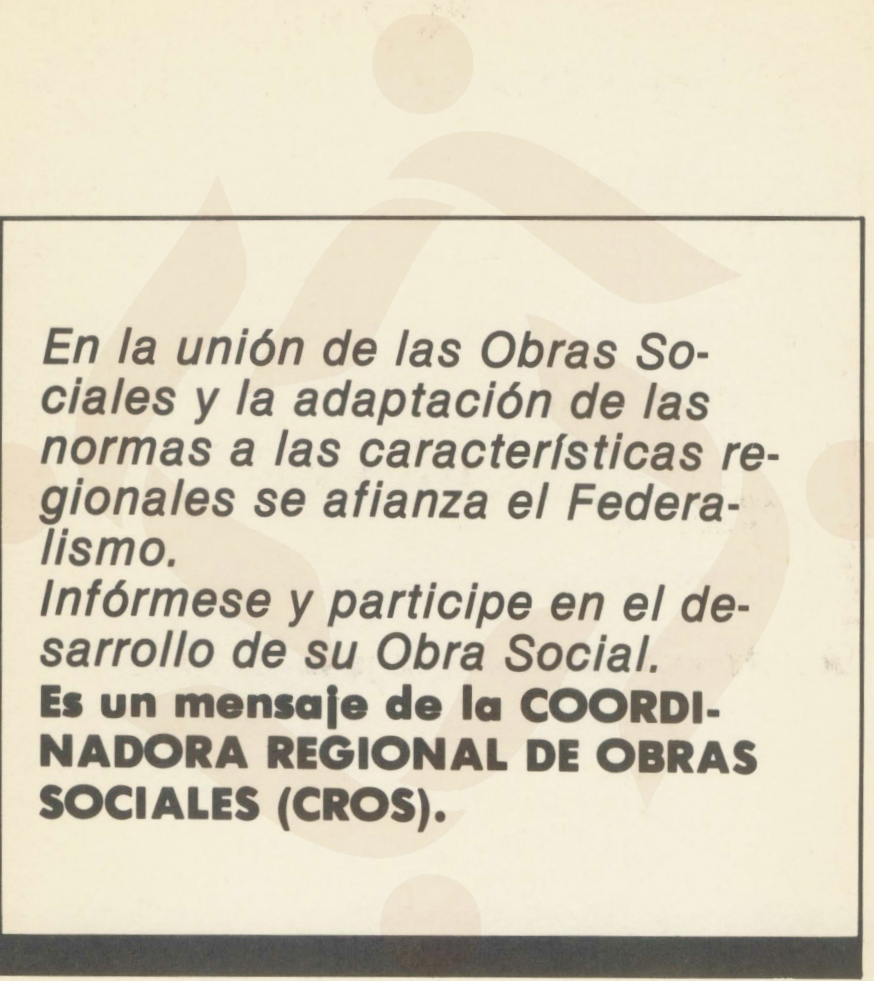
10° Todo paciente tiene derecho a que se respete su vida normal dentro del hospital (horarios, comidas, visitas, reposo y entretenimientos).

Secretaría de Salud Pública Salta.

Hospital Ramón Carrillo

Iruya - Provincia de Salta

(Tomado del Boletín Informativo Mensual
N° 32 de la SMR)



En la unión de las Obras Sociales y la adaptación de las normas a las características regionales se afianza el Federalismo.

Infórmese y participe en el desarrollo de su Obra Social.

Es un mensaje de la COORDINADORA REGIONAL DE OBRAS SOCIALES (CROS).

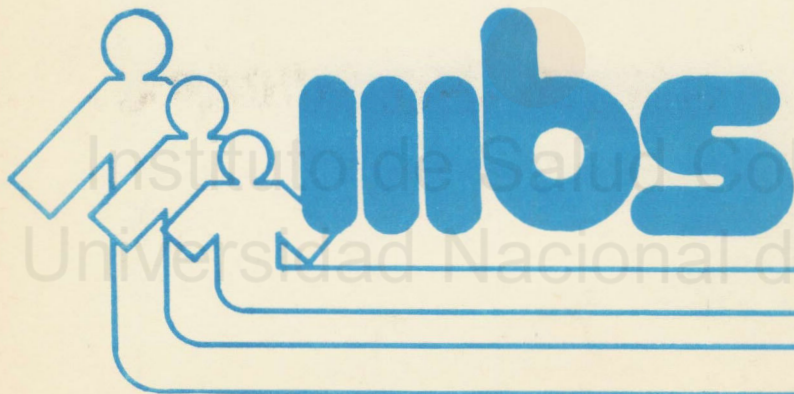
Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



PROVINCIA DEL NEUQUEN

A los integrantes del equipo de Salud.

La Promoción y Protección de la Salud depende en gran parte de Uds. y de su integración a los sectores de Educación, Acción Social, Vivienda, Municipalidades, Comisiones Vecinales, etc.



SUBSECRETARIA DE SALUD

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL