

# MIR



Universidad Nacional de Lanús

---

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

**AÑO 7 - Nº 17  
ENERO 1988**

---



**SOCIEDAD  
DE MEDICINA  
RURAL  
PROVINCIA  
DEL NEUQUÉN**

**COMISION  
DIRECTIVA**

**PRESIDENTE**

Alejandro González Vottero

**SECRETARIO**

Máximo Boero

**TESORERO**

Carlos Garay

**DIRECT. DE  
PUBLICACIONES**

Ricardo Dudnik

**VOCALES**

Virginia Sato

Jorge Mammy

María Fernanda Haddad

**MR**

**DIRECTOR**

Dr. Malcolm Elder

**CONSEJO DE REDACCION:**

Dr. Miguel Irigoyen. Dr. Jorge

Gorosito. Dr. Armando Calá

Lesina. Dr. Rodolfo Arienti.

Dra. María González. ASESORES

CIENTIFICOS: Dr. Julio

Raby. Dra. María Elena Chiesa.

Dr. Julio Arce. Dr. Daniel Eche-

verría. Dr. Carlos Planciola. Dr.

Mario Borini. Dr. Julio Mon-

salvo.

Reg Prop Intel Nº 191116

Direc. Postal Nº 705

(8300) Neuquén - *Distribución gratuita.*

Impreso en *TECNOMAR Impresiones*

Soldado Desconocido 460

TE. 22646 - Neuquén

# MIR

## INDICE

Editorial .....	1
Comunidad, salud y participación	
¿Una práctica local de la ciencia? ..	2
Acciones de Salud sobre el medio	18
Gasto en Salud .....	27
Atención Primaria en	
Salud Mental .....	29
Jornadas sobre Salud Mental .....	31
Los profesionales de dedicación exclusiva y el sistema de Salud de Neuquén .....	34
Objetivo Comunicarnos .....	40
Autodiagnóstico .....	41
Reflexiones sobre el crecimiento y desarrollo infantil del área co- rrespondiente al Hospital	
Las Ovejas .....	42

### NUESTRA PORTADA:

Niño chileno de la zona de Osorno ¿tendrá  
que emigrar a Neuquén? (Procedencia: CIID Informa)

Los artículos firmados son responsabilidad  
de sus autores. MR no hace suyas necesaria-  
mente las opiniones vertidas en los mismos.

Al Sr. Ministro de Salud Pública  
Dr. Gustavo Vaca Narvaja  
Provincia del Neuquén

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. con el fin de contestar su atenta nota del 6 de enero de 1988 (N° 16/88), (Ver pág. 39 "Objetivo Comunicarnos"), donde invita a esta Sociedad a "constituirse en Jefatura de Medicina Rural".

Como es costumbre en la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén se realizó para valorar su propuesta una reunión de Comisión Directiva Ampliada el 30 de enero de 1988 en la ciudad de Zapala. En este encuentro se hizo una prolongada y profunda reflexión de la nota mencionada.

La SMR busca y revisa su rumbo continuamente, pero sin apartarse de sus principios básicos, redefinidos como la promoción, jerarquización y proyección de la Atención Primaria de la Salud, a lo que se suma la protección del ejercicio pleno del equipo de salud, buscando las mejores condiciones para sus integrantes. Todos estos objetivos en una continuidad ya histórica, más allá de los avatares técnicos y políticos de nuestro sistema de salud, creemos que es de gran utilidad para el mejoramiento del mismo.

Es por eso que, una oportunidad como la que Ud. nos brinda, de participar en forma activa y responsable, demuestra que ha sido reconocida nuestra presencia y los esfuerzos desinteresados realizados desde el marco institucional de nuestra entidad y como trabajadores del subsector oficial. Se decidió que la mejor manera de colaborar de la SMR es continuar como organismo asesor y consultor independiente, como una asociación intermedia más, con espíritu crítico, sin intereses políticos partidarios, pero sí en defensa de Políticas de Salud centradas en la APS.

Es nuestra intención con respecto a las Jefaturas Zonales no participar en forma directa en la propuesta de personas, pero con presentación de proyectos de funcionamiento y organización, respetando su realidad e historia.

Nos interesa ser partícipes del desarrollo de la APS en todo el ámbito provincial, cualquiera sea el área o la complejidad hospitalaria, y para ello, creemos que Ud. Sr. Ministro deberá ser nuestro interlocutor en conjunto con otros organismos oficiales o no, sin perder de vista la integración interinstitucional o intersectorial imprescindible para la APS.

Resulta fundamental para la SMR la colaboración plena y desinteresada de todos sus miembros para conseguir un saludable crecimiento del Sistema de Salud, puliendo a través del tiempo algunos estilos retardatarios que surgen como modelos impuestos, promoviendo el cambio ante situaciones inviables. Esto es así, aunque a priori algunos puedan interpretar esta posición como no solidaria. Hay tiempos que están marcados por los hechos y creemos por decisión compartida que el nuestro es el de crecer construyendo desde nuestra actual condición. Las identidades y las diferencias que de la libertad parten sean quizás la mejor manera de ir generando transformaciones.

Para poder realizar nuestra tarea necesitamos medios concretos. Tiempo para los responsables, fundamentalmente el institucional, ya que siempre hemos efectuado nuestras actividades ocupando el tiempo libre, lo que genera grandes dificultades.

La propuesta de realizar Jornadas con el apoyo material del Ministerio nos resulta muy positivo, así como analizar las Políticas de Salud con la participación de todos los trabajadores e instituciones pertinentes.

Los conceptos vertidos en la presente merecen ser ampliados y clasificados en una entrevista que esta Comisión Directiva desea mantener con Ud. y equipo de colaboradores.

Agradeciendo su cordial deferencia, le saludan muy atte.

**Alejandro González Vottero**  
Presidente

**Máximo Boero**  
Secretario

**Carlos Garay**  
Tesorero

# Comunidad, salud y participación:

## ¿Una práctica local de la ciencia?

Wille Arrúe (+)  
Beatriz Kalinsky (++)  
Abril de 1987

I.  
La finalidad de este artículo es la de exponer, en forma preliminar, algunas de las características en que se funda el proyecto de investigación sobre medicina científica y saber popular que estamos intentando poner en marcha en la Zona Sanitaria IV de la provincia del Neuquén (1).

En tal sentido, lo que nos importa tratar aquí no es tanto el contenido del proyecto (2) como la discusión sobre algunos de los ejes teórico-metodológicos con que deseamos impulsarlo.

Aunque el estado actual del proyecto (3) que no supera todavía una etapa exploratoria inicial, parecería aconsejar una cierta cautela en cuanto a la presentación de acercamientos al tema ya probados e incluso resultados ya obtenidos, pensamos que no incurrimos en un pecado de apresuramiento sino que, por el contrario, inauguramos así una vía de confrontación y crítica que se constituye en un elemento vital que orientará, en parte, a los propios criterios para la evaluación y corrección de la marcha de este proceso de investigación.

II.  
En esta sección examinaremos brevemente algunos de los supuestos y sus consecuencias en que se ha sustentado la investigación social según algún estilo científico que hemos denominado, en otra parte

central (Kalinsky, Rabey 1985). Tal forma de concebir la ciencia tiene que ver, al menos, con los siguientes supuestos: (a) La ciencia cerrada: existe un universo dado de hechos frente a los cuales sólo la ciencia puede expedirse adecuadamente en cuanto a la búsqueda de causas, explicaciones o aún de posibles planificaciones.

Los límites son, en tal sentido, estrictos lo mismo que los términos que usa para expedirse sobre los hechos así demarcados (4).

La consecuencia más espectacular de la puesta en vigencia de este supuesto ha sido la desvalorización de otros modos de conocer y de dar cuenta de la realidad (conocimiento indígena, "no occidentales", populares, campesinos, de sentido común, etc.).

La ciencia cerrada se dicta sus propias pautas de racionalidad, sus propias formas de discurso (los llamados lenguajes técnicos), sus únicos recortes posibles

de la realidad y sus formas de validación de un conocimiento así obtenido.

De esta forma, se establece una barrera gnoseológica infranqueable entre la calidad supuesta del conocimiento científico y la inexactitud y poca confiabilidad de otras vías de generación de conocimiento

(b) La ciencia centrífuga: La producción y posterior difusión del conocimiento

científico se lleva a cabo en algunos centros académicos que dictan pautas, ponen en vigencia (y al mismo tiempo desactualizan) teorías como asimismo establecen los canales de su reproducción en zonas periféricas. Se trata de una verdadera transferencia de modos de investigación y desarrollo.

Consecuentemente, queda bastante espacio para abordar líneas temáticas e intereses que parecen proritarios a las necesidades de las periferias aunque aparezcan minimizados por el centralismo científico (Varsavsky 1983).

(c) La ciencia seguidista (Lorez Arnaiz 1986): según el estilo científico central se deben imitar aquellos modelos y formas de práctica científica que ya han dado importantes resultados en cuanto a las posibilidades de hacer teorías y de aplicar exitosamente tal conocimiento a la realidad. En tal sentido, el seguidismo se plantea, en lo que respecta a la ciencia social, un seguimiento estrecho de los métodos propios de las ciencias naturales, como un "natural" acatamiento de las normas vigentes del funcionamiento de las comunidades científicas.

(d) La ciencia neutral: este supuesto ha sido largamente discutido por defensores y detractores (Nagel 1978; Lorez Arnaiz 1975). La idea en que se basa se refiere a una actitud científica según la cual los juicios de valor y las posiciones propias y subjetivas de los investigadores no deben formar parte ni del proceso de investigación ni de los métodos usados por la ciencia para validar conocimiento.

(e) La ciencia disociadora: se ve a la realidad escindida en sectores aislados, cada uno de los cuales es abordado puntualmente por determinada disciplina.

Como resultado de esta partición, que supe<sup>ra</sup> lo meramente metodológico para convertirse en la mente de algunos científicos en una cuestión de "realidad última" (ontología), el conocimiento generado por un estilo científico centralista aparece desconectado en relación a las demás disciplinas.

Son grandes los obstáculos que aparecen, desde esta perspectiva, en cuanto a la posibilidad de real integración de conocimientos y prácticas deudoras de distintos campos de investigación. En tal sentido, puede considerarse sin riesgo de exagerar, que el encuentro disciplinario es, en general, un encuentro fallido (5)

(f) El modelo único de investigación: paradójicamente, con tal desintegración disciplinaria se implanta un modelo universal de investigación que podría, en una primera visión, otorgar la ilusión de marcos de comparabilidad para investigaciones llevadas a cabo en diferentes áreas (biología, psicología, antropología, etc.).

Pero nada más alejado de los resultados alcanzados. Las posibilidades que entonces se nos aparecen son varias:

+ que no se respete dicho modelo, en todo o en parte. Esto es que no se siga la secuencia de pasos pedida, se ignoren procedimientos o no se cubran requisitos exigidos por el modelo.

Estas cuestiones en general no son objeto de discusión en el seno de las comunidades científicas, en tanto se descuenta su cumplimiento; no obstante, el conocimiento que se tiene justamente respecto de su incumplimiento.

Sin embargo, es el primer argumento que se utiliza cuando tal inmunidad se ve amenazada. La quiebra es rápida y, en todo caso, sigue con una descalificación de la persona, equipo o institución

"transgresora" y su respectiva expulsión de las filas de la comunidad científica (6).

+ que el modelo concebido para un estilo de ciencia natural (7) no sea exportable también en todo o en parte, a otros modos de hacer ciencia.

En tal sentido, el monopolio metodológico impone límites exageradamente estrechos haciendo inabordable una educación a otros cánones y pautas científicas.

+ que la pretensión de la unicidad del modelo de investigación no sea, ella misma, pertinente para la práctica científica, tanto natural como humana. Así, cabe pensar que un modelo construido para las posibilidades y condiciones de situaciones experimentales, transformado en su extensión a otras formas científicas en experimentalismo, tampoco sea extensible a las ciencias "de campo" (8).

### III.

Intentaremos mostrar, a continuación, la revisión a que han sido sometidos algunos de los supuestos antes mencionados y su arraigo y pertinencia en la investigación que estamos haciendo.

(a') La ciencia abierta: (morin 1973): en un doble sentido. Respecto del reconocimiento de otros conocimientos y otras prácticas distintas a la científica propiamente dicha y respecto de la capacidad intrínseca de la ciencia para generar teorías.

Respecto de lo primero, pierde sentido la pregunta por la legitimidad de un conocimiento médico popular (9). Sólo así nuestra investigación puede preguntarse sobre los modos de su articulación con la llamada medicina científica.

El peligro que encierra esta visión y que está siempre presente es el de confundir una igualdad gnoseológica con una pretendida legitimación también simétri-

ca. Si así fuera, estaríamos encubriendo una seria contradicción con la que tropieza la sociedad en su conjunto. Ella se refiere a pretender encubrir una desigualdad estructural (instituciones dominantes y sistemas socioculturales subordinados) por medio de un discurso universalista pretendidamente igualitario pero impartido, claro está, desde una posición tecnocrática de la ciencia. De esta forma se da una transformación en su opuesto: la supuesta igualdad se trastoca en injusticia y dominación social. Desde la ciencia, al hacernos cargo de tal contradicción estamos, creemos, exponiéndola en una de sus facetas más crudas y aún profundizándola, llevando su formulación a consecuencias si se quiere extremas.

Esto nos significa, por el momento que, a un reconocimiento como portadora de conocimiento no le sigue su legitimación como práctica social alternativa.

Se ha definido, muchas veces, a la ciencia como aquella actividad destinada a una generación continua y amplia de teorías.

Posteriormente se confía en una capacidad operativa casi irrestricta de las teorías sobre la realidad, como producto final deseable.

Desde nuestra perspectiva, dudamos que esta sea la única y más importante finalidad de la ciencia. Además también consideramos que no siempre la actividad de los científicos está orientada exclusivamente a la formulación de teorías como tampoco siempre están dadas las condiciones que posibilitan tal tarea.

Así, nos preguntamos sobre la propia función de las teorías en la producción de conocimiento (científico). El conocimiento y el saber local (no científico) juegan un papel poco conocido (y obviamente menos aun reconocido) en tal construc-

ción; en tanto no se logre pensarlo como una de las raíces fundantes en la construcción de teorías (científicas) no se logrará autonomía respecto del sistema científico central de investigación y desarrollo.

(b') La ciencia Local: la producción de un conocimiento científico redefinido sobre otras bases reconoce límites históricos, sociales y económicos que fijan, de una u otra forma, sus posibilidades y alcances. En tal sentido, no cabría hablar de "la ciencia" ni de un único método y, ni siquiera aún de una única práctica científica.

La dirección del conocimiento se reconoce como múltiple, enfrentándose a una concepción centralista que sólo acepta un conocimiento único y universal.

La redefinición de la relación "central/local" se transforma en una nota clave de nuestra investigación en tanto se inscribe en los siguientes principios orientadores:

(+) la integración teoría/práctica/realidad.

La realidad muy contextualizada de las prácticas médicas locales no es vista como un obstáculo para la generación de teorías sino que, por el contrario, la posibilita. Aquí dejan de preocuparnos el satisfacer algunos de los estándares de la ciencia centralista como lo son, justamente, la posibilidad de construir conocimiento universalizable a partir de la postulación de leyes generales (Hempel 1965). Sin embargo, nos preocupa una suficiente explicitación de presupuestos, juicios de valor, creencias y prejuicios que tiñen inexorablemente los resultados y que imprimen un sello al estilo de investigar.

(+) Por otro lado, este enraizamiento de nuestra práctica en la realidad, enten-

diendo que todo proceso de investigación es en sí mismo una práctica social como cualquier otra, nos ha permitido reconocer, al menos, tres direcciones diferentes, aunque complementarias, que lo guían: (1) una orientación antropológica respecto del tema de las comunidades locales y de las prácticas médicas tradicionales; (2) una más propiamente psicológica en relación a la cuestión de la salud y la salud mental (Arrúe, Musso 1984) y también de los vínculos que se establecen en el curso de una investigación como asimismo en relación a prácticas terapéuticas alternativas; (3) finalmente, una dirección epistemológica en cuanto a la posibilidad de reconstruir sistemas locales de conocimiento en su relación con el sistema central de investigación y desarrollo.

Estos tres ejes imprimen una multivocidad y una flexibilidad al entramado que da vida a la investigación que nos hace enfrentar rápidamente (aunque no necesariamente superar) las trampas siempre bien dispuestas por un dogmatismo condescendiente y seguro. Como así también nos obliga a repensar constantemente los objetivos y fundamentos de nuestra práctica científica (temas impuestos, modelos importados, técnicas que parecerían operar por sí mismas, etc.).

(+) La comunidad local se asocia a la comunidad científica en una búsqueda conjunta de identificación de problemas y evaluación de soluciones y alternativas (investigación participativa) (10).

(c') La ciencia autonomista (Lores Arnaiz 1986): entendemos que sólo un autonomismo metodológico no es suficiente para encarar la posibilidad de llevar adelante un estilo científico alternativo. Si bien una independización del método de las ciencias humanas respecto de los modos predominantes en las ciencias natu-

rales constituye uno de los aspectos fundantes de tal alternativa, pensando que también constituyen elementos centrales aquellos que, por ejemplo, se refieren a una redefinición de los objetivos de la ciencia. Es así que en nuestra investigación partimos de lugares distintos de los que plantea la ciencia de corte centralista para cada una de las direcciones propuestas.

Veamos este punto un poco más de cerca:

(1) la antropología de filiación centralista se ha constituido bajo un signo peculiar de apresuramiento (11) y, también en demasiadas ocasiones, de improvisación. Esta transitoriedad de la propia disciplina ha cristalizado en un modo característico de construir su objeto de estudio el cual ha sido concebido bajo el mismo signo.

Nuestro punto de partida es opuesto. No vemos el estado de transitoriedad en las comunidades mapuche que amanece su existencia. No enfrentamos una carrera contra el tiempo (cada vez más rápido para "atraparlos" en su recta final) sino que nos convertimos en asombrados aprendices de procesos de reafirmación étnica y cultural. El grado de compromiso que algunos de sus miembros han mostrado tanto frente al proyecto de atención primaria en salud mental como a la propuesta de esta investigación nos dan una pauta clara, aunque sin duda todavía parcial, de la necesidad de una redefinición de las identidades indígenas a la luz de las condiciones sociohistóricas y económicas actuales.

(2) La psicología muchas veces se ha visto a sí misma acorralada por un afán centralista que puede apuntarse como sigue: tanto la psiquiatría clásica como las teorías psicológicas han sido concebidas en la mayor parte de las ocasiones, desde la psicopatología (12). Por tanto, da

do que no se ha podido trascender hacia una psicología de la salud (mental) el designio ha sido la obligatoriedad de la salud y, por tanto, la necesidad irremediable de la intervención terapéutica.

(3) La epistemología anglosajona ortodoxa (Brown 1983) se ha preocupado mayormente por encontrar formas universales de validación del conocimiento científico. Ha buscado transformar las causalidades en leyes generales, las razones en pruebas para la explicación de fenómenos y ha intentado homogeneizar el conocimiento bajo los rígidos moldes de la reconstrucción lógica de los procedimientos conceptuales aparentemente usados por los científicos.

Desde nuestro punto de vista, y siguiendo la línea abordada por Lorez Arnaiz (1986), partimos de la idea de producción social del conocimiento lo cual marca un punto de ruptura con tal visión epistemológica.

Al concebir a la investigación como un proceso en el cual quedan igualmente involucrados tanto la comunidad local como el grupo de científicos estamos planteando la simetría cognocitiva de ambos.

Y, además, la posibilidad de una construcción conjunta de conocimiento (Rabey Kalinsky 1986) otorgada por la calidad del vínculo que logre establecerse.

En este sentido es que la participación de la comunidad, tanto en relación con esta investigación como, en general, en el proyecto de atención primaria en salud mental adquiere otras dimensiones y fundamentos (13).

El conocimiento se produciría en el marco de un entramado social de tal forma que en esta asociación, la comunidad científica pierde (si es que alguna vez lo tuvo) el monopolio de la producción y uso del conocimiento.

El equipo de investigación se conforma a



partir del deseo de cada uno de los participantes (socios) por intentar esta actividad común cuyo denominador son los objetivos trabajados y acordados como el reconocimiento de las posibilidades y límites de tal empresa (14).

(d') La ciencia comprometida: en otra parte, uno de nosotros (Kalinsky 1986) ha hablado de la escisión que los "buenos" procedimientos científicos parecen activar en las personas que trabajan como científicos en favor de una pretendida neutralidad, la cual actuaría como reaseguro de la objetividad del conocimiento científico.

Aquí intentaremos una breve caracterización de lo que entendemos, en este momento y para nuestra investigación, por el compromiso del científico.

En primer lugar, la investigación es algo así como una concretización "formalizada" de una necesidad personal y subjetiva sentida por los futuros socios del proyecto. El reconocimiento y la explicitación de los motivos más profundos que llevan a emprender tareas como éstas es una cuestión cotidiana para nuestros socio "no-teóricos". Sin embargo, los prejuicios son verdaderos obstáculos epistemológicos cuando es el caso de los "teóricos".

Pareciera que mostrar aspectos de la humanidad de los científicos atentara contra las posibilidades de la investigación.

Pero por otro lado, estas prevenciones no son gratuitas. El estilo científico centralista ha preconizado largamente la imagen de un científico alienado de sus propias necesidades, motivaciones, ideologías y creencias. Aquel que hubiere intentado mantener alguna coherencia (a favor de su propia salud mental) ha sido en general criticado en términos de acientificidad, irracionalidad o, incluso

de insubordinación a la normatividad aceptada por la comunidad científica. En este sentido, no cabe duda que la imagen así construida del científico da por resultado a una persona dotada de un prejuicio peculiar: el prejuicio sobre el conocimiento no logrado por cánones convencionalmente aceptados (conocimiento científico).

Por así decirlo, el científico es el prejuicioso respecto del conocimiento de los no científicos pero curiosamente también respecto de sí mismo: esto es, respecto del caudal de otros conocimientos que él mismo posee que debiera mantener en suspenso en tanto "hace ciencia" (por ejemplo, conocimiento de sentido común, ligado al cuerpo, a la experiencia, a las emociones, a los afectos, a las percepciones, a las "intuiciones", etc.). Pareciera que el conocimiento científico fuera básicamente un conocimiento desarraigado de todo fundamento humano.

La tarea emprendida por nuestro equipo de investigación ha tomado una senda distinta. Se empezó trabajando largamente alrededor de temas tales como los motivos por los cuales nos asociamos a la tarea, nuestras ideologías en la medida en que pudiéramos explicitarlas en tanto los otros actúan como referentes más inmediatos, nuestros prejuicios y creencias que fueron apareciendo a medida que empezamos a avanzar.

Las historias biográficas, las contingencias cotidianas, los vínculos con otros han pasado a formar parte de un bagaje común que esperamos sea uno de los fundamentos que posibilite nuestro acceso al conocimiento (15).

A modo de ejemplo, parece revelador el significado y la oportunidad que para cada uno de nosotros ha tenido el espacio generado por el grupo (en su totalidad o en parte, según las circunstancias) para

que pudiéramos operar una conjunción entre circunstancias personales y la inserción profesional en el equipo de investigación.

Logrado, hasta ahora, sólo parcialmente es nuestra convicción que la profundización de esta línea de trabajo puede proporcionar elementos definitorios en cuanto a una práctica local de la ciencia.

(e') La ciencia integradora: se parte de la definición conjunta de problemas y objetivos. Una visión global de la realidad que nos preocupa y que intentamos abordar en busca de respuestas y soluciones posibles nos es permitida por el modo de conformación y funcionamiento del equipo. Nuestros roles diferentes, nuestros respectivos campos de competencia y nuestras variadas vidas nos posibilita lograr un acceso multifacético, aunque conflictivo, a la "realidad".

Ella nos devuelve una imagen compleja y muy matizada, difícil de encuadrar en esquemas rígidos y acabados. Como así también la exploración en las diferentes percepciones nos permite un constante ejercicio de cuestionamiento y confrontación

(f') ¿Los modelos de investigación?: tenemos la idea de que no hay un modelo de investigación que pueda plantearse "a priori" como el adecuado. De hecho, consideramos que cada investigación requiere un modelo particular que se va construyendo a medida que se avanza en dicho proceso, en una interacción e integración mutua.

Pero sí coincidimos en algunos acuerdos básicos que van dando al proceso de esta investigación un sello propio.

A manera de ejemplos:

- es una investigación participativa;
- esperamos que sea una práctica social compartida;
- esperamos que tienda a generar un cam-

po común de experiencia;

- cada socio define su modo particular de inflexión en ella de acuerdo a sus intereses, posibilidades o preferencias (por ejemplo, enfatizando algunos aspectos; delimitando un pequeño conjunto específico de problemas, etc.);

- junto con los objetivos consensualmente acordados, están los fines que cada uno intentará satisfacer. Esto nos da una saludable y quizá prometedor flexible metodológica que se hace más permeable a la autonomía con que intentamos impulsar cada uno de los grupos que se vayan formando en las distintas sedes.

- consideramos que el núcleo vital de una actitud y de un proceso de investigación se condensa en las posibilidades de identificar, explicitar y recortar problemas, así como formular preguntas y delimitar objetivos alrededor del mismo. Por tanto, las cuestiones más propiamente técnicas no pueden abordarse aisladamente. Ellas adquieren algún sentido sólo en relación a los problemas, a los marcos teóricos y también a las posibilidades personales de todos los socios.

---

#### NOTAS

(1) Este proyecto está en marcha desde diciembre de 1986 y, hasta ahora, abarca los departamentos de Lácar, Huiliches y Catan-lil.

(2) Para la fundamentación del proyecto cfr. Arrúe, Kalinsky, "Saber popular y medicina científica: la salud como objetivo social compartido". Mimeo: San Martín de los Andes/Buenos Aires. Diciembre de 1986.

(3) cfr. Primer Informe de avance- San Martín de los Andes- Marzo de 1987.

(4) Aunque tales criterios, paradójicamente, no sean en sí mismos científicos.

(5) En lo que respecta, por ejemplo, a superposición temática, sumatorias de métodos y técnicas, indiscriminación de resultados, etc.

(6) Esta es una de las ópticas en que puede verse el escándalo que el caso de la crotoxina originó en la comunidad científica argentina durante el año pasado.

(7) Una ciencia natural también desactualizada, en tanto no admite ni el principio de incertidumbre ni la restrictividad de la capacidad operativa posible de la ciencia.

(8) Creemos que la distinción entre ciencias naturales y humanas no es del todo apropiada, en tanto que son pocas las investigaciones en cualquier campo que puedan prescindir de las personas, aún para ramas que en una primera visión parecen alejadas de ellas.

Una distinción más acertada creemos que puede hacerse entre estudios de laboratorio y estudios de campo en un sentido amplio.

(9) Lo cual no nos obliga a una aceptación acrítica de la misma.

(10) No es éste el lugar para hacer una discusión pormenorizada entre una investigación participativa y una investigación-acción. Digamos simplemente que comparten por igual e "in extenso" la problemática participativa en la investigación social. Desde esta perspectiva y desde un derrotero común es que intentamos, en esta investigación elaborar marcos teóricos apropiados.

(11) Debemos la discusión de este tema al siempre lúcido interés de Mario Rabe

(12) Kalinsky, B., Salud mental y teorías psicológicas. Bs.As.: mimeo 1986.

(13) Para una revisión crítica pormeno-

rizada y fundada, ver la evaluación de Rifkin, S., Criterios de los planificadores sobre la participación de la comunidad en los programas de salud: teoría y realidad. En Contact, boletín de la Comisión Médica Cristiana, Consejo Mundial de Iglesias, N.º. 60, Ginebra: diciembre de 1983.

(14) Llevado a sus términos más extremos ningún proceso de investigación puede llevarse a cabo si se mantienen las condiciones de desigualdad cognocitiva de sus participantes.

(15) De hecho, es interesante mencionar que algunos socios "teóricos" del equipo inicial de investigación fueron, antes, miembros de la comunidad local ("teóricos locales")

#### AGRADECIMIENTOS

No podemos dejar de mencionar que la mayor parte del contenido de este artículo fue elaborado conjuntamente con el equipo de investigación comprometido con el tema y con la tarea.

Pero queremos agradecer especialmente el clima de cordialidad, respeto y buen humor en que se desarrollan nuestras reuniones.

En particular, estamos en deuda personal e intelectual con los agentes sanitarios Flaminio Muñoz, Isolina Ranguileo y Roberto Castillo quienes además nos brindan tiempo, mucha comprensión y todo su saber para permitirnos ir acomodándonos lentamente en los escenarios locales fundando un encuentro que deseamos continuo y fértil para todos.

A Charito Lores Arnaiz quien, como ya es habitual en ella, ha leído pacientemente una primera versión de este trabajo con espíritu crítico, recreando así

un vínculo intenso y de esperanzas siempre renovadas.

A la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén, quien nos ha dado un valioso espacio para que iniciemos la exposición y la discusión de estas ideas frente a un público interesado y crítico en las VI Jornadas Provinciales de Medicina Rural, que se llevaron a cabo en la ciudad de Chos-Malal entre el 1 y el 5 de abril del presente año.

### Bibliografía

Arrúe, W. y R. Musso, El equipo de salud y la comunidad: una experiencia neuquina de atención primaria en salud mental. En MR, órgano de la sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén. Año 4 N.º. 12, diciembre de 1984

Brown, H. La nueva filosofía de la ciencia. Madrid: Tecnos, 1983

Hempel, C., La función de las leyes generales en historia.

En: La explicación científica. Estudios sobre la filosofía de la ciencia. Buenos Aires: Paidós, 1979 (primera edición en inglés, 1965)

Kalinsky, B., Salud mental y teorías psicológicas. Bs.As., mimeo, 1986 a 1986 b Estilos científicos y salud mental: una aproximación desde el psicoanálisis. En: Ciencia y Ética en Psico-

análisis. El concepto de salud mental. Terceras Jornadas Argentinas de Epistemología del Psicoanálisis. ADEP-Bs.As.

Kalinsky, B. y M. Rabey, Paradigmas, ciencia y racionalidad: algunas notas preliminares. Ponencia presentada en las III Jornadas de Epistemología y Metodología de la Investigación y de la Acción. Bs. As. Universidad de Belgrano. 1985

Lores Arnaiz, María del Rosario. Teorías sociales y juicios de valor. En: Hacia una epistemología de las ciencias humanas. Bs.As.: Editorial de Belgrano 1986

Epistemología, Conocimiento y Psicoanálisis, trabajo leído ante la Asociación de Epistemología del Psicoanálisis y la Psicología Profunda-ADEP, Buenos Aires, mayo de 1986 (1986 b)

Morin, E., El paradigma perdido, Barcelona: Kairós. 1974

Nagel, E., La estructura de la ciencia. Buenos Aires: Paidós. 1968

Rabey, M. y B. Kalinsky, El contrato cognocitivo. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Argentino de Antropología Social. Buenos Aires. 1986

Varsavsky, O., Obras escogidas. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. 1983

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

SABER POPULAR Y MEDICINA CIENTIFICA:  
LA SALUD COMO OBJETIVO SOCIAL COM-  
TIDO

Presentación de un proyecto de investigación de la Zona Sanitaria IV de la Provincia del Neuquén, en ocasión de las IV Jornadas Provinciales de medicina rural, organizadas por la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén, abril de 1987.

MARCELO IKONIKOFF: MEDICO. RESIDEN-  
CIA DE MEDICINA FAMILIAR. HOSPITAL  
REGIONAL DE NEUQUEN

Nosotros, en el centro periférico, hicimos una reunión con curadores, y eso se originó un poco en la necesidad de integrarnos; porque el grupo de curadores, o sea el grupo que hace medicina popular, realiza acciones de salud en la comunidad. Nosotros, por nuestra parte también y, entonces, la idea era integrarnos para poder hacer un intercambio. La reunión se hizo por primera vez hace dos o tres semanas; y la gente fue captada: dos curadores porque ya tenían una actividad en el centro, ya que pertenecían una a un cargo de alcoholismo y la otra a un grupo de diabetes; y el resto, ya sea que se atendían en el centro por patología ambulatoria, o bien tenía algún otro tipo de actividad, participaba en actividad comunitaria.

La reunión generó en el principio cierta tensión porque no sabíamos cómo se iba a desarrollar. Empezamos presentándonos; se explicitó que estábamos juntos porque la gente de la comunidad en definitiva hablaba tanto de un sector como de otro sector, y por eso veíamos la necesidad de hacer un intercambio de conocimientos y relacionarnos.

Cada uno de los curadores relató su manera de trabajar; había gente que trabajaba mediante la oración, gente que trabajaba mediante la confección

de yerbas y gente que tenía restringido su campo por una tradición oral que se le iba transmitiendo desde sus familias, por ejemplo de cómo curar ciertos males, ciertos daños, a los cuales ellos limitaban su atención.

Bueno, durante la reunión la tensión fue disminuyendo y hubo plena participación, una charla muy buena; y se acordó en seguir con ese tipo de charlas, cada dos meses. Algunas veces se da en el centro, y otras en la casa de alguno de los curadores. El objetivo acordado en la primera reunión fue el de coordinar acciones para la promoción por lo cual los curadores se capacitarían como promotores voluntarios con nuestros contenidos y nosotros, como equipo formal nos enriqueceríamos con las pautas culturales que desconocemos y que hacen a la buena inserción del curador en su comunidad.

DANIEL VINCENT: MEDICO. HOSPITAL  
ZONAL DE SAN MARTIN DE LOS ANDES

Wille me invitó a hablar de algo que me pasó el viernes pasado, no hace una semana todavía y es un hecho muy desgraciado, pero tiene que ver un poco con la medicina popular.

Estaba de guardia y a la noche, tarde, llega una pareja con una chiquita de cinco meses, con fiebre y diarrea. Bueno, la revisé: tenía 38 grados. Como la mamá era una vecina mía charlamos y me dijo que había estado viendo a un pediatra, a dos pediatras durante la tarde ambos de muy reconocida trayectoria. Le habían dado unas aspirinetas y que tomara polenta con queso.

Le sugiero que la bañemos (en el Hospital, tenemos un lugar para bañarla) para bajarle la fiebre, vamos

a ver que pasa. La llevamos, le bajamos la temperatura, vuelvo a la guardia la vuelvo a revisar.

La chiquita no lloraba, no tenía signos meníngeos. Digo todo esto para los médicos, porque por ahí van a pensar que a los médicos previos y a mí se nos pasó algo. Por ahí se nos pasó, pero se nos pasó a tres.

La chiquita estaba bien, pero algo no me convencía, indudablemente.

O la madre me transmitía algo, o algo pasaba. Como tenía una deshidratación muy, muy leve y la madre no estaba convencida de llevársela a la casa le digo, "vamos a hacer una cosa, vamos a preparar un suero, le vamos a hacer una mamadera con suero si no vomita y todo va bien se va a la casa, y mañana la vuelve a traer al pediatra o la lleva al suyo.

Bueno, nos tomamos el tiempo hervimos agua, esperamos que se enfriara, le echamos las sales, preparamos una mamadera, se la dimos y la chiquita la tomó. Todo esto había durado por lo menos dos horas. Le digo, "si llega a tener un poco de fiebre le da unas aspirinetas, y mañana a las nueve la trae al pediatra". Y así lo hicimos, y se fue a la casa. A las seis de la mañana la trajeron muerta.

No lo podía creer, los enfermeros no lo podían creer, pero los padres estaban en una resignación... Pensé que pudiera ser que le hubieran dado paico o una mamadera con anís estrellado o alguna cosa de esas que le hubieran recetado. Me fui mal a casa y a la tarde, (el pediatra vive en frente de casa) voy a preguntarle qué le pudo haber pasado, qué cosa no le habían visto los dos pediatras anteriores y yo tampoco, qué se nos pasó. No llegamos a una conclusión; si hubiera estado séptica, si hubiera tenido una neumonía. Y cuando charlábamos todo este tema, así mano a mano, había un señor que estaba en la casa arreglando la estufa, que

también es conocido mío y me dice, "mire, usted no se ponga mal, porque con usted no hay problema". Y le digo, "por qué conmigo no?", y me dice "porque usted no tuvo la culpa, y los pediatras que la vieron antes tampoco. Esa chiquita estuvo en una fiesta los otros días, y se la pasaron de mano en mano, y alguno la tuvo que haber ojeado". Yo me quedé ahí con esa cuestión. Después charlé con Wille sobre este tema y me dijo que él había interrogado algo acerca del ojeo, y de los males y estas cuestiones y pareciera que en el ojeo no había culpabilidad de la persona que lo había hecho con la chiquita, ya que es un mal que se transmite involuntariamente.

La cuestión es que la cosa quedó así la chiquita murió, no le encontramos causa, no se hizo autopsia, nada.

#### ISOLINA RANGUILEO: AGENTE SANITARIA. HOSPITAL ZONAL DE SAN MARTIN DE LOS ANDES

Bueno, como se habló de medicina popular, creo que está muy ligado a nosotros, trabajadores de la salud. Hace muchos años que está el curador casero, vamos a decirlo así. Entonces, en nuestro lugar de trabajo nosotros tenemos comadronas que nos plantean por qué se hacen tantas cesáreas ahora y no antes; por qué no tratan de acomodar al bebé para evitar eso, si se puede evitar. O por qué no se dialoga, no se le toma el parecer al paciente, o sea a la pareja, cuando se va a hacer eso; generalmente a todas las pacientes que se les hacen cesáreas en muy pocas oportunidades se les avisa a su esposo o a sus familiares; el porqué y el para qué se hace. Eso no quiere decir que estén en contra de o que hace el profesional, porque si lo hace es por algo, pero ellos necesitan el por qué y el para qué se hace. Por qué no se respeta su intimidad como paciente? Por qué no se día

loga con la familia; por qué, si hablamos de atención primaria en salud no se busca un diálogo entre la familia y el médico? Esos son planteos que nosotros recibimos diariamente como agentes sanitarios.

A veces nosotros, como agentes sanitarios que pertenecemos al equipo de salud, nos sentimos muy mal, porque está el médico y por ahí, si uno no sabe manejar la situación, habla con el médico y se termina en una pelea. Esa es una situación que a nosotros nos preocupa. Si hablamos de un equipo de salud, creo que tendríamos que dialogar y no pelearnos, y entonces el planteo es por qué cuando se atiende a una paciente que le dieron vuyos no explica el médico cuánto daño le produjo la medicina casera?. Lo único que sabe el paciente es "no tome eso porque le hace mal", pero no se le dice por qué le hace mal. Esos son los planteos que se hace la comunidad y que yo me hago como agente sanitaria, ya que somos receptores de ellos y estamos entre la espada y la pared; a veces no encontramos qué responder, nos encontramos muy mal, porque no puedo ir como agente de salud en contra de los demás compañeros de trabajo pero tampoco puedo ir contra la comunidad porque estoy trabajando para ella. Y entonces yo les pregunto qué debo hacer en este caso, si dialogar con ustedes o pelearme. Nada más.

**FLAMINIO MUÑOS: AGENTE SANITARIO.  
HOSPITAL ZONAL DE SAN MARTIN DE LOS  
ANDES**

En una de las habituales rondas, que ustedes ya conocen, encontramos una persona del área rural que se trasladó a la zona urbana. En esa visita lo encontré muy bien, muy cómoda, porque era una persona que venía bien instruida por el agente sanitario que antes lo visitaba. Me invitó a pasar. El nene estaba un poco mal, bastante mal diría. Me dijo que lo

había llevado al hospital. El médico que lo atendió le dijo que no tenía nada. Pero lloraba mucho y tenía diarrea; y eso no era normal, porque era un chico muy juguetón y no era natural que estuviera así.

Entonces, al llevarlo a la guardia, le dicen "tiene que sacar turno", "pero mi hijo está mal", "no, tiene que sacar turno por allá"... Entonces lo vio el médico, le dijo que no tenía nada, que le haga vaporcitos, porque tenía un poco de mocos y se le iba a pasar.

A este señor me lo encontré después de vuelta y le digo "de dónde viene? Vengo del Hospital"; "qué pasó?" le digo yo. Y me dice "No sé si contarle o no, porque me voy a pelear con usted también, porque usted también es del Hospital, y el Hospital acá y el Hospital allá".

Como decía a la compañera, estaba entre la espada y la pared, entre la población y el hospital. Entonces le digo "Tenga confianza en nosotros que estamos para ayudarlo". Me dice "Mire, yo le conté al doctor que podía estar ojeado, o estaba empachado y me dijeron que eso no era nada. Y bueno, el nene sigue llorando, y acá lo llevo". Y me dice "Ud. conoce a alguna curandera como para que le saque el empacho o el ojo?".

Como gente de campo, conocedora de los sustos, le dije "lléveselo a mi hermana". El lo llevó, y lo curaron; no estaba ojeado pero sí estaba empachado. Le dieron remedios que le hacen bien, remedios caseros.

Porque por ahí una población o un poblador que está a treinta o cuarenta kilómetros del pueblo, acá hay compañeros que lo deben saber, no tienen nada más que echar mano a los vuyos.

Después lo encontré de vuelta y le pregunto "Y, ahora, dónde va? Y dice "Lo llevo al Hospital, porque lo voy a colocar la vacuna porque en el certificado dice que hay que ponerle

un refuerzo"

Esto quiere decir que la gente que tiene conocimiento de la medicina popular y la usa sabe que puede ser buena tan sólo en algunos casos pero también acepta la medicina del médico del hospital. Nada más.

**ROBERTO CASTILLO: AGENTE SANITARIO.**  
**HOSPITAL ZONAL DE SAN MARTIN DE LOS ANDES**

Yo tengo una experiencia parecida en el área. Cuando se va al área rural, el agente sanitario pasa a ser el medio de comunicación; le tienen confianza y a veces pasa a ser también el líder. Una vez me dice un poblador que había ido al médico por una infección urinaria. El médico le había hecho un análisis y le había dado Dusulfín, y le dijo cada cuánto lo tenía que tomar. Al tiempo lo paso a ver otra vez y me dijo que había tomado el remedio y le había producido una gran hinchazón en el cuerpo y picazón. "Probablemente puede haber sido una alergia -le dije- vaya a ver al médico de vuelta". "Míreme dijo- yo al médico no voy más porque cuando a veces tengo estos problemas tomo yuyos". Y me explicó los yuyos que tomaba, que eran barba de choclo, palo de pique y limpiaplata, mezclados. "Yo con eso me siento bien". Yo hago una aclaración. Por ahí puede haber sido muy bueno el Dusulfín o por ahí puede haber sido muy bueno también el yuyo que tomó. Lo que hubo de malo ahí fue el vínculo, la relación, el mal diálogo entre el médico y el paciente; o, directamente, no hubo diálogo.

**WILLE ARRUE: MEDICO, HOSPITAL ZONAL DE SAN MARTIN DE LOS ANDES**

Hace ya unos cuantos años, y recién trasladado al hospital de San Martín de los Andes, interné a una señora por consulta de su marido. Provenían del paraje de Quila Quina, reserva

indígena de la agrupación Curruhuinca y, habitaban una casita, muy humilde, con sus hijos.

Repentinamente, la señora había enmdecido, inmvilizándose por completo. Acordamos su internación y efectuó la interconsulta con el servicio de salud mental de referencia. La nosografía clásica nos permitía establecer más o menos fácilmente la entidad psiquiátrica correspondiente, el tratamiento indicado y el pronóstico.

El cuadro se completaba con un problema de desocupación del marido, dificultades en la crianza de los hijos, aislamiento familiar, etc. Pero esta información perdía relevancia, porque dado mi enfoque biológico, no sabía cómo utilizarla. Por otro lado, era el único punto de vista que en esos momentos conocía.

En principio, tras la interconsulta, reafirmamos la decisión por la internación en San Martín, aunque quedaba la posibilidad de una derivación al servicio de Salud Mental del Hospital de Neuquén, alternativa que se fue fortaleciendo a medida que pasaban los días y la situación no cambiaba, a pesar de la medicación y de los cuidados que se le brindaban a la paciente.

Pasaban los días y aunque mi preocupación aumentaba, también iba conociendo mejor la situación. Se estrecharon mis vínculos con los miembros de la familia. Pude entonces saber que los chicos estaban siendo cuidados por vecinos y que la desocupación del marido podía ser transitoria.

Estas cosas las manteníamos con el marido, en el cuarto de internación de la señora, a veces con la ayuda de un mate.

Un día, encuentro al señor buscando en el documento de su esposa una fotografía. A pesar de que nuestra relación se había intensificado, le resultó bastante difícil comentarme



el para qué de la búsqueda. Nuevamente, el mate fue un adecuado instrumento del vínculo, favorecido por la actitud de respeto.

- Doctor, no quisiera que lo tomara a mal, pero como mi señora no mejora me parece que le han hecho un daño.

- Un daño? Qué es eso?

Acá tuve una aproximación a una entidad diferente a las que estaba acostumbrado. El señor, con una paciencia enorme, me fue explicando que el daño viene por la envidia. Y que se necesita de un experto (brujo) para su transmisión. El daño afloja los vínculos entre el alma y el cuerpo. Y si esos lazos se rompen, viene la muerte.

Muchas cosas aprendí ese día. Escuchaba con respeto, pero mi escepticismo era mayor. No podía entender cómo una persona podía entender cómo una persona podía curar un paciente afectada de esquizofrenia catatónica con la palabra, a través de lo que posteriormente supe constituía el machitún.

Esa tarde, temprano, lo encontré al marido. La señora, sugestivamente, se recuperó en forma sorpresiva. No recordaba nada de lo que le había pasado. Recurrí a los libros para informarme de aspectos vinculados a la medicación administrada. Comenzó a comer, y como retiré la hidratación parenteral, indiqué medicación por vía oral. Hablamos de diversas cosas, e intenté explicarle lo que le había ocurrido, también que probablemente iba a estar algunos días más internada, y que debería proseguir con un tratamiento largo.

Luego, al entrar en la habitación, encuentro a la pareja tomando mate juntos. Me pareció ver en los rostros de ambos sonrisas cómplices.

Yo también estaba contento. Me acerco y entre mate y mate, surge la "confesión". La foto había sido utilizada para una cura a distancia. Comprensi

vamente, el curador popular había elegido ese método para no invadirme con su presencia en el hospital. También había hecho el diagnóstico de daño, y con el señor rogaron juntos. Mi alegría no decayó por esto. A pesar de una discreta decepción por el "fracaso" de mi biologismo, pude empezar a entender que me faltaba aprender muchas cosas, y que ese aprendizaje sería posible si respetaba lo del otro. Sobre todo estaba contento porque la señora participaba la de comprensión del marido con respecto a mi ignorancia.

Qué había pasado? Simplemente, que había pensado, en una primera instancia, que lo que era bueno para mí, lo era para todos. Esto es lo que se denomina un enfoque etnocéntrico. Esta experiencia, y muchas otras, me cuestionaron profundamente. Llegó un momento en que me parecía que lo mío no servía. Lo bueno era lo del otro. Creo que fue un cambio comprensible. El enfoque médico, más aún en el área de la conducta, es insuficiente. Los conceptos de salud y enfermedad son entendidos de diferente manera. En síntesis, la salud era algo mucho más complejo que el mero silencio de los órganos. Y esto tiene una vigencia mucho más antigua que el descubrimiento de las carabelas por los habitantes americanos. La cultura popular, y la medicina en particular, tiene respuesta para las necesidades que están vigentes. A veces, podemos llegar a entender con cierta facilidad lo que denominamos aspectos instrumentales.

Por ejemplo, las clasificaciones de las hierbas medicinales, sus contenidos en drogas terapéuticas, etc. Lo que es mucho más difícil de comprender es lo que, quizá equivocadamente podríamos llamar el contenido simbólico. Quizá porque nuestra ciencia no da cuenta de la fe: la fe en uno mismo, la fe del otro, la de la comunidad en su conjunto. Es así que pro

gresivamente caí en el mimetismo. La desvalorización de lo de uno. Sirve solamente lo del otro. Quizá esto

forma parte de un proceso, a veces doloroso pero necesario.

El sentirse entre la espada y la pared posibilita la aparición de la crisis. El exigirse trascender la disociación no es nada fácil. Pero parece que la respuesta no está solamente en uno. Creo que deberemos buscarla juntos, no sé cuál es. Pero sí estoy seguro que la misma vendrá a través del desarrollo del vínculo con el otro, con los otros. Este proceso, que se asienta en el respeto de lo propio y de lo del otro, produce un nuevo conocimiento, que supera al existente. Se llama proceso de endoculturación.

En lo que hace a los sistemas de salud, existen dos en nuestra zona: el sistema formal y el sistema popular. Ambos aparentemente disociados. Pero si profundizamos un poco, encontraremos vínculos entre los mismos: el que aparentemente es el más común es el de la descalificación, el del rechazo. -Y recién ahora trae a la criatura? Seguro que le han dado yuyos y está intoxicada. Esto también se reitera desde el otro, el otro sistema. Pero también hay otro tipo de vínculos. Cuántas veces nos llega una derivación incentivada por el curador popular. Y cuántas otras sugerimos, en oportunidades en forma elíptica, una consulta con el mismo.

Pero tenemos la hipótesis que en realidad, el que instrumentaliza más adecuadamente ambos sistemas, es el usuario. Nuestros vecinos pueden aparentemente trascender las disociaciones formales.

La investigación que proponemos tiene que ver con todo esto. Consideramos que la misma es imprescindible como instrumento de acceso a una realidad como es la de vigencia de la medicina popular.

Nos queda, por supuesto, el recurso de seguir ignorándola, como ha ocurrido históricamente. Pero me parece que este recurso, si bien permite evitar la incertidumbre, es precario. La incertidumbre, si bien es el componente característico de la inseguridad, también lo es de la poesía. Si he podido transmitir esto a algunos de ustedes, sinceramente me alegro.

**BEATRIZ KALINSKY: ANTROPOLOGO. AREA DE ESTUDIOS E INVESTIGACION DE CIENCIAS SOCIALES PARA LA SALUD. SEC y T, BUENOS AIRES**

Cuando Wille plantea al Area la posibilidad de iniciar una investigación sobre las articulaciones entre medicina científica y prácticas populares de salud promueve, quizá sin proponérselo, la reedición de un encuentro entre ciencias sociales y salud que hubo de estar caracterización, previamente, por ser la historia de un encuentro fallido.

Por lo tanto, se me presenta como un planteo lleno de exigencias en el que tengo que hacerme cargo no sólo del desencuentro previo sino también de las consecuencias que esta situación ha provocado en el campo de la reflexión teórica y de la práctica de investigación: la monopolización del tema salud/enfermedad por el saber médico; la función auxiliar con que éste último concibe a los aportes que en el campo del conocimiento producen las ciencias sociales; la situación de estancamiento en cuanto a la definición de un campo común, socio-sanitario, tanto en la teoría como en las prácticas de salud.

Pero, además, la otra cara de la moneda está representada por una auto-percepción, por parte de las propias ciencias sociales, "subdesarrollista" que las torna, en cierta medida, a críticas respecto de su relación asimétrica en el campo de la salud.

Todo ello ha contribuido a que se produzca un recorte de la realidad signado por una tajante exclusión de lo social, en detrimento del campo de posibilidades en que los problemas de la salud de la comunidad pueden ser planteados y puestos a punto.

Este panorama, rápidamente apuntado, indica el estado de cosas frente al cual intentamos hacer un replanteo crítico respecto del sentido y la significación de temas y propuestas de la antropología, de las ciencias sociales, de la epistemología y de la investigación en relación al campo de la salud.

Este es un desafío que hemos asumido en el equipo de investigación que se está formando en la Zona Sanitaria IV de la provincia del Neuquén; un desafío compartido y que tiene su fuente de sustentación en algunos acuerdos generales que hemos logrado generar y que, según creemos, fundan un espacio sólido y potente par iniciar la revisión y el cambio.

Me voy a referir, brevemente, a algunos de ellos:

**LA CUESTION DEL CONOCIMIENTO:** uno de nuestros puntos de partida es el reconocimiento de la producción, puesta en vigencia y uso del conocimiento como un problema.

Esto significa que una epistemología que no se arroga el derecho de dictar pautas para la validación de un conocimiento así llamado científico, adquiere la responsabilidad de buscar en los procesos de construcción y transferencia de conocimientos en los diversos aspectos que constituyen los núcleos críticos alrededor de los cuales una sociedad reflexiona y actúa.

Asimismo, pensamos que existen diferentes tipos de conocimientos ligados, también, a diferentes ejes alrededor de los cuales se constituyen. Así a la par de un conocimiento centrado en una idea de racionalidad

(conocimiento científico), hay otro ligado a los vínculos, a la subjetividad, a las emociones y al cuerpo (este tipo de conocimiento sólo es registrado desde el arte y la literatura pero es ignorado por la ciencia). También hay otro conocimiento que resume, según creemos, y condensa un horizonte de experiencia social compartida en donde hay coincidencias y conflictos y en donde, también, se entrelazan en forma compleja y muy sutil, prácticas y estilos institucionales y comunitarios (conocimiento popular, de sentido común, etc).

Cuál es la relación entre estos conocimientos? Se articulan, pero cómo? Esta cuestión sólo podrá ser esclarecida investigando. Pero tenemos la certidumbre de que cada uno de ellos conlleva una porción de verdad, una cierta corrección en la percepción y organización de la realidad y de los espacios sociales y que, por tanto, cada uno de ellos posibilita al otro.

**LA UNIVERSALIDAD DE LA FUNCION COGNITIVA:** pensamos que la producción de conocimiento no es un privilegio exclusivo del científico. Antes bien, la desgraciada y tradicional relación "científico/informante" deja paso a la vinculación entre socios de la investigación que inician y llevan a cabo un proceso de construcción conjunta y de recreación de conocimiento. Así también las condiciones de posibilitación de este trayecto son fijadas, caso a caso, por los propios participantes del vínculo (contrato cognocitivo).

**LA PROBLEMÁTICA DE LA PARTICIPACION EN LA INVESTIGACION SOCIAL:** intentamos poner a prueba aquello que llamamos "una práctica local de la ciencia". Este término "local" no se refiere sólo a un lugar geográfico en sentido estricto sino que además in-

dica la posibilidad de reelaboración del papel que cada uno de nosotros cumple en la investigación desde sus propios campos de competencia. Por ello se inicia una discusión acerca del significado y los posibles aportes de una investigación, de su conceptualización, de su metodología, de los estilos interpersonales y grupales que promueve y de sus eventuales contribuciones hacia prácticas sociales alternativas.

**LA BUSQUEDA DE CONSENSOS:** creemos que los acuerdos ya establecidos serán permanentemente reeditados a lo largo del proceso de esta investigación. En tal sentido, así como pensamos que todo conocimiento siempre es parcial y meramente tentativo, los consensos logrados necesitan ser ampliados, profundizados y complejizados. También, en última instancia, son tan sólo tentativos.

No obstante lo cual, pensamos que frente a una ausencia de ámbitos de disponibilidad y acción conjunta no es posible en absoluto cualquier in-

tento de investigar. Pero, por otro lado, no caemos en la ilusión de sostener que una consensualidad cognoscitiva permite necesariamente una reversión de las condiciones de desigualdad estructural y dominio social que la historia registra.

Pero esto mismo nos advierte que el peligro siempre presente de reproducir la relación asimétrica al interior del propio equipo de investigación. Exponer este factor, explicitándolo, contribuye, según nos parece y hasta cierto punto, a crear consensos fragmentarios aunque revelándose, también, como fuente de conflicto y disenso.

El estado actual de la investigación que no pasa de una etapa exploratoria, se caracteriza así por una búsqueda sistemática de consenso, en diferentes niveles y con diferentes amplitudes.

Y éste es uno de los sentidos de la presentación de este proyecto de investigación en el marco de estas Jornadas. Muchas gracias.

---

## **Acciones de Salud sobre el Medio Ambiente**

Subsecretaría de Salud - Jefatura de Zona Sanitaria II

**ANDRES JUAN KACZORKIEWICZ**

### GLOSARIO

**SALUD:** Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades.

**SANO:** Que está en su juicio.

Ausencia de enfermedades, vicios, problemas o perturbaciones.

**SANEAR:** Reparar o remediar una cosa. Mejorar las condiciones higiénicas de un país.

Dar condiciones de salubridad a un terreno.

Indemnizar al comprador por convicción o por vicio oculto de la cosa vendida.

Indemnizar al vendedor al comprador de todo perjuicio que haya experimentado por haber sido perturbado en la posesión de la cosa comprada o despojado de ella.

**ECOLOGIA:** Estudio del contexto. Compendio de la clasificación importante de la periferia ambiental:

1. Criterio ecologista; Los seres vivos no pueden vivir aisladamente, sino que dependen de su medio ambiente.

2. Postura bioligística; Existe una crisis en el crédito genético

3. Enfoque de Salud Pública; Destaca a la comunidad vulnerable, inmersa en un medio ambiente predisponente o definitorio.

**ECOLOGIA HUMANA:** Interacción del huésped (hombre) con su medio físico mental y social.

Disciplina que estudia el desarrollo humano desde el ángulo médico-bio-psico-social.

Terreno de las influencias físicas, socioeconómicas y biológicas que actúan sobre las comunidades.

## 1. RESUMEN

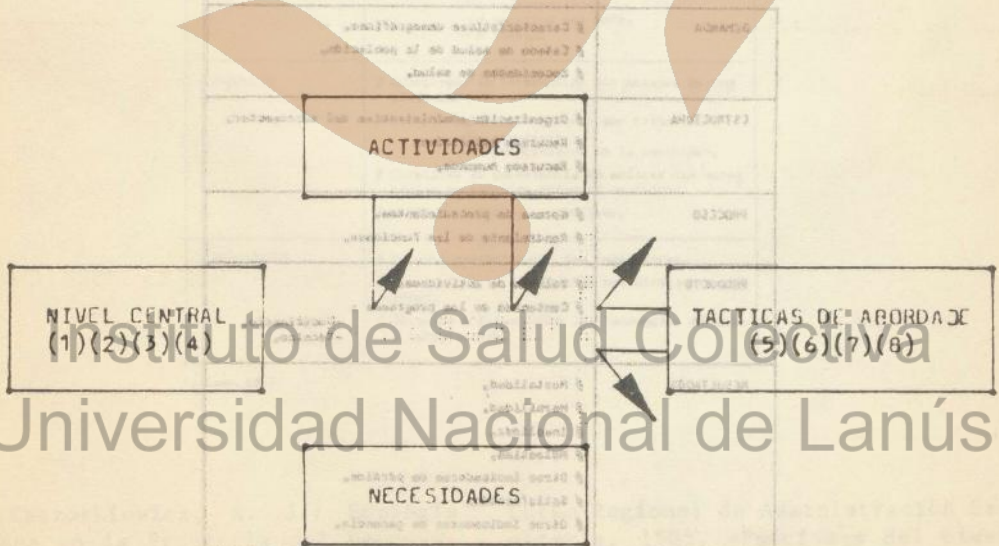
La gestión de las acciones de salud sobre el medio ambiente en la Provincia del Neuquén, pertenece al terreno de la Dirección de Saneamiento Ambiental.

La propuesta está orientada a, la ampliación conceptual del microsector\* -llevándolo a Ecología Humana- y a descargar el peso de la tecnología central hacia el nivel local.

## 2. DIAGNOSTICO DE SITUACION

En la actualidad la respuesta inmediata a los riesgos ambientales# tiene características emergentes con oferta de Atención Médica y casi ningún programa local dirigido hacia la prevención en medio ambiente. Las actividades, en su mayoría se programan y ejecutan desde el nivel zonal, con participación secundaria del nivel local.

El Esquema N° 1 representa las dificultades que tienen las actividades de salud sobre el medio ambiente para satisfacer las necesidades de la comunidad.



### FACTORES DEL NIVEL CENTRAL

(1) Inercia de los programas verticales.

(2) Enfoque indebido:

Poco énfasis en las estrategias de Atención Primaria de Salud.

Desaprovechamiento del Programa de Salud Rural.

(3) Objetivos desviados:

Catastros y encuestas, rutinarios y especiales, por fuera de los canales normales de operatividad.

(4) Dispersión:

Entre el nivel central entre sí, (Procesamiento de la información; Superposición de registros).

Entre el nivel central, y el zonal y local.

### FACTORES RELACIONADOS CON LAS TÁCTICAS DEL ABORDAJE

(5) Mala utilización de la estructura local.

\* Karzorkiewicz, A. J.: Ecología Hu-

mana en la Provincia del Neuquén. Enfoque doctrinario para las acciones de salud sobre el medio ambiente Curso Regional de Administración Sanitaria, 1985. Glosario, pag.4.

# Idem. - Riesgos ambientales, pag. 17.

(6) Desconocimiento de las características socio-culturales de la comunidad, o exceso de foquismo académico.

(7) Problemas en la transferencia de tecnología, y dificultades de extensión de conocimientos y de actitudes responsables.

(8) Adiestramiento previo del efector local poco adecuado en el trato con la comunidad.

A los fines de poder evaluar la metodología e identificar los problemas de salud, se debe enfatizar en los análisis de, la demanda, la estructura, el proceso, el producto, y los resultados. Esquema N° 2.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA REALIDAD	
DEMANDA	# Características demográficas. # Estado de salud de la población. # Necesidades de salud.
ESTRUCTURA	# Organización administrativa del microsector. # Recursos materiales. # Recursos humanos.
PROCESO	# Normas de procedimientos. # Rendimiento de las funciones.
PRODUCTO	# Volumen de actividades. # Contenido de los programas : -Doctrinario, -Técnico.
RESULTADOS	# Mortalidad. # Morbilidad. # Invalidez. # Reincidencias. # Otros indicadores de pérdida. # Satisfacción. # Otros indicadores de ganancia.

Esquema N° 2.

### 3. DISCUSION

Las vías de solución para resolver las dificultades provocadas por los "factores condicionantes de la realidad" pueden originarse desde el ámbito de las propuestas concretas, a investigar. Esquema N° 3.

El concepto de Saneamiento Ambiental resulta incompleto para contener la totalidad de acciones de salud el

medio ambiente. Esquema N° 4.

Sano, adjetivo calificativo, es aquel que nunca enfermó o habiendo estado enfermo, curó. De aquí que el verbo "sanear", en todos los casos, presupone falencia, daño previo o estado no deseado y provocado con anterioridad, con necesidad de reparación.

	PROPUESTAS
DEMANDA	<ul style="list-style-type: none"> <li># Definir las necesidades.</li> <li># Transformar <del>cautelosamente</del> la necesidad en demandas.</li> </ul>
ESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li># Describir el perfil técnico de cada uno de los niveles efectoros, por nivel de complejidad.</li> <li># Asignar cuidadosamente las funciones técnicas.</li> <li># Distribuir los recursos materiales por criterios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-De actividades.</li> <li>-De cobertura.</li> <li>-De procedimientos y funciones.</li> </ul> </li> </ul>
PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> <li># Horizontalizar los procedimientos.</li> <li># Supervisar y controlar adecuadamente las funciones.</li> <li># Priorizar la asignación de recursos por criterios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-De vulnerabilidad.</li> <li>-De magnitud del daño.</li> <li>-De riesgo.</li> </ul> </li> </ul>
PRODUCTO	<ul style="list-style-type: none"> <li># Desagregar la información por niveles de complejidad.</li> <li># Redistribuir las funciones por criterios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-De cobertura.</li> <li>-De conocimiento de la comunidad.</li> </ul> </li> <li># Enfatizar la importancia de aplicar las estrategias de Atención Primaria de Salud.</li> <li># Utilizar tecnología apropiada.</li> </ul>
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li># Manejar correctamente los indicadores.</li> <li># Jerarquizar la información por niveles de utilidad.</li> <li># Describir e interpretar las tendencias de daño o satisfacción.</li> </ul>

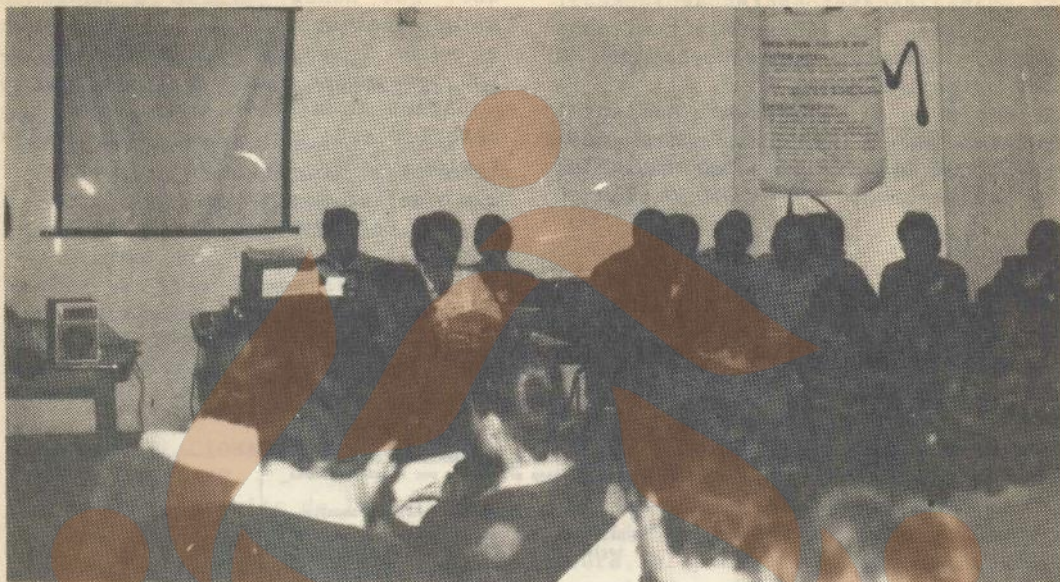
Esquema N° 3.

1. Kaczorkiewicz, A. J.: Ecología Humana en la Provincia del Neuquén. Enfoque doctrinario para las acciones de salud sobre el medio ambiente

Curso Regional de Administración Sanitaria, 1985. -Funciones del nivel local y zonal (efectores), pag.28.

(Continúa en pag. 24)

**JORNADAS DE POLITICA SANITARIA - Julio 1987**  
**Organizadas por la Sociedad de Medicina Rural**



Equipo del Movimiento Popular Neuquino

Equipo de la Unión Cívica Radical



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús



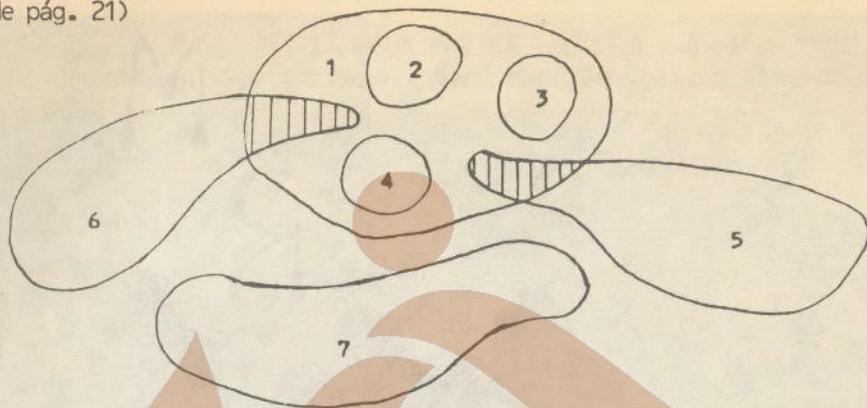


Equipo del Partido Justicialista

Equipo del Frente para la Democracia y la Participación



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús



Esquema Nº 4.

**\*\*SANEAMIENTO AMBIENTAL**

**\*SANEAMIENTO BASICO**

Temas propios:

- Agua potable.
- Tratamiento de excretas.
- Tratamiento de residuos sólidos domiciliarios.
- Mejoramiento de viviendas.

**\*SANEAMIENTO COMPLEJO\*#**

Temas propios:

- Abastecimiento y potabilización de agua para poblaciones urbanas.
- Cloacas y tratamiento de líquidos cloacales.
- Tratamiento sanitario de residuos domésticos urbanos.

**\*CONTAMINACIONES FISICO-QUIMICAS**

Temas propios:

- Aire.
- Suelo.
- Agua.

**\*\*ZONOSIS, RESERVORIOS Y VECTORES**

Temas en común con Saneamiento Ambiental:

- Basuras      Roedores, vectores, transmisores, etc.
- Viviendas    Enfermedad de Chagas, etc.
- Etc.

**\*\*BROMATOLOGIA**

Temas en común con Saneamiento Ambiental:

- Características físicas de los establecimientos elaboradores de productos alimenticios.
- Etc.

**\*\*SOCIOLOGIA DE LA SALUD<sup>1</sup>**

\*# El Saneamiento Complejo es prestado por instituciones específicas (Municipalidades, Organismos de agua potable, etc). La relación con el sector salud es macroadministrativa y se limita a controles, advertencias y alarmas, e investigación de normas para procedimientos, si así hiciera falta.

1. Kaczorkiewicz, A. J.: Ecología Humana en la Provincia del Neuquén. Enfoque doctrinario para las acciones de salud sobre el medio ambiente. Curso Regional de Administración Sanitaria, 1985. Sociología de la Salud, pag. 30.

Comunmente términos, que tienen alcances de utilidad distintos, se emplean como sinónimos. Los siguientes son algunos conceptos diferenciales de:

#### # SANEAMIENTO AMBIENTAL.

Actividad que pretende recuperar los componentes físico-químicos del medio ambiente, previamente modificados negativamente.

#### # SALUD AMBIENTAL

Propósito -o un hecho si la meta está cumplida-, que establece un parámetro ideal.

#### # PROTECCION AMBIENTAL

Criterio conservacionista de los componentes biológicos del medio ambiente, con objetivos y metodologías

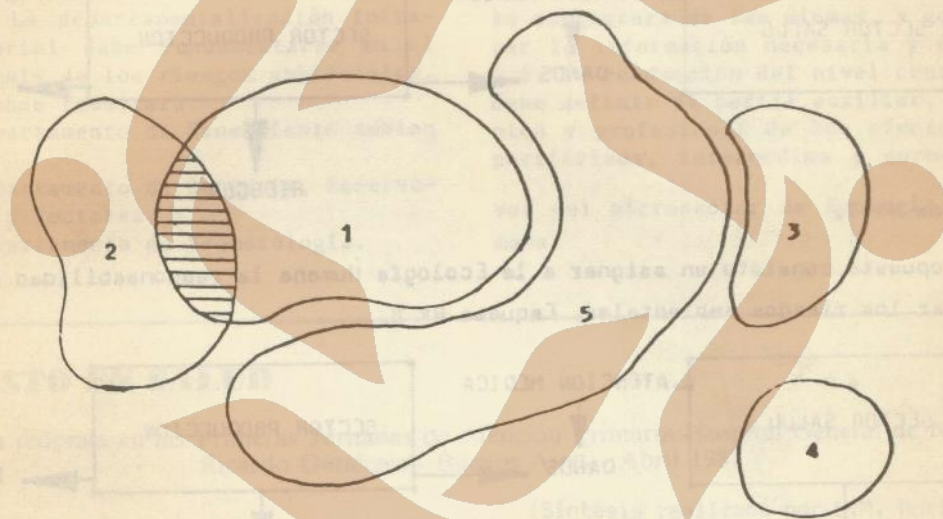
determinadas.

#### # ORDENAMIENTO AMBIENTAL

Utilización urbanística orientada a la distribución de los espacios recreativos con respecto al desarrollo físico de las poblaciones estables.

#### # PREVENCIÓN EN MEDIO AMBIENTE

Actividad de salud tendiente a evitar la producción de desequilibrios importantes que pueden generar modificaciones de cualesquiera de los componentes del medio ambiente.



Esquema N° 5.

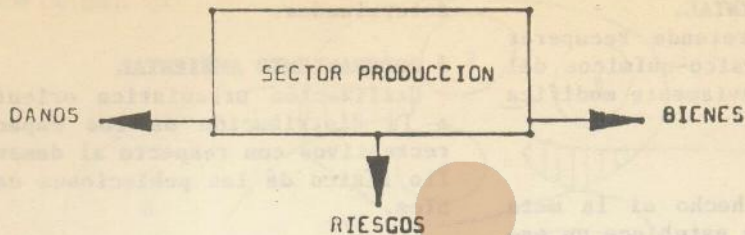
1. SANEAMIENTO AMBIENTAL
2. SALUD AMBIENTAL
3. PROTECCION AMBIENTAL
4. ORDENAMIENTO AMBIENTAL
5. PREVENCIÓN EN MEDIO AMBIENTE

#### ECOLOGIA HUMANA

El sector social de la producción genera bienes, riesgos y daños. Esquema N° 6.

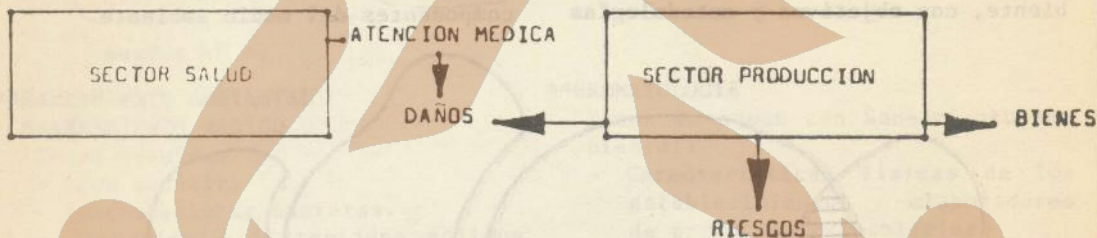
Enfoque doctrinario para las acciones de salud sobre el medio ambiente  
Curso Regional de Administración Sanitaria, 1985. -Modificaciones negativas, pag. 15.

1. Kaczorkiewicz, A. J.: Ecología Humana en la Provincia del Neuquén.



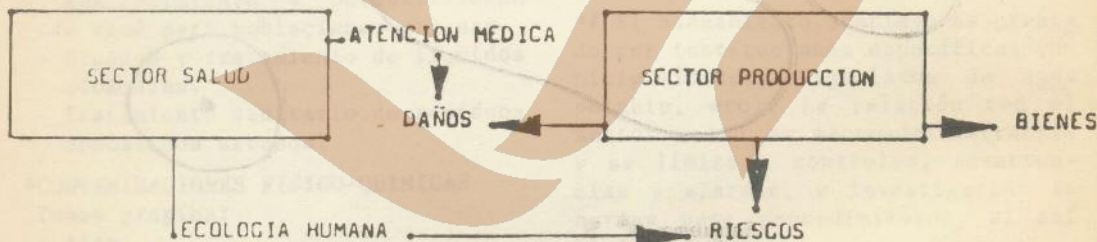
Esquema Nº 6.

Tradicionalmente el sector salud concentra el esfuerzo en la reparación física, y a veces psíquica, de los daños provocados. Esquema Nº 7.



Esquema Nº 7.

La propuesta consiste en asignar a la Ecología Humana la responsabilidad de enfrentar los riesgos ambientales. Esquema Nº 8.



Esquema Nº 8.

Los riesgos ambientales pueden ser "BIOLÓGICOS", "FÍSICO-QUÍMICOS", "ALIMENTICIOS" y "SOCIALES", de donde el infractor actuante tiene necesidad de departamentalizarse por función y proceso. Si bien las estructuras microsectoriales de Atención Médica y Ecología Humana parecieran actuar en la ejecución central de manera estanca y separada una de otra, el abordaje de todos los programas, de ambas áreas,

debe ser llevado a cabo en forma horizontal por el nivel local<sup>3,4</sup>.

1. Kaczorkiewicz, A.J.: Ecología Humana en la Provincia del Neuquén. Enfoque doctrinario para las acciones de salud sobre el medio ambiente. Curso Regional de Administración Sanitaria, 1985. - Riesgos ambientales pag. 17.
2. Idem. -Departamentalización microsectorial de nivel central, pag. 29-30.
3. Idem. -Oferta del nivel local;

y modelo hipotético de trabajo sobre el contexto. pág. 18-19-20-21-22-23-24-25-26.

4. Kaczorkiewicz, A.J.: Horizontalización del Programa de Lucha y Control de la Hidatidosis. La gestión útil par los niveles de operatividad Zapala, 1986. Grado de interés por nivel de operatividad, pag. 3.

#### 4. CONCLUSIONES

4.1. El microsector que desarrolla las funciones político-administrativas de las acciones de salud sobre el medio ambiente, debe ser el de Ecología Humana.

4.2. La departamentalización infra-sectorial debe fundamentarse en el análisis de los riesgos ambientales, de donde resultará:

- Departamento de Saneamiento Ambiental.
- Departamento de Zoonosis, Reservorios y Vectores.
- Departamento de Bromatología.

- Departamento de Sociología de la Salud.

4.3. Cada Departamento debe producir programas específicos y normatizar los procedimientos de acuerdo a las necesidades locales.

4.4. Las Coordinaciones Zonales, y del Hospital Provincial, de Ecología Humana deben colaborar en las programaciones locales y actuar de enlace entre los niveles extremos de la tecnología y la información.

4.5. Los Hospitales de Area deben detectar las necesidades ambientales desarrollar los programas, adecuar las normas, criticar analíticamente la estructura de las mismas, y generar la información necesaria y útil

4.6. La conducción del nivel central debe definir el perfil auxiliar, técnico y profesional de los efectores periféricos, intermedios y normativos del microsector de Ecología Humana.

---

## GASTO EN SALUD

Mesa redonda en las Primeras Jornadas de Atención Primaria Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez - Buenos Aires - Abril 1987

(Síntesis realizada por L.M. Borini)

### ESCUDERO JOSE CARLOS: SANITARISTA Y SOCIOLOGO

La relación entre nivel de salud y gasto en salud es aleatoria.

En muchos países se gasta en salud con la "escuela" de dar salud.

Cuando el excedente social es bajo, como en Argentina, es más necesario ser sensatos.

Hay suficientes datos para tener la certidumbre de que Argentina es autárquica en salud. De manera que bloqueado su puerto por un país central su nivel de salud mejoraría.

En adelante hay que comenzar a definir "escenarios": Con quién se acuer-

da, con quien se negocia, con quien se entrenta.

### KATZ, JORGE: ECONOMISTA

Argentina gasta 5 mil millones de U\$S en salud por año (7% del PBI y 160 U\$S/habitante por año). Fuente: Banco Mundial. De manera que en la comparación internacional estamos mejor en la proporción del PBI (Producto Bruto Interno) que en el gasto por habitante.

El 30% del gasto total en salud se ejecuta por el sector público, con una relación 3/1 entre la participación provincial y nacional.

A pesar de este gasto, el sistema de salud está creciendo en inequidad e ineficiencia; su crisis por los costos crecientes está derivando en una puja distributiva intra e intersectorial.

En el sector, la puja se da fundamentalmente entre tres mercados:

- El médico (30% del gasto)
- El farmacéutico (30% del gasto)
- El clínico sanatorial (10% del gasto)

Entre los tres involucran en 70% del gasto total.

**1-MERCADO MEDICO:** En los próximos cinco años ingresarán 25.000 nuevos médicos, o sea 1/3 sobre los 75.000 de hoy.

El conflicto derivará en superespecialización y más aparatología.

**2-MERCADO FARMACEUTICO:** Vende por 1.500 millones de U\$S al año.

El conflicto se da entre laboratorios de capital nacional y extranjero, que se dividen el 45 y 55% de este mercado respectivamente.

Ambos aumentan sus tareas de ganancia a través de productos nuevos, que tienen un precio promedio tres veces mayor a los antiguos. En los últimos tres años, ambos grupos llevaron el ritmo de lanzamiento a 1.500 productos (1.000 de empresas de capital nacional y 500 de extranjero).

**3-MERCADO CLINICO-SANATORIAL:** La puja transcurrirá por la diferenciación de los servicios más superfluos como la hotelería.

En esta crisis, todos los que pujan dicen que pierdan plata, desde su racionalidad.

El estado no es ni será capaz de regular la atención médica en los

próximos 10 años, incluyendo la red de servicios, la normatización-acreditación-evaluación y los precios. Porque el estado carece de una teoría y una práctica para operar. Como es común en las formaciones capitalistas, en la Argentina predominaron la racionalidad política (propuesta del seguro de salud) y la económico-financiera.

Contrariamente a la socialista donde puede esperarse el predominio de la racionalidad sanitaria.

Otras tendencias no son necesariamente tan desfavorables, y aún pueden ser valiosas:

- racionalizaciones intrasectoriales (eficiencia, etc)
- valorización de nuevas salidas en la comunidad médica: participación comunitaria y atención primaria.

#### QUIRNOCOSTA, DIRECTOR DEL Htal. DE SAN MARTIN DE LOS ANDES-NEUQUEN

El ejemplo de Neuquén demuestra que pese a las restricciones es posible mejorar los resultados a través de cambios organizativos.

#### FERRER, ALDO: ECONOMISTA

El aumento de la participación internacional en la producción, la generación de tecnología y la comercialización mundiales (internacionalización) favorece la multiplicación de actores, que implica un enriquecimiento de alternativas para la periferia.

Pero, fundamentalmente, en el tercer mundo, los países tienen posibilidades de desarrollo siempre que sea endógeno.

### **ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL**

Mesa Redonda de las Primeras Jornadas de Atención Primaria. Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez - Buenos Aires, Abril 1987 (Síntesis realizada por L.M. Borini)

ULLOA, Fernando: Médico Psicoanalista.  
Tomó el ejemplo de las "neurosis actua-

les" (no transferenciales), que producen pérdidas de alegría e inteligencia y se

previenen y curan con simples medidas "higiénicas".

En el nivel materno infantil la represión del autoerotismo (germen de la alegría) y del simbolismo (germen de la inteligencia), se previenen y curan con ternura.

En el Hospital, el conflicto entre sitiadores (población) y sitiados (personal provoca la necesidad de que éstos administren la "pobreza" que causó el conflicto ("pobreza" en sentido amplio, que incluye falta de políticas expresas, etc.). Esa administración es frecuentemente represiva con la población (rechazos, limitaciones innecesarias al horario de visitas, etc.).

En el nivel más general y social, los represores "deniegan" (niegan que niegan) y coercitivamente logran el acercamiento de la población general ("algo habrá hecho") o de la familia y allegados en una situación dual de estos ("que esté vivo" y "que haya muerto sin sufrir"). El protagonismo en este campo correspondió a las organizaciones de derechos humanos que deshicieron estos mecanismos ideológicos represivos integrales.

Por eso la movilización del 20-04-87 a las plazas del país fue una verdadera atención primaria.

COHEN, Hugo: Director de Salud Mental de Río Negro (Médico).

Por la extensión de la provincia (la tercera en superficie del país) en contraposición a la cuantía de sus recursos en Salud Mental, la provincia incorporó dos modalidades:

1. "Equipos de patrulla" que capacitan para la atención de urgencia en los lugares más distantes y para derivaciones a Centros más complejos.

2. "Espacios de reflexión" de un día semanal en las escuelas rurales.

El norte es la transformación y no el control social. Por eso, atención primaria es no evitar la crisis sino receta.

El equipo de nivel central en Salud Mental es muy atípico:

- 1 antropólogo
- 1 psicólogo
- 1 agente sanitario
- 1 alcohólico recuperado

El primer problema en morbilidad de Río Negro es el alcoholismo: 15%.

GARCIA VECE, María: Directora del Departamento Salud de la Escuela de Psicología Social Pichón Riviere

El desafío es romper con el modelo de terapia individual y privada, instrumentándose con técnicas operativas para atención primaria. Esto significa no actuar sin diseño previo.

Hay que recuperar y privilegiar "el sentir" (sin enredarse con la angustia ajena), contrariando el control emocional que se propugna en las academias. No cansarse de querer a la gente.

En un plano social global, atención primaria sólo se puede hacer en Democracia.

TIMMINESKI, Mario: Jefe de Psicopatología del Hospital de la Matanza.

La repuesta a la demanda comenzó por la terapia individual, pasamos a la grupal y ahora estamos en la salida a la comunidad con antropólogo, sociólogo y asistente social.

Quiere decir que a un cambio en la teoría le correspondió un cambio en la modalidad y en el equipo de atención.

El enfoque de crisis postula que como el orden viene del desorden, a la crisis

le corresponde aprendizaje y no halopidol.

GALLI, Vicente: Director Nacional de Salud Mental.

La dictadura copió el modelo de atención de la salud basado en definir a ésta como ausencia de enfermedad. En este modelo prevalecieron los catárticos y la amputación para sacar la enfermedad, y

se morían los que no soportaban el tratamiento.

La dictadura decidió la desaparición de los disidentes y de los locos. La sociedad argentina tiene el ejemplo del 20-04-87 para perder el miedo a la perspectiva de que los trabajadores de salud estén cimentados en la comunidad que se transforma.

## **Jornadas sobre Salud Mental**

Sociedad de Medicina Rural - Zapala 4-5 Diciembre 1987

### **AREA PROGRAMA**

### **HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN**

Hemos pensado que para definir aquellos indicadores directos e indirectos de salud y/o enfermedad mental, es necesario definir previamente, desde que conceptualización, desde qué modelos partimos, ya que nuestra construcción de la realidad va a determinar lo que consideramos salud o enfermedad.

El modelo que hemos ido desarrollando desde los equipos de salud del Area Programa, del Hospital Neuquén, presupone, fundamentalmente una concepción de la Salud Mental no separada del resto como si fuera un compartimento abstracto, y el individuo, un sujeto conformado por una sumatoria de áreas: biológicas psicológicas - sociales, aislado de su entorno socio-económico, político e histórico. Es así que partiendo desde este modelo, integrativo, totalizador de la Salud, el abordaje de la problemática a tratar en estas Jornadas, es desde el nivel de atención del sistema, en el que trabajamos y desde la estrategia de la atención primaria, una tarea a encarar interdisciplinaria e intersectorialmente ya que consideramos que la Salud no

es un patrimonio exclusivo de nuestro sector.

Dentro de este encuadre, el recurso profesional específico (Psicólogo) se inserta en el equipo de salud como un miembro más aportando los conocimientos particulares a la programación y concreción de actividades del centro de Salud.

Es importante aclarar que consideramos equipo de salud a aquel integrado por médicos, enfermeras, muca mas, odontólogos, obstétricas, administrativos, asistentes sociales, psicólogos quienes comparten conjuntamente con grupos de la comunidad en mayor o menor medida las responsabilidades en las acciones de salud.

La implementación de este modelo no es fácil, y tampoco podemos decir que esté logrado, pero lo que es posible evidenciar son los progresivos caminos, líneas, intercambios, intentos que desde 1984 hasta la fecha se han ido sistematizando.

A partir de agosto de 1985 y como resultado del Diagnóstico de Situación elaborado con los miembros del Servicio de Salud Mental, se instrumenta la salida al A.P de 4 profesionales del Servicio a diferentes



centros de Salud, realizando apoyo docente en 2 de ellos. En la actualidad, sólo queda de este grupo, un solo psicólogo en el Area Programa integrado con los otros 2 del A.P, que venían desarrollando actividades específicas para la Residencia en Medicina Familiar, en Centros Docentes. Cabe aclarar que estos Centros se ubican en los barrios: Sapere, C° Confluencia, San Lorenzo, Villa Florencia y Parque Industrial.

La integración de estos psicólogos y asistentes sociales al A.P, hizo necesaria la discusión y el análisis de este modelo. La propuesta de cambiar nuestros esquemas referenciales, donde la identidad profesional de los miembros del equipo se ve transformada, no es tarea fácil, estamos convencidos que el trabajo en equipos interdisciplinarios, requiere de un aprendizaje y una revisión de los roles y funciones del profesional de salud mental, para los que ha sido históricamente preparado.

También la interpretación de los diferentes problemas que la realidad plantea, tiende a sufrir un cambio crucial.

En tal sentido, cuando se pasa de pensar en órganos enfermos, o mentes alienadas, para visualizar a personas que viven "en relación" con otras, que sufren, que luchan, que se aíslan y organizan, las "categorías diagnósticas" se transforman en especies de "chalecos" donde pretendemos ajustar las realidades que describimos. "...Lo cotidiano es una convivencia con los conflictos. La "normalidad" es ese cotidiano lleno de contradicciones y conflictos. Es el "equilibrio" del desequilibrio. Más esto tiene un límite, y cuando se llega a éste termina el pseudoequilibrio. Aparece el síntoma que lleva a la persona a la búsqueda del cambio, generalmente para que no cambie nada. Se va al médico para que rece-

te un remedio que le permita volver a lo de antes sin conflictos. Se busca la explicación y la solución exterior para el síntoma, para que todo quede como estaba anteriormente..."

Entonces comienzan las dudas, las preguntas, los mismos interrogantes, cómo registramos?. Anoto crisis de angustia, cefalea o desempleo?. Finalmente terminamos registrando, lo que a nuestro juicio es lo correcto, quedandonos con la sensación de que "no hemos dicho toda la verdad".

Una aproximación a un Diagnóstico de Situación en el A.P, implica discriminar que cada comunidad con sus instituciones, incluyendo los Centros de Salud, tiene una realidad particular. No obstante, existen problemáticas comunes que se manifiestan de diversas formas y en diversos grados.

Estos problemas podríamos agrupar los como:

#### 1-CRISIS PROVOCADAS POR MIGRACIONES:

a) Extranjeras, b) De otras provincias, c) De nuestro interior, d) Interbarriales, intensificadas éstas en el último tiempo por la entrega de planes de viviendas que ocasionan

una gran explosión demográfica en algunos barrios, en contraposición al vaciamiento de otros, cuyas antiguas viviendas van siendo ocupadas paulatinamente por nuevos migrantes provenientes del exterior en su mayoría.

Este masivo proceso migratorio lleva a la ocupación de tierras fiscales y no fiscales en lugares donde no existen los servicios básicos, o que representan un riesgo como sucede en los sectores de defensas aluvionales; lleva también a la ocupación de viviendas en forma ilegal, ocasionando dificultades institucionales y vecinales.

En este marco, encontramos graves problemas de convivencia entre vecinos, ocasionados por el choque de

distintas modalidades y pertenencias a diferentes contextos socio-económicos y culturales.

Se produce marginación entre los mismos grupos migrantes: Chilenos por argentinos, bolivianos por argentinos y chilenos y dentro de los grupos de la misma nacionalidad.

Dentro de este espectro, encontramos diversas y frecuentes sintomatologías asociadas, que no son tanto consecuencia directa de la migración sino altamente correlacionadas a la marginalidad y constricción de alternativas posibles.

Expresión de esta situación pueden ser la violencia familiar, alcoholismo, adicciones, violencia entre vecinos en circunstancias que llegan hasta el homicidio, delincuencia y otros procesos infractores.

Frente a este tipo de expresiones pensamos que la participación activa de la comunidad en sus organizaciones podría ser un indicador válido de Salud.

**2-CRISIS DEL CICLO DE VIDA:** a) Instrumentales, b) Accidentales.

Rápidamente enunciaremos aquellas que con mayor frecuencia surgen de la consulta.

**a) INSTRUMENTALES:** Conflicto conyugal. Problemáticas paterno-filiales (Problemas en la crianza de los hijos, límites, desprendimiento de los hijos). Prob. Sex., Problemáticas relacionadas con la escolaridad.

**b) ACCIDENTALES:** Embarazo no deseado Aborto. Dificultades laborales. Ruptura de vínculos (Separación - abandono). Enfermedad crónica de un miembro (discapacidad, neoplasia). Alcoholismo en un miembro de la familia, como así también la drogodependencia de un miembro.

Difunciones sexuales. (Frigidez - Impotencia). Consideramos fundamental, reiterar, que estas problemáticas mencionadas,

no son presentadas por los pacientes como tales sino que se manifiestan a través de diversos motivos de consultas:

- Cefalea
- Gastritis - Síndrome Acidosensitivo.
- Precordialgias
- Algas y dolores inespecíficos
- Hipotensión
- Insomnio
- Nerviosismo
- Contracturas musculares
- Accidentes varios

En un intento de acercarnos a las problemáticas descritas, los equipos del A.P han desarrollado una serie de acciones que podemos agruparlas de la siguiente manera:

#### ACCIONES INTERSECTORIALES

A partir de 1984 con Educación, se conforma el programa Educación-Salud y comienzan a encontrarse trabajadores de ambas instituciones en una serie de actividades:

- Programa de Salud del escolar
- Taller de Saneamiento Ambiental
- Taller de Alcoholismo
- Taller de Educación para la Sexualidad
- Producción de material gráfico de apoyo para educación en Escuelas y Centros de Salud.
- Implementación de Programas de Educación para la Salud en dos Centros por medio de cassettes grabados conjuntamente con miembros de la comunidad.

Con Educación y Cultura: Encuentros con padres de alumnos adolescentes de una Escuela Secundaria, trabajo que lleva dos años.

**CON OTRAS INSTITUCIONES:** Se comparten acciones no ya en forma programática sino a partir de la resolución y apoyo en actividades y casos puntuales como sucede con organismos como: Justicia, Iglesia, Acción Social, Universidad y otros.

## ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVEN- CION:

### GRUPOS DE APOYO Y AUTOGESTION:

- Madres en etapa de crianza
- Adolescentes
- Embarazadas
- Migrantes
- Diabéticos
- Alcohólicos
- Familiares de alcohólicos

### GRUPOS COMUNITARIOS:

- Ateneo de curadores
- Subcomisiones de salud

### MODALIDADES OPERATIVAS:

- Visitas domiciliarias
- Entrevistas familiares
- Entrevistas individuales
- Entrevistas grupales. En terreno y en consultorio.

**DOCENCIA:** Todas las acciones y modalidades operativas que mencionamos y que se realizan en los Centros de Salud definidos como lugar de entrenamiento para los médicos residentes son compartidas por éstos y forman parte de su capacitación.

## ACTIVIDADES DE CAPACITACION EN SALUD MENTAL

Durante el año 1987, los psicólogos del A.P. participamos de actividades de Supervisión Clínica en el

Servicio de Salud Mental con profesionales provenientes de Bs. As.

La importancia de esta tarea estuvo dada fundamentalmente en la apertura de una articulación de acciones conjuntas entre el A.P. y Servicio de Salud Mental.

## A MODO DE CONCLUSION

A modo de conclusión nos gustaría expresar un pensamiento.

Sabemos que lo que hemos desarrollado hasta hoy es sólo una parte de lo posible; sabemos que el camino por recorrer es mucho más largo y que la verdad no es nuestro patrimonio; sabemos que el mapa que hemos construido no es la totalidad del territorio. Por ésto, pensamos que como trabajadores de la salud debemos incorporarnos a la práctica social desde y con la comunidad (no por encima), integrando el conocimiento científico con el saber popular como una forma válida de generar un proyecto científico que sea transformador de realidades y nos permita entender la cultura en que vivimos.

AREA PROGRAMA  
HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN  
Diciembre 1987.-

## **Los profesionales de dedicación exclusiva y el sistema de Salud de Neuquén**

### **1. ANTECEDENTES**

#### **1.1. EL SISTEMA DE SALUD NEUQUINO**

Hay coincidencia general en señalar que el Plan de Salud neuquino es ejemplar, con trascendencia nacional e internacional, por su organización por la cobertura alcanzada, por su complejidad y alto grado de capacitación profesional, y más que nada, por su continuidad a pesar de las

peripecias políticas y económicas del país.

Todo esto permitió lograr en pocos años resultados sorprendentes que se manifiestan en los principales indicadores de salud.

Es necesario resaltar, para comprender este fenómeno, el carácter de avanzada de este sistema de atención médica, que lo hace especialmente

destacable en un panorama general de confusión y deterioro. Se trata de un programa integral, que cubre desde la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en el primer nivel de atención hasta prestaciones de la más alta complejidad, con la tecnología adecuada para cada escalafón de servicios.

Todo indica que en Neuquén el Estado decidió asumir la responsabilidad que le cabe en la cobertura sanitaria de toda la población, sin discriminar en una "medicina para pobres" y otra "medicina para quien pueda pagar", como es habitual en el resto del país. En este marco es casi un axioma que "los servicios para pobres habitualmente se transforman en pobres servicios".

La necesidad de este protagonismo del Estado está ampliamente reconocida en todo el mundo, pero no obstante es indispensable despojarse, como lo hizo nuestra Provincia, de cualquier grado de adhesión a falsas teorías de "subsidiaridad" tan en boga actualmente. No es posible el traslado mecánico de argumentos que pueden ser válidos en una economía de mercado a la atención de la salud.

Nuestra Provincia está comprometida, conjuntamente con el país y todas las naciones del orbe, al logro de las metas de Salud para todos en el año 2.000. Para alcanzarlas deberá garantizar a la población coberturas totales con servicios de salud oportunos, equitativos e integrales.

Resulta inconcebible esta calidad de oferta sin la participación de servicios públicos de salud adecuado en magnitud, estructura y accesibilidad a la verdadera dimensión de las necesidades comunitarias. Los países desarrollados hace tiempo que lo han comprendido y, en consecuencia, privilegian el financiamiento de los servicios de atención de la salud, asignándoles una proporción muy im-

portante de sus recursos económicos (5% al 10% del P.B.I.). Del total de gastos nacionales en salud, el 91% en el Reino Unido, el 82% en Suecia; el 86,7% en Canadá y el 41% en los EE.UU. corresponden a aportes de fondos estatales. En cambio en los países subdesarrollados sólo se invierte para atención de la salud entre el 2% y el 4% del P.B.I. y es mucho más débil la participación del financiamiento estatal: 25% en la India, 33% en Filipinas; 14% en Corea del Sur.

Una observación desapasionada de los resultados obtenidos en cada caso demuestra que existe una relación directa entre la magnitud del financiamiento estatal de los servicios sanitarios y su eficiencia y eficacia medidas según los indicadores de salud, consecuencia evidente de la mayor capacidad del estado-financiador para orientar y conducir el sistema de servicios hacia las verdaderas necesidades de la población. En este contexto, es posible analizar e interpretar el ejemplo de la República Argentina: con una inversión global adecuada, del orden de 6% del P.B.I., evidencia graves fallencias sanitarias. Los magros resultados pueden explicarse a partir de la escasa participación estatal en el financiamiento de la salud, que no supera el 20% del total del gasto y deja librado a los intereses del mercado, no siempre coincidentes con necesidades de salud reales, la mayor parte de los recursos.

En síntesis, limitar la magnitud de la inversión pública en servicios de salud, significa resignar el instrumento más importante para concretar en la práctica cualquier política sanitaria.

## 1.2. EL CONCEPTO DE EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

"Cuando se trata de la atención de la salud, la eficiencia económica

puede definirse en los términos siguientes: prestación de la atención necesaria, de buena calidad, por el costo más reducido posible. El objetivo inmediato, por consiguiente, es la búsqueda de un mejor balance económico de los servicios, mediante la eliminación de los procedimientos médicos ineficaces, excesivos e inútiles". (Brian Abel Smith. Foro Mundial de la Salud. Vol. 5, pág. 102, 1984).

Justamente en estos tiempos de penuria económica en los cuales resulta necesario racionalizar los recursos y moderar los gastos, se hace más imprescindible fortalecer la Salud Pública. En este sector es posible controlar la distribución de recurso con una administración correcta; se puede lograr la colaboración de profesionales y técnicos para normatizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y evitar los gastos superfluos mediante

una supervisión y auditoría adecuadas. El subsector público, con profesionales asalariados y trabajo en equipo es mucho más permeable a estos controles y no sufre las distorsiones provocadas por incentivos económicos.

Nos remitimos al ejemplo de los EE.UU., donde el Estado controla solamente el 41% del gasto en atención médica: los incentivos y presiones económicas están produciendo una multiplicación del consumo de servicios y un ascenso en espiral de los gastos, tan pronunciados, que genera una justificada alarma de sus gobernantes; en el Japón este fenómeno llega a niveles aparatosos. Es obvio suponer que nuestro país, y sobre todo nuestra Provincia, no pueden permitirse repetir estos errores.

### 1.3. LA AUTONOMIA DEL SUBSECTOR PUBLICO

Una de las claves principales del éxito obtenido por el plan de salud

neuquino es la autonomía lograda por la organización con respecto al resto de los subsectores. El núcleo importante, numéricamente preponderante, de profesionales y técnicos con Dedicación Exclusiva tanto en la administración central cuanto en los últimos escalones asistenciales, en contacto directo con la población, ha resultado instrumento fundamental para el logro de esta autonomía. Aproximadamente el 70% de todos los profesionales revistan dentro de este régimen, proporción que asciende al 100% en los servicios del interior de la Provincia. En estos últimos casos, la presencia de profesionales con Dedicación Exclusiva resulta absolutamente imprescindible. Si no se contara con una disponibilidad amplia de personal en este régimen de trabajo resultaría imposible lograr un nivel de oferta comparable con el actual en la inmensa mayoría de los servicios de establecimientos urbanos de mediana y alta complejidad, y no podría concebirse la cobertura continua e integral de las unidades de atención desconcentrada (consultorios periféricos, centros de salud, unidades de atención familiar).

### 2. LA DEDICACION EXCLUSIVA

La necesidad de contar con profesionales que comprometieran horarios prolongados y dedicación exclusiva al subsector público de salud fue evidente para quienes decidieron el diseño de nuestro sistema de servicios.

La elevada proporción de profesionales que actualmente revistan en el régimen de Dedicación Exclusiva prueba que la promoción de esta modalidad de contratación de personal se mantuvo como política explícita e invariable de todas las administraciones que se sucedieron en el gobierno de la Provincia a lo largo de más de tres lustros.

Refiriéndose a la situación de los profesionales en el resto del país, que comparten su trabajo en Salud Pública con múltiples actividades semiprivadas y privadas, el Dr. Aldo Neri decía: "La alienante e ineficiente multiplicidad actual engendra simultáneamente mala prestación; pobre capacitación; frustración y costos superfluos... desde este punto de vista es importante tender a una mayor concentración del desempeño de cada profesional..." (A. Neri: "Salud y Política Social", pág. 229. 1982). Esta concentración del trabajo es una aspiración muy sentida por grande parte de los profesionales de la salud del país.

No suponemos en ningún momento que por el simple hecho de adherir el régimen de Dedicación Exclusiva un profesional posee cualidades éticas o morales superiores, no obstante, al servicio de salud esta situación de revista le asegura una disponibilidad amplia y continua de todas sus capacidades para una sola actividad y, además, le garantiza que esa persona nunca tendrá que optar entre el cumplimiento de una obligación de trabajo institucional (de apariencia impersonal y fácilmente delegable) o responder a un compromiso individual e intransferible con uno de sus pacientes personales.

El esfuerzo que demanda la práctica privada lleva a muchos de quienes comparten esa actividad con la función pública a abandonar lentamente su compromiso con el subsector estatal, lo cual se explica por el progresivo deterioro de los ingresos de los puestos oficiales y el convencimiento de que el progreso económico depende de una mayor dedicación horaria a la práctica privada.

Se debe eliminar el falso concepto sobre la presuntamente ilimitada capacidad laboral de los profesionales de la salud. De acuerdo con esta idea, estos profesionales podrían tra-

bajar 8 horas diarias en el hospital público y luego otro tanto en la práctica privada sin desmedro de calidad y rendimiento en las tareas. Como cualquier otro ser humano, estos profesionales tienen derecho a una jornada laboral razonable y a una justa retribución.

"El trabajo en condiciones de dependencia que supone la retribución por un sueldo puede ofrecer una serie de beneficios hoy inciertos en la vida de la mayoría de los profesionales: oportunidades programadas de capacitación, garantía de razonable tiempo libre para recreación y vacaciones, y los demás beneficios de la seguridad social, que incluyen la posibilidad de enfermar el también sin angustia económica... pero la realidad de este país no ofrece seguridades mínimas de no burlar las expectativas de muchos profesionales que seguramente optarían por un cambio de esta índole". (Aldo Neri, op. pág. 234).

Para que un profesional acepte la Dedicación Exclusiva será pues necesario asegurarle ciertos requisitos indispensables: condiciones laborales aceptables, una organización de servicios participativa y eficiente, perspectivas claras de desarrollo profesional y social, y una remuneración acorde con su antigüedad y capacitación.

### 3. CONDICIONES DE TRABAJO Y RETRIBUCION DE LOS PROFESIONALES ASALARIADOS

La incorporación de profesionales asalariados para la atención de la salud es recomendada por los expertos de la O.M.S., pues evita que entre dicho profesional y sus asistidos incidan preocupaciones, intereses o interferencias de carácter económico, enturbiando una relación cuya raíz debería ser básicamente humanística y científica.

Pero es necesario que las autorida-

des estatales comprendan que un profesional de la salud es un trabajador que desempeña un papel clave, no único pero sí fundamental para la protección de la salud de la comunidad, y que por lo tanto debe percibir una retribución económica acorde con el reconocimiento social de su profesión, con sus responsabilidades laborales y con sus condiciones personales.

Cabe mencionar que algunos de ellos llevan también a cabo actividades de guardia, que representan una sobrecarga horaria muy importante agregada al compromiso fijado por el régimen laboral de base. Como estas tareas (extraordinarias) tienen una retribución especial, si se suman a la retribución ordinaria prescindiendo de la consideración del tiempo trabajado, pueden generar en quien lo observe una imagen falsamente optimista del monto salarial. La falacia de esta estimación resulta evidente si se tiene en cuenta que la guardia determina una sobrecarga horaria superior al 50% y obtiene como compensación económica una suma inferior al 30% del sueldo ordinario.

### 3.1. LA SITUACION ACTUAL

A pesar de todos los logros alcanzados por nuestro sistema de salud vemos serios peligros por causa de algunos aspectos negativos en su estructura cuya importancia no parece bien dimensionada. Estos "eslabones débiles" deterioran al sistema, lo debilitan y ponen en tela de juicio su continuidad a largo plazo.

Un ejemplo claro de lo antes expuesto lo constituyen los éxodos periódicos de profesionales con Dedicación Exclusiva al subsector privado. Es evidente que las causas de estas "deserciones" no son circunstanciales sino consecuencia lógica de varios factores.

### 3.2. LA BONIFICACION POR DEDICACION

### EXCLUSIVA ESTA ESCASAMENTE VALO

RIZADA y resulta a todas luces insuficiente para mantener al profesional dentro del sistema.

La retribución por retención de título debe ser definida como una compensación especial en el marco salarial del sector salud, y debe ser suficientemente justa y estimulante como para retener a todos quienes deseen desempeñarse exclusivamente en el subsector estatal.

Estamos observando con preocupación creciente que una proporción cada vez más alta de cargos concursados para el ingreso al sistema con régimen de Dedicación Exclusiva permanecen desiertos por ausencia de postulantes; el hecho indica que los niveles salariales carecen de atractivos hasta para quienes deberían incorporarse a la Administración Pública. Estimamos que si la situación no se manifiesta todavía más crudamente se debe tan sólo al grave deterioro de la situación general del país.

### 3.3. NO EXISTE ESCALAFON EN NUESTRO REGIMEN DE TRABAJO Y LA ANTIGÜEDAD ESTA MAL RETRIBUIDA

Ni los cargos de conducción desempeñados, ni la capacitación de posgrado adquirida determinan un ascenso en la situación escalafonaria del agente profesional del sistema. No existen incentivos económicos para el perfeccionamiento profesional, y la retribución por cargos directivos no guarda relación con los niveles de competencia y responsabilidad exigidos.

La burocratización, el desaliento y el conformismo son peligros que acechan a quienes se desempeñan en las grandes organizaciones, especialmente en quienes trabajan en dependencias de la administración pública. Deben existir incentivos que gratifiquen y jerarquicen los esfuerzos para el perfeccionamiento profesional.

La ausencia de estos estímulos es uno de los más graves peligros que acechan sobre nuestro sistema y comprometen su desarrollo y eficiencia. El reconocimiento de la antigüedad no es una excepción: a los diez años de su ingreso, un profesional con Dedicación Exclusiva ganará prácticamente lo mismo que otro recién incorporado. No le habrán sido reconocidos ni su capacitación ni los cargos directivos desempeñados, y percibirá un incremento por antigüedad equivalente a un 7% sobre la remuneración inicial. Mientras tanto, su familia habrá crecido y por lo tanto habrán aumentado sus gastos: en términos relativos, su salario habrá sufrido un grosero deterioro.

Nos atrevemos a asegurar que no existe una situación parecida en otras dependencias públicas ni en cualquier otro tipo de organizaciones. No se concibe, ni es coherente con la racionalidad administrativa que los empleados carezcan de posibilidades en cuanto a mejorar su nivel de revista inicial a lo largo de su posterior desempeño laboral. Sin embargo, tal es la situación actual de los profesionales en nuestro sistema de servicios: ingresan y son dados de baja de los planteles dentro de una categoría única, con estímulo salarial insignificante por la antigüedad y nulos por la mayor capacitación y competencia que adquieren a partir del desempeño.

#### 4. SINTESIS

El régimen de Dedicación Exclusiva para los profesionales ha sido decididamente sostenido hasta el momento por una firme voluntad política de los gobiernos provinciales desde el inicio del Programa de Salud, y ha demostrado su valor como instrumento esencial para garantizar su continuidad y desarrollo en el tiempo. Además, resulta una alternativa deseada por una amplia mayoría de los inte-

grantes del sistema de servicios. Sin embargo, los problemas señalados indican que a pesar de su prolongada vigencia y de los logros sanitarios que posibilitó aún no se ha consolidado debidamente. Su nivel actual de remuneración es insuficiente para satisfacer las expectativas lógicas del profesional y de su familia; por tal causa, la posibilidad de acceder y mantenerse dentro del régimen sólo parece opción para los solteros o para quienes pueden complementar los ingresos con el aporte de los cónyuges.

Frente a la situación expuesta una gran cantidad de profesionales altamente capacitados, en quienes la institución ha invertido cuantiosos recursos para capacitarlos y perfeccionales, se ven impulsados hacia la actividad privada en la etapa más productiva de sus vidas, ya que no perciben otras alternativas de una razonable mejora en sus niveles de ingresos dentro de la organización. Afirmamos que este es un hecho gravísimo y destructivo, tanto para la institución cuanto para esos mismos profesionales. Para la primera, porque se debilita constantemente el desprenderse de su valiosa inversión en recursos humanos desarrollados; además, este desgranamiento genera incertidumbre, inquietud y desconfianza en quienes se quedan. Otro tanto ocurre con el profesional que se va, quien ahora deberá trabajar en peores condiciones un número mayor de horas, precisamente cuando por su madurez debería disfrutar de mejores condiciones laborales, disponer de más tiempo libre y de otras aspiraciones legítimas de cualquier ser humano, digno de acceder a una calidad de vida adecuada dentro de su contexto profesional y social. Por todo lo expuesto entendemos que el reconocimiento a la Dedicación Exclusiva debe tener su correlato en la retribución salarial, valorar-



se económicamente mediante la asignación de una bonificación acorde con las expectativas razonables de los profesionales que resignen la posibilidad de incrementar sus ingre-

sos por medio de la práctica liberal e individualizarse mediante ajustes según la capacitación, antigüedad y condiciones laborales de cada agente.

DOCUMENTO PRELIMINAR

Preparado por la Comisión Provincial de Profesionales de Dedicación Exclusiva, Neuquén, Noviembre 1987.

---

## OBJETIVO COMUNICARNOS

Neuquén, 6 de enero de 1988

Al Señor  
Presidente de la  
Sociedad de Medicina Rural  
Dr. Alejandro González Botero  
Su despacho

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a efectos de invitar, formalmente a esa Institución, a constituirse como Jefatura de Medicina Rural con sede en Zapala.

A tal fin, la propuesta se basa en los siguientes aspectos:

- a) Como el núcleo fundamental de la problemática cordillerana en su interpretación, capacitación, determinación de perfiles del médico general y rural.
- b) Organismo de consulta y apoyo para el desarrollo y futuro de la medicina rural y general.
- c) Inicio en el presente año de una co-gestión con Jefatura de Zona II y posterior desprendimiento a fines de 1988.
- d) Similar propuesta para las Zonas III y IV.
- e) El Ministerio de Salud apoyará materialmente la realización de dos Jornadas anuales, cuyas fechas Ustedes determinarán, solicitándoles que una se realice, de ser factible, a fines de año para evaluar las acciones de la política de salud ejecutadas.

Al agradecerles la deferencia para con la presente, hago propicia la oportunidad para saludarlos con atenta y distinguida consideración.

Dr. GUSTAVO A. VACA NARVAJA  
Ministro de Salud Pública  
Provincia del Neuquén

## AUTODIAGNOSTICO COMUNITARIO

**Síntesis del seminario sobre "Diagnóstico de necesidad" a cargo de la Lic. Ma. Isabel Tort, en base al documento "EL AUTODIAGNOSTICO COMUNITARIO" de Daniel Prieto Castillo. 1984.**

Los procesos de organización y de transformación social de manera democrática, no son posibles si todos los involucrados no poseen un conocimiento adecuado de la situación o el problema sobre el que tratan de incidir. ¿Qué es el diagnóstico? "el conocimiento de la propia realidad para poder actuar".

El diagnóstico de la comunidad se puede realizar en forma: a) PASIVA: en este caso se hace desde afuera de nosotros, alguien recoge datos que no nos pertenecen los evalúa y saca conclusiones sin nuestra participación. La población ha sido ajena desde un comienzo, ya sea cuando la eligieron para ser estudiada o cuando empezaron a meterse en su vida para sacar información. Es decir, se ejerce el poder de decidir, y en esto los interesados no tienen participación en nada, y hasta muchas veces ni siquiera saben para que es la información. Estamos en presencia de un diagnóstico autoritario en los cuales unos deciden por muchos, y unos pocos sacan información a muchos para sus propios beneficios. Un diagnóstico autoritario restringe el poder de decisión de la comunidad. b) PARTICIPATIVA: cuando la gente misma selecciona los problemas, reconoce su situación se organiza para buscar datos, los analiza, saca conclusiones, ejerciendo en todo momento su poder de decisión, está al tanto de lo que hacen los demás, ofreciendo su esfuerzo y experiencia para llevar adelante una labor común. Lo importante es que el mayor número de personas, se incorporan a un ejercicio más democrático del poder de decisión, a esto se puede llegar de 2 maneras. -1- que la organización encargue a un grupo de personas que realice el diagnóstico y el resto queda de acuerdo en ofrecer su apoyo. -2- que todos los integrantes de la organización participen directamente en el diagnóstico.

El autodiagnóstico consiste en el conocimiento

que sobre un tema o problema desarrolla la propia comunidad a través de actividades organizadas y mediante el aprovechamiento del saber y de las experiencias de cada uno de los participantes; es un esfuerzo sistemático, coordinado que se realiza con la mayor participación de la población en la decisión de los temas a investigar, la manera de investigación, y en el uso de resultados de la investigación.

El escaso conocimiento de la gente de su propia situación deja campo libre al autoritarismo y a la dominación.

El autodiagnóstico lleva al aprendizaje de la propia realidad al conocimiento profundo de las causas de los problemas, al planeamiento de acciones a partir de un análisis a fondo de la situación. Permite una redistribución del poder de decisión dentro de la comunidad.

Jamás parte de cero, porque una comunidad nunca es totalmente ignorante de los que le sucede; los que parten de cero son los diagnósticos pasivos que se acercan a la población, sin saber nada de ella animándose a dar interpretaciones parciales, a veces erróneas porque se analiza la realidad desde afuera.

— Favorece la memoria colectiva, lo que permite recuperar lo que esencialmente ha ido constituyendo a una persona o una comunidad.

— Permite no solo analizar los problemas de la comunidad, sino también revalorizar los elementos positivos que existen; aparece entonces como una crítica y una búsqueda de solución.

La propuesta del autodiagnóstico es un intento de llevar el poder de decisión a múltiples ámbitos de las relaciones cotidianas, una mayor distribución del poder dentro de la comunidad. Es importante recalcar que no por ser popular debe dejarse librado al espontaneísmo de las organizaciones, también los sectores populares tienen derecho de apropiarse de metodologías de trabajo que les faciliten sus actividades. De lo contrario, le estamos negando recursos que desde la universidad u otros ámbitos privilegiados no dejamos jamás de utilizar.

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

## Reflexiones sobre el crecimiento y desarrollo infantil del área correspondiente al Hospital Las Ovejas

Neuquén, 19 de octubre de 1987

Se recabaron datos de talla y peso en la población infantil de 2 a 6 años en Manzano Amargo, Pichi Neuquén, Las Ovejas, Los Quiques y Bella Vista, con la invaluable ayuda de las enfermeras del Hospital de Las Ovejas y agentes sanitarios.

La idea era confrontar la distribución de peso para edad de esta población y la relación de peso para talla, con las curvas tomadas como normales para nuestro país según Lejarraga y Morasso (Córdoba-1985). Se tomaron 117 niños entre 2 y 6 años, 54 mujeres y 63 varones y se reunieron los datos de peso y talla de todos ellos durante el mes de abril de 1987 en un corte transversal.

Si bien el número de la muestra puede no ser estadísticamente significativo, existe una tendencia, objetivable en las gráficas 1 y 2, donde el percentilo 50 para la población infantil estudiada parece ubicarse en las curvas de peso/edad por debajo del p50 de las curvas consideradas normales, tanto en los varones como en las mujeres. No ocurre lo mismo con la relación peso/talla de los mismos niños (Gráfico 3), donde la distribución de los datos no se diferencia de la de las curvas normales.

Estos hallazgos, muy discutibles como comprobación científica, me llevan no obstante a realizar una serie de cuestionamientos y reflexiones:

1— Si el p50 de la población estudiada en las curvas de peso/edad resultó inferior, y en las de peso/talla adecuado al confrontarlo con el p50 considerado normal por Lejarraga, el hecho estaría indicando que las tallas de esta población son también inferiores. Al usar estas curvas standard de Córdoba en el control del niño sano, estaríamos eventualmente intentando que una población con estatura genéticamente baja, pese más de lo que le corresponde a su talla, llamando "desnutrido" a más de un niño que en realidad no lo es. Es cierto que un cambio sustancial en la calidad de la dieta puede hacer expresar fenotípicamente un aumento en las curvas de crecimiento de una población tradicionalmente con estatura pequeña en una o dos generaciones, co-

mo el caso ya clásico de los japoneses emigrados a los Estados Unidos. Este modelo es difícilmente extrapolable a la población del norte neuquino: se trata de otro grupo étnico; no ha variado sustancialmente la calidad de la dieta en las últimas décadas salvo la administración sistemática de leche en el menor de 6 años que entrega el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia en cada control mensual. No hay hasta ahora indicios que hagan plausible el cambio sustancial en la calidad de la dieta habitual en la Zona Norte en un futuro inmediato. Esto no es algo de causa exclusivamente cultural, el aislamiento y el consecuente difícil acceso del comercio alimentario es el condicionamiento más fuerte que mantiene esta situación.

2— Conviene utilizar sistemáticamente, cosa que hasta ahora no se hace, las curvas de relación de peso/talla. Se puede entonces diferenciar dentro de la población de presuntos desnutridos a aquellos que requieren rehabilitación nutricional urgente, acentuando los cuidados preventivos sobre este grupo de mayor riesgo.

3— Visto la situación analizada precedentemente: ¿Es un grave problema de salud la desnutrición en el área del Hospital Las Ovejas? Yo me inclino a responder negativamente a esta pregunta. No quiere decir eso que haya que abandonar el control del crecimiento de los niños. Si hay que racionalizarlo, teniendo en cuenta criterios de riesgo y las posibilidades reales de modificar las causas de la desnutrición presuntiva.

4— Creo que es indispensable disponer del espacio necesario para valorar el desarrollo y la maduración del niño como unidad indisoluble, como individuo y persona en formación.

A— Verificar el proceso natural de separación e individuación del niño dentro del contexto familiar y cultural al que pertenece.

b— Ahondar sobre las posibilidades familiares e institucionales (guarderías, Unidades de Acción Familiar), de estimulación psicomotora sistematizada.

c— Buscar, en conjunto con el sector escolar, los elementos que faciliten, mejoren y lleven a su máxima expresión el potencial de capacidad de aprendizaje latente en ca-

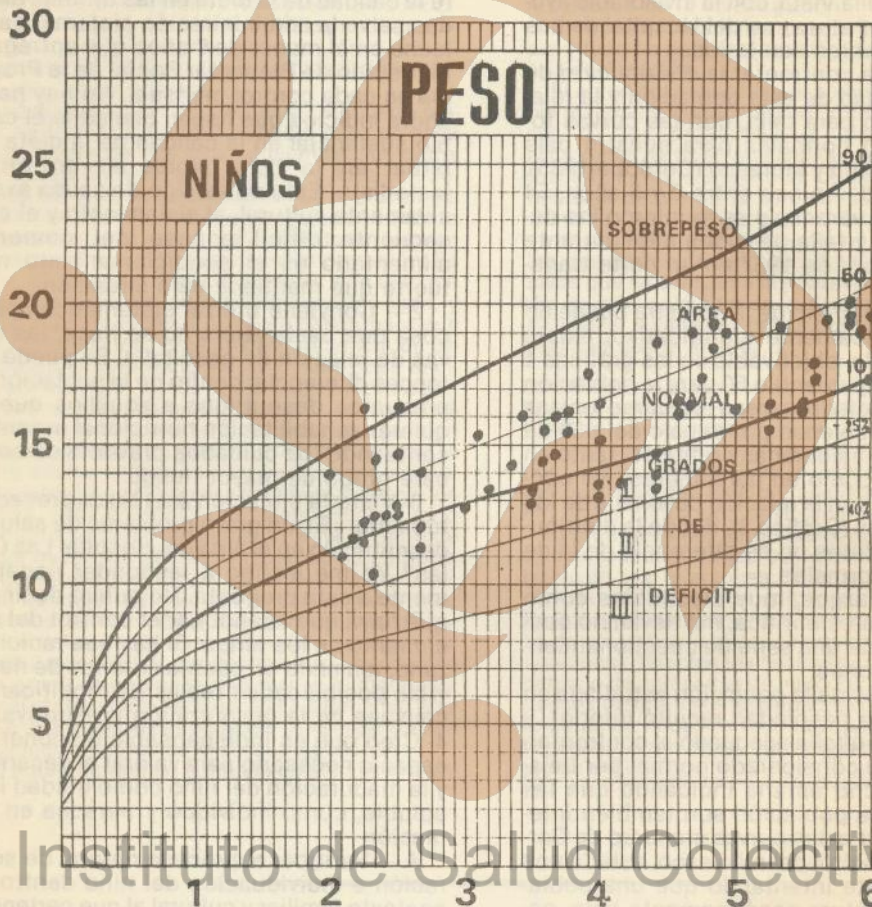
da niño.

d- Buscar las herramientas adecuadas para favorecer y brindar contenidos a las sociabilización del niño como individuo integrado a una comunidad.  
Todo esto es mucho más difícil y compro-

metedor que pesar y medir a un niño; pero tiene hoy seguramente más trascendencia para su salud como futuro hombre libre.

Pedro Zubizarreta  
D.N.I. 13.741.567

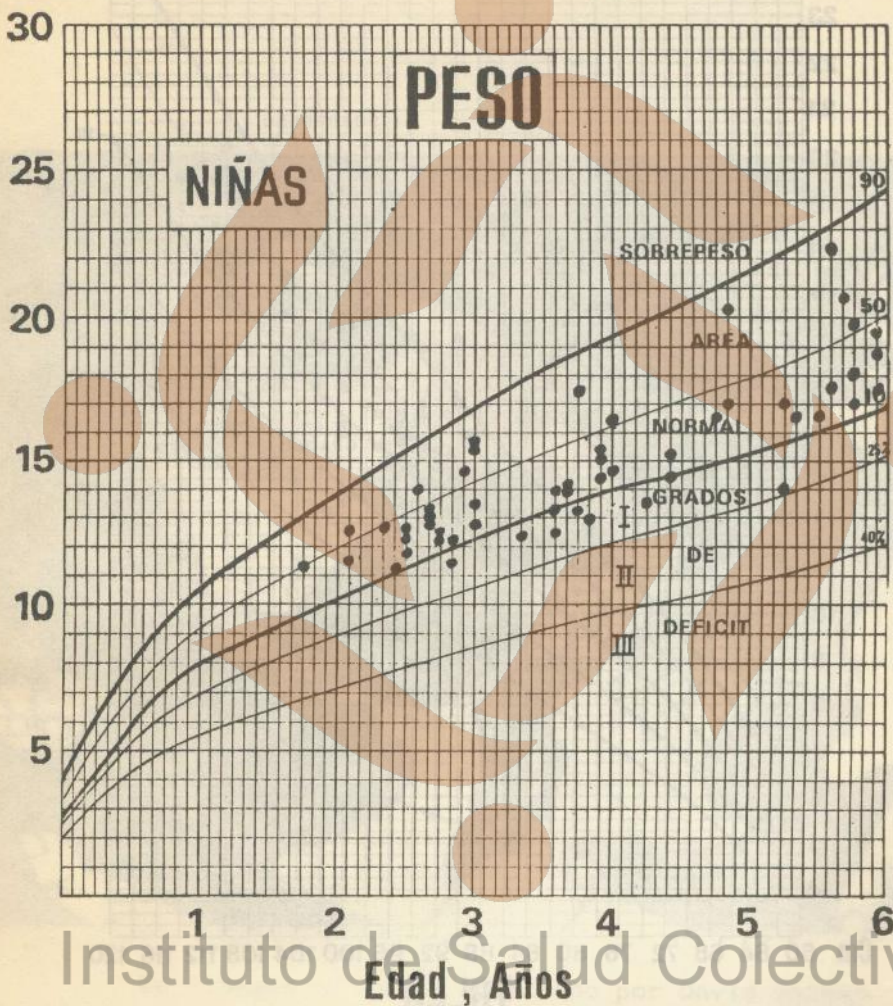
Kg NOMBRE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

GRAFICOS PREPARADOS POR LEJARRAGA H. Y HORASSO MARIA DEL CARMEN DIRECCION NACIONAL DE MATERIDAD E INFANCIA SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL — SOBRE DATOS DE CUSHINSKY M Y COL. ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, VOL. 78, N°2 Y N°3, 1980; Y DE FUMES LASTRA P, Y COL., UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA Y MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL, SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y DIRECCION DE SERVICIOS TECNICOS, DEPARTAMENTO DE MATERIDAD E INFANCIA, CENTRO DE ESTUDIOS DE CRECIMIENTO Y DE SARROLLO, CORDOBA, NOVIEMBRE 1975. A PUBLICARSE EN ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, 1985.

**Kg**      **NOMBRE:** \_\_\_\_\_      **Nº:** \_\_\_\_\_



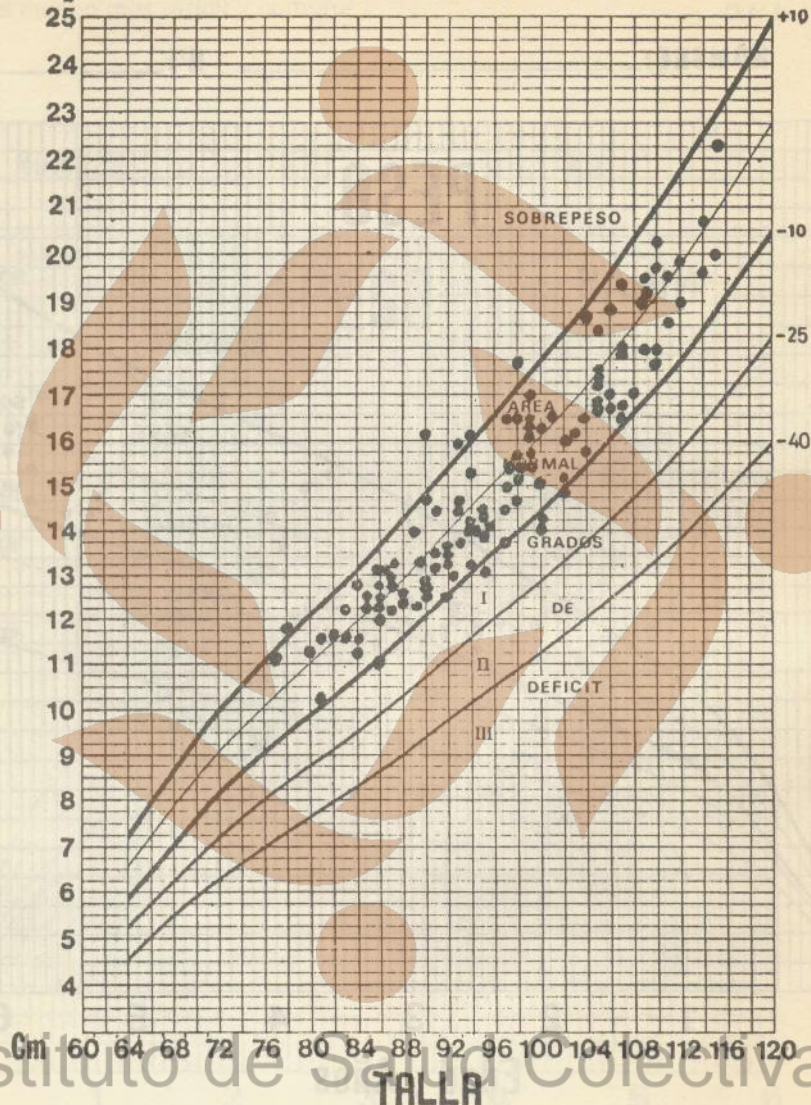
Instituto de Salud Colectiva

GRAFICOS PREPARADOS POR LEJARRAGA H. Y MORASSO MARIA DEL CARMEN, DIRECCION NACIONAL DE MATERIDAD E INFANCIA, SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. SOBRE DATOS DE CUSMINSKY M. Y COL. ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA VOL 78, Nº 2, Y VOL. 1980, Y DE FUNES LASTRA P. Y COL., UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA Y MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL, SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y DIRECCION DE SERVICIOS TECNICOS, DEPARTAMENTO DE MATERIDAD E INFANCIA, CENTRO DE ESTUDIOS DE CRECIMIENTO Y DE SARROLLO, CORDOBA, NOVIEMBRE 1975. A PUBLICARSE EN ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA 1985.

# RELACION PESO/TALLA

**PESO Kg**

Para niñas y niños de 1 a 6 años



Instituto de Salud Colectiva  
**TALLA**

Universidad Nacional de Córdoba

GRAFICOS PREPARADOS POR MORASSO, MARIA DEL CARMEN Y EL JARRAGA, R. - DIRECCION NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA - SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, SOBRE DATOS DE CUSMINSKY, M. Y COL. ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, VOL. 78, N° 2 y 3, 1980; Y DE FUNES LASTRA, P. Y COL., UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA Y MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL, SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y DIRECCION DE SERVICIOS TECNICOS, DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD E INFANCIA, CENTRO DE ESTUDIOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CORDOBA. NOVIEMBRE 1975 A PUBLICARSE EN ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, 1985.



Instituto de Salud Colectiva

De "Images of Life" realizado por David Walker

Universidad Nacional de Lanús

# TAN



## **TRANSPORTES AEREOS NEUQUEN**

### **OFICINAS CENTRALES:**

Av. Argentina 383

Tel. 24834 - 23076

### **CASA DEL NEUQUEN EN BS. AS.**

Cangallo 685 - T.E. 450-233/ 469-265

### **OFICINA AEROPUERTO NEUQUEN: TEL. 30096**

**OFICINA CARGAS:** Libertad 55 - Tel. 31401/11/21

Interno 5182

### **Y SUCURSALES DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA**

**BARILOCHE:** Agencia LADE:  
Mitre y Villegas T.E. 22355

**ESQUEL:** Agencia LADE  
25 de Mayo 777 T.E. 2227

**VUELOS A: CHOS MALAL - CAVIAHUE - RINCON DE LOS SAUCES  
SAN RAFAEL (Mendoza) - MENDOZA - CHAPELCO - BARILOCHE  
(Río Negro) - ESQUEL (Chubut) - VIEDMA (Río Negro)  
BAHIA BLANCA (Buenos Aires)**

### ***T.A.N. Transportes Aéreos Neuquén***

Ofrece sus servicios no regulares de pasajeros y/o cargas a cualquier lugar del país o países limítrofes, con sus modernos aviones biturboprop, cabinas presurizadas de 8 y 20 plazas. Tripulaciones experimentadas para vuelo *en cualquier condición de tiempo, de día o de noche.*

Cónsultas: Av. Argentina 383 Tel. 24834 - 23076

Aeropuerto Neuquén - Tel. 30096

**Servicio Autorizado por Disposición N° 14/ 83 de la D.N.T.A.C.**