

MIR

Organo de la Sociedad
de la Provincia

de Medicina Rural
de Neuquén



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



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

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE
Máximo Boero
SECRETARIO
Jorge Mamy
TESORERO

Esteban Centanaro
**DIRECTOR DE
PUBLICACIONES**
Héctor Rodríguez Bay

MR

DIRECCION
Adriana Marcus
SECRETARIO
Carlos Garay

**CONSEJO DE
REDACCION**
Malcom Elder
Armando Cala Lesina
Walter Gonzalez

**ASESORES
CIENTIFICOS**
Dr. Mario Borini
Dr. Aldo Irlarte
Lic. Monica Opezzi
Dr. Juan Bertinetti

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

INDICE

Editorial	pag. 1
Nota de tapa	pag. 2
Fe de erratas	pag. 2
Para una reinterpretación del "Fenómeno Neuquén"	pag. 4
Las publicaciones de la S.M.R. Hemodilución. Practicidad del método en un hospital de complejidad IV	pag. 8
Ciencias Sociales, Salud y Medicinas tradicionales	pag. 12
Estudio epidemiológico de hidatidosis. Detección precoz por Ultrasonido en áreas de alto riesgo (Uruguay)	pag. 14
Dificultades propias del funcionamiento de algunos equipos de salud	pag. 17
Atención Primaria de la Salud	pag. 23
Terapia de Rehidratación Oral. Rol de los sustratos poliméricos	pag. 25
Estudio descriptivo de un muestreo de Medicos Generalistas de la Provincia del Neuquén	pag. 26
Indicadores Sanitarios del Chaco	pag. 29
APS en Neuquén: dificultades y logros	pag. 34
Primer Congreso Argentino de Médicas	pag. 40
Estudio sobre la Factibilidad de implementación de una residencia de Medicina General en Hospitales de Mediana y Baja Complejidad de la Provincia del Neuquén	pag. 45
	pag. 48

ILUSTRACION DE TAPA:
Miguel Villalva Zapala 1990

*Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores,
MR no hace suyas necesariamente las opiniones vertidas en ellos.*

EDITORIAL

Al momento de preparar el material de este número (a unos días de haberse realizado las elecciones), nuestro país sufría las consecuencias más duras, despiadadas y críticas de la historia del sistema perverso que nos rige, que podemos recordar. Esta situación no ha revertido definitivamente en la fecha de la impresión de esta revista, que demoró 6 meses en ver la luz. Ya nadie duda de que el empobrecimiento extremo de los trabajadores y la marginación absoluta de quienes no tienen siquiera acceso al mercado laboral, son consecuencias de las políticas monetarias de la metrópoli para el tercer mundo endeudado y dependiente. Ahora, más que nunca, se pone en evidencia que SALUD no es ausencia de enfermedad, sino, en primer lugar y sobre todo, acceso a la alimentación, a una vivienda digna, al trabajo dignificante, a la seguridad social, a la educación y a la gratuidad sanitaria, y no sólo se aborda desde lo técnico sino también desde lo político y social.

La gravísima situación en que nos encontramos sumidos demuestra, además, que nuestra provincia -otrora dorado botón de un país sumergido- integra esta Argentina dependiente, se hunde con ella y en ella, a pesar de viejos sueños superlativamente federalistas. Neuquén está en la Argentina de la crisis, y -como ella- requiere esfuerzos no sólo técnicos sino también políticos para su recuperación y construcción.

Es hora de despojarnos de miedos y pruritos, de especulaciones personales y autonomías artificiales. Los argentinos todos sufrimos esta realidad, los argentinos todos estamos obligados a enfrentarla seria, responsable y comprometidamente, rescatando uno de los valores más golpeados y reprimidos en nuestra reciente historia: la SOLIDARIDAD.

Es nuestro deseo, en forma de llamado a nuestros socios, lectores, amigos y compañeros, que desde esta publicación aportemos con claridad, imaginación, realismo e inteligencia, ideas, propuestas e inquietudes que ayuden desde nuestros conocimientos y capacidades al camino del pueblo argentino hacia otro país que aún espera realizarse.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús
La Dirección

Octubre 1989

FE DE ERRATAS

Pág. N°7, columna izq., 2° párrafo, 5° renglón: donde dice "contaban con mayor desarrollo del subsector" debe agregarse "privado".

Pág. N° 11, columna izq., 1° párrafo, 6° renglón: donde dice "es coincidente con la línea de la revista MR" debe decir "es coincidente con la línea editorial de la revista MR"

Pág. N° 22, columna der., 3° párrafo, 2° renglón: donde dice "era la exploración del tórax" debe decir "era la exploración radiológica del tórax"

Pág. N° 23, columna derecha, último párrafo, 9° renglón: donde dice "profesionales tienen expuesta su identidad humana" debe decir "profesionales tienen más expuesta su identidad humana".

Pág. N° 25, columna izq., 9° párrafo, 3° renglón: donde dice "individuo en un plano biológico y social" debe decir "biológico, psicológico y social"

Pág. N° 25, columna izq., último renglón: donde dice "Modelo Social Historico Cultural" debe decir "Modelo Social Historico Estructural"

Pág. N° 27, columna der., 3° párrafo, 2° renglón: donde dice "polvos de cereales" debe decir "polvos de cereales cocidos"

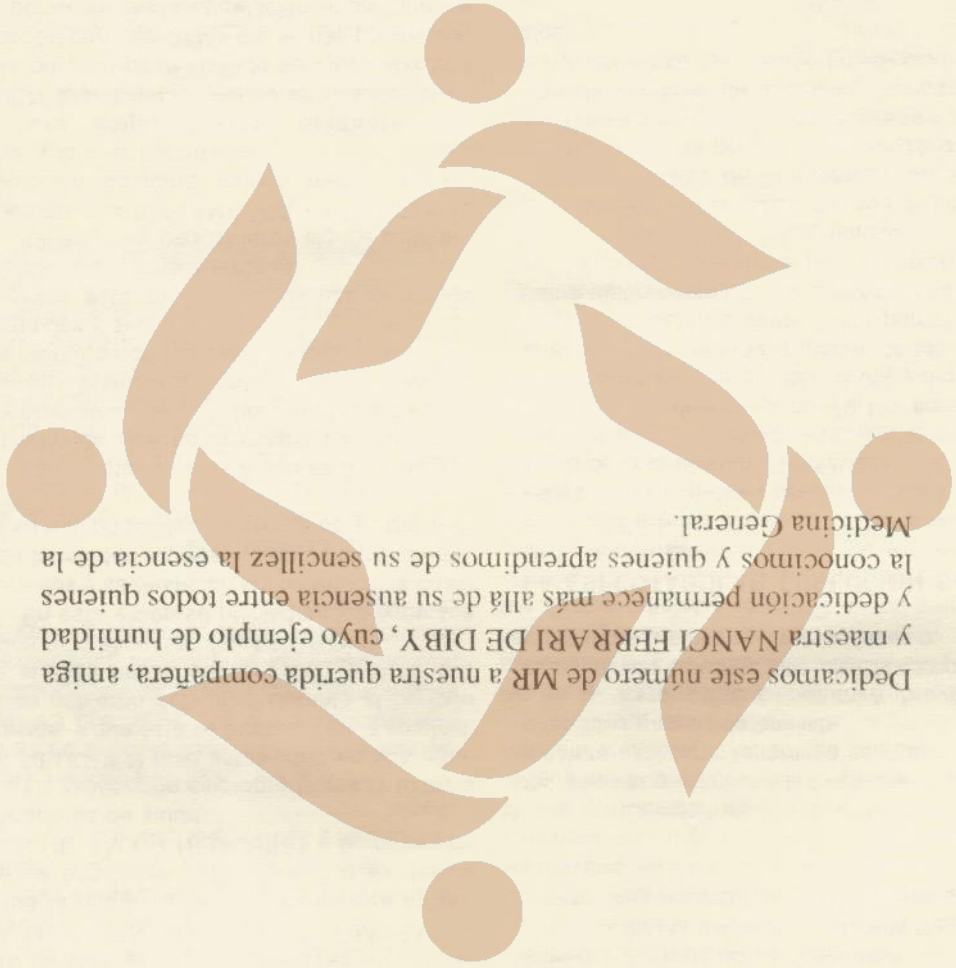
Pág. N° 31, 1° renglón: donde dice "es más estimulante que otras" debe decir "es más estimulante intelectualmente que otras"

Pág. N° 42, columna der., 1° párrafo, 6° renglón: donde dice "cuando de servicios se trata" debe decir "cuando de servicios médicos se trata"

Pág. N° 43, columna der., 2° párrafo, 11° renglón: donde dice "como un programa de Salud Rural" debe decir "como un programa de tipo vertical que vino a reemplazar al programa de Salud Rural"

Pág. N° 49, 5° párrafo: donde dice "Autoridades Sanitarias, Instructores Docentes..." debe agregarse "Residentes"

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



Dedicamos este número de MR a nuestra querida compañera, amiga y maestra NANCI FERRARI DE DIRY, cuyo ejemplo de humildad y dedicación permanece más allá de su ausencia entre todos quienes la conocimos y quienes aprendimos de su sencillez la esencia de la Medicina General.

Instituto de Salud Colectiva Universidad Nacional de Lanús

PARA UNA REINTERPRETACION DEL "FENOMENO NEUQUEN"

Mario Borini - médico - sanitarista, y docente

En las III Jornadas de APS en Buenos Aires y en el II Curso Anual de Administración de Servicios de Salud (Neuquén-89), tuve oportunidad de compartir con amigos neuquinos este proyecto de investigación, cuyas líneas básicas intentaré transmitirles a continuación.

La idea de este trabajo surgió en 1978, después de vivir en cuatro provincias argentinas (SALTA, MISIONES, NEUQUEN y FORMOSA). Su origen fue la debilidad de las causas que habitualmente se esgrimían para explicar la existencia del PLAN DE SALUD NEUQUINO y la mejora de sus indicadores de salud.

La explicación consagrada era (y todavía es) que NEUQUEN tuvo estabilidad en sus equipos técnicos, y que ésta se fundaba en la continuidad de su gobierno provincial durante el período en que el Plan nació, se consolidó y logró sus resultados más espectaculares (1970/80).

En esta visión se privilegian los aspectos institucionales y se destacan las reconocidas cualidades de idoneidad técnica, compromiso sectorial, etc., de su equipo político-técnico a cargo del sector salud.

Las hipótesis de este tipo están avaladas por el hecho de que en el mismo período otros planes y programas de distintas provincias del país no pudieron comenzar o mantenerse, coincidiendo con una menor estabilidad de sus autoridades gubernamentales y sectoriales.

Pero esta explicación es por lo menos doblemente insuficiente o errónea:

-Otras provincias tuvieron alguna continuidad gubernamental (CATAMARCA, LA RIOJA) pero una evolución sanitaria mucho menor que la neuquina, y, lo más importante,

-era empíricamente evidente que NEUQUEN difería notablemente en muchas otras variables de gran peso cuando se efectuaba una comparación con casi todas las demás provincias, lo cual ponía en duda la relación lineal que se pretendía hacer entre evolución sanitaria y continuidad político-técnica.

El Cuadro siguiente muestra esta doble dificultad para aceptar dicha explicación, sea que uno incorpore provincias (primera columna) o vari-

ables (primera línea).*

De manera que para aceptar la relación directa entre continuidad institucional y estado de salud, como única explicación o explicación dominante del fenómeno neuquino, era necesaria una doble descontextualización:

- de NEUQUEN respecto de otras jurisdicciones y del país en su conjunto.
- de la situación sanitaria neuquina respecto de la situación de otros sectores de la misma provincia.

En este trabajo solo presentaré un esbozo de la investigación, con las variables que nos permitan re-explicar el fenómeno neuquino integrando diferentes niveles de análisis.

Pero primero resumiré brevemente la evolución de salud en NEUQUEN comparada con la de otras provincias en ese decenio.

LA ESPECTACULAR EVOLUCION SANITARIA DEL NEUQUEN

En base a dos indicadores que se consideran más usuales y poderosos para conocer la salud de la población, NEUQUEN muestra en ese período la mejor evolución provincial en la Argentina, con un descenso de 70,1% en mortalidad infantil y un incremento del 13,0% y del 12,5% en la expectativa de vida al nacer de los varones y mujeres respectivamente. Estos porcentajes contrasta nítidamente con los porcentuales 47,6 - 3,2 y 4,3 correspondientes al país en su conjunto.

Además de estos indicadores que reflejan cambios en la salud de sus habitantes, un detallado estudio de la evolución en esos años mostraría que la provincia encabezó usualmente los avances en dotación de recursos y en producción de servicios de salud, en comparación con los avances de las demás jurisdicciones nacionales.

LA NECESIDAD DE UN NUEVO MARCO TEORICO

El objeto de este estudio será doble: -la relación entre NEUQUEN y el país en esa época, cuando la provincia inicia un Plan de Salud que la destaca sobre las demás y sobre su propia

historia.

-la relación entre las variables sanitarias y otras variables del contexto provincial.

Es evidente que debemos apelar a un abordaje diferente al difundido hasta ahora, que articule coherentemente los particulares desarrollos provinciales y su inserción en el Proyecto Nacional, así como los distintos desarrollos sectoriales neuquinos entre sí.

Este planteo incorpora la unidad de análisis "país", exponiéndose a una integración en niveles que pondrá a prueba su coherencia.

En la construcción de este marco teórico, los aspectos derivados de la particular condición del NEUQUEN como único polo de desarrollo en ese decenio, ocuparán necesariamente un lugar central, orientándonos a la búsqueda de datos económicos, pero también demográficos, sociales y políticos, que evidencien de alguna manera la complejidad real del problema, y por lo tanto la insuficiencia de una explicación limitada a los confines del sector salud o de la misma provincia.

Este marco tendrá que integrar el rol del Estado Nacional, que solo detenta una autonomía aparente, ya que articula las distintas regiones del país en aras de un Proyecto Nacional guiado por los intereses dominantes en la Argentina, asentados localmente en el Area Metropolitana y en la Pampa Húmeda. El supuesto es que estos intereses no solo no fueron ajenos a la evolución neuquina que nos ocupa sino que esta es impen-sable sin una favorable decisión de esos intereses, mediatizados por el Estado, a cambio de un aporte que otras provincias no podían efectuar con la misma eficiencia y oportunidad.

LAS CATEGORÍAS DE NUESTRO ANALISIS ESTRUCTURAL

Las categorías del nuevo marco teórico deben penetrar de una manera también nueva la realidad, para hacerla más explícita y explicable, y en este estudio son:

- a) demográficas
- b) médico-demográficas
- c) médico-gremiales
- d) económicas

A continuación se ejemplifican algunas variables investigadas en cada categoría.

a) Demográficas

Neuquén es la provincia que más creció en población entre 1970 y 1980 (58%) contra 20%

del país, en tanto el Noroeste Argentino continuaba expulsando población.

Ese crecimiento fue fundamentalmente a expensas de población inmigrante y joven, que le aportó entonces una considerable salud y fuerza de trabajo.

b) Médico-Demográficas

Su población médica creció más que su población general (78%), y notablemente más que la población médica argentina (8,3%) en ese decenio, partiendo de una relación médico/habitante muchísimo menor al comienzo del Plan.

c) Médico-Gremiales

La Federación Médica del NEUQUEN (FEMENEU) se creó en 1983, unos 50 años después que los Colegios Médicos de TUCUMAN y SALTA, por citar a dos provincias del interior.

Antes de 1983 existían en NEUQUEN algunos Colegios Médicos aislados en las ciudades más grandes de la provincia, con Estatutos que evidenciaban más espíritu de colaboración que de presión sobre las autoridades gubernamentales y del sector salud, en comparación con los Estatutos de FEMENEU

d) Económicos

Las industrias neuquinas son de alto poder multiplicador (energéticas y de construcción), mientras que las del Norte argentino, por ejemplo, producen artículos menos elaborados que se agotan con el primer y casi único tipo de consumo (yerba, azúcar, algodón, tanino, tabaco, vino, etc.).

Las distintas formas de energía producidas por NEUQUEN (gas, electricidad, hidrocarburos) mantienen o mejoran sus precios relativos frente a los productos de industrias de menor valor agregado como las norteñas, reproduciendo en el país el fenómeno mundial del deterioro de los términos de intercambio que perjudica a las áreas menos industrializadas.

El Estado Argentino canalizó el 7,1% de sus inversiones al Comahue (LA PAMPA, NEUQUEN, y RIO NEGRO) entre 1970 y 1980, pese a que esta región solo representaba 2,5% de la población del país.

El Producto Bruto Geográfico neuquino fue el que más creció en ese decenio, y lo hizo a expensas de actividades productivas, mientras que el crecimiento del PBG en las provincias norteñas era mucho menor y a expensas del aumento en

los servicios sociales tendientes a compensar la caída de otros componentes del PBG.

A partir de 1959, un año después de su provincialización, el ingreso de NEUQUEN comienza a superar el promedio del ingreso nacional, en tanto retrocede en el Norte con la crisis de la caña.

Los excedentes neuquinos eran probablemente volcados como inversión productiva en la misma provincia, mientras los excedentes norteños se giraban fuera de su provincia de origen o se destinaban al consumo superfluo.

LA APROPIACION REGIONAL DE LOS EXCEDENTES.

Entre los múltiples mecanismos para girar excedentes desde una región a otra, podemos elegir algunos que parecieran haber jugado un papel más importante, exaccionando en este caso a las provincias más empobrecidas:

-Inversión pública diferencial a favor de las regiones enriquecidas y de las que constituyen en cierto momento un polo de desarrollo.

-Deterioro de los términos de intercambio en contra de las zonas que producen bienes menos industrializados.

-Mayores gastos en fletes y comunicaciones para las provincias más lejanas a los centros de poder.

-Giro de los excedentes por fuera de la región postergada donde se generaron, revirtiendo en inversiones productivas para las regiones privilegiadas.

-Consumo superfluo de los excedentes en las regiones empobrecidas, por parte de los grupos sociales más ricos, a través de adquisiciones de bienes suntuarios que generalmente se producen en las regiones enriquecidas.

-Regímenes promocionales para la inversión (créditos para industrias y viviendas en las zonas preferenciales).

ALGUNAS HIPOTESIS

La tardía provincialización del NEUQUEN (1958) poco antes de la rápida extensión de su Plan de Salud, sugiere que sus condiciones previas diferían con relación a otras provincias que formularon planes similares (e incluso superiores en algún sentido), flexibilizando la situación neuquina para la instauración de cambios.

El aluvión inmigratorio diluyó los peores

indicadores sanitarios en algunas regiones de la

provincia, cuando los recién llegados tenían mejores condiciones de salud que los nativos.

El cuerpo médico tenía baja organización y poco peso demográfico en relación al conjunto de la población, lo que limitó en ese entonces la posibilidad de oposición de este poderoso grupo profesional que ha demostrado ser el más renuente a muchos de los cambios que se intentaron en otras jurisdicciones con mayor desarrollo de la medicina comercial.

La evolución económica del NEUQUEN, con pleno empleo de la mano de obra, mejores remuneraciones y mayor rentabilidad de la inversión, fueron las causas fundamentales del aflujo inmigratorio a la provincia.

El Estado jugó un papel articulador entre las regiones a fin de derivar excedentes para el desarrollo neuquino a cambio de una acelerada explotación de sus recursos naturales en beneficio de las regiones argentinas privilegiadas (Pampa Húmeda y Area Metropolitana).

Con estas hipótesis es posible construir otras que avanza sobre el plano internacional, destacando la contribución del NEUQUEN a la funcionalización del modelo argentino dependiente dentro de la división internacional del trabajo, como muestra el esquema que ejemplifica la construcción de matrices de datos en diferentes niveles de análisis (mundial, nacional, regional o provincial, zonal, etc.)

Ver ESQUEMA **

Cada matriz, compuesta de UA, V y R (Unidad de Análisis Variables y Resultados) se articula con otras matrices de mayor y menor nivel de integración de la realidad (*).

LAS VIRTUDES DEL MODELO NEUQUINO

Con este nuevo marco teórico y estas hipótesis, ¿no queda nada positivo del modelo neuquino?

Nada más falso que negar la realidad local por el hecho de insertarla en una realidad nacional e internacional. Son niveles de integración crecientes que para nada niegan la realidad del nivel anterior, el cual queda ahora integrado dialécticamente, reduciendo las incertidumbres y contradicciones que creaba la simplificación excesiva de la explicación ahora superada, y que se basaba fundamentalmente en la continuidad de las

instituciones provinciales.

Para no dar pie a falsas deducciones, conviene aclarar algunas pocas virtudes del modelo neuquino, entre las más notables, y a manera de ejemplo:

-Reorientación de recursos, con clara priorización de la Zona III (Cabecera CHOS MALAL), que tenía los peores indicadores de salud de la población; mientras la relación camas/habitantes aumentó un 129% en la Zona III entre 1970 y 1980, el incremento fue negativo para el total provincial (- 1,7%), y la relación personal de salud/habitantes también se incrementaba diferencialmente a favor de esa zona (124% contra 64% del NEUQUEN en su conjunto).

-Primera Residencia en Medicina Rural del país.

-Alto % de profesionales con dedicación exclusiva.

-Capacitación en todas las Zonas; un fenómeno notable en este punto fue la profesionalización de empíricas en el servicio de Enfermería, que se redujeron desde 72% a 9% entre esos años.

-Zonificación y red de servicios.

-Clara priorización de la asistencia alimentaria, a favor de los desnutridos.

Pero es necesario aclarar que el Plan no intentó la misma coherencia en todas partes, y excluyó taxativamente del mismo a las ciudades de NEUQUEN, ZAPALA y CUTRAL-CO, que contaban con mayor desarrollo del subsector, cuyo poder lucrativo se impuso (y esto puede afirmarse particularmente para CUTRAL-CO, donde la mayor Clínica privada tenía como socios a altos funcionarios gubernamentales) sobre otras consideraciones éticas, técnicas y políticas.

EL FUTURO COMPROMETIDO

Queda para otra oportunidad una mayor explicación y demostración de dos tipos de compromiso para el futuro neuquino:

-El compromiso con otro proyecto nacional, sin las inaceptables injusticias del

proyecto vigente, que resulta verdaderamente genocida para las poblaciones relegadas del país.

-El compromiso con la evolución sanitaria provincial, que enfrentará el desafío de limitaciones tal vez severas de las circunstancias que favorecieron a NEUQUEN, en un plazo que dependerá de cambios como estos:

- Agotamiento de recursos naturales (gas, petróleo).

-Terminación de las centrales hidroeléctricas en construcción, con secuelas de desempleo y de liquidación de un puntal del desarrollo (la construcción es conocida como "madre de industrias").

-Terciarización de la economía (avance de los servicios sobre las industrias).

-Aumento de la carga pasiva, por envejecimiento de la población.

-Balance de fuerzas a favor de sectores que ganan con una industrialización mercantil de la atención de la enfermedad.

A MODO DE CONFESION

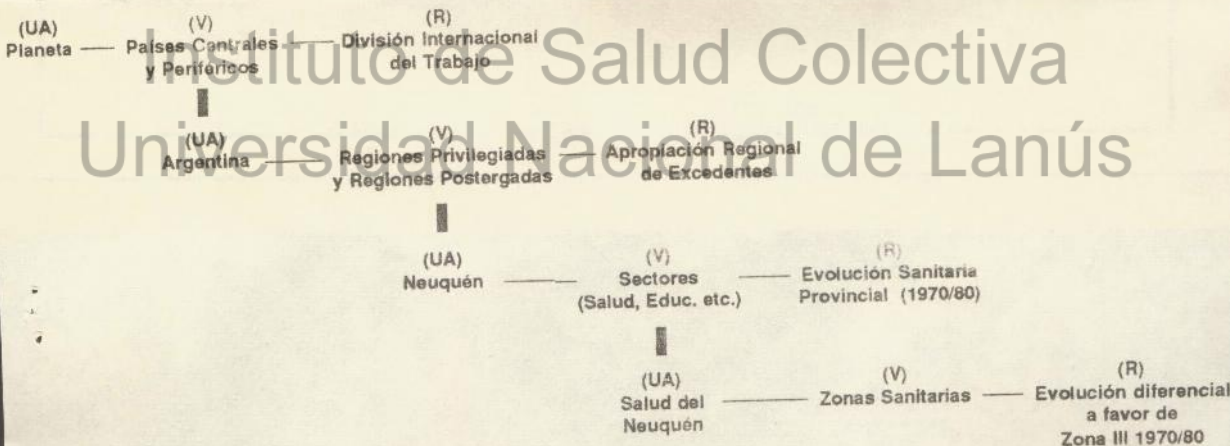
Yo, que estuve en NEUQUEN entre 1975 y 1978, no tengo ningún obstáculo para admitir que este enfoque relativiza los valores de nuestra presencia en la Provincia, y en mi caso a través del Hospital de CUTRAL-CO y de su Area Programa.

Sin embargo, acepto que un cierto enfoque tiene el riesgo de provocar parálisis, aún cuando sea más realista, o precisamente por eso.

El asunto es que si verdaderamente es realista, despejará simultáneamente muchas ingenuidades.

Nuestra esperanza entonces puede pasar por la lucha de mayor alcance que nos propone la verdad de cada nuevo enfoque, una vez, que superamos sin nuevas parálisis las antiguas ingenuidades.

(* El conocimiento de esta relación entre matrices de datos puede ampliarse con la lectura del texto de Juan Samaja, *Dialéctica de la Investigación Científica*, Editorial Helguero, Buenos Aires, 1987.



LAS PUBLICACIONES DE LA S. M. R.

Pequeño aporte a la historia documental de la S.M.R.

Por Walter González - Médico General - Socio N° 012

a) LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL, TAL COMO SE PRESENTO A TRAVES DE LOS EDITORIALES DE SU ORGANO OFICIAL (MR), SET./80 ENE./88

Introducción

La Sociedad de Medicina Rural (SMR) es una entidad sin fines de lucro, nacida hace diez años por iniciativa de quienes en ese momento (1978) se hallaban cursando la Residencia de Medicina General con Orientación Rural, preocupados por el abandono y soledad que parecían esperar al médico general en su destino de una población con hospital de Nivel III. Esta inquietud fue compartida por profesionales del interior, incluso muchos no ex-residentes, lo que permitió que plasmara en esta agrupación que ya cumplió diez años y ha crecido para recibir en ella a agentes sanitarios, enfermeras, odontólogos y bioquímicos además de médicos, y de éstos no solo a generalistas sino también a quienes no lo fueron, ya no lo son o se están preparando para serlo.

Esta asociación, que en diez años ha mostrado su madurez con su permanencia, hecho nada despreciable en nuestro país, organizando y/o participando en reuniones provinciales, interprovinciales, nacionales e internacionales referidas a medicina general, atención primaria o sistemas de salud, ha logrado cierto reconocimiento no sólo por parte de las autoridades provinciales sino también a nivel nacional e internacional, en especial entre quienes se preocupan por la salud como un fenómeno integral que sólo puede ser abordado interdisciplinariamente y desde la comunidad.

En estos años, además de haber pasado por todo lo que vivió nuestro país en su historia reciente, hemos tenido nuestros errores, nuestros altibajos, nuestros aciertos, y también nuestros muertos. Somos pues un grupo humano que ha pasado y pasa por situaciones vitales que si bien implican mayor o menor sufrimiento, y en ocasiones

alegría o festejo, son siempre una oportunidad de acercamiento y crecimiento.

La SMR se ha presentado a través de su Boletín y de su órgano oficial, la revista MR, y desde un principio, como una entidad que toma posición frente a los temas de salud, intentando mejorar la calidad de la atención médica, jerarquizando el ejercicio de la medicina general y sus perspectivas y priorizando la Atención Primaria de la Salud (APS). Se ha propuesto como interlocutora, polemista y aportadora para la comunidad neuquina y su sistema de salud, solicitando el aporte de sus socios de investigación, reflexión y trabajo comprometido, y planteando como sus principales temas de interés la investigación y las experiencias de trabajo en medio rural; la complejización hospitalaria, la capacitación del personal de salud y la educación continua.

Mostrando su desarrollo o madurez a través de una participación y comunicación lo más plenas posible, su opción preferencial por la APS y la comunicación e intercambio con instituciones y organismos afines, la SMR ha intentado convertirse en factor de cambio de las modalidades de atención médica promoviendo, jerarquizando y proyectando la APS y la medicina general, e intentando proteger, desarrollar y promocionar al equipo de salud.

Preocupándose por temas como la hidatidosis o participando en marchas en defensa de la Vida, Paz, Justicia y Democracia, la SMR manifiesta siempre que puede, su compromiso con la dignidad humana y la equidad como base de la defensa de la salud, entendida ésta como un derecho inalienable de todo ser humano.

Finalmente, entrando en su décimo año de vida, ante un concreto ofrecimiento de las autoridades del sector para incorporarse a la conducción del mismo, declinó la oferta ofreciéndose en cambio -aunque no se la aceptó- como organismo asesor- consultor independiente con propuestas especialmente destinadas al interior de la provincia, pero sin olvidar que la APS y su trabajo y asociados tienen que ver con todo el sistema de salud de nuestra provincia.

Desarrollaremos ahora los tres grandes temas claves que aparecen permanentemente en nuestras reuniones y publicaciones, es decir, la opinión general de la SMR respecto del Sistema Provincial de Salud, la APS, y la Medicina General/Familiar y el Médico General/Familiar.

Sistema de Salud

La SMR ha planteado reiteradamente que un sistema de salud debe tener como características fundamentales: control estatal, funcionamiento democrático y estructura orgánica (Carrera Sanitaria) y real, y una efectiva participación comunitaria.

Es por eso que se ha preocupado siempre por promover y defender concursos y se ha sentido muchas veces a la mesa de elaboración de proyectos de Carrera Sanitaria Provincial y Seguro Provincial de Salud, entendiendo a éste como paso previo a un Sistema Único e Integrado de Salud.

Su actitud habitual ha consistido en lograr la capacitación continua y participación de todos los efectores, bregando por que la actual zonificación con desconcentración se convierta realmente en descentralización. Además de su crítica a la permanente falta de democracia interna del sector, ha insistido en la función del Hospital Castro Rendón como parte integrante de un sistema escalonado, que si bien prioriza la APS como estrategia en áreas urbanas y rurales, armoniza el desarrollo de la alta complejidad con la evolución del primer nivel de atención sin caer por ello en el falso antagonismo "médico general vs. especialista lineal".

SMR entiende que un sistema integrado, democrático y en el cual la población tenga participación en todas las etapas del proceso administrativo -diagnóstico, programación, ejecución y control de gestión- sólo puede estar en conflicto con un modelo médico basado en la lógica del lucro, con la consecuente indiscriminada y desequilibrada

especialización e incorporación acrítica de tecnología, así como el sometimiento a las presiones de las multinacionales de la industria farmacéutica.

Esta defensa del sistema público de salud y del rol preponderante del estado en su funcionamiento no se basa en el autocomplaciente compromiso con la institución sino en un real compromiso con el pueblo de la provincia de Neuquén.

Medicina Gral/Filiar-Médico Gral/Filiar

En sus editoriales, MR ha definido a la medicina general como aquella que puede ejercerse en áreas rural o urbana, siendo una medicina integral que no tiene fundamentales diferencias con la medicina familiar y que, por lo menos en nuestra provincia, ha demostrado su utilidad y factibilidad.

Se ha caracterizado a la medicina general como una modalidad de la Atención Médica Primaria que requiere una formación específica con capacitación continua, de gran impacto sobre la salud y buena calidad técnica, que exige de quien la practica, una responsabilidad total y respeto de los valores de la población a cargo, así como trabajar a tensión en condiciones desfavorables y buscando la equidad con una visión integral de individuo, familia, hábitat y comunidad, siempre en crecimiento personal.

Siendo de buena calidad, humana y eficiente, la medicina general es la base y puerta de entrada al sistema de salud, en áreas tanto rurales como urbanas, debiéndose hacer énfasis, para su fortalecimiento y desarrollo, en el trabajo de equipo e interdisciplinario con capacitación continua asegurada y plena participación comunitaria.

La principal problemática comentada por MR respecto del médico general han sido las disyuntivas que parecen llevarla a hacerse especialista, y que se plantean como opción entre trabajo intra o extramuros, o bien entre especialidad o trabajo en equipo. Se ha propuesto como solución a estas disyuntivas el trabajo en APS en equipo en Centros de Salud de las ciudades, por ser estos un buen lugar de inserción que permite al médico general seguir siéndolo luego de finalizado su paso por los niveles III.

Atención Primaria de la Salud

El tratamiento de este tema ha consistido en caracterizar la APS y compararla con el modelo médico tradicional. En su aspecto instrumental se la entiende como una forma de la medicina gen-

eral de baja complejidad, bajo costo, óptima calidad y amplia cobertura que funciona como puerta de entrada al sistema de salud. Se considera que implica equidad, con preferencia por los grupos poblacionales vulnerables y/o marginados, que enfatiza la promoción y protección con agentes sanitarios e implica una participación comunitaria real.

Contrapuesta a una medicina tradicional que se identifica con academicismo, cientificismo, tecnología capital-intensiva, despilfarro y prioridades equivocadas, la APS aparece como aquella que prestigia la relación médico-paciente favoreciendo la mutua identificación y compromiso, con una tecnología humana-intensiva basada en la equidad y que establece una buena relación equipo de salud-comunidad.

Se apoya la APS como estrategia y opción de equidad, pero se hacen dos preguntas en forma reiterada:

¿Coinciden nuestras prioridades con las de la población?

¿Nos animamos a promover la real participación comunitaria?

Conclusiones

La SMR, a través de los editoriales de su órgano oficial -la revista MR-, ha incursionado a lo largo de sus primeros diez años de existencia en tres temas fundamentales, que son: el Sistema de Salud, la APS y la Medicina General/Familiar.

En todos los temas mencionados se han hecho importantes definiciones de las características deseadas o deseables, sin embargo, parecen faltar precisiones respecto de la forma de implementación o las tareas concretas a realizar; específicamente, en lo que respecta al Sistema de Salud, faltan las propuestas concretas de cómo efectivizar la democratización del sector y se omite un tema clave como es la articulación público-privado (sistema provincial-seguridad social).

Así también en lo que respecta a la Medicina General/Familiar y APS, aunque se hacen buenas definiciones, faltan propuestas para el cotidiano quehacer. La máxima debilidad o falencia parece hallarse en la temática del Médico General/Familiar, donde se deja traslucir una problemática y se sugieren soluciones, pero no se profundiza sobre las causas del problema ni se lo caracteriza adecuadamente.

Estas críticas no se dirigen, obviamente, al editor sino que señalan cuáles podrían ser las

futuras líneas de acción y/o profundización de propuestas por parte de la SMR, debiendo reconocer además que se hace difícil agotar o tratar exhaustivamente un tema en un editorial, y sabemos que varios de éstos, con elaboración de propuestas, han sido tratados en jornadas organizadas por la SMR.

El análisis global de los editoriales revela que, tal como se presenta a sí misma en ellos, la SMR fue incorporando progresivamente las problemáticas señaladas y que si bien ha desarrollado una cierta construcción teórica o cuerpo conceptual respecto de los temas que más le preocupan o conciernen, aún tendría un cierto déficit a nivel de propuesta o ejecutividad.

En resumen podría concluirse que durante sus diez primeros años de actividad la SMR se ha interrogado cada vez con más preocupación y profundidad por las características e inserción de su tarea, su rol en la sociedad neuquina y la definición respecto de quiénes la componen, todo lo cual no es más que la expresión visible del crecimiento de sus asociados. Pareciera que, a partir de ahora, todo este esfuerzo debería complementarse con la definitiva incorporación de la problemática de todos sus asociados -no sólo médicos- y que la tarea debe tener un nivel menos especulativo y más práctico.

El resultado final de la lectura parece ser una invitación a la creación de grupos operativos de solución de la problemática de salud, por lo menos en una primera etapa del sector público de nuestra provincia; por supuesto, sin olvidar la integralidad del proceso salud-enfermedad y la inserción de los asociados en la sociedad neuquina.

Quiero terminar señalando que este pequeño trabajo fue idea de Jorge Mamy y que sólo pudo ser realizado gracias a la tarea desarrollada por Malco Elder como editor de los primeros difíciles 17 números de MR. A través de estos editoriales Malco fue el portavoz y muchas veces inspirador del pensamiento de la SMR, por lo que todos los socios debemos agradecerle su importante tarea al frente de la revista durante estos años. Es por todo esto que entiendo que la mejor manera de concluir es invitando a los socios a aceptar el reto de contestar los desafíos planteados por Malco:

- ¿Seguimos haciendo medicina general y APS?
- ¿Son nuestras prioridades las de nuestro pueblo?
- ¿Nos animamos a promover la participación popular?

b) CONCEPTOS FUNDAMENTALES DESARROLLADOS POR LA S.M.R. A TRAVÉS DE LOS EDITORIALES DE SU BOLETIN INFORMATIVO - SETIEMBRE/82 A DICIEMBRE/88.

Los Boletines de la SMR, por medio de seis de sus Directores de Publicaciones -todos ellos residentes de Medicina General/Familiar- desarrolló varias ideas generales que, manifiestan una interesante coherencia y que en general es coincidente con la línea de la revista MR.

Parece curioso el hecho de que haya coherencia tratándose de seis editorialistas distintos, lo que no llamaba la atención respecto de MR por haber ésta tenido un mismo editor responsable para sus primeros diecisiete números.

Es evidente que la coincidencia revela anhelos y opiniones compartidos, pero especialmente similares experiencias y compromiso laboral puesto que, siendo el trabajo la actividad productora de ideología por excelencia, la reflexión compartida sobre la tarea genera un cuerpo de ideas coincidentes.

Además, las ideas manifestadas se refieren a lo que le sucede a los asociados, por ello ocupan importante lugar los llamados a la participación en la SMR, a mejorar la comunicación entre los asociados y al compromiso con el Sistema de Salud y la comunidad neuquina.

En el Boletín se manifiesta con más claridad que en MR la influencia de la coyuntura, siendo esto evidente en reiteradas manifestaciones en favor de la democracia, la defensa de los Derechos Humanos y la crítica a la Doctrina de Seguridad Nacional, especialmente a partir de 1983.

Aparte de los temas propios de la SMR, como ser jornadas, reuniones y convocatorias, se invita en los editoriales a convertir al Boletín en foro del debate de los temas centrales que hacen a la Salud, algunos de los cuales se tratan en jornadas, reuniones de Comisión Directiva o cartas de lectores, además de los editoriales. Son temas permanentes la opción por la APS y la preocupación por la defensa de los asociados en lo que hace a las reivindicaciones de orden gremial.

Básicamente la SMR presenta a su Boletín como un foro, no oficialista ni contestatario pero que permite el disenso, que se preocupa por las condiciones de vida de sus socios, la organización laboral y la calidad de prestación, señalando como uno de sus más importantes logros el haberse convertido, a partir de 1987, en una asociación de todos los trabajadores de la Salud.

El tema más frecuentemente desarrollado en los editoriales se refiere al funcionamiento y organización del Sistema Provincial de Salud de nuestra provincia, pudiendo resumirse en el siguiente listado las ideas expresadas al respecto en diversas oportunidades:

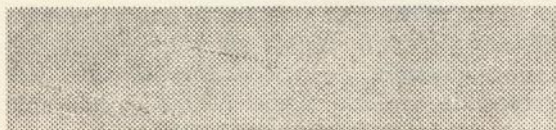
- Ley de Carrera Sanitaria Provincial.
- Democratización del funcionamiento del Sector.
- Elaboración de una política de Recursos Humanos con promoción de la Dedicación Exclusiva y del Médico General/Familiar.
- Priorización de la APS, con desarrollo armónico de la alta complejidad.
- Preferente preocupación por quienes trabajan en los lugares más alejados.
- Educación continua para todos.

En sus Boletines la SMR prioriza la APS por considerarla una estrategia que tiende a la equidad, promueve la participación popular y define el rol del médico general/familiar en el sistema de salud.

Con respecto al médico general/familiar - el tercero de los grandes temas tratados en los editoriales del boletín- la SMR lo define como un facilitador del desarrollo comunitario, comprometido con su comunidad, que tiene permanencia, educa, escucha y comprende a sus pacientes contribuyendo además a mejorar la calidad de vida de la población.

Básicamente, a través de su Boletín, la SMR se presenta como un grupo de profesionales preocupados por su rol e inserción, que desea ser continente de sus colegas y crece hasta asumirse como otros trabajadores más de la Salud, culminando por abrirse a todos los agentes del sector Salud.

En este tránsito o desarrollo se preocupa la SMR por debatir en su seno y con las autoridades respecto de la estrategia que debe ser priorizada por el Sector Público de Salud y su organización. En este aspecto, su principal énfasis consiste en defender a los agentes que trabajan en los establecimientos o lugares más periféricos y/o desprotegidos, y en reclamar que se dé espacio al protagonismo de los trabajadores de Salud como etapa inicial para poner la Salud en manos de la comunidad toda.



HEMODILUCION - PRACTICIDAD DEL METODO EN UN HOSPITAL DE COMPLEJIDAD CUATRO

Año 1988 - Hospital Zonal Chos Malal - Provincia de Neuquén

Autores: Dr. Humberto Mas: Médico General - Anestésista - Jefe de Quirófano - Hospital Chos Malal.
Dr. Pascual Lepera: Médico Cirujano - Jefe del Servicio de Cirugía - Hospital Chos Malal.

Resumen:

Se presenta una serie de 28 pacientes operados en el Hospital Zonal Chos Malal entre Agosto de 1986 y Agosto de 1988, en los cuales se utilizó Hemodilución Preoperatoria.

Se describe la Técnica utilizada, se comentan los resultados, analizándose las ventajas y practicidad del método para su empleo en un Hospital de Complejidad IV.

Introducción: Partiendo de la premisa de que la Hemodilución, como aplicación en Anestesia, es un método de probados resultados, con más ventajas que inconvenientes, planteo la siguiente:

Problemática: Con la intención, no de demostrar la efectividad del método, sino de solucionar un problema institucional, fundamentalmente; y otras no menos importantes, pero sí de índole práctica, ya que para nuestro Hospital es difícil tener disponibilidad permanente de sangre en Banco porque la demanda de los servicios es muy irregular y además nuestro Laboratorio no cuenta con tecnología suficiente para detectar enfermedades transfusionales transmisibles o para detectar subgrupos incompatibles.

Todo esto plantea los siguientes:

Objetivos:

1) Solucionar el difícil problema de obtener una fuente de sangre compatible, carente de riesgos de contagios para enfermedades de transmisión transfusional.

2) Beneficiar al paciente logrando una mejor preparación preoperatoria.

3) Lograr en el paciente una predisposición física que coadyuve a mejorar su respuesta al acto quirúrgico y su postoperatorio.

4) Evitar el derroche de sangre, que se prepara únicamente como medida precautoria de un accidente quirúrgico y que generalmente no se utiliza sobre todo en el tipo de paciente que se interviene en un Centro de Complejidad Cuatro.

Ventajas del Método:

1) La predonación para la transfusión autóloga evita la transmisión de enfermedades, principalmente la hepatitis postransfusional que tiene una frecuencia de uno en diez, y de otras, como las zoonosis, el S.I.D.A., etc.

2) Se evita la inmunización con eritrocitos antígenos de transplante, que complicarían transfusiones posteriores si fuesen necesarias.

3) Se evitan las reacciones transfusionales inmunológicas.

4) Se evitan las reacciones hemolíticas y febriles no hemolíticas postransfusionales.

5) Es la única fuente disponible de sangre compatible en pacientes politransfundidos.

6) La Anemia leve que ocasiona la hemodilución, da lugar a una disminución de la viscosidad de la sangre, con lo que se logra mejor perfusión tisular durante la anestesia, aumento de la producción del 2-3 difosfoglicerato eritrocitario y se estimula a la médula ósea para incrementar la producción de eritrocitos de 2 a 4 veces el índice normal, facilitando la reposición de la pérdida hemática durante la operación y disminuyendo la necesidad de transfusiones postoperatorias.

7) Es una alternativa aceptable para personas con objeciones morales o religiosas respecto a las transfusiones, como por ejemplo Testigos de Jehová.

Desventajas del Método:

En su mayoría son de tipo operativas:

1) Mayor tiempo dedicado a la preparación del paciente, que requiere la colaboración del Cirujano, del Laboratorista y de Enfermería.

2) Son importantes los riesgos en pacientes con enfermedades cardiovasculares, pulmonares o hematológicas, pero por su severidad, estos pacientes generalmente no se intervienen debido a la complejidad de nuestro Hospital, salvo una emergencia.

3) Pacientes convulsivos, deben ser evaluados

previamente, pero estarían comprendidos en el caso anterior.

4) El error de identificación, tanto del paciente como de las Unidades de sangre; esto es frecuente en los grandes Programas y requiere grandes erogaciones, en complicados sistemas de identificación, ya que se trabaja con muchos pacientes simultáneamente, pero en nuestro caso esto no sucede.

5) Si bien los costos reales no han sido evaluados, es probable que la transfusión autóloga supere en valores a la heteróloga en los grandes programas. Pero tratándose de nuestro caso, nos atreveríamos a afirmar que los costos, comparativamente, son menores.

Material y Método:

El procedimiento se aplica en la mayoría de las operaciones de mayor envergadura que se realizan en el Hospital Zonal Chos Malal, en los que sería necesario tener una reserva de sangre, como medida precautoria para el caso de un accidente vascular intraoperatorio.

El método se aplicó a partir de Agosto/86 a la fecha, con un total de veintiocho casos.

Las edades variaron entre 14 y 76 años con una media de 29 años y un promedio de 31,7 años.

El procedimiento se aplicó a las siguientes patologías:

Tipos de Patologías:

Colecistectomía por Litiasis Vesicular: 16 casos.

Colecistectomía por Colectistitis Aguda: 5 casos.

Colecistectomía y Coledocotomía por Litiasis de V. Biliar: 1 caso.

Hidatidosis Hepática Complicada: 1 caso.

Sutura Intestinal por Traumatismo Abdominal: 1 caso.

Histerectomía Total: 1 caso.

Histerectomía Subtotal: 1 caso.

Histerectomía Vaginal (Histerocele Grado IV): 1 caso.

Miomectomía por Miomatosis Uterina: 1 caso.

TOTAL 28 Casos

Se siguió un protocolo que contiene:

- 1) Datos del paciente.
- 2) Diagnóstico.
- 3) Operación.
- 4) Hto y Hb pre y postoperatoria.
- 5) Unidades de sangre extraídas.
- 6) Unidades de sangre requeridas.
- 7) Accidentes intraoperatorios.

8) Accidentes postoperatorios.

9) Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Temperatura Corporal intraoperatorias.

Descripción del Método:

Se realizó la visita preanestésica 12 horas antes de la intervención, se registraron los signos vitales y en el mismo acto se abordó una vía venosa, preferentemente del pliegue del codo derecho, con una bránula del mayor calibre posible, la que luego de la Hemodilución se conservó hasta la intervención quirúrgica, por lo que se recomienda el uso de un Perfus 4 a fin de no tener que cambiar la vía al reponer la sangre.

Simultáneamente el Laboratorista extraía la Unidad de Transfusión de 480 c.c. de sangre del brazo opuesto. A medida que se obtenía la sangre, se administraba Dextran 40 en Solución Dextrosa 10%, de esta forma la volemia se mantenía sin variante y la Hemodilución persiste, ya que el Dextran se mantiene casi 24 horas en el torrente vascular.

Una vez superado el momento de riesgo quirúrgico, al comenzar el cierre de la intervención, se reponía la sangre extraída.

Resultados:

Previa la Hemodilución: El paciente, al recibir la explicación del método y sus ventajas, lo tomó con indiferencia (los menos) o bien con buena predisposición la mayoría.

Durante la Hemodilución: No se observaron variaciones del T.A ni F.C., como así tampoco alteraciones del sensorio.

Durante el acto quirúrgico: No se observaron diferencias con otras anestésias. No ha habido alteraciones de la Frecuencia Cardíaca, de la Tensión Arterial ni de la Temperatura, ni fue necesario mayor ni menor concentración de gases anestésicos. No hubo diferencias en la recuperación anésteica de los pacientes, siendo todas las altas de quirófano satisfactorias.

Durante el postoperatorio: Se determinó el Hto. y la Hb. a las 24 hs., encontrando las siguientes variaciones del Hematocrito Pre y Postoperatorios:

1%	9 casos
2%	2 casos
3%	3 casos
4%	4 casos
5%	2 casos
6%	3 casos

7%	1 caso
8%	2 casos
11%	1 caso
12%	1 caso

PROMEDIO 4%

La variación de la Hemoglobina pre y postoperatoria a las 24 hs. fue de 1,6 gr promedio, con un rango de 0,3 gr y 3,9 gr. En ningún caso se requirió transfusión postoperatoria, ya que no se registró Hto. por debajo del 21%.

Comentarios:

Es de destacar que, en líneas generales, no se notaron diferencias con otras intervenciones quirúrgicas.

De las 28 operaciones evaluadas con este método hubo un accidente quirúrgico, lesión del lecho hepático con profusa hemorragia, que registró una leve hipotensión. Se recuperó con la transfusión de la Unidad de Sangre Autóloga y 500 c.c. de Dextran 40; el Hto de esta paciente varió de 33% preoperatoria a 21% postoperatoria, no requiriendo transfusión en el postoperatorio.

Hubiera sido interesante evaluar los gases en sangre durante la intervención quirúrgica, pero

de este método no está dotado nuestro Hospital. Durante el tiempo que se aplicó esta técnica, se tomó una precaución adicional: tener una Unidad de Sangre Heteróloga compatibilizada para el caso de ser necesaria; pero no se utilizó nunca.

También podrían haberse extraído dos o tres unidades de Sangre, con intervalos de 4 días, con la misma técnica; pero para esto se hubiese requerido de mayor internación o de mayor agresión al paciente, si se hubiera programado la auto-donación ambulante, pero se consideró que no se justificaba este último criterio.

Los resultados obtenidos nos permiten asegurar que la Hemodilución aplicada a la Anestesia, es un método práctico, inocuo, sencillo y efectivo, que soluciona un problema técnico-anestésico como es el mantenimiento de un Banco de Sangre con todas las dificultades que ello significa.

Bibliografía:

- Clínica Anestesiológica - Volumen 7 - Número 3. Técnicas de Transfusión Sanguínea.
- Linda C. Stehling M. D. y Colaboradores. Salvat Editores S.A. 1984.

CIENCIAS SOCIALES, SALUD Y MEDICINAS TRADICIONALES

Autora: Mónica Opezzi
Licenciada en antropología
Docente de la Universidad Nacional del Comahue

En este trabajo se partirá del análisis de algunas propuestas teóricas generadas por la Antropología en general, y por la Antropología Médica en particular, así como de las relaciones que esta ciencia ha mantenido con la práctica y el saber médicos.

Siendo la Antropología la ciencia que clásicamente se ha dedicado al estudio del "otro cultural" (por lo menos hasta la década del '50), le ha cabido, por lo tanto, la tarea de alertar sobre el "etnocentrismo occidental", sobre esa tendencia a negar, subestimar o secundarizar cualquier producción cultural, que no perteneciera a Occidente.

Y en esta perspectiva es que la mirada antropológica al analizar las prácticas curativas no occidentales, ha demostrado la existencia y racion-

alidad de las llamadas prácticas tradicionales, así como su real eficacia.

Consideramos en este punto necesario dejar en claro algunos aspectos definicionales, como para ponernos de acuerdo en lo que vamos a entender de ahora en más por: Antropología Médica, Medicinas Tradicionales, Medicinas Científicas, y así poder avanzar sobre los procesos de articulación entre la Antropología y la práctica y el saber médicos.

1.- **Antropología Médica:** su campo más inclusivo lo constituyen los sistemas de salud/enfermedad/atención; conceptos que implican, en primer lugar, al conjunto de los padecimientos que operan en un área, ya sean éstos gastroenteritis o mal de ojo, ya sean malformaciones congénitas o susto. En

segundo lugar supone considerar como unidades de trabajo al conjunto de los curadores es decir que pueden ser objeto de investigación un huesero una clínica privada la medicina herbolaria o un conjunto institucional

2.- Medicinas Tradicionales/Medicinas Científicas: la denominación Medicina Tradicional aparece expresando empíricamente una oposición con la llamada Medicina Científica.

a.- Medicina Científica: es aquella practicada por los médicos, entendiéndose por éstos, a aquellas personas que están habilitadas para curar, luego de haber obtenido un título profesional en una escuela legitimada por el Estado, y el cual a su vez lo habilita exclusivamente para ejercer dichas funciones curativas. La medicina científica se constituye como modelo terapéutico y formando parte de una estructura socio-política, socio-económica, socio-ideológica y socio-científica, que la fundamenta, y que al mismo tiempo excluye, por lo menos teóricamente, a las otras prácticas curativas.

b.- Medicina Tradicional: se caracteriza por la socialidad, totalización psicosomática y la eficiencia simbólica. Está mayormente vinculada al medio rural, con una tendencia creciente hacia el medio urbano, asociada a ciertos sectores sociales como el campesinado y las clases bajas urbanas. Esta práctica curativa no está legitimada por el Estado y las clases asociadas a su dominio, por lo cual aparece no sólo marginada, sino teórica y jurídicamente excluida.

Es importante dejar en claro que las tipologías no deben entenderse como cosificaciones inertes de la realidad a estudiar. Estos dos tipos deberán ser dinamizados, como para, al analizarlos, poder entender que las "oposiciones, diferencias y similitudes señaladas, pueden explicarnos tanto el funcionamiento técnico, como el ideológico, de las denominadas medicinas tradicionales y científicas, en un contexto histórico determinado" (E. Menéndez).

La revisión de la producción antropológica general en su recorte de la antropología médica, nos permite periodizarla en tres etapas: a) 1920-1930 b) 1940-1960; c) 1970 en adelante

1) 1920-1930:

La mayor parte de los trabajos fueron realizados en Mesoamérica, -sobre todo en México- y estaban vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico

De alguna manera la Antropología empi-

za a funcionar como la decodificadora de las medicinas tradicionales, tomando recopilaciones hechas por folklorólogos acerca de prácticas curativas "alternativas" aún cuando éstas eran cuestionadas. Desde una perspectiva clasificatoria podemos distinguir cuatro "curadores":

a) un grupo que llamaremos **técnico**: parteras empíricas o comadronas, hueseros y yerbateros; en todos estos curadores los elementos técnicos de la curación son por lo menos equivalentes a los elementos mágico-religiosos que operan en el proceso curativo. Es decir, la cura supone el manejo de habilidades cognitivas que pueden ser manuales o de otro tipo, que equiparan o subordinan generalmente a los efectos mágico-religiosos.

b) otro grupo que llamaremos **religioso**, y cuya técnica curativa está basada en la eficacia simbólica. Será el grupo que más va a sufrir el proceso de subordinación por parte de las ideologías científicas dominantes.

c) un grupo que denominaremos **mágico**, cuya capacidad curativa está también basada en la eficacia simbólica, y cuya función básica es la de control social.

d) un sector denominado **casero**: nos referimos básicamente a la automedicación centrada por lo general en los roles femeninos.

Ahora bien, ¿cómo reacciona el Modelo Médico frente a estas prácticas? A partir de una revisión del desarrollo del Modelo Médico se ha podido evidenciar que se generará un proceso de exclusión/inclusión, así como de constitución de nuevos curadores (homeópatas, quiroprácticos, espiritistas) en la medida en que el modelo médico no puede dar cuenta de determinadas problemáticas.

Este dato es relevante ya que el proceso de consolidación de la práctica médica científica como hegemónica, si bien excluye ideológicamente otras prácticas, no las elimina. Como ya fuera señalado por Ernesto De Martino: "una cosa es hegemonía ideológica y otra eliminación de las formas y procesos secundarios".

Cabe dejar en claro que estas interpretaciones fueron hechas a la luz de una revisión actual, ya que los trabajos antropológicos de esa primera etapa se agotaban en el nivel descriptivo.

2) 1940-1960

Este segundo período es el más importante ya que es cuando se va a constituir el modelo aplicativo y explicativo de la Antropología

Médica. que va a funcionar como referente hasta la década del 60'. no sólo para la Antropología, sino también para los organismos nacionales de salud

El trabajo antropológico se realizó en comunidades campesinas pequeñas, de extracción indígena, y su marco teórico estuvo fuertemente influenciado por el funcionalismo culturista.

Los caracteres básicos del modelo pueden esquematizarse de la siguiente manera:

- a) dominio de un enfoque microsociológico centrado en la integración superestructural;
- b) escotomización del área salud/enfermedad de las otras áreas, si bien se plantea la globalidad, la misma se agota en la comunidad;
- c) se privilegia el modelo tradicional/moderno, imponiendo una visión dicotómica, que avala la escisión entre enfermedades tradicionales y científicas;
- d) evitación casi sistemática de la articulación de los sistemas de salud que operan en un área determinada, focalizando al sistema "tradicional" como objeto de investigación privilegiado;
- e) ignorancia o focalización limitada en el perfil epidemiológico dominante y en la causalidad estructural del mismo; la causación es unívocamente cultural;
- f) focalización en el campesinado indígena, desconectado de las condiciones de salud, atención médica y enfermedad que operan en el conjunto de las clases sociales

Cabe aclarar que esta caracterización responde a los lineamientos seguidos por Eduardo Menéndez, en su revisión del desarrollo de la Antropología Médica en América Latina. Por otro lado este modelo resultó incapaz para profundizar sobre los procesos de cambio que operaron en el área salud/enfermedad, así como tampoco pudo proponer alternativas explicativas respecto de los nuevos problemas que se iban configurando, tanto en el perfil epidemiológico, como en los diferentes sistemas de atención. Tal vez una de las mayores limitaciones que va a mostrar es haber sido incapaz de dar cuenta acerca de los procesos de sintetización ideológica que se estaban produciendo entre las prácticas tradicionales y las prácticas médicas dominantes

3) 1970 en adelante

En este tercer periodo la evidenciación

de las crisis económico-políticas en los países de América Latina, va a dejar al descubierto la importancia y determinación de los aspectos estructurales en el proceso salud/enfermedad.

La utilización de los aportes antropológicos en el área de la salud, estarán asociados a la implementación de auxiliares oficiales de salud sin formación profesional o con bajo adiestramiento. La instrumentación de los mismos será, sobre todo, planteada para áreas donde no existía cobertura, o donde era muy costoso extenderla.

Este proceso culminó con la Conferencia Internacional de Alma Ata, donde se planteó la cobertura a través del desarrollo de recursos comunitarios de bajo costo y en el escalonamiento de los servicios de atención médica; lo que supuso la producción de recursos humanos comunitarios que se hicieran cargo del primer nivel de atención. Este primer nivel de atención suponía, además, la participación activa de la población en las acciones de salud, de salubridad y de saneamiento.

Entre los procesos analizados por la antropología y que podrían articularse con el aparente modelo "no médico", podemos citar, siguiendo el esquema elaborado por Menéndez:

- a) la importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos;
- b) la importancia del núcleo familiar y/o comunal como el potencial primer nivel real de atención;
- c) la importancia de la apropiación pragmática de las clases subalternas, y del conjunto de las clases sociales, del saber y la práctica médicas.

Como para concluir, es importante destacar el proceso de convergencia que se está dando entre antropólogos y médicos, a través de una mutua apropiación de prácticas y teorías en la medida en que lo que interesa es la salud/enfermedad de los conjuntos sociales

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- MENENDEZ, Eduardo.
Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina. Revista Nueva Antropología, Vol VII, N° 28, México, Octubre 1985.
- MENENDEZ, Eduardo
Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional". Cuadernos de la Casa Chata, N° 32, México, 1980
- LISCHE TTI, Mirta
La Antropología como disciplina científica. Manual de Antropología. Eudeba, Bs As 1987
- FOSTER, George
Antropología Aplicada Fondo de Cultura Económica México

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE HIDATIDOSIS. DETECCION PRECOZ POR ULTRASONIDO EN AREAS DE ALTO RIESGO (URUGUAY).

Autores: Clínica Quirúrgica "F" de la Facultad de Medicina: Prof. Dr. Perdomo, Dr. Alvarez, Dr. Geninazzi, Dr. Ferreira y Dr. Monti. Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer: Dr. Parada, Dr. Cativelli, Dr. Barragué, Dr. Rivero y Dr. Parada.

INTRODUCCION:

La Hidatidosis en el Uruguay ha sido desde siempre una de las preocupaciones más importantes de nuestros maestros en Medicina. El hecho frustrante de encontrarnos a diario en el Hospital con casos complicados, revela que aún hoy esta antropozoonosis sigue asolando la campaña como si no hubiera nadie capaz de luchar contra ella.

Enfermedad "benigna" a la que la gente no teme como a la palabra "cáncer", nos ha demostrado en reiteradas oportunidades que puede ser tan destructiva como éste y vemos en peligro la vida del paciente con hidatidosis complicada. De esta realidad clínica parte nuestro interés de colaborar en alguna medida para mejorar la condición humana frente a la enfermedad, lo que nos compete en gran parte a los médicos.

Hemos observado en la Hidatidosis varios hechos cuya importancia nos interesa destacar:

- 1.- Una concentración de la enfermedad en poblaciones de alto riesgo, perfectamente reconocibles en nuestra campaña y condicionadas por las actividades agropecuarias corrientes.
- 2.- Un largo período de evolución asintomática, que se mide por años, durante el cual suponemos al parásito y al hospedero en las mejores condiciones para su tratamiento, a la vez que es favorable para realizar diagnóstico mediante estudios catastrales.
- 3.- Una topografía del parásito en su forma larvaria predominante en el hígado, viscera que hasta el advenimiento de la ecografía era difícil de explorar de manera sencilla y eficaz.
- 4.- Existe una tendencia a agotar los esfuerzos de la colectividad en el laudable intento de alcanzar el control de la enfermedad mediante la lucha contra la infección en el perro. No se advierte en general esfuerzos similares y simultáneos en tratar de prevenir y/o reducir el porcentaje de infección humana.
- 5.- Un parásito quístico en el ser humano, que no mata por su simple presencia vital, sino por sus

complicaciones más o menos tardías.

DISCUSION

El conjunto de 6.027 personas que estudiamos en 7 localidades de "alto riesgo" de hidatidosis, estaba compuesto por una mayoría de niños y jóvenes (47%) y con un ligero predominio del sexo femenino.

Comentaremos algunas características particulares de este conjunto:

1.- Antecedentes personales de hidatidosis.

Nuestro estudio actual intenta poner al descubierto la hidatidosis latente asintomática, con miras a su análisis catastral y a su tratamiento temprano. Pero no debe olvidarse el 3% (187/6027) de hidatidosis previa, ya tratada. Esas personas han tenido la enfermedad y es importante integrarlas a una visión global del problema que enfrentamos. A esto debemos agregar la importancia de este grupo que en nuestro estudio hemos encontrado con mayor porcentaje de imágenes patológicas (posible reinfección o hidatidosis persistente), existiendo diferencia estadísticamente significativa con el grupo sin antecedentes personales ($p < 0.01$).

Nos hallamos ante un proceso dinámico del cual estudiamos, al presente, un corte bajo la superficie, pero que tiene un pasado (los quistes operados) y un futuro igual o peor si la situación que lo condiciona prosigue incambiada.

2.- Investigación epidemiológica

2.1.- Comportamiento humano y aspectos sociales. Una vía expedita para la propagación hidática. Comprobamos:

— Abundancia de perros: 55% de las personas los poseen, con un 7% que los alimenta con achuras crudas de ovinos y un 65% que no los medica o lo hacen mal.

— Faena domiciliaria de ovinos, sin carneadero cerrado en 19% de los encuestados, con un alto

índice de conductas incorrectas en el destino de las vísceras

Provisión del agua de beber desde fuentes peligrosas (arroyo, cachimba, aljibe) y consumo frecuente sin precauciones de hervido

Provisión de verduras desde quintas sin cercar en 19% de los casos.

La realidad que expresan estas cifras, aún considerando el valor relativo de su veracidad, representan "grosso modo" la imagen de un terreno permanentemente expuesto a la propagación de la enfermedad. Mientras esa realidad persista no habrá esperanza de cambiar el rótulo de "alto riesgo" de hidatidosis a estas poblaciones.

2.2.- Información. Se destaca la alta proporción (54%) de encuestados que no tienen información adecuada sobre hidatidosis. Sin dudas, es éste un obstáculo principal que se opone a todo progreso en la materia.

Es preciso llegar a esta gente con un esfuerzo educativo que cambie su comportamiento.

En nuestra tarea de campo y frente a los resultados positivos en el reconocimiento de quistes, se despertaba una motivación acentuada que aprovechamos para esos fines instructivos. En cada pueblo o villa y al cabo de las jornadas de trabajo, nos reuníamos con las poblaciones encuestadas, les comen-

tábamos aquellos resultados y respondíamos a sus preguntas, aconsejándolos sobre las medidas a tomar en la materia.

Creemos que es preciso sensibilizar a las personas a través de los hechos -recabados en franca actitud de servicio- para lograr de ellos una respuesta constructiva.

3.- Ecografía Abdominal

La incorporación de la ecografía abdominal a los estudios epidemiológicos en terreno de la hidatidosis humana -fundamentalmente hepática- constituye la base principal de nuestra investigación

La ultrasonografía ha dado ya pruebas suficientes de su valor en la aplicación al diagnóstico paraclinico de la enfermedad hidática (4,25,26). Es un método no invasivo, inocuo, rápido y de gran eficiencia en manos experimentadas en su uso. Este es el primer intento nacional por ponerlo al servicio de la investigación epidemiológica en poblaciones asintomáticas de recono-

cido "alto riesgo"

En el extranjero registramos los aportes de Frider y col (8,9) y Mlika y col. (16, 17 18) que asocian a la ecografía el inmunodiagnóstico o viceversa.

Haremos énfasis sobre algunos hechos de interés.

3.1 La ecografía abdominal nos proporciona imágenes de variados aspectos (Figs. 22 a 28). Cualquiera de ellas debe proponer en primer término el diagnóstico de equinocosis hepática, en personas que habitan esas poblaciones seleccionadas en el Uruguay. Las imágenes multivesiculares y las con membraba desprendida pueden considerarse como características de la enfermedad.

3.2. El alto número de imágenes pequeñas (Fig. 10) -en conjunción con su aspecto predominantemente

anecogénicas (Fig. 29)- expresa en forma indirecta la precocidad del diagnóstico. Crea, además, un problema condicionador de la conducta terapéutica, sobre el cual volveremos más adelante.

3.3. Frecuencia y Riesgo Relativo de Imágenes Patológicas según Edad y Sexo. Comparando los distintos grupos etarios con el grupo de menor incidencia en ambos sexos (0 - 9 años), establecemos el riesgo relativo (*). Esto nos muestra aún más nítidamente el aumento de posible infección hidática a medida que avanza la edad y especialmente en el sexo masculino (Fig.21).

De lo cual concluimos que la frecuencia y riesgo relativo de infección hepática es progresivamente mayor a medida que transcurre la edad y con franco predominio del sexo masculino.

3.4. Correlación entre Tipo de Imagen Quística y Grupos Etarios. Hay incertidumbre sobre la evolución temporal de la hidatidosis visceral y el período más frecuente de su instalación en el huésped.

Devé en 1916 (6) y 1949 (7) reitera el interés doctrinario del estudio de la equinocosis en la infancia. Entiende que en esta edad están dadas las condiciones para contraer la infección hidática: "edad de las manos sucias, de los paseos a "cuatro patas", de juegos con los perros, de comer frutas caídas al suelo" Agrega que "si la enfermedad se revela ordinariamente en el adulto, su germen es lo más a menudo contraído en la juventud y mismo en la infancia"

Para Devé la "equinocosis del niño" es joven típica univesicular no complicada, por

oposición a la del adulto que co-rrientemente presenta lesiones antiguas, a menudo complejas (multivesiculares), cuando no son complicadas"

Beard (2) disiente con esa concepción afirmando que el quiste hidático es raramente "tan viejo como el paciente" Entre otros argumentos señala que la abreuografía en poblaciones de Tasmania, confirma que el quiste hidático pulmonar (ausente en films previos) era una presentación típica en adultos.

Las fig. 28 y 29 nos ofrecen, en números absolutos, los tipos de imágenes quísticas halladas por la ecografía hepática, en conjunto y por grupos etarios. Se observa claramente que la imagen "jóven" de quiste hialino está presente, con las cifras más altas, en todos los grupos etarios. La relación es más significativa si comparamos éstas con las columnas de frecuencia y riesgo relativo pues hay muchas más personas encuestadas en las primeras décadas que en las últimas.

Ello nos permite afirmar que existen "quistes jóvenes" hepáticos, de muy probable infección reciente, en todos los grupos etarios. La equinocosis hepática no es una enfermedad tan vieja como el paciente.

Como lo expresan Karpathos y col. (13): "se nota una tasa incrementada de quistes en los grupos de mayor edad, sugiriendo que la infección continúa siendo adquirida a través de la vida".

Las imágenes de sufrimiento parasitario (multivesiculares) se distribuyen también, más o menos uniformemente, a través del tiempo.

Además, es en el grupo de los quistes muy alterados, a contenido heterogéneo y/o calcificados, donde se observa una nítida mayor concentración de sus imágenes después de la cuarta década de la vida. Son los "quistes viejos" que han involucionado "a la sordina" deteniendo su crecimiento y tal vez perdiendo su vitalidad.

Este hecho da razón a Purriel y col. (21), quienes insisten en la necesidad de interpretar la patología de la hidatidosis a través del equilibrio biológico de la larva. Expresan: "es diferente la situación si existe una hidática sana, enferma, recién muerta, o que ha sufrido un proceso degenerativo, a si solo persisten restos parasitarios o secuelas"

3.5.- Otros hallazgos ecográficos La ecografía de masas no se limita al reconocimiento de las imágenes quísticas abdominales. Otras afecciones frecuentes se ponen de manifiesto con su uso. lo

que ensancha considerablemente el campo de sus beneficios potenciales.

En la fig. 30 detallamos el grupo de esas afecciones reconocidas y detacamos las altas cifras de litiasis vesicular (68%).

En la fig. 31 graficamos la relación de imágenes quísticas/litiasis vesicular, destacando la frecuencia relativa por grupos etarios. A partir de la tercera década el aumento de la litiasis es progresivo y 2 a 3 veces mayor que la hidatidosis hepática.

Se amplía, de este modo, el reconocimiento de otras enfermedades asintomáticas o ignoradas por su portador, y se llevan a éste los favores complementarios de un diagnóstico y tratamiento temprano. Es un estímulo importante que se inscribe en la tarea de atención primaria de salud, mejorando la ecuación costo/beneficio del método.

4.- Abreuografía

Los antecedentes personales (fig. 11) ponían de manifiesto 76 observaciones (40%) de quistes hidáticos pulmonares tratados. Sin embargo, en 3.593 personas que fueron estudiadas por el método de las microradio-grafías torácicas, no se encontraron imágenes quísticas compatibles con hidatidosis.

Creemos conveniente referir estos hechos -aparentemente contradictorios- a los 5 relevamientos catastrales torácicos realizados por la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa entre 1948 y 1971 (Purriel y col.). Considerando exclusivamente los departamentos en los que se desarrolló nuestra investigación presente, las cifras de abreu-grafías son del orden de 574.078. Entre ellas se evidenciaron 363 imágenes quísticas torácicas, compatibles con hidatidosis, lo que nos da una tasa de 0,6 quistes por cada 1000 microcardiografías. De mantenerse constante esta tasa, nuestro estudio debería presentar alrededor de 2.15 quistes torácicos.

Por otra parte, la disminución de la proporción actual puede ser resultado del tratamiento quirúrgico sistemático de los quistes diagnosticados en esos exámenes de masas previos (Purriel y col. 20).

Debe destacarse también cómo la efectividad del método radiológico, puede determinar una **sobrevaloración** de la topografía hidática pulmonar, al poner en relieve un número "escondido" de infecciones asintomáticas. En efecto, la

relación de antecedentes 47% de quistes hepáticos frente a un 40% de quistes pulmonares (fig 12) sólo puede ser explicada por esa sobrevaloración. Cuando se utilizan métodos de similar sensibilidad, tanto para pulmón (abreugrafía) como para hígado (ecografía), las tasas son de 0,6 por mil para aquél y de 13,9 por mil para éste, como veremos enseguida. O sea una proporción de **23 quistes hepáticos por cada pulmonar.**

5.- Seguimiento

Era preciso realizar el seguimiento de las personas con imágenes quísticas hepáticas, en procura de establecer la seguridad del diagnóstico de hidatidosis. Hacia ello apuntaba el formulario (Fig. 8) que entregábamos a los cirujanos tratantes, para ser llenado y devuelto a nosotros en el postoperatorio.

Se obtuvieron datos seguros de 46 personas operadas, del total de 94 portadoras de imágenes quísticas.

5.1.- Los que no se operaron. La razón principal fue el tamaño pequeño (menor de 5 cms) de la imagen, la imagen calcificada o la conjunción de ambos fenómenos (Figs. 19 y 29).

La frecuente comprobación de imágenes quísticas pequeñas, trajo a consideración un problema nuevo. Los cirujanos no acostumbran a enfrentar quistes de esa talla mínima; los quistes que corrientemente se tratan son mucho mayores. Estos quistes mayores, en su crecimiento expansivo, tienen siempre parte de su contorno emergente de la superficie hepática, por el cual, -en la exploración quirúrgica- es posible reconocerlos y acceder a su tratamiento. Pero aquellos quistes tan pequeños podrían hallarse insertos en pleno parénquima sin zona emergente y sin ofrecer otra guía para un peligroso abordaje intraparenquimatoso.

En esas condiciones parecía prudente establecer una vigilancia, clínico-ecográfica, sobre su crecimiento y diferir la acción quirúrgica.

Esto nos abre tres nuevas vías para el conocimiento biológico y tratamiento del parásito albergado en el hígado: 1) estudiar el ritmo de crecimiento del parásito y su vinculación con la edad de comienzo de la infección hidática; 2) establecer la relación tamaño/fertilidad del quiste: si esos quistes tan pequeños fueran acefalocistos (no fértiles) podrían ser tratados por punción -guiada por ecografía-, esterilizados y abandonados, lo que simplificaría considerablemente su tratamiento; 3)

mientras se controla el crecimiento, podría ensayarse el tratamiento médico con drogas y observar la respuesta de estas larvas incipientes

Se revelan así nuevas líneas de investigación que dejamos planteadas y que ofrecen un interés indudable.

En cuanto a las **Imágenes calcificadas**, fueron consideradas como posibles quistes hidáticos en involución y, siendo asintomáticos, se prefirió no tratarlos quirúrgicamente de momento.

5.2.- Los operados. Establecimos con ellos, para conocer su significación real, una correlación: 1) clínico-operatoria; 2) ecográfica-operatoria.

5.2.1.- Correlación Clínico-Operatoria: Los datos que aportó la clínica -enfrentados a la corroboración operatoria- dan solamente significación a **los antecedentes personales de hidatidosis.** 6% de los 187 ya tratados por hidatidosis demostraron la presencia de nuevos quistes hepáticos. Desde otro punto de vista, observamos que del conjunto de 41 operados, con quistes confirmados, 12 (29%) tenían hidatidosis previamente tratada.

Se concluye que en el plano clínico, la sospecha mayor de hidatidosis es la procedencia y el antecedente personal de hidatidosis previa. Si estos enfermos fueron bien tratados y quedaron libres de hidatidosis es evidente que no desarrollaron inmunidad persistente contra la reinfección hidática. Los síntomas consignados si bien no son específicos, en nuestra encuesta han mostrado tener también una relación significativa con la hidatidosis aunque mucho menor que los 2 factores mencionados anteriormente.

5.2.2.- Correlación ecográfica-operatoria. La fig 33 describe los hallazgos positivos (41) y falsos positivos (5) en las 46 personas que fueron operadas y de las cuales se obtuvieron datos seguros.

Con tales cifras se calcularon: el **valor predictivo de la prueba positiva en 89.13%**, y la prevalencia de hidatidosis hepática (fig. 34) asintomática, en el conjunto de las poblaciones de "alto riesgo" examinadas: 13.9%.

Significación de estas cifras

Purriel y col. (22) en 1971, estudiando la morbilidad anual (1962-1971) de hidatidosis en casos hospitalarios de todo el Uruguay, establecen una incidencia para el año 1968 de 18.3 por cien mil (alrededor de 516 nuevos casos en 2.825.446 habitantes) También en base a estudios autópsicos destacan los autores que es enorme la diferencia entre el número de quistes diagnosticados y

el que se puede encontrar en las autopsias. Son sobre todo los quistes hepáticos los que escapan al diagnóstico y se les encuentra en alta proporción al examen post-mortem

Concluyen que la parasitación humana es mucho más frecuente que de lo que de ella se exterioriza a la clínica como cifra de morbilidad, y confecciona una figura de témpano de hielo ("iceberg") para expresar la gran magnitud de los casos escondidos, asintomáticos.

Dicho témpano muestra (Fig. 1) la cifra de morbilidad emergente en el año 1968 (516 observaciones clínicas; 18.3 por cien mil), entre los sumergidos se calcula una cifra 61 veces mayor: 31.734. Ahora bien, este último número debe representar fundamentalmente los casos escondidos en el hígado, que ahora estamos en condiciones de reconocer mediante la ecografía y que evaluamos su prevalencia en 13.9 por mil. Este porcentaje se refiere a las poblaciones de alto riesgo estudiadas y no puede extrapolarse a escala nacional, pero nos reafirma en la realidad de la altísima proporción de hidatidosis hepática escondida, como lo expresa el esquema de Purriel y col.

-Referencia bibliográfica. Valor de los Tests inmunológicos asociados.

Mlika y col. (16) estudiaron 670 personas de una población de "alto riesgo" en Túnez con hemoaglutinación pasiva. Los individuos con pruebas positivas eran complementados con inves-


tigación de arco 5, radio-grafía de tórax y ecografía abdominal. Encontraron en la ecotomografía 9 personas con quistes hepáticos confirmados; ningún caso de hidatidosis pulmonar. La tasa global fue de 1,3% muy similar a la nuestra.

Comentan los autores: "Si estos resultados preliminares son confirmados en ulteriores estudios, los "screening" de masas deben ser considerados en distritos de alto riesgo".

Frider y col. destacan que "existen pocos antecedentes bibliográficos de aplicación de la ultrasonografía a catastros poblacionales de personas asintomáticas". Estudian 904 personas de tres grupos poblacionales de alto riesgo (Provincia de Río Negro-Argentina), mediante ecografía y pruebas inmunológicas (doble difusión para arco 5). Obtienen tasas de incidencia altísimas: 5.20% (46/904) con la ecografía y menores con la prueba inmunológica (1.22%: 11/904).

La menor sensibilidad del inmunodiagnóstico se atribuye a la alta tasa de quistes hialinos, "en los cuales la capa germinal íntegra del parásito, constituye una barrera para la salida de los inmunógenos desde el líquido hidático".

Concluyen los autores que "la capacidad de la ecografía en pesquisar imágenes quísticas compatibles con hidatidosis, es 3 a 10 veces superior a los métodos inmunológicos y debería incor-



tranquilicese,
m'hijito. Uste
tenderá parasitoem
la bosta...
pero los
cristianos
tienen quister.
No me lllore...

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

porarse como **método de rutina** para catastros en poblaciones de riesgo. Y también "para evaluar en el hombre el impacto de las medidas de control con un indicador más sensible y ajustado que la tasa de incidencia quirúrgica tradicional"

Como se ve no existe concordancia sobre el valor de las pruebas inmunológicas aplicadas a los estudios de masas, pero creemos que lo mejor es asociarlas a las investigaciones ecográficas, hasta tener una idea cabal sobre sus respectivos méritos y su factible rol complementario.

6.- Proyección

Hemos tratado de transmitir la importancia que tienen en el momento actual las investigaciones epidemiológicas en poblaciones de alto riesgo de hidatidosis, agregando el moderno recurso de la ecografía abdominal a la radiología del tórax y, eventualmente, a las determinaciones inmunológicas. Estamos actualmente en óptimas condiciones de prestar un servicio invaluable a la comunidad y establecer nuevas líneas de investigación en hidatidosis humana.

A nuestro juicio la tarea debe proseguir para lo cual es preciso planificarla, proyectar su crecimiento hacia el ámbito nacional y dotarla de los recursos necesarios. En momentos que se contaba solamente con la clínica y la radiología del tórax, ya esas medidas habían sido consideradas por Dévé (6) de quien extraemos las líneas de acción a promover, haciendo nuestras sus expresiones.

Tan temprano como en 1916, Dévé (6) plantea la cuestión del diagnóstico precoz del quiste hidático, especialmente en el adolescente y en el niño. Se preguntaba entonces. ¿"no habría lugar para crear, en los países que amenaza el "flagelo hidático", verdaderos dispensarios anti-hidáticos calcados de la organización de nuestros dispensarios antituberculosos de Calmette?"

Aconseja un programa que debería contar con: 1) **Permanencias** que serían instaladas en regiones particularmente afectadas por la equinocosis; 2) al lado de ellas, **Unidades Móviles** podrían recorrer la campaña. Una instalación radiológica móvil rendiría así los más grandes servicios.

En 1949 vuelve Dévé (7) sobre el tema y expresa "Hoy día en que encuestas parecidas, relativas especialmente a la tuberculosis y el cáncer han sido organizadas y aceptadas y se han generalizado en la mayor parte de los países

civilizados nuestra sugestión parece **menos utópica** de lo que habría parecido hace un cuarto de siglo"

"Las permanencias podrían ser comunes a otras organizaciones sanitarias: **formaciones polivalentes**"

El puntal de esas investigaciones propuestas era la exploración del tórax, agregada al examen clínico y a las pruebas bio-lógicas en los casos sospechosos. Con seguridad, expresa, "quedarían muchos quistes no reconocidos", pero "al menos un buen número de ellos serían diagnosticados en una fase aún no complicada de su evolución". Además, "provechosas encuestas familiares y epidemiológicas podrían encontrar su desarrollo de esta manera"

Nos preguntamos: ¿qué diría Dévé si hubiera contado con el auxilio de la ecografía al momento de expresar estas ideas? Las posibilidades actuales son favorables al máximo para desarrollar este visionario plan de acción, que coincide enteramente con las proyecciones de futuro que nos proponemos encauzar

7.- Conclusiones

En tarea de atención primaria en salud y extensión universitaria, se realizaron relevamientos epidemiológicos en 6.027 personas residentes en 7 poblaciones de "alto riesgo" en hidatidosis, con el auxilio de la ecografía abdominal y la abeografía torácica.

A través de la encuesta se establece que las condiciones de vida en esas poblaciones mantienen las características de una "vía expedita para la propagación hidática"

La falta de información está muy extendida y se requieren acciones prácticas de educación sanitaria directa y coordinadas con planes de educación masiva a través de los medios de comunicación.

Como sabemos, la única forma actual de controlar la Hidatidosis es mediante programas de acción coordinados y dirigidos fundamentalmente a interrumpir el ciclo y a la desparasitación canina.

Nuestro trabajo pretende mostrar que es necesario un programa simultáneo de detección en etapa asintomática de la equinocosis en el ser humano que hoy está infectado

La ecografía hepática es útil para determinar la real importancia de la enfermedad. La prevalencia determinada en base a los emergentes clínicos subestima el problema, porque refleja

una relativa pequeña porción de la infección hidática humana existente" (Schwabe 24).

En base a los resultados ecográficos se determina un índice de prevalencia de 13.9 por mil de equinocosis hepática, cotejado con los resultados operatorios.

Llevando este relevamiento a nivel nacional sería el punto de referencia para cuantificar la magnitud del problema y evaluar el avance de las medidas de control.

El diagnóstico temprano que se logra es certificado por el número predominante de imágenes quísticas hialinas. Ello permite encauzar su tratamiento precoz, evitando la evolución hacia formas complicadas, graves, de la hidatidosis.

El tratamiento del Quiste Hidático no complicado reduce el tiempo de internación y costo de atención por paciente y fundamentalmente disminuye drásticamente la mortalidad operatoria (0% en nuestros casos intervenidos).

La presencia de pequeños quistes (menores de 5 cm) hialinos, abre nuevas líneas de investigación sobre el comportamiento evolutivo del parásito, vigilado por ecografía e inmunodiagnóstico.

El estudio de la frecuencia y riesgo relativo, permite afirmar que ambos factores aumentan con la edad y son mayores en el sexo masculino.

El comportamiento global de las imágenes quísticas hepáticas, asegura que la enfermedad continúa siendo adquirida a través de toda la vida.

Destacamos que el diagnóstico temprano se extiende también hacia otras afecciones descubiertas en el examen. Tiene relieve especial la litiasis vesicular, contribuyendo a reforzar el valor del estudio en su carácter de **Atención Primaria en Salud**.

La alta incidencia de la enfermedad hidática en nuestro país que las cifras obtenidas revelan, nos hacen pensar que los conceptos esquematizados por Purriel con su imagen del Iceberg, siguen hoy tan vigentes como entonces. Sin pretender extrapolar nuestros hallazgos a toda la población del país, creemos, no obstante que la porción sumergida del iceberg comprende a varios miles de uruguayos que forman parte de nuestra sacrificada población rural, y a quienes es necesario prestar preferente atención.

Con miras a asistir a esa población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad hidática, consideramos este estudio como el primer paso de un Programa Coordinado que intentaremos llevar a toda la República buscando mejorar la condición humana frente a una enfermedad que puede y debe ser dominada.

NOTA DE LA REDACCION: Agradecemos enormemente a los autores del presente trabajo su valioso aporte a nuestra publicación, lamentando no haber podido incluir el material completo. Hemos debido extraer los capítulos más representativos por razones de espacio, quedando una copia del trabajo completo a disposición de los interesados en completar su lectura.

DIFICULTADES PROPIAS DEL FUNCIONAMIENTO DE ALGUNOS EQUIPOS DE SALUD

Autor: Dr. Lino Guevara
Psiquiatra

Prestando atención a la labor habitual de algunos equipos de salud, se puede observar que, periódicamente o en forma crónica, el equipo como conjunto, atraviesa por situaciones de entrapamiento en su tarea. Llamaremos entrapamiento a funcionamientos inadecuados de los grupos profesionales, inducidos por la tarea misma o por aspectos del contexto de trabajo. En estas situaciones, el funcionamiento es inadecuado atendiendo a los resultados, o atendiendo a los elevados niveles de malestar grupal o individual, de los miembros del equipo. Estos entrapamientos no son causados por proble-

mas particulares de los miembros sino por juegos sociales de los que todos son víctimas. Si tomamos como caso el de los servicios de Salud Mental, parece comprensible el entrapamiento, porque los trabajadores de Salud Mental, así como los Asistentes Sociales, toman contacto muy cercanamente con personas y con vidas, no solamente con órganos y enfermedades, de modo que los profesionales tienen expuesta su identidad humana, individual y grupal. Pero eso también sucede con enfermeras, médicos generales, o con los trabajadores de salud que "se toman tiempo para escuchar a sus pacientes", de modo que, en alguna medida, las consideraciones

que siguen son aplicables a los equipos de salud en general e incluso a otros equipos interdisciplinarios.

En este artículo nos ocuparemos solamente de los entrapamientos correlacionables con la tarea clínica (*).

(* Con respecto a los del contexto, suelen ser llamados "problemas institucionales", denominación amplia que incluye también a los conflictos laborales. Pueden estar vinculados con programas inexistentes, incoherentes, imposibles, etc., o bien con una inadecuada estructuración interna del equipo de trabajo (en jerarquías y diferenciación de funciones) o inadecuadas dependencias administrativas del equipo (funcionarios ineptos o no especializados, etc.) y merecen ser tratados especialmente. (4), (5).

ENTRAPAMIENTO DEL EQUIPO

Nos referimos a las dificultades provenientes de los casos bajo atención, dificultades que se dan por ser estos casos muy perturbadores o graves, de modo que el equipo se "engancha" en el problema que está atendiendo. Es el caso del abuso de menores (1). Pero también puede tratarse de casos "sencillos" que de algún modo "fascinan" al equipo terapéutico, o al servicio (aunque, en mayor o menor grado, todos los casos que atiende un equipo de salud producen impactos emocionales).

Distinguiremos distintas formas de manifestación y posibles soluciones.

Formas

Podemos diferenciar distintas formas:

- 1) Entrapamientos "en espejo" (2); el equipo sobreprotege al sobreprotector, o agrade al agresivo, o abandona al abandonador, etc. O el equipo repite internamente el juego de una familia.
- 2) Polarización rígida: El equipo se divide en dos bandos opuestos, en una escalada simétrica.
- 3) Rechazo o exclusión (total o parcial) o discriminación de un miembro del equipo que piense diferente al resto.
- 4) Desconexión e incomunicación entre algunos de los miembros o todos ellos.
- 5) Paralización o disminución de la producción del equipo.
- 6) Chivos expiatorios internos o externos (chivos emisarios).
- 7) Peleas sin fin. Por ejemplo: "pensar en un colega en términos muy personales y críticos" como si eso fuera más importante que los problemas a resolver. (1).
- 8) Competencia entre distintos modelos teóricos, como si fuera más importante la supremacía de un modelo teórico que el compañerismo en el servicio, o la resolución del caso.

Soluciones Posibles

- a) Entrenamientos específicos para la resolución

de problemas específicos. (Por ej. para anorexia nerviosa, conductas extrañas de adolescentes, pequeños monstruos, crisis de divorcio, etc.) Normatización del equipo o servicio.

b) Usar más los procedimientos standard que las innovaciones (o cambiar las normas por consenso)

c) Ceremonias y rituales respetados. Por ej. organigramas, horarios y juegos (sanos) de autoridad. (3).

d) Asegurar la concurrencia de todos (y que realmente sus tareas les permitan concurrir a las reuniones).

e) No excluir a los que opinen diferente (se puede excluir por acción u omisión). Todo excluido se vuelve en contra.

f) No utilizar demasiado tiempo en el análisis de "qué nos está pasando entre nosotros", sólo el inevitable.

g) Postergar las discusiones sobre los modelos teóricos hasta después de haber resuelto los problemas concretos del aquí y ahora de cada caso.

h) Hablar claro pero tratarse con cordialidad y respeto.

i) Dar tiempo a las descargas a tierra individuales y a las reacciones ante los casos. Es decir permitir la expresión de malestar que se vincula con los casos, dentro del marco del debido respeto a las personas de los consultantes.

j) Tolerar las incertidumbres propias de los casos (hay "certidumbres" que son peores).

k) Distribuir la información, mantener informados a todos. Como diría un colega algo lunfardo "la información amarrocada se cancerifica".

l) Revisión diferida sistemática de todos los casos.

Estos listados de formas y soluciones están basados en la experiencia de trabajo de Equipos de Salud Mental que también exhibieron aspectos sumamente positivos y alentadores en su desempeño, de modo que los entrapamientos pueden ser vistos como parte del trabajo normal de un equipo de salud mental.

Es necesario reconocer que en ocasiones resulta difícil determinar si los entrapamientos se deben a los casos, a los "problemas institucionales", o a ambos factores. El equipo debe tener en cuenta permanentemente el grado de coherencia existente entre el equipo, el caso, el programa y las instituciones, de modo de monitorear si las pautas para la resolución del caso son compatibles con los objetivos de la institución y con las condiciones propias del equipo y/o profesional a cargo.

Será útil llevar a la práctica soluciones acordadas, observar resultados e intercambiar experiencias entre los equipos de Salud Mental para recíprocos enriquecimientos. Si bien todo esquema es una sobre-simplificación, hemos examinado algunas soluciones posibles con la esperanza de que los aportes de otros colegas y equipos, continúen ayudando en este difícil y apasionante campo de trabajo. Los equipos tienen una duración limitada. El ciclo total, de comienzo, consoli-

dación, brillo y desaparición, es de algunos años. Sus integrantes pueden cambiar de residencia, trabajo, o ideas, como en las mejores familias. Entonces, ¿porqué no aprender a disfrutarlo, si es posible?

BIBLIOGRAFIA

(1) **Kraemer, S** - *El desnudo del trabajador profesional en los casos de Abuso Sexual a Niños, "Terapia Familiar", Año XI Noviembre 1988*

A.C.E., Buenos Aires.

(2) **Guevara, L. y Escot, E.** - *"El llamado entramamiento del Terapeuta". Relato oficial del 3º Congreso de Terapia Sistemática, Buenos Aires, 1985.*

(3) **Kandel, D. y Williams, R.** *"Métodos de Rehabilitación Psiquiátrica". Troquel, Buenos Aires, 1968.*

(4) **Pallazolli, M.** *"Al frente de la organización", Paidós - Buenos Aires - 1987*

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Autor: Dr. Hilario M. Ferrero

Hablar de APS implica tener un marco teórico de referencia en cuanto al concepto de Salud y los factores que la determinan. Por ello voy a iniciar esta exposición por este tema: La Salud.

Nuestro interés no es solamente reconocer el concepto de Salud, sino incrementar su nivel en la población. Por lo tanto es indispensable conocer la causalidad en Salud, los supuestos en los cuales se basan las formas de intervención que se consideran pertinentes y los indicadores válidos que utiliza cada grupo social para evaluar su Salud.

Haré referencia a los diversos modelos de Salud que se manejan en este momento.

Modelo Médico Hegemónico: conceptualiza a la Salud como ausencia de enfermedad. En cuanto a los factores que producen enfermedad, sólo existen los demostrables por los hechos. Rechaza formulaciones teóricas explicativas de alcance más general. Para la investigación se basa en los hechos estadísticos. Analiza las variables económicas y socio-culturales-ambientales como factores aislados, sin tomarlos como parte de un sistema que los determina.

Los indicadores de Salud son las tasas de morbi-mortalidad. Las formas de intervención se realizan a través de programas de control de enfermedades, mediante acciones médicas preventivas o curativas.

La educación para la salud es unidireccional, porque toda la verdad, está del lado del sistema de salud.

Modelo Ecológico-Sistémico: al modelo anterior le incorpora el medio ambiente desde una visión socio-biológico-cultural y las interrelaciones que con él se producen. Conceptualiza a la Salud como normalidad, lo cual refleja un estado de equilibrio entre el hombre y el medio ambiente.

La enfermedad es un estado de desequilibrio que se resuelve mediante la adaptación del individuo en un plano biológico y social al medio ambiente.

Los indicadores de Salud incluyen los del MMH pero, además, todos aquellos que indican equilibrio ecológico, demográfico y ambiental.

Modelo Social-Histórico-Cultural: éste evalúa la

Salud considerando el momento histórico y tiene en cuenta las relaciones de producción en que se desenvuelven las personas. Esto lleva a la aplicación del Modelo Médico Hegemónico y sus parámetros de medida, pero la diferencia por clases sociales. Plantea que las modificaciones de las formas sociales de producción conllevan a un mejoramiento de la Salud de la población.

Modelo Antropológico OMS: conceptualiza a la Salud como bienestar y ausencia de enfermedad, priorizando siempre el bienestar. Reconoce en la causalidad, la relevancia de la organización social, y al hombre como protagonista capaz de percibir y decir su valoración de la Salud, más allá del reconocimiento exterior que otros pueden hacer de la misma.

Si bien este modelo admite como válidos los indicadores del Modelo Médico Hegemónico, los considera insuficientes. Prioriza los parámetros que para cada grupo humano resultan más adecuados.

En cuanto a las intervenciones, no excluye las de los modelos anteriores, dado que son "científicamente válidas", pero las subordina a la participación popular: "...socialmente aceptables".

La participación es una estrategia que le permite abordar la divergencia entre bienestar y enfermedad, quedando librada la decisión a los individuos y toda la comunidad: espíritu de autoreponsabilidad.

Tiene en cuenta la calidad de vida de las personas y no solamente la situación de enfermedad o muerte. En este contexto se reconoce a la Salud como un Derecho Humano y una Necesidad Básica, lo cual necesariamente implica un enfoque de la Salud interdisciplinario y multisectorial que requiere una clara participación popular insertada en un proyecto político.

Hablar de APS implica, además, tener un marco teórico de referencia de la sociedad que queremos. La integración del modelo de Salud y del modelo de sociedad, determinará el enfoque y el tipo de acciones en la APS, es decir acciones reformadoras o transformadoras.

Si tenemos en cuenta el marco teórico del

concepto de Salud en los tres primeros modelos, podemos llegar solamente a la atención primaria selectiva que atiende las causas prioritarias de enfermedad y muerte, dirigiéndose a las poblaciones de mayor riesgo. No combate a las condiciones estructurales que llevan a esto. Restringe la participación de la población en el proceso de Salud.

De acuerdo con el modelo Antropológico-OMS, podemos optar por una APS integral, que permite al pueblo ser protagonista en su proceso de Salud, dejando de ser objeto de programas de las acciones de Salud. Este enfoque abre el espacio para el análisis crítico de la situación Salud-Enfermedad, ya que no se basa en la hegemonía del sistema de salud, sino que permite crear modelos alternativos.

Es por todo esto que la APS integral es fecunda cuando se inserta en los movimientos populares y se esteriliza cuando se limita a un

conjunto de acciones desde un Ministerio de Salud

La APS integral pretende la equidad y no la igualdad del sistema, de manera que el gasto en salud se inclina a quien más lo necesita y no al que puede consumir más.

Uno de los puntos más discutidos de la APS es la participación. Debemos estar dispuestos a abrir espacios de participación en la institución donde trabajamos, en el radio de acción de nuestro centro de salud, pero debemos tener en cuenta que esta participación debe llevar, si es necesario, a cuestionar al hospital de referencia, al Sistema de Salud y hasta la sociedad en que vivimos.

Es por todo esto que la APS no implica un compromiso meramente profesional, sino un compromiso como personas y resulta impracticable en un proyecto político que no se funde en el respeto de los derechos humanos, la equidad y la justicia social.

Hilario M. Ferrero

TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL. ROL DE LOS SUSTRATOS POLIMERICOS.

Cada año, las diarreas matan por lo menos 5 millones de niños antes de que cumplan 5 años de vida. La mayor parte de estas muertes pertenecen a los países en vías de desarrollo. En muchos de estos países es normal que los niños experimenten 3 o más episodios diarreicos serios por año.

En los países ricos, la diarrea permanece como un problema no solucionado pero importante que sufren las poblaciones pobres, enfermas e institucionalizadas. En los Estados Unidos la diarrea permanece como uno de los motivos comunes de internación.

Los ancianos, especialmente los de los asilos, tienen altas tasas de diarrea; su mortalidad y morbilidad todavía no han sido bien estudiadas.

Los pacientes con S.I.D.A. constituyen una nueva y creciente población que es especialmente vulnerable.

Las pérdidas de fluidos por el intestino con la hipovolemia resultante y la disminución de la circulación en órganos vitales es la principal causa de muerte y hospitalización por diarrea.

Esto ha sido bien documentado en el cólera.

El reemplazo de los líquidos perdidos salva al enfermo de la muerte y evita serias complicaciones. Al principio, el reemplazo se realizaba por

Aporte del artículo y traducción: *Dr. Jorge Lacroze*

vía intravenosa, pero estudios clínicos y fisiológicos de investigación en Bangladesh e India durante las dos últimas décadas han producido el desarrollo de la terapia de rehidratación oral. La base de esta terapia es el fenómeno de cotransporte, por el cual el sodio (Na^+) atraviesa, junto con la glucosa y otras moléculas orgánicas como los aminoácidos, desde el lumen del intestino a través del epitelio de las vellosidades intestinales hacia los fluidos corporales.

Durante la diarrea aguda, este proceso permanece casi completamente intacto. La correcta concentración de Na^{++} y glucosa es crítica para la eficacia de este proceso.

Los líquidos de rehidratación oral administrados no deben exceder demasiado la osmolaridad plasmática sin riesgo de aumentar la diarrea y la hipernatremia. Para que mayor cantidad de glucosa atraviese la pared de vellosidades, ésta debe ser presentada de una manera que posea baja actividad osmótica, ya que el epitelio intestinal es una membrana muy permeable que equilibra los gradientes osmolares rápidamente.

Se ha sugerido que los polímeros de la glucosa y aminoácidos son la forma óptima para atravesar la pared.

Afortunadamente, la naturaleza provee alimentos que contienen almidones tales como

los cereales y raíces, que tienen una osmolaridad baja en solución. Estudios recientes han indicado que las soluciones orales en las cuales el arroz u otras sustancias (fuentes de almidón) son substituidas por glucosa, reemplazan efectivamente los líquidos perdidos en la diarrea, disminuyendo los vómitos y disminuyendo su severidad y duración.

La reciente conferencia sobre terapia de rehidratación oral que fue patrocinada por la Fundación Internacional para la Salud del Niño, el Consejo Nacional para la Salud y la Academia Nacional de Ciencias, explicaron el rol potencial que tienen los polímeros (almidón y aminoácidos) en lugar de los monómeros o dímeros (glucosa o fructosa).

Este tema fué discutido en el contexto del actual programa patrocinado por la OMS para el tratamiento precoz de la diarrea con líquidos orales preparados en el hogar y para el tratamiento de la deshidratación por diarrea con una solución de glucosa standard.

La terapia con soluciones glucosadas ha provisto un medio simple, exitoso y uniforme de tratar la deshidratación por diarrea con ingredientes que están al alcance de todo el mundo y además son de bajo costo.

La OMS y la U.N.C.I.C.E.F han lanzado un programa progresivamente exitoso para alentar la producción local de solutos standardizados envasados en todo el mundo, distribuir sus propios sobres cuando lo anterior no es posible y educar a las madres y personal de salud de todos los países en vías de desarrollo sobre los principios de la rehidratación oral en base a soluciones glucosadas standard.

La proporción de la población mundial que goza de los beneficios de esta terapia ha aumentado rápidamente a los largo de los últimos años y se estima que este método es actualmente usado por el 23% de los enfermos, que pueden beneficiarse con esta modalidad de tratamiento. Una gran proporción de las estimadas cinco millones de muertes anuales, causadas por la deshidratación por diarrea aguda, puede evitarse si esta tendencia progresiva continúa. En los países desarrollados, su mayor beneficio consiste en reducir los costos de internación. Hay, empero, algunos problemas con las soluciones glucosadas, que limitan su aceptabilidad y uso.

Esta terapia reemplaza efectivamente los líquidos

perdidos en las deposiciones de los pacientes con diarrea, pero no disminuyen y a veces pueden llegar a aumentar ligeramente el volumen de las mismas.

La diarrea prolongada compromete el valor de la terapéutica en la mente del usuario, quien espera que disminuya el volumen de las

deposiciones y los vómitos. Además, si las soluciones glucosadas son preparadas con concentraciones de electrolitos más elevados que las recomendadas, como resultado de la adición de más soluto al volumen de agua standardizado, se puede producir un aumento de la diarrea e hipernatremia. Solamente en pocos países se ha logrado producir sobres standard que pueden ser usados en el hogar.

La reciente demostración de que los polvos de cereales pueden substituir a la glucosa como fuente de co-transporte en la hidratación oral, es un avance potencialmente importante.

Varios estudios han demostrado que las soluciones basadas en cereales son igualmente efectivas para restaurar las pérdidas de volumen, pudiendo reducir sustancialmente las pérdidas de líquido intestinal y la duración de la enfermedad.

La Tabla 1 muestra la composición de ambas soluciones recomendadas por la O.M.S.:

	SOLUCION A BASE DE GLUCOSA en g/ litro	SOLUCION A BASE DE CEREALES en g/ litro
GLUCOSA	20	00
ARROZ	00	50 a 80
Cl Na	3,5	3,5
BIC Na	2,5	2,5
Cl K	1,5	1,5

Se debe agregar suficiente cantidad de arroz para que la solución sea espesa pero tomable cuando se cocina durante 2 a 3 minutos. En los países tropicales se puede reemplazar el bicarbonato por citrato dihidrato trisódico (2.9 g/l); esto hace a la solución más estable.

Aunque al principio se usaron las soluciones completas, la adición de bicarbonato y cloruro de potasio no es indispensable para el éxito de las soluciones a base de cereales. Fisiológicamente, las soluciones a base de cereal son idénticas a las glucosadas: en ambos casos la molécula de glucosa facilita el transporte de sodio a través del epitelio de-

intestino mediante un mecanismo alta mente específico que permite al intestino absorber líquidos a una velocidad igual o más rápida que la secreción de líquidos a nivel enteral

El componente fundamental de los cereales es el almidón, que puede ser de arroz, maíz, trigo, papa, sorgo, mijo o banana. El almidón es un gran polímero de la glucosa que, expuesto a la acción de la amilasa del intestino, es digerido a polímeros más pequeños,

que luego son fragmentados por la maltasa a glucosa en el ribete en cepillo. Este proceso digestivo aporta un gran número de moléculas de glucosa, con las cuales se transportan los iones de sodio del lumen intestinal a la sangre, generando menos desnivel osmótico que el que produciría la presencia de una cantidad equivalente de glucosa.

Las proteínas de los cereales también proveen pequeños péptidos y aminoácidos, los cuales por mecanismos de cotransporte diferentes facilitan la absorción adicional de iones de sodio. Investigaciones futuras pueden demostrar que la adición de proteínas específicas de lugar a una mezcla más efectiva de cotransportar aminoácidos y péptidos, que aumente aun más la absorción de sodio.

La presencia de suficiente cantidad de enzimas digestivas es esencial para el éxito de dichas soluciones, para que los polímeros puedan ser fragmentados rápidamente en el borde en cepillo, generando la menor cantidad de osmoles intraluminales mientras se produce el transporte de sustancias.

En la gran mayoría de las diarreas agudas, incluso en las más severas, existen cantidades adecuadas de enzimas degradantes del almidón y proteolíticas.

Una excepción que requiere mayor estudio puede ocurrir en niños menores de 4 meses, en los cuales la glucoaminasa intestinal no está completamente desarrollada: cuando estos niños sufren una infección por rotavirus, la depleción enzimática puede estar agravada por el daño inducido por el virus en la mucosa intestinal.

Otra ventaja agregada de las soluciones a base de cereales, es que ellas pueden proveer mayor aporte calórico, hasta 320 kcal por litro durante la fase aguda de la diarrea.

Investigaciones futuras podrían indicar que el agregado de proteínas específicas puede producir un cotransporte más efectivo de aminoácidos y péptidos, permitiendo aumentar su valor nutri-

cional y mejorar la absorción de sodio. La idea de la solución a base de cereales tiene por lo tanto importantes características como para recomendar su inclusión en los esfuerzos que actualmente se realizan de expandir el tratamiento de la diarrea aguda por medio de fluidos orales en todo el mundo.

Varias veces la cantidad de glucosa, aminoácidos y péptidos pueden ser absorbidos por el intestino sin aumentar la carga osmótica de la solución debido a las propiedades de los polímeros en solución.

Por lo tanto, las soluciones a base de cereales pueden disminuir la pérdida de líquidos intestinales, aumentando el mecanismo de absorción de sodio. Además, este tipo de preparación puede ser realizada por las madres en el hogar, utilizando elementos presentes en cualquier cocina.

A pesar de que las soluciones con cereales pueden también proveer mayor cantidad de calorías (200 a 320 kcal por litro) que las glucosadas, ninguna de las dos dadas solas alcanzan las necesidades calóricas requeridas para un niño con diarrea, las cuales pueden exceder las 100 kcal/día.

A fin de mantener el estado nutricional durante la diarrea aguda, la alimentación debe mantenerse, no importando el tipo de solución utilizada. Los nutrientes específicos provistos directamente al intestino puede acelerar la recuperación de la absorción del epitelio, facilitando de esta manera la obtención de curvas de crecimiento favorables después del episodio diarreico.

El rol exacto de las soluciones con cereales en el esfuerzo global para controlar la mortalidad por diarrea todavía está por definirse. Ciertamente existe suficiente evidencia para apoyar la promoción de la terapia temprana de la diarrea aguda usando soluciones de glucosa o cereales hechas en el hogar.

Esta idea es enteramente compatible con las recomendaciones de la U.N.I.C.E.F y de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Estas normas establecen que las soluciones orales y la alimentación normocalórica son los elementos esenciales de todo plan de control de diarrea. Se necesitará un esfuerzo considerablemente mayor para adaptar las soluciones a base de cereales a las posibilidades locales de cada región, en las cuales una variedad de diferentes cereales son tradicionalmente utilizadas.

La posibilidad de reemplazar por cereales

precocidos la glucosa utilizada actualmente en los sobres de rehidratación oral está siendo estudiada. Dicho producto, si pudiera ser fabricado de una manera económica y probase ser lo suficientemente estable para soportar un almacenamiento prolongado, tendría la importante ventaja de reducir efectivamente la severidad y duración de la diarrea, actuando realmente como una droga antidiarreica. También se está investigando para mejorar las sales de rehidratación utilizadas actualmente mediante el agregado de proteínas o polipeptidos, (como fuente de aminoácidos neutrales) y la utilización de polímeros de la glucosa ej: dextrinomaltoas.

Recomendaciones más firmes sobre el tipo más apropiado de solución utilizando polímeros en los sobres de rehidratación oral para su utilización masiva, deben esperar los resultados de estas dos líneas de investigación actualmente llevadas a cabo. Hasta que ideas más ciertas sobre las soluciones a base de cereales sean determinadas, las prioridades son claras.

Primero, deben estimularse todos los esfuerzos para promover el uso de sales de rehidratación oral a base de glucosa en aquellos pacientes que más lo necesitan.

Los conceptos actuales de la rehidratación oral a base de glucosa deben ser explicados claramente y dicha explicación debe ser tan importante como la distribución misma de los sobres de rehidratación oral.

El fin primario debe ser proveer de conocimientos que posibiliten a la gente, especialmente en los países en vías de desarrollo, la preparación de las soluciones cuando no hay existencia de sobres.

La investigación para determinar la óptima preparación de las soluciones a base de polímeros debe acelerarse. Se deben realizar ensayos clínicos para que las soluciones apropiadas a cada región puedan ser rápidamente puestas en uso.

Finalmente, los componentes esenciales de una solución de rehidratación oral (cereales y sal) se hallan en cualquier lugar del planeta.

El único componente que escasea es el conocimiento.

Este es un desafío que debe ser confrontado con vigor, viendo la trágica tasa causada por la enfermedad diarreica en los niños del mundo y los costos de las visitas al médico junto con las internaciones innecesarias.

Bibliografía:

CHARLES C/J CARPENTER
BROWN UNIVERSITY, PROVIDENCE, RI 02906

WILLIAM B. GREENOUGH
JOHN HOPKINS UNIVERSITY, BALTIMORE
M.D 21.224

NATHANIEL F. PIERCE
WORDL HEALTH ORGANIZATION GENEVA,
SWITZERLAND

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
Vol 319, nov. 17, 1988. number 20, pag 1346 - 1348

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE MÉDICOS GENERALISTAS DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN *

Autoras: *L. Schufer de Paikin y Nora B. L. de Figueroa*

Introducción:

La elección de una carrera es una decisión crítica en tanto tiene un impacto destacable en la vida de una persona.

En el caso de la medicina, la decisión de seguir esa carrera es solo la primera que el estudiante debe tomar. Más temprano o más tarde, en algún momento, el futuro médico debe decidir qué especialidad es la que más le gusta o la que más

le conviene. Esta decisión se basa no sólo en sus características e intereses personales, sino también en la imagen que él tiene de cada especialidad en el contexto social.

Dada una especialidad, Medicina General / Familiar, con características particulares tanto en lo que hace a la especialidad en sí - continuidad en el cuidado, accesibilidad, responsabilidad por el paciente y su familia, etc - como a factores coyunturales - dificultad de inserción en el sistema de at

enci3n m3dica surge la pregunta quienes la eligen ¿tendr3n rasgos personales diferenciales de los que se deciden por otra especialidad, m3s tradicional? ¿Cu3les ser3n sus fuentes de satisfacci3n - insatisfacci3n, sus motivaciones, las razones de elecci3n de la especialidad, etc?

Para responder a estas preguntas se est3 llevando a cabo un estudio en el que se analizan tres muestras diferentes: una de m3dicos generales que est3n ejerciendo su profesi3n (se ha elegido la Provincia del Neuqu3n, ya que es la que tiene una trayectoria m3s larga en esta orientaci3n de la Medicina); otra, de residentes de Medicina General / Familiar en distintos puntos del pa3s (Neuqu3n, Salta, C3rdoba, Buenos Aires), y una tercera de residentes y m3dicos de una especialidad que hipotetizamos polar, en cuanto a sus caracter3sticas, a la Medicina General/Familiar para efectuar la comparaci3n propuesta.

Presentamos aqu3 el an3lisis de los resultados obtenidos con la muestra de m3dicos generales. Resultados referidos a la muestra de residentes en Medicina General /Familiar fueron expuestos en otros dos trabajos (Schufer de Paikin y Figueroa, 1988 a y b). La comparaci3n con la otra especialidad est3 prevista para el a3o en curso.

METODO

Instrumentos:

Se elabor3 una encuesta de 32 preguntas, abiertas y cerradas, para recabar informaci3n sobre los siguientes aspectos: datos b3sicos, desempe3o acad3mico durante los estudios universitarios, razones de la elecci3n de la especialidad, desempe3o profesional actual, satisfacciones e insatisfacciones con la especialidad, opiniones acerca de la residencia en Medicina General/ familiar. Esta encuesta fue enviada por correo junto con

dos pruebas psicol3gicas, traducidas y adaptadas el Adjective Check List (ACL) de Gough & Heilbrun (1983) y el Vocational Preference Inventory (VPI) de Holland (1985).

Muestra

El cuestionario fue respondido en forma an3nima por 32 m3dicos de la Provincia de Neuqu3n, mayoritariamente de sexo masculino (87%) casados (85%) y cuyas edades oscilaban entre los 27 y los 43 a3os, con una media aritm3tica de 32 a3os.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los m3dicos encuestados han realizado sus estudios en la Universidad de Buenos Aires (44%), en la Universidad Nacional de C3rdoba (28%), en la Universidad de La Plata (19%), estudios en general han durado 7 a3os y en los que sus notas, en promedio, fueron de alrededor de 6.50 puntos.

Tienen entre 3 y 14 a3os de antigüedad en la profesi3n, con una media aritm3tica de 7 a3os.

Han elegido su especialidad en el ciclo cl3nico (47%), o despu3s de recibidos (22%). Las vocaciones tempranas son menos frecuentes: antes de entrar a la facultad (19%) y en el ciclo cl3nico (13%).

Las especialidades preferidas son Medicina General (34%), y Clínica M3dica (25%), como primera opci3n, y, como segunda opci3n, Pediatr3a (34%).

Las especialidades rechazadas son Oftalmolog3a (22%) y Patolog3a (13%), en primera opci3n y Otorrinolaringolog3a (22%), en una segunda opci3n.

Las razones por las que eligieron su especialidad son, en orden decreciente*

	\bar{x}	σ
- se necesita en el pa3s	3.78	.74
- permite un contacto m3s estrecho con el paciente	3.72	.62
- ten3a una firme vocaci3n para esta especialidad	3.56	.75
- idealizaci3n de la labor m3dico	3.19	1.07
- considerar que es el tipo de medicina que todos deber3amos practicar	3.12	1.08
- considerar que es el tipo de medicina del futuro	3.00	1.06

*La importancia asignada se midi3 a trav3s de un continuo donde 4 representa "mucha importancia" y 1, "ninguna importancia"

es más estimulante intelectualmente que otras	2.62	1.29
interés por entrar en un campo aún inexplorado	2.44	1.32
permite desarrollar actividades manuales	2.40	1.06
permite una mayor certidumbre en el diagnóstico y tratamiento	2.34	1.19
en el hospital había un buen servicio de la especialidad	1.97	1.31
estímulo de colegas que estaban en la especialidad (incluidos profesores)	1.87	1.16
en hospital sólo había residencias de esta especialidad	1.68	1.15
estímulo de colegas que no estaban en la especialidad	1.50	.87
- el estrés derivado de la atención del paciente es menor	1.34	.59
- no pude entrar en la especialidad que había elegido	1.29	.89
- tiene mayor prestigio	1.28	.51
- permite mayor progreso económico	1.22	.41
- no tenía habilidades para otra especialidad	1.22	.54
- creí que tenía más posibilidades de entrar en la residencia	1.19	.47

Este ordenamiento es muy similar al encontrado para los residentes de esta especialidad (Schufer de Paikin y Figueroa, 1988 a).

En el único ítem en que la diferencia de medias entre ambos grupos es estadísticamente significativa es en el último, "creí que tenía más posibilidades de entrar en la residencia", al que los residentes le otorgaron un valor superior, es decir le asignaron mayor importancia, revelando tal vez cierta especulación en la elección de la especialidad.

En una investigación anterior (Schufer de Paikin, 1986) en la que se encuestó a médicos de distintas especialidades en la ciudad de La Plata, ante un listado similar, los cirujanos otorgaron mucha importancia a "permite desarrollar habilidades manuales", en tanto que los psiquiatras mayoritariamente adhirieron a "es más estimulante que otras" y "permite un contacto más estrecho con el paciente" y los radiólogos a "permite mayor certidumbre en el diagnóstico y/o tratamiento".

El 34% de los médicos había elegido otra especialidad con anterioridad* y las razones del cambio, en orden decreciente fueron:

	\bar{x}	σ
- me di cuenta de que la especialidad elegida no era mi vocación	2.00	1.35
- en el hospital sólo había residencias de mi especialidad actual	1.82	1.34
- no pude ingresar en la especialidad que había elegido	1.73	1.21
- consejo de colegas o profesores	1.64	1.07
- en el hospital no había un buen servicio de la especialidad que había elegido	1.45	.99
- existe mucha oferta de médicos en la especialidad que deseché	1.27	.62
- creí que tenía más posibilidades de entrar en la residencia si elegía mi especialidad actual	1.09	.29
- no tenía las habilidades requeridas para la especialidad que había elegido en primer término	1.00	.00

Llama la atención los bajos valores asignados a todos los ítems, lo que significa que ninguna de las razones listadas tuvo un peso importante en la decisión de cambiar de especialidad.

*)Incluía Cirugía y sus especialidades afines.

**Incluía todos los especialistas en diagnóstico por imágenes.

* Estas especialidades eran Cirugía, Clínica Médica, Pediatría, Medicina Interna e Infectología.

Con respecto al ordenamiento hallado para los residentes (Schufer de Paikin y Figueroa, 1988 a), sólo hay coincidencia en la ubicación del primer ítem. Los residentes puntúan significativamente más alto, es decir, dan más importancia a las razones "existe mucha oferta de médicos en la especialidad que deseché" y "creí que tenía más posibilidades de entrar en la residencia si elegía mi especialidad actual". Estos problemas de la realidad médica no parecieron pesar tanto en la elección de los médicos como lo hicieron en la de los residentes.

El 78% de los médicos encuestados había realizado su residencia en el Neuquén y el 91% se declaró conforme o muy conforme con la misma. Este porcentaje es estadísticamente similar al 84% de los residentes del Neuquén y al 76% de los residentes de Salta, que declaró hallarse conforme o muy conforme con su residencia, pero contrasta con el 35% de los residentes de la provincia de Buenos Aires y el 28% de los de la provincia de Córdoba, que ubicaron en las mismas categorías (Schufer de Paikin y Figueroa, 1988 b).

Varios indicadores permiten describir el desempeño profesional actual de los médicos encuestados. Así, todos trabajan en el hospital, ninguno tiene actividad privada y sólo dos tienen actividades profesionales fuera del hospital, uno en la Universidad y otro en la Administración Pública.

Otros dos se dedican también a otra especialidad, uno en Nefrología, el otro a Oftalmología.

El 59% trabaja entre 8 y 12 horas diarias y un 19% entre 4 y 8 horas diarias. En la investigación citada (Schufer de Paikin, 1986), para la primera categoría (8 a 12 horas diarias) el porcentaje era menor (43%) pero para la segunda (más de 12 horas diarias) era mayor (33%).

El 41% está conforme con los ingresos que percibe; el 31%, término medio y el 28%, desconforme. Comparando, los médicos de La Plata estaban más desconformes con sus ingresos, ya que los porcentajes eran 25, 37 y 38%, respectivamente.

Los ingresos que perciben les alcanzan para:

- darse algunos gustos	72%
- contribuir al mantenimiento del hogar	66%
- comprar bibliografía	66%
- vivir decorosamente	63%
- aumentar el confort de su hogar	63%
- veranear	44%
- asistir a congresos, cursos, seminarios	34%
- comprar o cambiar el auto	22%
- adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	13%
- no alcanzan para vivir decorosamente	9%
- realizar viajes de placer	6%
- realizar viajes de estudio	3%
- realizar inversiones	3%

Un aspecto importante a tener en cuenta en la descripción de un grupo de profesionales es su grado de satisfacción o insatisfacción, en este caso, con la especialidad elegida.

El grupo de médicos generalistas encuestados está satisfecho con la elección realizada, ya que un 53% dice estar muy satisfecho, el 44%, satisfecho, un 3%, término medio y no hay ninguno ubicado en la categoría de insatisfecho.

De los grupos profesionales -médicos y psicopedagogos- estudiados por las autoras (Figueroa et al., 1984; Schufer de Paikin, 1986), el grupo de médicos generalistas es el único que muestra un tan alto grado de satisfacción con su profesión.

Las mayores satisfacciones que les da su especialidad son, en orden decreciente:

	\bar{x}	σ
- tener una visión integradora del paciente	3,97	17
- poner la profesión al servicio de las necesidades del país	3.84	36
- mantener una cálida relación interpersonal con los pacientes y sus familias	3.81	.46

brindar asistencia a quienes más la necesitan	3.81	46
actuar de acuerdo con los principios éticos de la medicina	3.62	62
ayudar en la búsqueda de una solución a los problemas psicológicos y sociales de los pacientes	3.62	65
poder llegar a un diagnóstico correcto	3.28	62
salvar vidas humanas	2.84	97
recibir la gratitud de los pacientes	2.56	97
tener una buena posición económica	1.97	78
ocupar una posición influyente en la sociedad	1.90	79

El propio listado de las fuentes de satisfacción exime, creemos, de mayores comentarios. Pero es de interés hacer notar los valores notablemente pequeños de las desviaciones estándar (o) lo que denota la homogeneidad de las opiniones expresadas.

Este grado de acuerdo no está tan presente en las fuentes de insatisfacción, que en orden decreciente son:

	x	o
el no reconocimiento de la Medicina General/Familiar como especialidad*	3.03	1.16
no percibir una remuneración acorde con sus responsabilidades y nivel académico	2.94	.90
imposibilidad de encontrar solución a los problemas que el paciente plantea	2.75	1.12
no acertar con el diagnóstico y/o tratamiento	2.28	1.01
dificultad para integrar equipos profesionales en Medicina General/Familiar	2.26	1.22
no tener una inserción adecuada en el sistema de salud	2.26	1.29
no contar con el reconocimiento de los pacientes	1.97	.98

La satisfacción de los médicos encuestados se refleja también cuando se les pregunta si aconsejarían a un colega para que siguiera la especialidad: el 87% responde afirmativamente y el 13%, negativamente. Estos últimos aducen razones de tipo vocacional: "Depende de la vocación de cada uno" "Debe provenir de convicciones personales", y los primeros ponen énfasis en las características de integralidad de la especialidad "Forma integradora de abordar los problemas de salud", "Es integracionista. El paciente no es un enfermo, es parte de una comunidad a la cual se pertenece y por la cual se trabaja en forma integral" y hacen hincapié en que "ningún médico debería realizar otra especialidad sin haber sido generalista por la experiencia invaluable que brinda".

A partir de los instrumentos psicológicos administrados, puede decirse que grupalmente, los médicos encuestados tienen una actitud positiva hacia la vida, disfrutan de la compañía de otros y se sienten capaces de iniciar nuevas actividades y llevarlas a buen término. Dan consejos y se manejan con reglas dentro de límites precisos. De personalidad independiente y madura, sus sentimientos y conductas están adaptadas a la realidad, lo que promueve un proceso lógico de toma de decisiones Prudentes, vigilantes, evitan las intemperancias y la expresión de los impulsos.

A modo de síntesis podríamos decir que, en el grupo de médicos generalistas encuestados, las expectativas que tuvieron al elegir la especialidad se cumplen en su desempeño profesional actual. Esto hace al grado de satisfacción que dicen les proporciona su especialidad. Esta satisfacción se basa en las características específicas de la Medicina General/Familiar, a diferencia de las insatisfacciones que tienen su fuente en la falta de inserción de esta especialidad en el sistema de salud y en la imposibilidad de resolver problemas de índole socioeconómica que los pacientes traen a la consulta.

* La Medicina General fue situada por los médicos encuestados, en el último lugar, en un ordenamiento de 12 especialidades en cuanto al prestigio que la profesión le otorga a las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- Figueroa, N.B.L. de et al. Ajuste entre imagen y realidad en el rol del Psicopedagogo **Aprendizaje Hoy** 1984. 5 (7), 55-60
- Gough H.G. & Heilbrun, A.B. **The Adjective Check List (ACL)** Palo Alto Consulting Psychologist Press, 1983
- Holland, J.L. **Vocational Preference Inventory (VPI)**. Florida Psychological Assessment Resources 1985.
- Schufer de Paikin, M.L. Factores determinantes en la elección de la especialidad en Medicina. **Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires**, 1986, Vol. 64, 413-421
- Schufer de Paikin, M.L. y Figueroa, N.B.L. de. Características psicosociales de quienes eligen Medicina General/Familiar en la Argentina. **M F (en prensa)**, 1988 a.
- Schufer de Paikin, M.L. y Figueroa, N.B.L. de. Las residencias de Medicina General/Familiar y su inserción en el sistema de salud: opinan los residentes, 1988 b, enviado a **M R**.
- * Las autoras agradecen la colaboración de los médicos generalistas que con sus respuestas hicieron posible realizar este trabajo
- ** Miembros de la Carrera del Investigador Científico de CONICET, Ferrari 465, (1414) Buenos Aires

INDICADORES SANITARIOS DEL CHACO

Por cuarto año consecutivo presentamos el ANUARIO "HECHOS VITALES Y TASAS" DEL CHACO.

Como habitualmente lo hacemos, se basa en datos provisionales, a los efectos de contar con una información oportuna y útil para que su análisis sea un aporte efectivo para la toma de decisiones.

Contribución: *Dr. Julio Alberto Mansalvo*

Los ajustes posteriores, que siempre llevan su tiempo, no afectan sustantivamente esta información primaria.

A continuación efectuamos algunos comentarios comparativos sugiriendo a los Directores de Zonas Sanitarias como a los Jefes de Áreas Programáticas puedan realizar comparaciones similares en sus respectivas jurisdicciones

TABLA 1: DISTRIBUCION DE LAS DEFUNCIONES SEGUN EVITABILIDAD DA LAS CAUSAS.

a) Porcentaje Defunciones "Mal Definida"

Media Provincial	6,6%
Porcentaje más bajo: Zona I ..	4,5%
Porcentaje más alto: Zona VI ..	13,8%

Respecto al año 1986 en que el porcentaje de "Mal Definido" fue a nivel Provincial 7,7 (14% más elevado), los extremos también fueron dados por Zona I (6,0%) y Zona VI (12,4%)

b) Porcentaje de Muertes consideradas "Muy Evitables"

Media Provincial	11 1%
Porcentaje más bajo: Zona I	6,3%
Porcentaje más alto: Zona VI	25,8%

En el año 1986 la media provincial fue de 12,9% (el año 1987 presenta un descenso del 11%)

aspecto al anterior). En ese año los extremos fueron dados por Zona I (8,2%) y Zona VI (27,0%).

TABLA 2: DISTRIBUCION DE LAS DEFUNCIONES DE 0 AÑOS SEGUN EVITABILIDAD DE LAS CAUSAS.

a) Porcentaje de Defunciones "Mal Definidas"

- Media Provincial.....	11,1%
- Porcentaje más bajo: Zona I.....	4,0%
- Porcentaje más alto: Zona VI.....	18,9%

En el año 1986 la media provincial fue de 11.4% (una mejoría del 3% para el año 1987). En ese año los extremos fueron dados por Zona I (5.7%) y Zona III (18.7).

b) Porcentaje de Muertes consideradas "Muy Evitables"

- Media Provincial.....	42.0%
- Porcentaje más bajo: Zona I.....	29.1%
- Porcentaje más alto: Zona VI.....	57.0%

En 1986 la media provincial fue de 43.8% (el año 1987 registra por consiguiente un avance del orden del 4%). En el año mencionado los extremos están dados por Zona I (33.0%) y Zona VI(52.3%).

TABLA 3: DISTRIBUCION DE LAS DEFUNCIONES DE 1 AÑO SEGUN EVITABILIDAD DE LAS CAUSAS.

a) Porcentaje Defunciones "Mal Definidas"

- Media Provincial.....	12,9%
- Porcentaje más bajo: Zona V.....	0,0%
- Porcentaje más alto: Zona IV.....	33.3%

En el año anterior la media provincial fue de 19.4%, registrándose entonces un avance del orden del 33%. En 1986 los extremos los observamos en Zona III (8,3%) y Zona VI (13.6%).

b) Porcentaje de Muertes consideradas "Muy Evitables"

- Media Provincial.....	66,3%
- Porcentaje más bajo: Zona I.....	54.2%
- Porcentaje más alto: Zona VI.....	84.6%

En 1986 la media fue de 78.3%. El avance en 1987 es del 18.0%, los extremos en el año anterior están dados por Zona I (50.0%) y por las Zonas III y IV que registraron el 100%.

TABLA 4: DISTRIBUCION DE LAS DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS ETAREOS

Se trata del estudio de la "Mortalidad Proporcional Agrupada".

Consideramos dos aspectos:

a) Porcentaje de Fallecidos de 50 y más años sobre el total:

- Media Provincial.....	64.8%
- Porcentaje más bajo: Zona VI.....	47.0%
- Porcentaje más alto: Zona I.....	70.1%

Recordemos que la expectativa deseable es que el mayor porcentaje de fallecimientos se produzcan en edades avanzadas de la vida. La Zona VI es la única que registra un porcentaje de fallecimientos de 50 y más años por debajo del 50%.

En 1986 la media provincial fue del 62.9%, lo cual significa un avance positivo del 3%.

b) Porcentaje de fallecidos menores de 5 años sobre el total:

- Media Provincial.....	18.0%
- Porcentaje más bajo: Zona I.....	14.1%
- Porcentaje más alto: Zona VI.....	29.8%

En 1986 el porcentaje de fallecimientos menores de 5 años sobre el total de defunciones fue del 20.8%. El avance fue del orden del 13%. En ese año los extremos estuvieron dados por Zona I (15.3%) y Zona VI (37.9%).

TABLAS 5 - 6: DISTRIBUCION DE LAS DEFUNCIONES POR CAUSAS OBJETO DEL PROGRAMA PRIORITARIO.

Analizaremos estas tablas comparando los años 1985 - 1986 y 1987. El "Programa Proiritario de Atención Primaria de la Salud Materno Infantil" se puso en marcha en octubre de 1985.

RUBRO	1985		1986		1987	
	Nº	TASA X 10.000	Nº	TASA X 10.000	Nº	TASA X 10.000
1 - Muertes Maternas	34	14.7	28	11.7	31	13.3
2 - Inmunoprevenibles (0 a 4 años)	30	2.7	29	2.5	15	1.3
# Tétanos	4	0.4	2	0.2	2	0.2
# Sarampión	14	1.2	3	0.3	0	0.0
# Coqueluche	3	0.3	0	0.0	1	0.1
# Tuberculosis	9	0.8	24	2.0	12	1.0
3 - Diarrea - Deshidratación (total 0 a 4 años)	149	13.2	136	11.9	94	8.2
0 años	122	52.8	101	42.1	68	29.2
1 año	20	8.7	26	11.3	18	7.7
2 - 4 años	7	1.0	9	1.3	8	1.2
4 - Infec. Respiratorias Agudas (0 a 4 años)	108	9.6	88	7.7	121	10.6
0 años	82	35.4	65	21.1	93	39.9
1 año	16	6.7	13	5.6	15	6.4
2 - 4 años	10	1.5	10	1.5	13	1.9
5 - Desnutrición (0 - 4 años)	114	10.1	72	6.3	45	3.9
0 años	85	36.8	58	24.2	29	12.4
1 año	16	6.7	11	4.8	13	5.6
2 - 4 años	13	1.9	3	0.4	3	0.4
6 - Total Fallecidos por causa Objeto del programa (0 - 4 años)	401	35.5	325	28.4	275	24.0
0 año	304	131.4	237	98.9	201	86.3
1 Año	62	27.1	59	25.6	47	20.2
2 - 4 años	35	5.2	29	4.3	27	4.0
7- Población con que se efectuan cálculos de tasas: (1)						
# Nacidos vivos	23.127		23.964		23.295	
# 1 Año	22.862		23.090		23.287	
# 2 - 4 Años	66.850		67.520		68.090	
# 0 - 4 Años	112.839		114.574		114.680	

(1) - Se trabajó con los datos provisionales de nacidos vivos de los tres años a los efectos comparativos. De 1 a 4 años es población estimada por proyección censal.

TABAL 7 TASAS DE HECHOS VITALES

Comparamos también los años 1985 - 1986 y 1987, teniendo en cuenta aquí la información proporcionada por la Dirección de Estadísticas.

T A S A X 1000	1985	1986	1987
1 - Mortalidad Infantil	39.3	36.7	33.0
1.1 M. I. Neonatal	19.8	20.8	19.0
1.2 M. I. Tardía	19.0	15.9	14.0
2 - Mortalidad Materna	1.5	1.3	1.3
3 - Defunciones Fetales	20.0	16.0	17.5
4 - Mortalidad 1 Año	5.5	4.7	3.7
5 - Mortalidad 1 - 4 Años	2.5	2.1	1.6

Observamos de acuerdo a lo analizado en el punto anterior si hubiéramos podido controlar en forma absoluta las patologías objeto del Programa Materno Infantil. La Tasa de Mortalidad Infantil se hallaría reducida a 24.4 ‰ (8.6 puntos menos) y la Tasa de Mortalidad de 1 Año se encontraría en 1.7‰ (2.0 puntos menos).

Del estudio comparativo entre los años 1986 - 1987 de los indicadores Sanitarios de nuestra Provincia; surgen las siguientes conclusiones
Son Favorables:

1- Disminución del porcentaje de defunciones "Mal Definidas":

- a) - 14% de todas las edades
- b) - 3% menores de 1 año
- c) - 33% de 1 año

2 - Disminución porcentaje de defunciones consideradas "Muy Evitables"

- a) - 16% de todas las edades
- b) - 4% menores de 1 año
- c) - 25% de 1 año

3 - Disminución porcentaje defunciones menores de 5 años sobre el total de defunciones

- a) - 12% de 0 año
- b) - 19% de 1 año
- c) - 18% de 2 - 4 años

4 Disminución de defunciones causadas por algunas patologías objeto del Programa Prioritario

- Sarampión 0 (- 3 / - 100%)
- Tuberculosis 12 (- 12 / - 50%)
- Diarreas 105 (- 31 / - 23%)
- Desnutrición 45 (- 27 / - 37%)

5 - Reducción de las siguientes tasas:

- Mortalidad Infantil 32.6 (-3.0 / - 8%)
- Mortalidad Inf. Neonatal 19.4 (-0.9 / - 4%)
- Mortalidad Inf. Tardía 13.3 (-2.0 / - 13%)
- Mortalidad 1 Año 3.7 (-0.8 / - 18%)
- Mortalidad 1 - 4 Años 1.7 (-0.4 / - 19%)

Son Desfavorables:

- 1- Aumento porcentaje de fallecidos de 5 a 14 años sobre el total de fallecidos: 6%
- 2- Aumento porcentaje fallecidos de 15 a 49 años sobre el total de fallecidos: 1%
- 3- Aumento de muertes maternas: 31 (+3 / +11%)
- 4- Igual número de defunciones por Tétanos en recién nacidos: 2
- 5- Aumento defunciones por Tétanos en otras edades: 5 (+3 +105%)
- 6- Aumento defunciones por INRESPA en menores de 5 años: 121 (+33 / +37%)
- 7- Aumento de las siguientes tasas:
 - Mortalidad Materna: 1.3 (+0.1 / +8%)
 - Tasa Defunciones Fetales: 17.2 (+1.1 / +7%)

HECHOS VITALES - PROVINCIA DEL CHACO
ESTUDIO COMPARATIVO - AÑOS 1986 - 1987

RUBRO	1986	1987	VARIACION	
			Nº	%
I DISTRIBUCION DE LAS DEFUN- CIONES DE TODAS LAS EDADES SEGUN EVITALIDAD DE LAS CAU- SAS				
1.1 Total Defunciones	5.011	5.109	+ 98	+ 2
1.2 Porcentaje Mal Definidas	7.7	6.6	1.1	14
1.3 Total Muy Evitables	598	531	67	11
1.4 Porcentaje Muy Evitables	12.9	11.1	1.8	16
II DISTRIBUCION DE LAS DEFUN- CIONES DE MENORES DE 1 AÑO, SEGUN EVITALIDAD DE LAS CAU- SAS				
2.1 Total Defunciones 0 Año	853	760	93	11
2.2 Porcentaje Mal Definidas	11.4	11.1	0.3	3
2.3 Total Muy Evitables	331	284	47	14
2.4 Porcentaje Muy Evitables	43.8	42.0	1.8	4
III DISTRIBUCION DE LAS DEFUN- CIONES DE 1 AÑO, SEGUN EVI- TABILIDAD DE LAS CAUSAS				
3.1 Total de las Defunciones	103	85	18	17
3.2 Porcentajes Mal Definidas	19.4	12.9	6.5	33
3.3 Total Muy Evitables	65	49	16	25
3.4 Porcentajes Muy Evitables	78.3	66.2	12.1	18
IV MORTALIDAD PROPORCIONAL AGRUPADA				
0 año	17.0	14.9	2.1	12
1 año	2.1	1.7	0.4	19
2 - 4 años	1.7	1.4	0.3	18
5 a 14 años	1.6	1.7	+ 0.1	+ 6
15 a 49 años	14.1	14.6	+ 0.2	+ 1
50 y más años	62.9	64.8	+ 1.9	+ 3
Ignorados	0.3	1.2	+ 0.9	+ 300

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

RUBRO	1986	1987	VARIACION	
			Nº	%
V - VI FALLECIDOS POR CAUSA OBJETO DEL PROGRAMA PRIORITARIO				
- Muertes Maternas	28	31	+ 3	+ 11
- Tétanos Neonatal	2	2	0	0
- Tétanos otras Edades	2	5	+ 3	+ 105
- Sarampión	3	0	- 3	- 100
- Coqueluche	0	1	+ 1	-
- Tuberculosis 0 a 4 años	24	12	- 12	- 50
- Diarrea - Deshidratación	136	105	- 31	- 23
0 año	101	68	- 33	- 33
1 año	26	29	+ 3	+ 3
2 a 4 años	9	8	- 1	- 11
- In. respa 0 a 4 años	88	121	+ 33	+ 37
0 año	65	93	+ 28	+ 41
1 año	13	15	+ 2	+ 15
2 - 4 años	10	13	+ 3	+ 30
- Desnutrición 0 a 4 años	72	45	- 27	- 37
0 año	58	29	- 29	- 50
1 año	11	13	+ 2	+ 15
2 - 4 años	3	3	0	0
VII TASAS				
Mortalidad Infantil	35.6	32.6	- 3.0	- 8
Mortalidad Neonatal	20.3	19.4	- 0.9	- 4
Mortalidad Infantil Tardía	15.3	13.3	- 2.0	- 13
Mortalidad Materna	1.2	1.3	+ 0.1	+ 8
Defunciones Fetales	16.1	17.2	+ 1.1	+ 7
Mortalidad 1 Año	4.5	3.7	- 0.8	- 18
Mortalidad 1 a 4 Años	2.1	1.7	- 0.4	- 19

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

A.P.S. EN NEUQUEN: DIFICULTADES Y LOGROS

Jorge Olden Gorosito

"La atención primaria de la salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar". (Declaración de Alma - Ata, 1978)

Mucho es lo que se ha hecho, dicho, estudiado, escrito y publicado acerca de la A.P.S. desde la Conferencia de Alma - Ata, pero nuestra Sociedad considera oportuno comenzar su ponencia en estas Jornadas enmarcándose en el documento liminar y, dentro de él, en sus aseveraciones básicas.

Creemos que la contraposición entre lo propuesto y lo efectivamente realizado es un adecuado método de comparación para analizar los logros y dificultades resultantes de la implementación de acciones enmarcadas por la estrategia de A.P.S. en nuestra provincia.

Neuquén se ubica en el extremo N.O. de la Patagonia Argentina. Recostada sobre los contrafuertes andinos, tiene forma triangular con el vértice formado por la confluencia de los ríos Neuquén y Limay, y la base dada por la cordillera de los Andes. Su relieve se caracteriza por tres zonas paralelas que corren de norte a sur: al oeste la cordillera de los Andes; al centro la meseta patagónica y al este los valles de los ríos mencionados, totalizando una superficie de 95.000 km² aproximadamente. Esta dividida en 16 departamentos, uno de los cuales, Confluencia, da cabida a 4 de las 5 ciudades más importantes de la provincia, incluyendo a la capital, la ciudad de Neuquén.

La población total según el censo '80 era de 243.850 hab., estimándose en 341.928 para 1987. En núcleos urbanos (más de 2000 hab.), se ubica el 85%; las 2/3 partes viven en el departamento Confluencia, y del total provincial el 43% lo hace en la ciudad capital. La población se caracteriza por ser joven, ya que el 43% es menor de 15 años y solo el 10% es mayor de 50. Otra de las peculiaridades demográficas de la provincia es su crecimiento, ya que en 1960 la población total era de 109.000 hab. Este incremento se debe en gran medida a la inmigración recibida en las décadas del '60 y el '70, debido a la atracción ejercida por la realización de grandes emprendimientos hidroeléctricos (Complejo Chocón - Cerros Colorados; Complejo Alicopa), y la explotación en gran escala de gas y petróleo.

La provincia basa sus recursos económicos fundamentalmente en los sectores primarios y terciarios de la economía. Su principal fuente

la constituye las regalías producto de la explotación de recursos energéticos renovables (hidroelectricidad) y no renovables (gas, petróleo, minería); la agricultura se basa casi exclusivamente en la fruticultura del valle inferior de los ríos Limay y Neuquén; la ganadería vacuna, en pequeña escala, se sitúa en fértiles valles de la región central y sur de la cordillera; el ganado caprino sirve de sustento y subsistencia a los aborígenes de la zona, aunque en escasa medida también se comercializa la lana de estos animales. El sector terciario está muy influenciado por los servicios gubernamentales y las empresas estatales provinciales; la industria relacionada al turismo es fuerte en la zona lacustre del sur de la cordillera y, en menor medida, en la capital provincial; los servicios relacionados a la informática han tenido un sostenido desarrollo en el último lustro, y se perfilan como uno de los componentes principales para lo que resta del siglo.

La red de comunicaciones provincial es buena, tanto en lo que hace a la vial como a las telecomunicaciones. La red troncal de carreteras está pavimentada, salvo la nacional 40, y las rutas principales, aunque enripiadas, se hallan en buen estado de conservación. Esto hace que pocas localidades, situadas en la cordillera, queden parcialmente aisladas por tierra durante cortos períodos en el invierno, debido a la nieve. Todas las localidades de más de 1000 hab. cuentan con la electricidad permanente, teléfonos y televisión. La línea aérea provincial sirve 10 localidades del interior, siendo aeropuerto internacional el de la ciudad capital.

Dentro del sector salud, en el año 1970 se implementó el plan cuyos lineamientos básicos han guiado las acciones hasta el presente. En este año la deficiente situación sanitaria se expresaba a través de los siguientes indicadores: natalidad 34,7‰, mortalidad general 10,4‰, mortalidad infantil 108,4‰; dentro de las cinco primeras causas de mortalidad general se hallaban las relacionadas con mal estado nutricional, infecciosas y estados morbosos mal definidos; los recursos médicos eran escasos y mal distribuidos, concentrándose en las ciudades; la infraestructura edilicia estaba en mal estado de conservación; la prevalencia de hidatidosis y tuberculosis era elevada.

Con este diagnóstico de situación se en-cararon una serie de medidas correctoras a través de dos grandes líneas de acción: la programación única de actividades y el mejoramiento de los recursos, tanto físico como humanos. Dado que la base de toda programación se centra en la infor-

ción de esfuerzos para su capacitación. Desde 1971 se desarrollan cursos anuales de auxilios de enfermería y en 1985 comenzó a funcionar la Escuela Superior de Enfermería, cuya primera promoción egresa este año.

Esta somera enunciacón de actividades llevada a cabo a lo largo de casi dos décadas, junto con otras acciones sectoriales y extrasectoriales, han contribuido a la modificación de la situación sanitaria provincial que para 1987 se expresa en los siguientes indicadores: natalidad 29,2% mortalidad general 4,8%; mortalidad infantil 23,6%; ubicación de neoplasias, cardiopulmonares, perinatales y accidentes dentro de las cinco primeras causas de mortalidad.

En este contexto, y cuando ya se llevaban casi una década de acciones de salud, se define a la APS como la estrategia principal a partir de 1979. Pero antes de analizar sus efectos consideramos oportuno recalcar algunas de las líneas de trabajo que ya se venían realizando basadas en una filosofía de atención médica a la que APS vendría a dar sustento teórico y validez internacional:

- # Atención continuada, integral, igualitaria, con énfasis en la promoción de la salud.
- # Responsabilidad de área programática y red escalonada de establecimientos hospitalarios, interconectados entre sí.
- # Priorización de la atención de grupos vulnerables.
- # Cobertura estimada en datos censales y tasa de crecimiento intercensal.
- # Inmunización "activa", esto es yendo a buscar quienes debían haber recibido sus vacunas no lo hubieran efectuado, cualquiera fuera la causa. Vacunación masiva en los establecimientos escolares, en horario escolar, a la población de alumnos de primer y último grado.
- # Recursos humanos médicos (generalistas) y de enfermería formados para llevar a cabo acciones del tipo de las que serían definidas como básicas para la APS.

Yendo ya al tema de esta mesa, cual es el de las dificultades y logros, creemos necesario diferenciar los dos niveles por lo que transitaremos para el análisis: lo macro y lo micro. Definimos como macro nivel a aquel donde se formulan las políticas para el sector, se asignan los recursos presupuestarios, se efectúan las articulaciones intersectoriales de nivel central, se origina la supervisión de las acciones y se lleva a cabo la evaluación de lo efectuado. Definimos como Micro nivel al efector, donde se llevan a cabo las acciones y se pueden hacer las articulaciones intersectoriales con los responsables de la acción directa de otros organismos gubernamentales y no gubernamentales. Si bien tenemos desglosando los distintos componentes para tratar de puntualizar lo que

maçión oportuna, confiable y de calidad, la provincia se adhirió al Programa Nacional de Estadísticas de Salud e implementó el mismo tipo de formularios en todos sus establecimientos para la recolección de datos, su consolidación, análisis e interpretación. Se obtuvieron de esta forma los primeros diagnósticos precisos acerca de la realidad provincial. La organización de los servicios hospitalarios se centró en el principio de regionalización, que consiste en brindar la atención adecuada a los requerimientos del paciente, lo más cerca posible de su domicilio, a través de una red de establecimientos de complejidad creciente, interconectados entre sí a través de la referencia y contrarreferencia. Además se implementó la programación de actividades única, por la cual todas las acciones se efectúan a través de los efectores, en este caso los hospitales y sus centros de salud. Se incorporó el concepto de "Área programa", por lo que cada hospital tenía bajo su responsabilidad toda la población que vivía en una zona con límites claramente determinados. Al ser estas áreas colindantes, se aseguró que todo habitante de la provincia estuviera bajo la responsabilidad de algún establecimiento hospitalario oficial. A su vez la programación priorizó la atención de los grupos vulnerables, en especial el binomio madre - hijo. Se implementaron programas de control de la embarazada y el niño sano; promoción del parto institucional; asistencia alimentaria; inmunización; atención diferencial al desnutrido según normas elaboradas al efecto. Asimismo se implantó la atención odontológica en los hospitales, priorizando el control y tratamiento de los escolares y, en segundo lugar, las embarazadas.

En relación a los recursos físicos, a partir de 1970 se inició un plan de obras para el mejoramiento, ampliación o construcción de nuevas edificaciones destinadas a servir como hospitales. Dicho plan de obras se ha desarrollado en forma interrumpida hasta la fecha, aun cuando no siguió el ritmo de demanda planteada por una población que en 1970, aunque en todos los casos las ampliaciones sucesivas han llevado a, por lo menos, duplicar la superficie cubierta.

El mejoramiento del recurso humano fue realizado tanto en cantidad como en calidad. En el área médica se incorporaron, desde 1971, profesionales egresados de diversas Residencias Médicas del país. A partir de 1974 se implementó en el Hospital Nequén, base del sistema de salud provincial, la residencia de Medicina General que alrededor de 130 médicos en sus 13 comarcas. Desde 1980, en forma discontinua se han llevado a cabo residencias en las cuatro especialidades básicas y algunas críticas. Además se han efectuado gran número de cursos orientados hacia la administración sanitaria, epidemiología, enfoque de riesgos, programación local, etc. Enfermería fue el otro rubro de personal donde se volvió mayor can-

consideramos dificultades y logros alcanzados en nuestra provincia a partir de la APS, podemos adelantar que es el macronivel donde se han producido las mayores dificultades, mientras que a nivel micro hallaremos la mayor cantidad de logros. ¿Por qué esta diferencia?

Un buen artículo del G.I.D.A.P.S. sobre "Conceptualización de la A.P.S." cita a Josephine Klein para referirse a las tres esferas donde se producen los cambios: en la estructura social, en el sistema de valores y en el sistema tecnológico, siendo el 1º el que se orienta a la A.P.S. ya que tiende a hacer efectivo el derecho a la salud para todos los habitantes de la Tierra, a fin de poder llegar a gozar de una vejez plena sin secuelas ni desamparos. Esta definición, tan rica conceptualmente cuanto más lo es en calidad humana, conlleva la necesidad de un cambio ético en el enfoque con el que se aborda la atención médica. Es ese el meollo al que apunta directamente la A.P.S., y es ahí donde se presentan las mayores dificultades.

Entrando de lleno en la pormenorización, utilizaremos nuevamente la declaración de Alma - Ata, de la que haremos referencia de varios de los muchos puntos allí planteados para sus construcciones. Consideramos que la mayor dificultad existente es que no se ha podido vencer al modelo médico hegemónico (Dec. A-A, 3). A pesar de los años transcurridos no se ha logrado modificar el concepto por el cual el paciente es más objeto de las prescripciones que sujeto que participa activamente en el proceso de salud - enfermedad.

Contribuye en grado sumo a ello la formación que se recibe en el pregrado, para consolidarse luego en las residencias de especialidades donde, desde el vamos, se limita el campo del conocimiento a una porción del paciente y se pierde la visión global e integral con la que debiéramos encarar nuestras acciones. Si bien somos concientes de que la educación no es más que una repetidora y reproductora del modelo vigente, lo que limita las posibilidades de acción a ese nivel para modificar modelos, creemos que Jornadas de este tipo, en este ambiente y con la presencia de profesionales jóvenes y, mejor aún estudiantes avanzados en la carrera, puede contribuir en un grado sumo a este cambio que se debe dar, aun cuando no a la velocidad que quisiéramos.

Con respecto a la organización del sistema de salud para prestar apoyo y contribuir al desarrollo posterior de la A.P.S. (A-A, 12), si bien en nuestra provincia se han implementado gran número de acciones estipuladas por la A.P.S., ello ha sido dentro de un sistema que ha permanecido con los mismos parámetros de organización, ya que los hospitales han incorporado a la atención primaria como un escalón más pero no como el eje sobre el cual debe girar la organización (A-A, 51), identificándose a la estrategia con las acciones del primer nivel de atención de las que constituyen una parte, impor-

tante por cierto. Por ello las más de las veces las acciones del primer nivel, cuando requieren del apoyo de los otros, se debe adecuar al tipo de funcionamiento ya existente, en lugar de que los niveles secundarios y terciarios lo apoyen. Esto se torna más evidente cuando de servicios se trata. Es dable resaltar, en este punto que no ha habido una nueva orientación de las estrategias nacionales de desarrollo sanitario (A-A, 20), y el apoyo recibido desde ese nivel se ha limitado al de tipo financiero.

No se ha dado en la provincia un efectivo proceso de descentralización (A-A, 49), llegándose a desconcentrar algunas acciones a nivel zonal y de los efectores. Hace dos años se inició, en base a la programación local, un proceso que parecía conducir a la descentralización, pero fue interrumpido a principios del año pasado. La planificación de actividades tuvo una fuerte componente médico, con el apoyo de algún profesional del área de estadísticas; lejos esta de composición de los equipos multidisciplinarios con la participación de profesionales de economía, ciencias políticas y sociales (A-A, 55). Todos estos factores, que consideramos dependientes del modelo médico hegemónico, han llevado a que no pudieran revertir los altos costos de los sistemas tradicionales de la salud (A-A, 6), lo que podría efectuarse, aunque fuera en forma parcial, si se mejoraran los circuitos administrativos y se montara una estructura de control de gestión basada en un análisis de costos.

Otra de las dificultades que encontramos es una no adecuada implementación de actividades de supervisión y evaluación (A-A, 101 a 107). Se han efectuado limitados intentos de llevar a cabo tareas de supervisión, en especial en las áreas de enfermería y estadísticas, pero no se han realizado acciones sistematizadas y continuas de supervisión desde los niveles centrales. Justo es destacar que desde los niveles efectores se es reacio a recibir una supervisión, aunque se la reclame, pues no se ha entendido aún el valor docente de esta tarea. Las evaluaciones se han limitado a una confrontación de producciones vs. programaciones, o a una enuncianción de acciones efectuadas sin relacionarlas con la eficacia, eficiencia e impacto alcanzado con ellas. La programación local, ya comentada, parecía un intento interesante como para poder efectuar evaluaciones de este tipo, a todos los niveles. En ningún caso la comunidad ha participado en estas esporádicas acciones de supervisión y evaluación desde el nivel central.

No se ha alentado la realización de investigaciones como medio práctico de promover la introducción continua de mejoras (A-A, 111). Si bien fueron realizados varios cursos de metodología de la investigación, los mismos no tuvieron un contenido orientado a las áreas sociales, a la vez que no se estimuló con tiempos institucionales y apoyo docente la realización de investigaciones comunitarias. Las que se efectuaron, fruto

también del modelo médico vigente, se orientaron a aspectos clínicos o a casuísticos. Corresponsables somos también entidades científicas e intermedias como nuestra Sociedad, que no hemos estimulado la realización de trabajos de investigación y divulgación, ni hemos utilizado como debiéramos los medios de difusión con que contábamos (A-A, 14).

Por último, y quizá lo más importante, no hemos encontrado formas adecuadas para una plena participación comunitaria, a pesar de haber hablado hasta el hartazgo del tema y considerar a los los paladines comunitarios de la participación. Salvo excepciones, fundamentales a nivel micro, no se han creado espacios para que la comunidad llegue a conocer mejor su propia situación y encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes (A-A, 44). Aún cuando desde el máximo nivel de decisión se propiciara, hace 4 años, la creación de Consejos Comunitarios de la Salud, estos no se implementaron en la práctica, salvo pocas excepciones en localidades chicas. Entendemos que esto es otro resabio de nuestra formación médica, además del rol que el médico ocupa en la sociedad, en lo que hace a apropiación del conocimiento como a la "distancia" con que lo ubica el resto de la comunidad.

Hasta aquí hemos presentado las que consideramos dificultades más importantes. Cada una de ellas, además de lo ya bosquejado, tiene detrás un soporte de causas y explicaciones relacionadas con la situación específica de nuestra provincia, algunas de las cuales pueden ser extrapolables a otras situaciones y las demás, quizás no. Por ese motivo, y en razón de la extensión de este trabajo, no hemos profundizado en detalles.

A continuación analizaremos un conjunto de componentes que han sido parcialmente dificultades o que a través del tiempo fueron logros en un principio y dificultades luego, o viceversa.

El sistema de informaciones en nuestra provincia, en lo que hace al sector salud, ha mejorado en grado sumo, pero se ha llegado a un nivel de acumulación de información que no podemos decir que la labor de acopio de datos se mantenga en el mínimo indispensable (A-A, 108). Los registros hospitalarios, en especial los reunidos en las historias clínicas, alcanzan una cantidad y diversidad considerable, y no son utilizados con la misma intensidad con que son recogidos. En lo que hace a la información global no se ha dado participación a la comunidad para que determine lo que resulta necesario para ella; no obstante, es dable destacar como logro que la consolidación y presentación de la información elaborada en los hospitales es rápida, confiable y de buena calidad.

La implementación de algunas de las medidas ya comentadas, y de otras que lo serán luego, han traído la lógica y esperada resistencia al cambio (A-A, 15). Las más de las veces por desconocimiento del tema, los obstáculos más difíciles de vencer han sido planteados, por otro lado, por quienes vislumbraron en la A.P.S., un ataque al modelo vigente. Aún hoy, tras 20 años de vigencia

de un plan con fuertes contenidos de A.P.S., el cambio sigue siendo dificultoso, y dentro del sector asistimos, en el último año, a un reforzado resurgir de los más conspicuos representantes del pensamiento médico tradicional. No obstante ello, se han abierto espacios para debatir la problemática de la A.P.S. (A-A, 16), y nuestra Sociedad es un ejemplo de ello, a punto tal que en sus objetivos figura explícitamente la promoción y difusión de los principios de la A.P.S. Como ya lo hemos planteado, creemos que foros de la naturaleza del que hoy compartimos son ámbitos de resonancia de gran importancia para la difusión de la A.P.S. Asimismo estimulamos su realización en distintos puntos del país, para que quienes realizamos acciones de A.P.S. sintamos que estamos compartiendo una filosofía de atención, más allá de las peculiaridades de cada lugar.

Párrafo especial merece la consideración de los agentes sanitarios, quienes estarían a cargo de las acciones de A.P.S. hacia la comunidad (A-A, 10). Entendemos que la forma de implementación de este recurso humano en nuestro país llevó a que la A.P.S. fuera confundida (confusión no exenta de intencionalidad), con atención primitiva o atención básica de la salud, entendiendo por básica lo de poco nivel o calidad. La implementación de la A.P.S., en especial desde el nivel nacional, como un programa de Salud Rural, hizo que se estableciera una sinonimia entre ésta y la A.P.S. que no le redituó ningún beneficio a esta última. En nuestra provincia, los agentes sanitarios fueron incorporados en forma masiva a partir de 1979, aunque los había ya antes. En un primer momento (5-6 años), vinieron a cubrir un papel de suma importancia, ya que fueron la primera línea de atención en las poblaciones dispersas y el nexo con el resto del equipo de salud, constituyéndose en uno de los que podríamos considerar logros. Pero pasados los años, por la falta de incentivos de posibilidades de recrear sus actividades, así por demanda de la población que pide por más prestaciones a cargo de esta figura, nos encontramos con que el agente sanitario plantea una de las dificultades más serias con las que se encuentra nuestro sistema de salud en la actualidad. El equipo de salud, que en nuestra provincia realizaba visitas programadas al área rural desde comienzos de los '70, no supo aprovechar en su justa medida la incorporación masiva de este recurso humano. Así en la práctica el agente sanitario vio que en esas visitas toda la información que él había recogido modificaba poco la actitud médica: llegar, atender, volver. Nuestra Sociedad, tratando de ofrecerles una salida, modificó sus estatutos hace dos años para permitir la incorporación de todo trabajador de salud, y pretende convertirse en ámbito de discusión para el planteo de esta problemática y la búsqueda de alternativas de solución.

La implementación de acciones de A.P.S. en áreas rurales trajo aparejado indudables mejoras en el aspecto de la atención médica, así como el impacto en la salud en general. Se han logrado también importantes avances en ac-

ciones de saneamiento ambiental, sobre todo en el aspecto individual, contándose también avances en lo que hace a algunas actividades con real participación de la comunidad. Esto, junto con otros factores inherentes al desarrollo, ha hecho que en estos momentos la población de mayor riesgo se halle ubicada en los periurbanos de las ciudades de la provincia. (A-A, 4). Hacia allí se han orientado en el último lustro las acciones de A.P.S., alcanzándose importantes logros en aquellos lugares donde se han podido conformar equipos multidisciplinarios que han actuado con continuidad; pero también se han encontrado grandes dificultades, en especial por los voceros del modelo médico hegemónico que consideran que la A.P.S. está bien para el campo, pero una vez que se atreviesen los límites de la ciudad el modelo prestador debe ser otro, aunque la mitad de la población quede sin adecuada atención. Es éste un tema de suma actualidad, pues en estos momentos se está desarrollando en la ciudad de Neuquén una confrontación de ideas sustentando ambos modelos, de resultados de la cual quedará una impronta que marcará los próximos años en la provincia.

Por último en este capítulo de dificultades y logros a medias, ubicamos a la coordinación intersectorial (A-A, 13). Con escasas medidas acordadas e implementadas con firmeza desde los niveles centrales de los diversos sectores, la coordinación intersectorial se ha dado con buenos resultados en un sinúmero de ocasiones en el nivel micro. Ello ha permitido detectar el interés que hay en realizar acciones coordinadas por parte de quienes tienen como razón de ser de su labor diaria el trabajar con la comunidad.

Dentro de los logros creemos que el más importante es el de haber reducido, hasta casi hacerla desaparecer, la brecha existente entre "privilegiados" y "desposeídos" (A-A, 2) para el goce del derecho a la salud. No privativo exclusivamente de la A.P.S., fué ese uno de los objetivos iniciales de la implementación del sistema de salud en nuestra provincia, a fin de dar cumplimiento a uno de los mandatos de la Constitución Provincial, que establece taxativamente la atención igualitaria y gratuita de todos los habitantes de la provincia. Esto se ha logrado a través de la extensión de cobertura (A-A, 67) de los servicios asistenciales, para lo que el concepto de área programática ha jugado un papel fundamental. Asimismo se ha mejorado un grado sumo la accesibilidad a los mismos (A-A, 68), buscando superar las distintas barreras que se presentan a ésta: geográficas, a través de las visitas programadas a diversas áreas preestablecidas y la utilización de la comunicación radial por medio de aparatos instalados en puestos sanitarios, escuelas y destacamentos policiales; la financiera, a través de la gratuidad, no solo en la atención sino en la provisión de medicamentos y material para estudios complementarios; la cultural, a través del papel fundamental jugado en ese sentido por agentes sanitarios y enfermeros; la jurídica, ya que no hay impedimento legal ni de nacionalidad para acceder a los servicios de salud; la

administrativa es quizás en la que debemos mejorar, a fin de quitar algunas trabas que no siempre se jerarquizan (horarios, actitud al atender) y que suelen dificultar el pleno uso de la oferta.

Ya mencionados cuando hablamos de las líneas de acción que orientaron la implementación del sistema de salud provincial, se ha refaccionado, ampliado y construido centros de salud y puestos sanitarios (A-A, 94), lográndose un buen nivel de prestación en el área rural aunque la demanda ha sobrepasado la capacidad instalada en los periurbanos. El uso de medicamentos (A-A, 73) ha sido racionalizado, con la implementación de un vademecum provincial, la compra por licitación anual, la adquisición de un solo específico por rubro y el uso casi exclusivo de monodrogas. En este aspecto se requiere una firme actitud por parte de los niveles de decisión, a fin de exigir una exhaustiva fundamentación para la incorporación de nuevos medicamentos a los aprobados en el vademecum.

Otros de los logros importantes ha sido la conformación de equipos multidisciplinarios de A.P.S. (A-A, 83), aunque su trascendencia se relativiza por tratarse de ejemplos aislados. Es el punto que quizá mejor tipifica a lo que denominamos micro - nivel, pues depende de las características individuales de sus componentes y de circunstancias conjunturales para su conformación. No obstante, donde lo han efectuado han alcanzado importantes logros, en especial en lo que hace al trabajo con familias y organizaciones comunitarias. Teniendo como factor común la presencia de un médico generalista, estos equipos se enriquecen con el aporte de profesionales de servicio social, odontólogos, enfermeros y agentes sanitarios. Este trabajo continuado, tanto en las áreas rurales como urbanas, ha aumentado el porcentaje de retención de pacientes así como el nivel de calidad de las referencias a otros niveles del sistema. (A-A, 87). No se ha logrado aún un adecuado nivel de contrarreferencia, en especial la información que debe volver al nivel primario para un adecuado seguimiento del paciente.

El uso de la tecnología apropiada se ha visto favorecida por la capacitación del recurso humano en forma específica para ello (A-A, 9). La formación de médicos generalistas en la provincia, así como el accionar de los agentes sanitarios ha permitido, por un lado, dar un óptimo uso a la aparatología de baja complejidad (pantascopios, microscopios, centrifugas, portátiles de radiología), así como la utilización de aquella tecnología aportada por la comunidad. Asimismo los curanderos existentes han sido respetados (A-A, 82), en ningún caso perseguidos y en varias ocasiones incorporados a las acciones del equipo A.P.S.

Cabe mencionar en este período como un logro, pero no atribuible al sector de salud, el mejoramiento en las condiciones de abastecimiento de agua potable, la construcción de viviendas como el mejoramiento de las existentes y el desarrollo de una red de comunicaciones provincial (A-A, 32, 35). Decimos no atribuible al sector de salud por

cuanto estas obras se realizaron por formar parte del plan global de gobierno y no por haber sido impulsadas desde el sector. Asimismo el aporte de los docentes a las acciones de A.P.S. (A-A, 36) se consiguió en forma aislada y por convencimiento personal de los intervinientes, ya que en general el sector Educación se ha mostrado renuente, tanto en sus niveles de conducción como en los efectores, a la realización de tareas que exceden lo previsto en la programación docente clásica.

Por último, dos aspectos que catalogamos como logros parciales, pues se debe seguir trabajando en ellos para consolidarlos. Los integrantes de los equipos han establecido disímiles grados de inserción en las comunidades en las que se desempeñan (A-A, 45), lo que ha ido aumentando a medida que las acciones se han ido trasladando a los periurbanos y el recurso humano, en especial el profesional, se ha asentado en las ciudades. Como éste es un aspecto que se ha venido dando en el último lustro, consideramos que se irá afianzando en los años venideros. Asimismo la labor de los especialistas, tanto en acciones como integrando equipos de A.P.S. (A-A, 28) está dada por actitudes personales, sin

un continente organizativo que los oriente y estimule. En tanto no se modifiquen las condiciones de organización que ya hemos planteado dentro de las dificultades, no creemos que se pueda avanzar mucho más en este campo.

Hemos efectuado una rápida enumeración de aquellos logros y dificultades que consideramos relevantes en lo que hace a la implementación de la A.P.S. en la provincia del Neuquén. Seguimos adhiriendo a los principios rectores de esta estrategia, a la que consideramos como la más adecuada para conseguir, si no la salud para todos en el año 2000, por lo menos las mejores condiciones de salud posibles para la mayor cantidad de habitantes de este planeta.

Creemos que las acciones futuras debieran tener dos ejes orientadores: continuar con la difusión de los objetivos de la A.P.S., en especial entre los estudiantes de medicina, los profesionales de reciente graduación y el resto de los trabajadores de la salud; y seguir buscando las formas para poder concretar, en los hechos y no en los dichos, la auténtica participación de la comunidad.

PRIMER CONGRESO ARGENTINO DE MEDICAS

27 Y 28 DE OCTUBRE DE 1988

A la Directora de Publicaciones de S.M.R.

Dra. Adriana Marcus

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los fines de enviar información del Ier Congreso Argentino de Médicas que auspició la Asociación Médica Argentina patrocinado por productos Roche, al que asistí el 27 y 28 de Octubre de 1988. Mi presencia en el mismo fue propuesta por la Asociación de Mujeres y a sugerencia de la Sociedad de Medicina Rural, consultada a tal efecto. En esa oportunidad fuimos designadas la Dra. Mónica Boiochi en primer término y yo en segundo término. La Dra. Boiochi no aceptó por razones laborales, y yo acepté participar.

Como mi informe es fundamentalmente personal y vivencial, como se me solicitara en ocasión de la invitación, solicito evalúe su conveniencia o no de publicarlo; en caso de hacerlo, agradeceré aclarar que la motivación de hacerlo no surgió de mí.

El Congreso tuvo gran concurrencia de médicas (más de 200). Adjunto copia del programa, donde señalé con una cruz los disertantes que hicieron aportes. Por deficiencia de la organización, muchos disertantes tuvieron poco tiempo de exposición y no se pudo establecer diálogo o debate con el público, perdiéndose un espacio muy propicio para la comunicación. El coordinador del Congreso fue el Dr. Carlos Reussi.

Entre las presentaciones más destacadas cito al Profesor Echeverry en el tema "Posición de la mujer en los estudios médicos"; se pudo observar que a lo largo del tiempo hubo una feminización de la medicina tanto a nivel nacional como a nivel mundial, con diferentes avances según las evoluciones de las sociedades y bastante acentuada en nuestro país. En algunas especialidades más acentuadamente, como en pediatría. La Dra. Estela Giménez destacó la evolución de la mujer en la guardia, donde antes no era admitida por considerarse que no era adecuada para una mujer, existiendo actualmente guardias totalmente femeninas, incluyendo la jefa de guardia como en el caso de la Dra. Giménez.

El Dr. Miguel Mamone, en "Estadísticas", que trata de las estadísticas de la Asociación Médica Argentina, no observa ese fenómeno. Puede explicarse por dos razones: porque las mujeres egresadas de medicina se dedican a otra actividad, cuidado de la familia o porque desarrollan sus actividades en sectores oficiales y no están asociadas a la Asociación Médica Argentina.

Entre los aportes, la Dra. Laura Astarloa explicó cómo pudo compatibilizar la docencia y su vida profesional con una familia numerosa, así como la Dra. Amanda Pellegrino de Iraldi lo hizo en docencia e investigación.

Diferentes fueron los aportes de la Dra. Amparo Arcaya Vargas, de Chile, quien tuvo una larga trayectoria en su lucha por la psiquiatría en épocas muy difíciles, tuvo que especializarse en Estados Unidos y luchar para su reconocimiento. La Dra. Nora Castiglioni Tula, de Uruguay, al igual que Amparo Arcaya Vargas, es soltera, se dedicó a la cirugía en el Uruguay, llegando a destacarse y ocupar la cátedra de Cirugía como profesora titular. Su experiencia, según manifestó, fué muy agradable, no debiendo modificar comporta-mientos en la lucha por desarrollarse, y deseo destacar una frase que dijo: "La mujer en la medicina es equivalente al hombre, y su desarrollo depende fundamentalmente de la mujer".

En el informe de la licenciada Raquel Falletti, psicóloga, ella destacó que la elección de las mujeres por estudiar medicina obedecía fundamentalmente a su inclinación natural y vocacional para proteger y cuidar a las personas.

Espero de esta forma haber cumplimentado su pedido, adjuntando a la presente mi informe, que como podrá apreciar, es comprimido por el tiempo asignado para la exposición. Atte.

Dra. Nanci Marta Ferrari de Diby

Neuquén, 14 de abril de 1989.

LA MEDICA RURAL

Dra. Nanci Marta Ferrari de Diby

La denominación del tema "La médica Rural" conforma un conjunto de palabras que lleva en sí mismo factores contrarios, limitativos y hasta conflictivos. La actividad médica realizada por una mujer, parecería interesante para ser desarrollada en el ámbito de grandes Centros, en especialidades o superespecialidades, y lo de rural lleva una connotación de "ruralidad" donde la mujer parecería no tener mucho espacio profesional. Conlleva además una connotación cultural desvalorizada en nuestro medio social.

Nuestro medio rural tiene una diversidad geográfica inmensa, donde el concepto salud-enfermedad difiere radicalmente, así como las costumbres, que no son generalizables y menos aún las acciones a desarrollar.

Analizando sin embargo los factores principales de los problemas de salud, éstos no difieren fundamentalmente y son problemas del subdesarrollo: aislamiento, problemas del medio ambiente, desnutrición, alcoholismo y las endemias geográficas correspondientes, infecciosas o parasitarias, agravados por la apatía que surge como un nuevo problema por falta de posibilidades de modificación. Todos estos factores se dan si no existe voluntad nacional de planificación para sacar de la marginalidad a las po-blaciones rurales, brindándoles las posibilidades de educación, salud, comunicación y desarrollo económico según las potencialidades locales. Este debería ser un plan importante y movilizador como alternativa válida y opuesta a la observada de urbanización acelerada que sufren nuestras capitales de provincias o poblaciones en migración permanente en su propio país, con gran deterioro psicosocial.

El rol del médico rural es muy vasto, cubriendo todos los aspectos de salud, y la eficacia de su labor dependerá de la forma de organizar su equipo de salud para la atención de modo que facilite las tareas dentro del servicio (hospital rural, puesto sanitario), como de las tareas orientadoras

de la población fuera de los mismos y la inclusión de ésta en el equipo para la detección, administración y seguimiento de los problemas de salud como parte de un programa integral.

Elección Personal o Vocación. Reflexionando sobre este aspecto, es fundamental que haya una elección voluntaria, no debiendo ser una etapa forzada institucionalmente donde el recurso médico rural ocasional pague con su tarea en un medio obligado temporario y no comprometido, que transitará hasta lograr sus objetivos posteriores en otros medios. El resultado de la actividad casi forzada puede ser negativa para el médico, pero lo será fundamentalmente para la población, frustrando una posibilidad importante de desarrollo.

Mi decisión de ser médica rural fué tomada en el período de los años 54-55 mientras cursaba mi carrera de medicina en Córdoba, en que hubo un lapso de interrupción de casi dos años por cierre de la universidad ante situaciones de huelgas y conflictos (la carrera tenía 7 años de duración). Ante esta situación viajé al Chaco, donde mi hermano desarrollaba su actividad de médico rural en la localidad de Colonias Unidas. Allí pude comprobar la necesidad de atención médica en zonas rurales y conocer la brecha enorme que separa nuestras grandes ciudades y el desconocimiento y postergación de nuestra población rural.

Al regularizarse la situación universitaria ya había tomado la decisión de prepararme para esa experiencia, suponiendo que teníamos poblaciones con necesidades de atención.

Formación. Existía en esa época en Córdoba la carrera médica sanitaria, donde se preparaba el recurso médico rural en pregado. Participaba la Universidad y, conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, fuí seleccionada para la formación de médica rural como practicante Menor en 1958 y como practicante Mayor en 1959, desarrollando nuestro adiestramiento en Hospitales Zonales del interior. Los docentes tenían exigencias especifi-

cas en la práctica de las materias fundamentales como Pediatría, Obstetricia, Clínica y Cirugía, así como en los servicios de apoyo como Laboratorio y Hemoterapia. Los servicios eran normatizados, supervisados y evaluados periódicamente. Realizábamos el diseño de muestras de investigación conjuntamente, como la investigación del Chagas Congénito en sangre del cordón del recién nacido. Mi experiencia y formación la realicé en el Hospital "Ernesto Romagosa" de la ciudad de Deán Funes, con actividades en el área rural programadas, fundamentalmente de Materno-infancia, en Tulumba y Quilino. Cuando hacía mis pasantías en el Hospital Escuela, pude comprobar que un gran número de compañeros de estudio opinaban que era imposible realizar buena medicina en otro lugar que no fuera el Hospital Escuela, y que sus aspiraciones eran permanecer en ese medio para desarrollarse científicamente en forma adecuada. Mientras discutíamos esos aspectos, observaba que los criterios diagnósticos diferían. Por un lado, los que así opinaban no desarrollaban un espíritu crítico, mostraban una total dependencia del jefe de servicio y hacia los innumerables estudios, sin los cuales no existía criterio médico de valor. Pero lo fundamental era que el paciente llegaba tarde para modificar su calidad de vida.

El concepto de que sólo se puede hacer buena medicina en un centro universitario está aún vigente. El decidir alejarse de esos medios significaba perder toda posibilidad de crecimiento profesional, con resultado negativo en cuanto al destino definitivo.

Aceptando ese reto, y dejando mis aspiraciones artísticas y deportivas, comencé mi experiencia como médica rural en Chancaní, localidad del noroeste cordobés, donde trabajé desde 1960 hasta 1963.

En esa localidad fui el primer médico, ya que -a pesar de que el hospital databa de los años '50- sólo había estado en el comienzo y durante unos meses un médico yugoeslavo que no se había adaptado.

Era un medio árido -parecía un mundo irreal que sobrepasaba toda fantasía que tuviera al respecto- una población aislada con pautas culturales e idioma propios, ya que conservaban palabras y expresiones del castellano antiguo. No comprendían lo que significaba un médico, sólo conocían el curandero Ruarte, al que temían y respetaban, y al curandero-enfermero del hospital, mezcla de curandero y curandero, con gran ascendiente sobre la población. La población estaba fundamentalmente compuesta por mujeres, que realizaban todas las tareas del campo, hasta la labranza y el cuidado de los niños. Los hombres cuando habían terminado los bosques por talado, hacía varios años, emigraban por trabajo y venían esporádicamente.

En ese medio la mujer ocupaba un rol básico de sostenimiento de la familia, pero estaba culturalmente desvalorizada; así lo conocí cuando un paisano trajo su hijo grave, y angustiado preguntó: "¿Tiene vuelta?", pero a la vez se con-

testaba "pero palabra de mujer" aludiendo a una condición de tal, desorientado en su afán de encontrar alguna respuesta de valor. Ignoro de que forma resolvieron este aspecto, ya que consultaron también a los hombres y hasta a los más respetados, que se medían por el número de muertes en su haber.

Una actitud firme y definida, como si ese lugar fuera mi destino definitivo, me dieron energías para trabajar sin claudicar, y logré grandes satisfacciones que me dieron experiencia y la seguridad de que trabajando con la gente, planificando con ella, todo se puede lograr.

La tarea primera y principal, que llevó su tiempo, fue conformar con los empleados del hospital un equipo de salud; luego con ellos trabajar con la población para conformar el equipo de salud de la comunidad. Podríamos sintetizar esos logros en los siguientes puntos:

- 1.- Lograr comunicación adecuada con la población de esta localidad, especialmente con las mujeres, con la idea de motivarlas.
- 2.- Comprensión y aceptación de sus hábitos y creencias.
- 3.- Conocimiento de la población.

Una vez cumplimentados esos aspectos, nos llevan a lograr los puntos siguientes:

- 4.- Confianza.
- 5.- Interacción.
- 6.- La aceptación del extraño por parte de la población (en este caso, el médico).
- 7.- Participación.
- 8.- Organización de la población alrededor de alguna necesidad sentida que, generalmente, no tiene directamente que ver con los problemas más importantes.
- 9.- Al conseguir ese objetivo, se logran los otros que se van programando con espíritu solidario, al saberse capaz de lograrlos.

Realizaciones.- Organización de comisiones de trabajo para fines específicos: Pro plaza del pueblo; comisión para alimentación de los escolares; teatro de títeres, confección de los mismos; taller de costura y bordado; realización de encuesta entomológica para demostrar a las autoridades sanitarias -que negaban el problema- el grado de infestación de vinchucas y de infección de Chagas; en una segunda etapa, la realización de una encuesta con E.C.G. y de laboratorio, conjuntamente con la Dirección de Lucha Antichagásica, ante la incidencia del problema detectado; trabajo sobre nutrición presentado en un Congreso de Nutrición realizado en Mendoza por O. P. S.; creación de puestos sanitarios con visita programada en la vivienda de algún poblador que a la vez realizaba la tarea de agente sanitario; trabajo de Educación Sanitaria presentado en Congreso de Educación Sanitaria en Alta Gracia.

En esos ámbitos pude comprobar que mi labor era valorizada por algunos aspectos inéditos del trabajo. Cuando trataba en esas ocasiones con otros colegas, alimentaba mi necesidad de comunicación profesional y lograba no sentir soledad ante tamaño problema.

En 1963 consideré que no podía proseguir la tarea en ese lugar por no contar con el apoyo de las autoridades sanitarias provinciales; tenía que solventar todos los gastos del hospital, hasta el alimento de los internados, con mi magro sueldo. Decidí emigrar a Neuquén, provincia que conocí a través del Dr. Antonio Gorgni, médico sociólogo, quien en un Congreso de Educación Sanitaria me informó que el trabajo que realizaba contaba en esa provincia con el apoyo de las autoridades sanitarias, que estaban interesados en la problemática social, dando prioridad al recurso en salud.

A pesar de haber concretado mi matrimonio, emigré a Neuquén, quedando mi esposo, médico también, en Córdoba, muy relacionado con el servicio de traumatología y no decidido aún su destino en esta provincia.

En Neuquén fui la primera médica rural en 1963, reemplazando a un médico español. Era evidente que los médicos argentinos no tenían como meta el ámbito rural. La población era Picún Leufú, compuesta por agricultores dispersos en un área de unos 150 km². Mi relación se estableció rápidamente, y mi trabajo fue también comunitario una vez que se afianzaba el equipo de salud como tal. No había vivienda para el médico, el agua había que buscarla al río en un tanque, y no había energía eléctrica. Luego estuve en otras localidades organizando la actividad materno-infantil, pero regresé a ese pueblito, donde estuve durante 11 años; concretamos con la población la planificación del actual pueblo de Picún Leufú, que debió trasladarse por la represa "EL CHOCON".

Para ese entonces, mi esposo estaba en Neuquén, no teníamos aún la posibilidad de trabajar en el mismo lugar porque eran hospitales para médico único, por lo que trabajó en esa época en Plaza Huincul y nos encontrábamos cada 5 o 10 días, permaneciendo algunos días y participando del trabajo con la población. Se hizo cargo del Hospital cuando me alejé para capacitación durante un año, compartiendo los intereses de planificación.

En ese período nacieron mis 5 hijos que también compartieron con la población sus años de niñez y primeros años de adolescencia.

Valoro personas como el Dr. Luis Corach que estimuló nuestro trabajo de médicos rurales.

El Dr. Saúl Biocca, nutrió nuestra tarea y creó un ámbito "Educación para la Salud", con

reuniones periódicas y cursos donde nos encontrábamos los médicos rurales de distintos lugares del país con sociólogos, antropólogos, educadores sanitarios, donde se discutía, capacitaba, y nos sentíamos reconfortados en nuestra tarea que era de permanente investigación, organizando acciones de promoción de salud además de atender la patología. También nos encontrábamos en los cursos de Pediatría Rural que organizaba el Dr. Rey.

Dificultades. Compatibilizar expectativas con necesidades de capacitación y los prejuicios sobre las posibilidades de adaptación de una familia numerosa en desplazamientos para aquel fin. Necesité fuerzas y vehemencia y hasta discutir el problema con las autoridades. Había ganado el concurso para realizar el Curso de Diplomado en Salud Pública, pero se consideraba imposible mi traslado y mi dedicación al curso. Esa dificultad al parecer no la tenían los médicos hombres. Para ese fin me trasladé con los 5 hijos a Buenos Aires, los mayores cursaron el año escolar allí y los menores regresaron en julio con su padre. El curso fue exitoso (1971).

Muchas veces entraban en conflicto mi rol de médico y el de madre; espero haberlo resuelto adecuadamente.

Logros. Haber mantenido el interés en la problemática de las comunidades rurales y la capacitación de los médicos y equipo de salud que trabajan en nuestro interior. Actualmente participo en la coordinación docente del 1er Curso de Administración de Servicios de Salud que organiza la Sociedad de Medicina Rural, a la que pertenezco, conjuntamente con la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Neuquén. Haber logrado una beca para realizar un Curso Internacional de Promoción para la Salud de un año en Bélgica en 1975, adonde me trasladé con mi familia y pude conocer y ampliar mis conocimientos en el aspecto del desarrollo.

Homenaje. Quiero expresar mi agradecimiento a la Asociación Médica Argentina por la oportunidad de poder participar en el Congreso de Médicas y que se le brinde por este intermedio felicitación a la Dra. Schwartz, quien desde hace más de 30 años desarrolla su tarea en área rural y Puerto Iguazú con total dedicación a la población, y por su intermedio a todas las médicas rurales que en anonimato trabajan por las comunidades rurales.

II ESTUDIO SOBRE LA FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTAR UNA RESIDENCIA EN MEDICINA GENERAL EN HOSPITALES DE MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Autores: Luis Bianchi: Enfermero Universitario, Jefe del Sector Enfermería del Servicio de Clínica Médica, Hospital Zapala. Gerardo Fabre: Médico General, Director Hospital de Área de Mariano Moreno. Eduardo Fuentes: Médico General. Director Hospital de Área de El Huecú. Jorge Mamy: Médico General. Jefe Área Programa de Hospital Zonal de Zapala. Héctor Rodríguez Bay: Médico General. Jefe de Centro de Salud. A. P. del Hospital Zapala.

INTRODUCCION

El presente trabajo monográfico trata de demostrar la factibilidad de implementar la residencia de Medicina General en hospitales de Mediana y Baja complejidad, como un intento de regionalizar la educación médica en la provincia del Neuquén. Es continuidad ó actualización de un trabajo similar, realizado en 1981 por los doctores FALCIONI, GARAYO y BONIFACIO.

Está dividido en dos unidades modulares: el primer módulo, es un análisis de la producción y recursos, como así también del desarrollo y la programación que tendría una residencia de Medicina General en Zapala, como ejemplo de Hospital de Mediana Complejidad Urbano.

La otra unidad, analiza principalmente la compleja trama histórica-social y cultural que debe conocer y afrontar el médico general en comunidades rurales, que es donde se encuentran nuestros hospitales de baja complejidad.

Creemos que esta integralidad en la enseñanza, sólo puede ser lograda con la regionalización docente asistencial, y que es factible de llevar a cabo en nuestra Provincia, por su historia y evolución sanitaria.

Es también nuestra intención, generar un amplio debate con todos los sectores y personas involucrados en el tema: Autoridades Sanitarias, Instructores Docentes, Médicos Generales, Trabajadores de la Salud, y si fuera posible, con nuestra comunidad.

BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL CON ORIENTACION RURAL

Como consecuencia de la política sanitaria iniciada en 1970 y que comprendía la zonificación provincial y la elaboración y puesta en marcha de programas de Atención Primaria de la Salud en sectores profesionales de Alto Riesgo, se hizo imperiosa la necesidad de contar con un recurso humano adecuado que pudiera desarrollar todas estas actividades, integralmente, en todos los rincones de la Provincia y especialmente en las Areas Rurales que fueron históricamente las más desprotegidas. Surge así en 1974 la Residencia de Medicina General con Orientación Rural.

Las primeras camadas de Residentes, tenían una formación de 2 años y algunas de sus rotaciones eran por Cátedras de Pediatría y Clínica Médica de la Ciudad de Buenos Aires. En ese entonces, Neuquén era una ciudad pequeña, aún con visos de pueblo y su perfil epidemiológico no era diferente que el de cualquier localidad del interior.

Con el transcurso de los años, el "Fenómeno Neuquén" atrajo gran cantidad de población migrante de otras provincias y del extranjero (Chile) con lo que la oferta de Salud, tuvo que adecuarse constantemente.

Es así que ya con volumen de patología importante se dejan de lado las pasantías por Buenos Aires y se aumenta en 6 meses la duración de la residencia.

El alto nivel técnico de los profesionales del Hospital Neuquén, quienes convergieron desde centros de real magnitud de Buenos Aires y Córdoba, atraídos por el régimen de dedicación exclusiva muy bien remunerado, comenzó a generar un aumento de la demanda, muchas veces no sólo de la Ciudad de Neuquén y el interior, sino también de otras Provincias, lo que hizo reformular también la planta física del nosocomio. En 1980 comienza a funcionar el nuevo Hospital, y en 1982 está trabajando a full con 5 plantas y Servicios de Terapia Intensiva y Quirófanos únicos en la Norpatagonia, superando ampliamente la capacidad instalada de cualquier otro subsector.

Es en este mismo año donde surgen innovaciones en la residencia. Con seguras intenciones de mejorar la calidad del recurso humano, se incorporan nuevas ideas e incluso se le cambia el nombre. Ya no se llamará más Medicina General con Orientación Rural, sino Medicina de Familia, basada en concepciones de la atención médica, que no distaba mucho de la que hacía un residente cuando egresaba, en su destino laboral, pero sí con aplicación de nuevos conceptos de la Escuela Sistémica de Psicología.

Lo cierto es que llegamos al año 1988 con una residencia que poca relación tiene con el lugar definitivo en que se va a insertar el recurso capacitado y con una progresiva pérdida de la

"mística" que envolvía a las primeras camadas de Médicos Rurales.

Hoy por hoy, creemos que se está formando en un medio Urbano-Urbano, a médicos para que desarrollen su tarea en un estamento Rural-Rural.

Recordando los fines que en 1982 tenía la Residencia:

"FORMAR EN EL MARCO DE LA POLITICA SANITARIA NACIONAL MEDICOS GENERALES RURALES, CON CONOCIMIENTOS DE LAS NECESIDADES DE SALUD PRIORITARIAS Y ACTUALES DE LA POBLACION NEUQUINA EN LA QUE EJERCEN SUS FUNCIONES.

PARA CUMPLIR CON TAL FIN EL RESIDENTE DEBERA ADQUIRIR:

1).- UNA FORMACION SEMIOTECNICA QUE LO CAPACITE PARA PRESTAR SERVICIOS DE CALIDAD A LOS PACIENTES (POBLADORES DEL INTERIOR).

2).- UNA FORMACION TECNICO-ADMINISTRATIVA Y DE SALUD PUBLICA QUE LO CAPACITE PARA SER UN EFICAZ AGENTE DE CAMBIO

EN LOS MEDIOS RURALES DONDE LE TOQUE ACTUAR.

3).- UNA FORMACION CIENTIFICA QUE ESTIMULE SUS INQUIETUDES, MOTIVANDOLO PARA CONTINUAR ULTERIORMENTE SU CAPACITACION PERSONAL Y SU PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL".

La realidad actual que vive el interior de nuestra provincia no se ha alejado tanto de ellos.

Por contrapartida sí lo ha hecho el Hospital de Alta Complejidad y la Ciudad de Neuquén, donde existe el predominio del modelo médico hegemónico, la sobrevaloración de la tecnología, un perfil epidemiológico que nada tiene que ver con la realidad del interior neuquino y una población con idiosincracia muy diferente a la de nuestros pobladores rurales, con diferentes pautas culturales y diferentes expectativas en su proyecto de vida, que nos impresiona, pocas veces son contempladas en su real valía y creemos pueden desvirtuar el modelo médico general que deseamos para nuestros hospitales de baja complejidad.

MARCO TEORICO

La formación médica de pre y postgrado en la Argentina ha tenido siempre influencias foráneas y nunca pudo adecuarse a la realidad sociocultural de nuestro país. Ya en 1874 al crearse la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires, y hasta 1906 se establece una pugna entre la Escuela Alemana de medicina defendida por Aráoz Alfaro y la Escuela Francesa tradicional, claro ejemplo de lo dicho anteriormente. En 1918 con la reforma universitaria se consolida dicho modelo y se le agregan nuevas ideas liberales e innovadoras que se estaban produciendo en los Estados Unidos.

En aquel país, el "Informe Flexner" había sentado bases para la organización de la enseñanza de la Medicina, en principios "positivistas" que trataban de dar soluciones técnico-científicas a la problemática social. Estos principios ideológicos llevan a considerar al cuerpo humano como una máquina cuyo funcionamiento podría corregirse con instrumentos; tratan a la enfermedad como un proceso biológico exclusivamente, excluyendo la causalidad social del diagnóstico y la terapia. La nueva medicina cientifista centró su atención en células y órganos de individuos, enmascarando la relación de la enfermedad con el ambiente social. El hospital de enseñanza flexneriano se plasma entonces como una institución de investigaciones biológicas cuyo fin es acumular recursos técnico-científicos para desarrollar técnicas sofisticadas sobre el individuo. Esto no es casual, pues en la etapa histórica del capitalismo en EE.UU. a principios de siglo se necesitaba atenuar y en lo posible evitar el conflicto social.

De ninguna manera pretendemos en este análisis decir que la influencia flexneriana es la causante única del desorden y la irracionalidad que existen en nuestro país respecto a la formación del recurso humano médico. No podemos analizar la educación médica, sin el contexto histórico-político de este siglo, para poder interpretar la enorme complejidad y heterogeneidad del sistema de atención médica en la Argentina que ha influido permanentemente sobre las instituciones educativas. La difícil inserción del médico en el mercado laboral regido casi con exclusividad por la lógica del lucro ha llevado a un creciente desarrollo de las especialidades médicas, centradas en lo biológico y en la enfermedad.

Sólo algunos intentos de la década del '50 trataron de formar "profesionales con sentido de la responsabilidad social y cuyo fin es servir al pueblo" (Plan Quinquenal de 1952). En 1973 se genera un gran

debate sobre la Universidad y la enseñanza de la medicina, "se pretende formar un recurso humano médico para un sistema único de salud" (Mario Testa); este debate se interrumpe violentamente en 1975.

Podemos afirmar entonces que aún hoy sigue vigente el modelo liberal de principios de siglo. La Universidad continúa "ce-trrada" a la realidad social de nuestro país. La enseñanza sigue "concentrada y centralizada" en los grandes hospitales, en donde el culto a la complejidad, a la tecnología y a la enfermedad sofisticada sigue siendo el paradigma. Esta concepción irremediamente aparte de "deformar el recurso" ha ido generando un aumento del gasto de salud que es cada vez mayor y casi imposible de financiar, llevando esto consecuentemente a un deterioro de magnitudes importantes al Hospital Público y a las Obras Sociales. Indudablemente que ante esta grave situación se debe hacer un replanteo global del sistema de atención de la salud en nuestro país; pero mientras tanto creemos que se pueden ir dando pasos tendientes a modificar el perfil del modelo prestador en la República Argentina. Uno de ellos sería la priorización y la implementación de Residencias en Medicina General.

Es el médico quien actualmente promueve la compra y utilización de equipos altamente especializados en forma irracional.

Es el médico con la formación actual el que abusa de los medicamentos y hasta en algunas ocasiones produce daños con ellos.

Es el médico entonces quien contribuye a que la tecnología y los medicamentos sean un negocio en la Argentina en vez de ser un bien social.

Es por ello que pensamos que revalorar la residencia en Medicina General, puede ser un paso importante para regular el uso de la tecnología y el abuso de los medicamentos. Son los médicos generales quien más racionalmente usan estos recursos para su visión más integradora del proceso salud-enfermedad. Para ello deberán tener una sólida formación técnico-científica que le permita resolver el 90% de la patología, pero también una visión humanística integral, con conocimientos de las ciencias sociales y de la epidemiología social específicamente, para entender el proceso salud-enfermedad correctamente e interpretar la realidad social donde se desenvuelve.

Si anteriormente habíamos mencionado, que en el desorden actual de nuestro sistema la educación médica se había "concentrado y centralizado" en los grandes Hospitales de Alta Complejidad, entonces no cabe duda que este recurso tendría que ser formado lo más cerca del ámbito en donde va a trabajar, esto es en Hospitales de Baja y Mediana complejidad; hay que desconcentrar y descentralizar la educación médica, especialmente las residencias en Medicina General en la Provincia del Neuquén como un paso imprescindible para la consolidación de la misma y del sistema de Salud en general.

DESDE EL BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD

La Medicina General, a nuestro criterio, debe superar los objetivos asistencialistas exigidos por la modalidad tradicional del ejercicio profesional; estudiando las interacciones y vínculos de los individuos, las familias y los grupos sociales con una direccionalidad y significaciones propias para no agotarse en superposiciones o debilitar su sentido. La Medicina General, es fundamentalmente, una disciplina instrumental y operativa, y no una formulación teórica o por contraposición, mero empirismo. Su campo debe ser abordado interdisciplinariamente, en una convergencia epistemológica, de las cuales derivarán la multiplicidad de técnicas necesarias para su desarrollo. Su trabajo es artesanal y práctico, en tanto pretende: FORMAR CRITERIOS DE CAMBIO MIENTRAS CAMBIA EL CAMPO SOBRE EL QUE ACTUA. Es tan difícil como necesario realizar una confrontación entre Teoría y Práctica para obtener una síntesis. "La experiencia de la práctica, conceptualizada por una crítica y autocrítica, realimenta y corrige la teoría

por ratificación y/o rectificación". Esta tarea es necesariamente grupal y no individual.

Creemos además necesario, intentar la comprensión de los fenómenos histórico-sociales y su relación con el proceso de Salud-Enfermedad en comunidades concretas para accionar sobre ellos. Floreal Ferrara, citando a Teilhard de Chardin, dice: "el fenómeno social de la enfermedad, es la interpretación totalizadora de la Salud, es culminación de un fenómeno biológico, al que incluye, abarcándolo y no su atenuación".

Pensamos que las necesidades de Salud, no son sólo demandas biológicas o espirituales, ni que la naturaleza de los individuos, sean pacientes o médicos, ni la singularización de determinadas características personales de ambos, son responsables ni de las necesidades de atención médica, ni de su utilización, aunque les reconocamos modalidades e influencias. Las necesidades de Salud, como otras necesidades de las comunidades, están marcadas por las capacidades

sociales que tiene esa población y sus relaciones efectivas de funcionamiento, así como la calidad y cantidad de elementos disponibles, de la oferta de bienes y servicios de Salud, que son el resultado de la ecuación técnico-científica a que da lugar la producción de esa sociedad.

La práctica médica en las áreas rurales, en general postergadas de los procesos sociales y de producción de las metrópolis, en rápidos y tumultuosos procesos de adaptación a cambios culturales, históricos y sociales, presenta una serie de particularidades no del todo explicitadas, y es tema de conceptualizaciones no completadas aún.

En las comunidades pequeñas y aisladas, existe una personalización en los actos, una asignación y asignación de roles, ya sea entre Médico y Paciente, o entre Comunidad e Institución que se plantea como diferente a la de los centros urbanos. Comprender las características de funcionamiento de las redes sociales, sus formas de comunicación, es de difícil aprehensión fuera de la práctica, sobre todo porque las categorías de "análisis científico", adquieren allí nombres y apellidos. No resulta fácil la toma de decisiones "técnicas" conflictivas, cuando conoce la historia del sujeto, ya no como caso clínico, sino como hombre concreto, tampoco es por cierto fácil, despegarse del papel representado en la red social de esa comunidad.

En las comunidades rurales, el médico no es el depositario exclusivo del saber o poder para la curación, porque hay una experiencia propia de explicación de este proceso, que no por ser menos científica es menos real. Su prestigio pasa por lo mágico o cuasi-mágico, por lo cual, las dificultades de la existencia real y concreta, se expresa como una frustración de la idealización, se lo ama o se lo odia; la tolerancia de lo intermedio aparece solo cuando se lo acepta como un miembro más de la comunidad, no ajeno. Ante la necesidad de Salud,

por enfermedad o muerte, hay una existencia real que atestigua y no un número de Historia Clínica.

Las complejas y difíciles relaciones de estas diferencias socio-culturales no son fáciles de desentrañar, comprender y categorizar cuando hablamos de sujetos concretos. Existe por cierto, una confrontación de comprensiones del mundo y de los seres humanos al contactar el profesional con el paciente como representantes de dos culturas y no como descripciones técnicas de la relación médico-paciente. El médico llega a conocer, convivir con los trastornos de índole social que generan las propias acciones de la atención médica en la ruptura desde afuera de algunos delicados equilibrios comunitarios o familiares, con un realismo y dramatismo, que difícilmente se tenga en grandes centros poblados. En estos pequeños poblados, los progresos y el bienestar personal, parecen más ligados a la suerte de toda comunidad. Quisiéramos expresar con esto, que no se pretende disminuir lo social ante lo individual, pero si "la ideología es una práctica constructora de sujetos", la dimensión ética que necesariamente debe ser individual, tiene un lugar de importancia en esta práctica. No comprendemos otra manera de ingresar a una comunidad, que no sea respetando sus pautas, satisfaciendo demandas, asumiendo el rol adjudicado; recién después de incorporado como un miembro más, es factible formularse con todos, algún tipo de cambio, en el tiempo vivencial de esa comunidad, que no suele ser impuesto sino propio.

Estas observaciones quizás pequen de idealismo ingenuo, pero no suena posible la construcción de lo Macro sin la vivencia de lo Micro, resulta en general, poco creíble el cambio y el crecimiento, de cualquier orden, sin el consentimiento y la construcción de lo que antecede.

FUNDAMENTACION PARA LA CAPACITACION EN HOSPITALES RURALES DE BAJA COMPLEJIDAD EN PEQUEÑAS COMUNIDADES DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Instituto de Salud Colectiva

Enmarcada en la introducción general de este trabajo monográfico, la capacitación por el interior nos parece fundamental dentro de la formación de post-gradado del médico general.

Desde el inicio de la residencia, la pasantía o rotación por el interior, está comprendida en el espacio de tiempo de un mes calendario, donde se espera que el residente tenga un contacto vivencial con lo que será el desarrollo futuro

de su profesión, dado el corto tiempo con que el mismo cuenta para transcurrir en "el campo", como comúnmente se denomina a esta pasantía, donde el residente solo alcanza a percibir muy subjetivamente lo que será su futuro mediato.

La carga vocacional con que un médico recién egresado llega a nuestra residencia, el marcado contenido ideológico, la expectativa de lograr el objetivo deseado, la imagen que trae del rol de

médico; se diferencia sustancialmente con las residencias lineales que se desarrollan en nuestra provincia y en el resto del país. Y entre esas diferencias de importancia, se encuentra la falta de un claro modelo de referencia.

El aspirante a médico general, no conoce médicos generales, no los tuvo como modelo dentro del ámbito Universitario, ni tampoco los vio desempeñarse en la práctica cotidiana (salvo contadas excepciones).

Trae una idealización de la tarea y rol de médico general, que no siempre se ajusta o se parece a la realidad y bastante menos, cuando esa realidad se desarrolla en el interior de nuestra provincia.


El deseo de encontrar rápidamente un patrón de referencia, un modelo de trabajo, creemos, fue sentido por la gran mayoría de los aspirantes a médicos generales.

Este deseo, sumado a nuestra interpre-

tación de importante a la capacitación en terreno, es lo que nos lleva a jerarquizar esta parte de la capacitación.

Cabe destacar, que no se encuentra en el programa de Medicina General con Orientación Rural de la Provincia del Neuquén, vigente hasta Mayo de 1984, ni en el Programa de Redidencia en Medicina Familiar vigente hasta la fecha en nuestra provincia, la planificación de esta capacitación, los objetivos se acuerdan conjuntamente con el médico director del hospital al que el residente concurrirá y se traza más o menos tentativo un plan de trabajo sobre la marcha.

Nota de Redacción: Del presente trabajo, presentado al 1er Curso de Administración de Servicios de Salud de la Provincia del Neuquén, se han extractado los párrafos más representativos. La monografía completa se encuentra a disposición de quienes la deseen leer en forma completa.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús