

MIR

Nº 21 - NOVIEMBRE DE 1992



REVISTA DE LA
SOCIEDAD
DE
MEDICINA
RURAL DE LA
PROVINCIA DE
NEUQUEN

Maternidad en hospital general

Plantas Medicinales

De mujeres entre mujeres

Partos y cambios de fases lunares

Los discursos de la salud-enfermedad

Promoción Buco-Dental en la infancia

Abordaje comunitario de la salud mental

Reportaje a Julio Monsalvo



DIRECCION

Adriana Marcus

CONSEJO DE REDACCION

Adriana Baggio

Gabriel Jerez

Adrián Lamnel

Marcelo Ríos

ASESORES CIENTIFICOS

Juan Bertinetti

Mario Borini

Malco Elder

Luis Olarte

ARTE Y DIAGRAMACION

Ediciones PASTOR

Pablo R. Glanz

Horacio R. Pastor

Alejandro Rodríguez

IMPRESO EN

Ediciones PASTOR

Rohde 940 - Tel. 23867

GENERAL ROCA (R.N.)

SMR

PRESIDENTE

Luis Olarte

SECRETARIO

Pedro Suárez

TESORERO

Ricardo Santoni

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Adriana Marcus

SUMARIO

3 EDITORIAL

4 PARTOS Y CAMBIOS DE FASES LUNARES

6 LA TERAPIA COGNITIVA

9 DE MUJERES ENTRE MUJERES...

Problemas de género y discriminación social.

11 PLANTAS MEDICINALES

¿Combatirlas o conocerlas?

15 UN ABORDAJE COMUNITARIO DE LA SALUD MENTAL

18 REPORTAJE A JULIO MONSALVO

21 ENTRE EL ESCEPTICISMO Y "EL SER PARTE":

La propia colisión.

27 LISTADO DE MONOGRAFIAS

Presentadas en los Cursos de Administración de Servicios.
Años 1988/1989/1990/1991.

30 PROMOCION DE LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA INFANCIA

33 UNA MATERNIDAD DE UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Atendida por generalistas, en la ciudad de Neuquén.

39 DE LA REALIDAD A LA TEORIA:

Los discursos de la salud-enfermedad.

45 CORREO DE LECTORES

46 MISCELANEAS

47 CONCURSO FOTOGRAFICO

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

Está permitida la reproducción total o parcial del material sin previa autorización, mencionando la fuente y enviando una copia a la Redacción.

Con este nuevo número de la revista **MR** - que no sin dificultades de todo tipo elaboramos desde esta región del país - deseamos realizar un aporte a nuestros lectores en esta etapa de angustiosa incertidumbre sobre el destino de la salud pública.

Probablemente hoy, para la mayoría de los argentinos, hablar de **SALUD** resulte una utopía, habida cuenta el modelo de país que está en marcha, donde el cinismo y la hipocresía requieren de una buena cuota de autoritarismo para poder seguir adelante en la tarea de arrasar con todo.

También en nuestro sector se adaptó el lenguaje a los nuevos tiempos que corren. Hoy suenan palabras como *"privatización"*, *"gerencias sanitarias"* y *"arancelamiento"*, con la misma fuerza con que no hace mucho tiempo se escuchaba hablar de *"atención primaria"*, *"salud para todos"* y *"der echo a la salud"*.

Es que uno de los jarabes indigeribles que nos recetan los especialistas del ajuste y la crisis, es la concepción del hospital público como **EMPRESA** para ganar adeptos, se le quita soporte al sistema de salud esperando su caída, reclamando luego que sólo la privatización salvará a ese obsoleto e ineficiente hospital público. Baste para la memoria el accionar de la famosa polifuncionaria con las empresas estatales.

Para desnudar las intenciones de este engañoso proceso, que busca deshacerse de la responsabilidad de asegurar los básicos derechos humanos, debemos estar alertas, prestos a diferenciar entre caridad y justicia, entre ineficiencia y abandono, entre dádiva y derecho, y no permitir que la atomización logre romper las estructuras de solidaridad, generando una creciente marginalización y desmovilización en el campo de la salud.

Deseamos que en estas VII Jornadas Científicas Nacionales de Medicina General y III Jornadas del Equipo de Salud podamos concretar ideas y propuestas, hoy tan necesarias como nunca, para defender el Hospital Público, el derecho inalienable a la salud y la jerarquización de la atención primaria, tarea nada fácil en la Argentina de los 90'.

EL CONSEJO DE REDACCION

Partos y cambios de fases lunares

por María E. Fuentes
Néstor Bramati
Ricardo Cicerchia

Introducción.

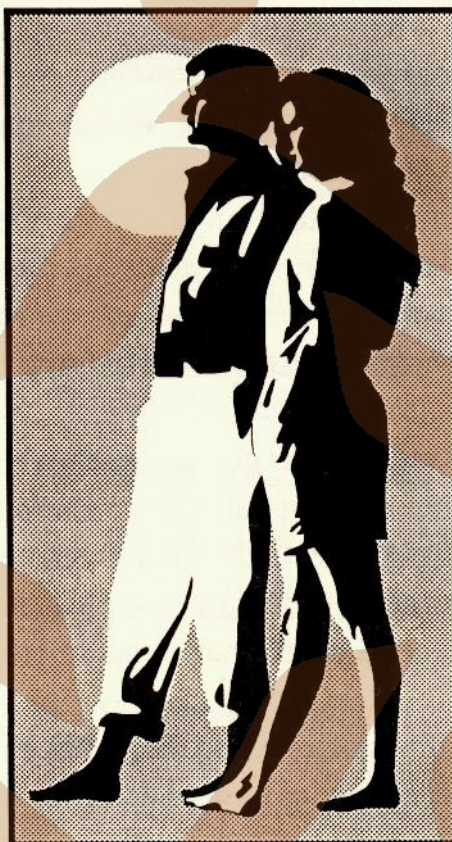
Surgió la idea como iniciativa de conjunto, para tratar de verificar una consabida creencia popular: la que dice que "en los días de cambio de luna hay una mayor cantidad de nacimientos".

Para ello, y como muestra de la realidad que vivimos, (y sin considerar, tal vez la ocurrencia de los Partos de toda la localidad), nos reunimos con un integrante del plantel de enfermería del servicio de tocoginecología del Hospital Aldo Maulu de Cutral Co, para recoger los datos necesarios del Libro de Partos del Servicio. Debimos establecer una matriz en la que marcamos los días en que ocurría la eventualidad del cambio de fase lunar, y comparar con igual cantidad de días de no ocurrencia de tal evento, considerando un día equidistante a los de cambio lunar, determinando el cuarto día calendario desde el inscripto como cambio.

Anotamos doce meses seguidos, desde Octubre de 1990 a Setiembre de 1991, y separamos el día de actividad según los turnos rotatorios del personal de enfermería, es decir Turno noche, de 22 hs. a 06 hs., Turno mañana desde 06 hs. a 14 hs., y el restante, Turno tarde, con lo que diferenciamos un **grupo A** con los partos ocurridos en los días con cambio de fase lunar, y un **grupo B** con los días de ocurrencia de los partos en días sin cambio de cara lunar.

También se puede evidenciar, al sumar los datos, la carga de trabajo que posee cada turno anotado.

Previamente, con un calendario, anotamos los días señalados en una planilla, donde fue necesario puntear el número de partos por turno y por día anotados, y luego efectuar la suma totalizadora de lo



ocurrido en doce meses sucesivos, y volcar los datos en una tabla "ad-hoc", que seguidamente mostramos:

OCURRENCIA DE PARTOS EN EL
HOSPITAL DE CUTRAL CO

Turno C. Lunar	N	M	T	Total	%
si	23	32	34	89	54
no	17	25	35	77	46
Total	40	57	69	166	100
%	24	34	42	100	-

Análisis de los resultados.

Observando los grupos A= 54% de los partos, y el B = 46% de los mismos, no vemos una marcada diferencia, solo un 8%, a favor de los días del cambio de fase lunar.

Si efectuáramos una proyección anual, los partos en los días de cambio de luna representarían el 14% del total para un año de partos en proporción a lo inscripto.

Se consideraron los 48 días en que cambia la luna y los 48 días con más cuatro para equiparar los días con los sin influencia del cambio de fase lunar.

En estos 96 días se anotaron el 26% de los partos para un año o sea una cuarta parte. Considerando que los días son un 26% del total anual, en los días de cambio de luna se verifica un 2% de aumentos de partos en relación a los días sin la influencia de tal evento, para el total anual, con lo que pareciera no dar el suficiente sustento al dicho popular con una contundencia incontrastable.

Verificamos asimismo que la **mayor carga de trabajo total se ve en el turno tarde, 46%**. El porcentaje de la noche es casi la mitad de las ocurrencias de partos de las tardes. En la noche solo nacen 1 de cada 4 niños.

En este turno el servicio cubre, desde el punto de vista profesional, el 50% del tiempo, el resto está cubierto por la guardia general, y en el caso de las complicaciones o las cesáreas, por la guardia pasiva. El porcentaje de cesáreas es de alrededor del 11 al 14%.

El promedio anual es de 2 partos por día para este Hospital, que asiste el 50% de los partos de Cutral Co y Plaza Huincul (Año 1989). Estos datos resultan del estudio tipo instrumentado en la oportunidad.

Conclusiones.

Es evidente que no es significativa la diferencia a favor de un mayor nacimiento de niños en los días con cambio lunar, aunque puede ser considerado como una observación el pequeño incremento del 2% anual, para que se haya popularizado tal decir.

Se verifica que es de tarde cuando en mayor cantidad ocurren los nacimientos.

Se pensó asimismo en ampliar las posibles líneas a estudiar con metodología de este tipo, tales como:

-Ocurrencia de cesáreas en los días feriados, festivos y no laborables, versus los demás.

-Posibilidad de cotejar con los standar nacionales la cantidad de cesáreas y la causa de su ocurrencia o por urgencia o programación, lo que nos marcaría la posibilidad de detectar a tiempo las dificultades o indicaciones precisas de tal acción.

-Cobertura de los partos por el servicio de Guardia General del hospital.

-Si en una serie de varios años se mantienen estas cifras encontradas.

-Si en una serie de varios años es posible encontrar, al igual que en este estudio que los meses con mayor cantidad de partos son también: Octubre y luego Setiembre y Julio (en éste sólo se anotan 8 días de cada mes).

Queda abierta la puerta para ulteriores investigaciones sobre el particular, solo hay que efectivizarlas.

Estudio:

Comunicación de una observación.

Epidemiología descriptiva y creencia popular.

Confrontación caso-control.

Hechos cotidianos: partos.

Autores: Fuentes, María Estela.

Tutores: Bramati, N. y Cicerchia R.

Cutral Co - Noviembre 1991.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

REVISTA SALUD-PROBLEMA Y DEBATE

La depresión del mundo subdesarrollado por la deuda y la salud pública.

Chicos de la calle y las políticas de ajuste.

Salud, crisis y pobreza en el marco del ajuste.

Crisis, medidas de ajuste y su impacto en la salud - *S. Loureiro*

Transporte público, salud y trabajo.

SIDA; cadenas y miseria

Crisis, Estado y políticas en salud mental - *A. Stolkner*

DIRECCION:

Terrada 237 (1406) Cap. Federal
TEL. 611 - 8743 / 747 - 4074

CUADERNOS MEDICOS SOCIALES

Grupo doméstico y proceso salud - enfermedad.

Planificación familiar.

Mortalidad en áreas urbanas. carenciadas del Gran Buenos Aires.

Valor de nuevas técnicas para el control del embarazo.

Parto natural y el discurso de la posmodernidad.

Modernización productiva y sus consecuencias sobre la salud.

Documento de compra: patentamiento de productos farmacéuticos.

DIRECCION:

España 401 (2000) Rosario
Tel.(041)2523884 / 252313
Fax 54-41-258100

REVISTA SALUD Y SOCIEDAD

América Latina entre el cólera y la esperanza.

Epidemiología comunitaria - *G. Tognoni*.

Queridos amigos - *S. Bermamm*.

La Economía es siempre economía política - *Lic. Julio Vargas*.

Significado y sentido de la crisis
M. Testa

Los nuevos rostros de la dependencia - *A. Parisi*

Armas cargadas de futuro.

J. C. Escudero.

La crisis del estado de ánimo.
O. Saidon.

Está en juego la salud - *A. Rosenfeld*.

Dependencia, interdependencia y periferia - *A. Stolkner*.

Los indicadores de la crisis
L. Werthein.

Ajuste y salud. - *A. Spinelli*

Los hospitales y la gente - *E. Kreplak*.

Política sanitaria y diferentes alternativas - *M. Fontan*.

Pensar al otro. - *N. Garrote*.

¿Estamos avanzando? - *H. Barri*

La historia no se repite - *H. Seia*

Plaguicidas y salud. - *C. Sulkin*.

Perfil del medico que necesitamos - *C.G.T. Santa Fé*.

América Latina; democracia participativa y salud mental.

¡Estar sanos! *Alumnos de tercer grado*.

DIRECCION:

Av. Vélez Sársfield 1278
(5000) Córdoba - TEL. 051 - 605707

La Terapia Cognitiva

por Ricardo Musso (*)

Carlos: -Siento que se me apura el corazón, sobre todo de noche, cuando me estoy por dormir. Otras veces me duele la cabeza que parece que se me va a reventar. Esto me está pasando desde hace más de un mes. Los doctores me dicen que no tengo nada pero yo siento todo esto y no sé que hacer.

Terapeuta: -Te noto muy preocupado por lo que sentís...

C: -Claro, porque además me estoy volviendo una persona que ya no hablo con mi señora, no juego con mi hijo. Cuando hablo con algún amigo, estoy pensando que me va a pasar algo. Ya no toco ni la guitarra que era algo que me gustaba mucho. Yo era un tipo muy divertido.

T: -¿Qué cosas pensás cuando se te apura el corazón o te duele la cabeza?

C: -Pienso que me puedo morir de algo al corazón o al cerebro. Yo tuve un tío que murió de eso. Tenía problemas de presión y un día tuvo un derrame que quedó medio paralítico, después se murió del corazón.

T: -¿Porqué pensás que eso también te puede pasar a vos? Esas cosas no se heredan y menos de un tío.

C: -Bueno... Yo no sé que pensar... Le voy a hacer una pregunta, usted cree en que alguien le pueda hacer al a otro...?

T: -En el daño?

C: -Sí...

T: -¿Porqué pensás que alguien puede querer hacerte un daño?

C: -Es que yo siempre fui una persona trabajadora, divertida, tengo una casita que me la arreglé bastante bien, tengo una linda señora, joven, un hijo y otro que está por llegar en febrero...

T: -¿Pensás que alguien quiere hacerte un daño porque te tiene envidia...?

C: -Sí...

« Cuando tenemos pensamientos sobre que algo nos puede pasar en algunos de esos órganos, ese sistema nervioso se pone en movimiento y puede hacernos sentir cosas... »

T: -Bueno, mirá, yo respeto a las personas que creen en el daño, pero prefiero creer en el "gran poder" que tiene nuestra mente. En el poder que tiene para fabricar ideas y pensamientos que, si no sabemos frenar, nos llevan por caminos muy raros. A veces hasta nos pueden "hacer perder".

C: -Eso es lo que me pasa a mí, me la paso todo el día pensando en ésto. Y por ahí siento que me pierdo.

T: -Exacto, y esas ideas que fabrica tu mente durante todo el día hace que sientas que se te apura el corazón y que te duela la cabeza.

Y las ideas hacen que sientas esas cosas porque así como si tenemos una idea que nos dice que queremos mover una piera, la movemos, gracias a algo que tenemos adentro del cuerpo que se llama sistema nervioso central, también tenemos otro sistema nervioso que se llama autónomo y que son como unos nervios que se conectan con nuestros órganos como el corazón, los pulmones, los riñones. Cuando tenemos pensamientos sobre que algo nos puede pasar en alguno de esos órganos, ese sistema nervioso se pone en movimiento y puede hacernos

sentir cosas en esos órganos. Puede hacer que se te apure el corazón, o que no puedas respirar bien, o que hasta te duela la cabeza.

Somos seres inteligentes, vos sos una persona muy inteligente, por eso tenés tanta producción de pensamientos e ideas. Las personas que no son inteligentes no tienen ideas porque no piensan en nada. En cambio en tu caso tu mente es muy poderosa. Tenés que aprender a controlarla, a controlar esas ideas ya que no te sirven de nada, ya que no te vas a morir por un paro al corazón o un derrame en el cerebro, porque están sanos. Tenés que quedarte con las ideas que fabrique tu mente que te sirvan para algo. Todos fabricamos ideas que nos sirven y otras que no tienen ninguna utilidad. ¿Cómo llamarías vos a esas ideas que dan vuelta todo el tiempo en nuestra cabeza y que no nos sirven para nada si tuvieras que ponerles un nombre...despectivo?.

C: -Y... que son pavadas..?

T: -Bien, y si le pusieras un nombre más duro todavía...?

C: -Y... boludeces...

OBJETO, FIN Y MEDIOS DE TRABAJO EN LA TERAPIA COGNITIVA

Si bien la expresión **terapia cognitiva** se encuentra estrechamente asociada a los métodos terapéuticos propuestos por Aaron Beck (Kazdin, 1983, p.266) para el tratamiento de la depresión, en la actualidad se la utiliza para referirse a un conjunto de técnicas usadas para la "modificación cognitiva de la conducta" y son de utilidad para el enfoque de obsesiones, fobias, trastornos hipo-

condriacos, ansiedad generalizada, dependencia a tóxicos y otras.

El **objeto de trabajo**, en las terapias cognitivas, está compuesto por todas aquellas autoverbalizaciones, ideas, pensamientos que el sujeto se autoadministra en relación a su interpretación de hechos externos o internos y que, de acuerdo a las investigaciones que teóricamente sustentan esta forma de terapia, conforman la base de sus reacciones emocionales y comportamentales.

El **fin del trabajo** está puesto en dotar al individuo de una serie de herramientas que le permitan generar una postura de autocrítica ante su propia producción ideativa, una confrontación de esas ideas con los datos que le proporciona la realidad y una cierta habilidad para el control y la modificación de esas ideas, buscando con ello la modificación de las reacciones antes mencionadas.

Los **medios de trabajo** con que cuenta el terapeuta para arribar al fin propuesto, estan conformados por una serie de técnicas que, a lo largo de años de investigación, han probado su eficacia.

Entre ellas pueden mencionarse: la Terapia Racional Emotiva (T.R.E.), desarrollada por Albert Ellis, (Ellis, 1962, p.17); Entrenamiento de autoinstrucción, cuyo aporte más importante en los últimos años fue recibido de Donald Meichenbaum; Solución de problemas, cuya estrategia se basa en la metodología de resolución de problemas propuesta por John Dewey, y otro cúmulo de técnicas, no menos importantes y eficaces entre las que se cuenta la Terapia de la atribución; la Adquisición de habilidades de "enfrentamiento"; Entrenamiento en Asertividad ⁽¹⁾ y la Detención del Pensamiento (Kazdin, 1983, p.267).

BASAMENTOS TEORICOS

Teóricamente, se propone que las "personas no reaccionan emocional o

conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; mas bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan" (Ellis, 1962, p.17). Sobre la base de una **tendencia innata**, a responder emocionalmente en forma particular a determinados estímulos, por un lado, y el cúmulo de **valores básicos y creencias** adquiridas en la interacción social, por otro, interpretamos o consideramos los hechos que ocurren en nues-

«Este tipo de pensamiento, normalmente es autorreferente. Por ejemplo, una persona ve pasar a un conocido, quien no lo saluda por estar mirando hacia otro lado de la calle, y piensa: lo hace para no saludarme.»

tras vidas. Estas formas de interpretación, muchas veces, se encuentran "vinciadas" de determinados procedimientos lógicos que impiden que nuestros pensamientos sean reflejo, lo más fiel posible, de la realidad.

Entre estos procedimientos lógicos, Beck destaca:

La **inferencia arbitraria** que define como el proceso de sacar una conclusión cuando no hay evidencia o es contraria a la conclusión.

Este tipo de pensamiento, normalmente es autorreferente. Por ejemplo, una persona ve pasar a un conocido que no lo saluda por estar mirando hacia otro lado de la calle y piensa "lo hace para no saludarme".

La **excesiva generalización** (supragereneralización) implica el proceso de realzar una generalización sobre la base de

un único hecho. Por ejemplo los pensamientos del tipo "no sirvo para nada", cuando se ha tenido un único fracaso aislado.

La **amplificación** que describe la propensión a exagerar el significado o la importancia de un hecho particular (el catastrofismo). Un ejemplo de esto son las ideas de tener un cáncer, una hemorragia cerebral, un infarto, ante alguna sensación física, por el temor a morir (Ellis, 1962, p.133).

LAS CREENCIAS IRRACIONALES (CI)

Ellis califica al producto ideativo proveniente de este tipo de procedimientos lógicos como irracionales y los agrupa bajo el término de **Creencias Irracionales (Ci)**.

Define la irracionalidad como: "cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas, que se interfiere de forma en la supervivencia y felicidad del organismo" (Ellis, 1962, p.28).

Para este autor, el objetivo de la terapia cognitiva apunta al descubrimiento de estas creencias irracionales y la facilitación a la persona consultante, como instrumento de autoayuda, de la utilización de procedimientos lógico-empíricos de la investigación científica: preguntando, debatiendo, poniendo en duda y discutiendo dichas creencias, a fin de que las abandone y que adopte otras nuevas y más apropiadas.

El acento está puesto en la adquisición de la habilidad de detección, análisis y modificación de este tipo de pensamientos irracionales, ya que la diferencia entre las personas mentalmente perturbadas y las que no lo están, a modo de ver de Meichenbaum, no está en la ausencia de los pensamientos irracionales per se, sino en las técnicas utilizadas para enfrentarse a esos pensamientos (Ellis, 1962, p.343).

LIMITES ETICOS

Se ha dicho, en relación a las terapias cognitivas, que éstas conforman una serie de procedimientos para el llamado "lavado cerebral". Es dable mencionar, en este sentido, que el estilo de terapia es de tipo directivo-activo ya que el terapeuta interviene activamente y da instrucciones precisas en los encuentros. Pero, por otra parte, es también una creencia el pensar que las personas cambian fácilmente sus modos y contenidos de pensamiento. Está probado que solo lo hacen cuando, realmente, los suyos no alcanzan para una explicación eficiente de los hechos y se enfrentan a argumentos más convincentes y que le repórtan un beneficio empírico a sus intereses personales. De todos modos no parece ser esta una crítica convincente ya que, en toda terapia, se produce un intercambio cognitivo del que podría resultar el efecto mencionado.

De todos modos, parece ser cierto que toda psicoterapia se propone cambios en aquellos aspectos que perjudican al individuo, en función de esta última razón es necesario que toda persona que tenga como objetivo asistir a un sujeto en estado de sufrimiento psíquico, sepa revisar sus propios contenidos ideativos, ya que de otra forma se corre el riesgo de favorecer el status quo de la persona sufriente.

El condensado pasaje con que se inicia este escrito merece una reflexión. Por lo antes dicho, los límites éticos de la modificación del comportamiento cognitivo están dados por el consultante mismo. No se le exige que deje de creer en algo de lo que está convencido. Se le presenta otra perspectiva de interpretación sobre los hechos que tenga un basamento lógico-empírico⁽²⁾. Luego, en este caso, se lo induce a descalificar aquellas ideas que no le prestan "utilidad" basándose en los conocimientos obtenidos de la inves-

tigación sobre el gran poder mitigador que tienen las rotulaciones verbales descalificadoras en las ideas irracionales⁽³⁾ y, lo que es más importante, se lo instruye en una herramienta de autocorrección, con la que el sujeto, a posteriori, evaluará sobre la conveniencia de abandonar o no dicha creencia. Aspecto del tratamiento que no figura en este artículo por razones de espacio.

CONSIDERACIONES FINALES

Deseo mencionar que el propósito de este texto es dar a conocer a los trabajadores del área de salud, en esta breve síntesis, esta corriente psicoterapéutica que, aunque ya que lleva más de 35 años de evolución, aún es poco conocida en nuestro medio.

«Al igual que las llamadas terapias comportamentales, las cognitivas consideran la psicoterapia, en gran parte, más como un proceso educativo que curativo.»

Al igual que las llamadas terapias comportamentales, las cognitivas, consideran la psicoterapia en gran parte más como un proceso educativo que curativo. Esta posición científica ante el enfoque de los trastornos psicológicos, permite a otros miembros del equipo de salud la utilización de las técnicas que las componen y que antes se reservaban para los especialistas en la materia. En publicaciones posteriores daré a conocer algunos de los instrumentos técnicos mencionados y que a mí, particularmente, me han resultado de mayor utilidad.



NOTAS

⁽¹⁾ Asertividad: es un término acuñado por la psicología para expresar la capacidad de un sujeto para exponer sus opiniones y deseos en cualquier ámbito y momento que lo juzgue oportuno

⁽²⁾ A. Ellis p. 54 menciona 23 estudios en los que se ha encontrado una estrecha correspondencia entre las ideas y las manifestaciones fisiológicas.

⁽³⁾ La técnica de la "Boludez" (Juan R. Musso, 1986, pag.39) tiene su basamento operativo en la prescripción de Freud acerca de rotular la fobia de Juanito a los caballos blancos como una "tontería".

REFERENCIAS

- KAZDIN, E. Alan (1983). **Historia de la Modificación de la Conducta**. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer.
- ELLIS, Albert y col. (1981). **Manual de Terapia Racional-Emotiva**. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer.
- MUSSO, Juan R. (1987). **Teoría de la Neurosis de la Terapia del Comportamiento no Conductista**. Mimeo. Grupo Rosarino de Estudios Psicológicos.

(*) Psicólogo del sector de salud psicosocial del Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén.

De mujeres entre mujeres...

problemas de género y discriminación social

por Jsolina Ranguileo (*) y Beatriz Kalinsky(**)

Es difícil hablar sobre mujeres, siendo mujeres, sin ser rápidamente caratuladas de feministas. He aquí una primera, y curiosa, forma de discriminación social.

Es también cierto que no pueden plantearse cuestiones relativas a la situación social y cultural de la mujer sin apelar a supuestos ideológicos.

En este breve espacio, quisiéramos poner en juego apenas dos ideas que nos parecen importantes para plantear mejor la relación del papel cultural y sexual que la sociedad le ha otorgado al género femenino. Estas dos ideas no han sido aún bien enfatizadas, más allá o más acá de los diferentes movimientos feministas.

La primera idea es que **no es cierto que nunca hayamos tenido voz para hacernos oír frente a la sociedad y entre nosotras mismas.**

Esta circunstancia ha dado un desafío permanente a la imposición para acatar un lugar social que consiste, sintéticamente, en criar hijos, cuidar la casa y atender al marido. Ser, ante todo y del todo, una "buena" madre y esposa. Ser comprensiva, indulgente, armónica. Tener como límite de nuestra vida los límites de la familia. En fin, ser doméstica y "domesticada".

Este dibujo se hace dramáticamente real cuando debemos acceder a puestos de trabajo. El contraste entre lo que somos y lo que se espera que debemos ser muestra un siempre renovado desequilibrio que no nos permite compatibilizar las cualidades requeridas para el trabajo con aquellas por las cuales se define "lo femenino".

La disyuntiva parece ser de hierro: o competimos con el hombre o nos quedamos en casa. En el primer caso, terminamos pareciéndonos a él y traspasamos, real o ficticiamente, convencidas o no, la diferencia que nos separa del hombre y que, en definitiva, nos permite ser mujeres. En el segundo caso, quedándonos en casa, nos permitimos sólo empleos que coinciden con las tareas propias del "maternaje": brindar cuidados, nutrición, educación o, las más "progresistas" montamos en nuestros hogares algo así como "talleres de servicios" (hacemos tortas para vender, escribimos a máquina, enseñamos idiomas, cuidamos chicos).

A pesar de eventuales renuncias a "la diferencia" pocas veces somos reconocidas como "verdaderas" trabajadoras. Somos incompetentes o ineficientes. Antes que todo, primero

observan las equivocaciones para criticar. Recién mucho después, algunos, elogian o reconocen una tarea bien cumplida.

¿Qué pasa, entonces, con nuestros trabajos? ¿Son, por ventura, formas de dignificación, de capacitación, de crecimiento emocional e intelectual, de reconocimiento social? ¿Dónde están la gratificación, el placer y la satisfacción en la elección y práctica de un trabajo? A pesar de ello, nuestros discursos y nuestros comportamientos no han sido sólo relegados a los espacios íntimos, cerrados, y en cierta forma, clausurados. Hemos desplegado acciones que han ido bastante más allá de la casa y la familia; hemos cambiado, sabiéndolo o no, formas privadas y públicas, tirando cada vez un poco más de límites, que, culturalmente impuestos, toman la forma de imperativos morales ("No serás una madre iracunda", "Parirás con dolor", "Tu lugar es la casa" y así por el estilo).

La segunda idea que nos interesa marcar es que **no es cierto que seamos un género homogéneo.** La diversidad es parte de cualquier cosa de índole humana y social. Ello no fue suficientemente recalcado por los movimientos feministas ni por los innumerables estudios sobre la condición de la mujer en nuestra sociedad, o en otras, sobre todo subdesarrolladas.

Tenemos diferentes experiencias biográficas, sociales e históricas. Tenemos diferentes posiciones en las coordenadas económicas y políticas. Muchas mujeres estamos, hoy, capacitadas y tenemos talento para trabajar. A otras nos toca hacerlo para poder criar a los hijos y seguir subsistiendo. Otras, muchas, tenemos que trabajar para cubrir el bache de la ausencia del hombre (que, ahora, se llama "familia uniparental"). Algunas trabajamos por necesidad, cumpliendo un atormentador doble turno de 8 hs. cada uno. Mujeres campesinas que, además, están sometidas a pautas culturales que las disminuyen aún peor (comen menos y después que los hombres; duermen, en promedio, bastantes horas menos). Otras trabajamos como una forma de escape, angustiadas por estos mecanismos que nos hacen parecer prisioneras de "puertas abiertas", con barrotes simbólicos. Y otras nos sentimos felices y realizadas en el lugar que nos ha tocado en suerte. La sociedad pone condiciones a nuestros proyectos y nuestras vidas, pero, a la vez, nos amoldamos mansamente a las expectativas que se meten en nosotras.

Entonces, ¿somos todas iguales? ¿Compartimos las mismas igualdades y desigualdades, las mismas oportunidades y

carestías? Mujeres que tienen ingresos económicos estables, vidas más holgadas, se distinguen de otras con trabajos esporádicos, por temporadas, sea invierno o verano. Y todas ellas están bastante lejos de aquellas con vidas penosísimas, familias numerosas y sin oportunidades sociales de ningún tipo; mujeres rurales o de los suburbios a las que ninguna política social (sanitaria, educativa, habitacional, laboral) contempla. Están siempre en el margen de lo humanamente vivible. Diríamos que son casi invisibles pero mantienen la férrea tenacidad de ocupar un lugar en el mundo, con la humana exigencia de existir.



Y aquí aparece una forma inusitada y poco reconocida del prejuicio social: el que se da entre mujeres.

Discriminación de una mujer a otra, bajo la crítica al vestir, al caminar, a las formas corrientes de organizar la casa y los lazos de parentesco, de planear la crianza de los hijos o de disfrutar del tiempo libre; también de las formas en que usamos y gozamos del erotismo y de nuestro cuerpo.

Cada una de nosotras construimos a nuestra manera el estilo de "ser mujer", pero casi siempre nos pensamos en relación al hombre, y no tanto respecto de nuestras compañeras de género. Aunque, más bien por lo bajo, nos tildamos con todos los mote posibles ("imbancable", "loca", "resentida social", "desbocada"). De ésto se habla poco.

¿Quién sabe por qué?

No es cuestión de hacer "caza de brujas", detectar enemigos o llevar a la hoguera siempre circunstanciales chivos expiatorios.

Más bien, creemos que se trata de continuar una **búsqueda co-participativa (entre mujeres y con los hombres)** de conocimientos y formas de convivencia en que cambien los términos de las relaciones entre las diferencias y de "Uno" respecto del "Otro" (sea hombre o mujer).

De cuáles serían esos términos, nada **podemos** decir por ahora. Varios caminos ya han sido emprendidos. Aquí queremos contribuir con dos anotaciones.

Una, que es estéril hablar en sentido amplio, haciendo generalizaciones vacías de contenido y que, finalmente, no se refieren a nada en concreto. La discriminación social de la mujer tiene rasgos propios que tienen que ser examinados en cada lugar y circunstancias.

Por eso, la segunda anotación dice que no abandonemos los contextos ni el sentido común porque allí reside la verdadera creatividad en el buscar, discutir, poner a punto y decidir ideas y acciones en el dar cuenta, y darnos cuenta, de cómo sería un mundo mejor para todos.

Hospital "Ramón Carrillo"
(8370) San Martín de los Andes
Provincia del Neuquén

Como siempre, las ideas no se hacen en solitario. Estas fueron tramadas con Zulema Constancia y Silvana del Barrio Parque Sur, en San Martín de los Andes.

(*) Agente sanitaria

(**) Antropóloga

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Chodorow, N. - 1984 - El ejercicio de la maternidad. Barcelona, Gedisa.

Flax, J. - 1990 - Posmodernismo y relaciones de género en la teoría feminista. *Feminaria* 5

Ginsburg, F. & R. Rapp - 1991 - The politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, vol. 20

Ong, A. - 1991 - Then gender and labor politics of Postmodernity. *Annual Review of Anthropology*, vol. 20

Pedraza, S. - 1991 - Women and migration: the social consequences of gender. *Annual Review of Sociology*, vol. 17.

Reynolds White, S. & P. Kariuki - 1991 Malnutrition and gender relations in Western Kenya. *Health Transition Review* vol. 1 n° 2.

Plantas Medicinales:

Combatirlas o Conocerlas?

por:
 Patricia Torres ⁽¹⁾
 Alejandro Ojeda ⁽²⁾
 Edith Laurín ⁽³⁾
 Anibal Moyano ⁽⁴⁾
 Ester Montes ⁽⁵⁾

Convocados a realizar un trabajo que consolide conocimientos adquiridos en el IV Curso de Administración de Servicios de Salud, nos pareció útil abocarnos al estudio del uso de plantas medicinales (P.M.) en las localidades de El Huecú, Las Lajas y Loncopué, en un intento por ampliar el concepto de diagnóstico de situación sanitaria y con el propósito de acercarnos al conocimiento de un recurso no formal en Salud. Descubrir, así, para nuestros propios ojos, un elemento presente en la realidad del campo del saber popular.

Entendemos que el uso de P.M. es sólo un recurso de la más abarcativa medicina tradicional. Recurso en salud que nuestra cultura médica institucional ignora. Creemos que partiendo de la observación y análisis del saber de nuestras comunidades, aprendiendo usos y costumbres podremos aportar al enriquecimiento del aún estrecho campo de la medicina que ejercemos.

El trabajo se desarrolla en las tres localidades mencionadas, ubicadas al noroeste de la provincia del Neuquén (ver mapa). La población está constituida por habitantes descendientes de mapuches, de inmigrantes chilenos y de pocos europeos. El total de población del ejido de Loncopué es de 3.122 habitantes, el de El Huecú 1.141 y el de Las Lajas 3.738 (fuente: censo 1991, Dirección Prov. de Estadísticas y Censos). Las pirámides poblacionales de base ancha muestran cambios en las edades laborales por migración de adultos jóvenes en busca de fuentes e trabajo (a predominio de la emigración). Más del 70% de la población económicamente activa de las zonas urbanas

pertenece al sector público. En el área rural predominan asalariados de establecimientos ganaderos y pequeños crianceros con unidades de producción familiar que practican la transhumancia.

Los servicios de salud comprenden:

- el sector estatal con hospital de Complejidad III en las tres localidades, que dependen administrativa y jerárquicamente de Zona Sanitaria II (con asiento en Zapala). Refieren al Hospital Zonal Zapala, con el que mantienen sistemas de referencia y contrarreferencia periódicos para consultas y derivación de pacientes de mayor complejidad de atención médica. Los tres hospitales atienden extensas áreas rurales, asiento de puestos sanitarios con visitas médicas y odontológica periódicas. Se desarrollan actividades de promoción y protección de salud, asistencia ambulatoria de medicina general e internación indiferenciada, atención odontológica permanente, servicios complementarios de radiología y laboratorio.
- el sector privado cuenta con un solo consultorio médico y un consultorio odontológico en Las Lajas;
- el sector de Obras Sociales no tiene establecimientos asistenciales propios, sino delegaciones administrativas del Instituto de Seguridad Social del Neuquén.

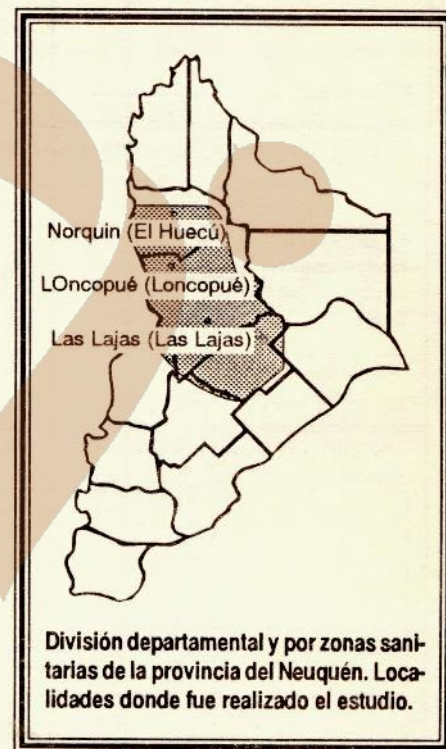
Para orientar el diseño de la investigación partimos de algunas hipótesis:

1. El uso de P.M. es de uso extensivo y habitual en nuestras comunidades;
2. El uso de P.M. es más frecuente en áreas rurales que en urbanas;
3. El uso de P.M. ha disminuído respecto al pasado y se oculta su uso a los efectores de las instituciones formales de salud;

4. El estudio de P.M. desde nuestro espacio de la medicina formal nos ofrecería dificultades de abordaje y sesgos de información.

Nos planteamos luego los objetivos generales de trabajo:

1. Hacer un diagnóstico de las características del uso de P.M. en las localidades antedichas;



2. Intentar evaluar la jerarquía que la población asigna al uso de P.M.

3. Colaborar con el mejor conocimiento del uso de P.M. y

4. Desmistificar el tema de P.M. en el ámbito de nuestros equipos de salud a través del conocimiento.

Algunos de los objetivos particulares fueron:

- conocer la extensión del uso de P.M.
- conocer las P.M. más utilizadas y la existencia de criterios comunes respec-

Investigación

to a sus indicaciones y preparación
- conocer si la población identifica plantas tóxicas
- confeccionar un consolidado con la descripción de cada ejemplar, sus indicaciones y forma de preparación

Recurrir a los siguientes recursos:
-Entrevista a los informantes claves:
Estos son referentes populares que reúnen las características de reconocimiento y respeto de los pobladores como conocedores de usos de P.M. y

tradiciones locales. Las entrevistas fueron domiciliarias y recabaron información sobre temas de la encuesta y opiniones particulares sobre características del uso de P.M. (indicaciones, preparación y dosis).

-Encuesta a pobladores: Pusimos a prueba varios mecanismos de encuesta y distintos modelos de encuestas. Finalmente definimos que trataríamos de convocar a encuestadores ajenos al sistema, alumnos del colegio secundario. Recabáramos datos que nos permitieran una mejor caracterización social y se encuestaría la mayor cantidad de familias, pero sin pretender lograr una muestra matemáticamente representativa, refiriendo las conclusiones a la población encuestada (ver modelo de encuesta).

- Recopilación bibliográfica
- Recopilación de plantas medicinales: se recolectaron las veinte P.M. más nombradas con las que se confeccionó un herbario.

Resumimos algunas opiniones de los entrevistados. Encontramos coincidencias con respecto al uso extendido de P.M., y siendo éste más frecuente en el campo. Las preparaciones se rigen por criterios comunes y son preferentemente caseras. Los conocimientos respecto a su uso son de transmisión oral. Opinaron también que la presencia de efectores médicos ha disminuido el uso de P.M. Llamaron la atención dos consideraciones hechas por una curadora popular entrevistada: que es importante la fe que se tiene al consultar a un curador popular, y que la gente consulta previamente al médico.

Respecto a la encuesta, el ámbito de aplicación de este instrumento fue la población urbana y rural de las tres localidades mencionadas, lográndose un total de 163 familias encuestadas, con una distribución de 63,8% urbano, 24,6% rural y 11,6% sin dato.

Consolidamos los datos recogidos de las encuestas a pobladores, informan-

FAMILIA		Edad	Sexo	Nac. en Zona	USO	Escolaridad					Relacion	TRABAJO	
						1C	11	2C	21	3C	31		Actividad
MENORES → MAYORES													
Numero		USO											
6 a 15													
0 a 5													
Numero de Habit.....													

AMBITO Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		¿En la familia se utilizan plantas, o yerbas medicinales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Bº o Area		¿Quién lo prepara? Us <input type="checkbox"/> Fljar <input type="checkbox"/> Yuyera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
		No cree <input type="checkbox"/> Tiene miedo <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Medicos NO II <input type="checkbox"/>	

En este año que enfermedad o malestar ha tenido: Ud <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>	
Tomó algo <input type="checkbox"/> Planta <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>	Cual SI <input type="checkbox"/> (Planta y Médico) ORDEN
Se curó o mejoró NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Por que?	Consultó alguien <input type="checkbox"/> Fljar. o Vecino <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Ag. Sanitario <input type="checkbox"/> Yuyera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Por que?	Planta <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Nombre las 5 plantas que mas se utilizan en la familia						DOSIS Y FRECUENC.	
NOMBRE	USO	A	N	PARTE	CANTIDAD	PREPARACION	

Antes se usaban más? NO <input type="checkbox"/> Por que? SI <input type="checkbox"/> Se creía más <input type="checkbox"/> no había médico o medicamentos <input type="checkbox"/> Se conocía más <input type="checkbox"/> Ahora los médicos lo desaconsejan <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Conoce plantas tóxicas o peligrosas Nombre Efecto
---	--

Encuestador

Modelo de encuesta realizada

tes claves y bibliografía herbolaria en un glosario, adjuntando un gráfico para cada una de las P.M. descriptas.

No incluimos la totalidad de los datos por razones de extensión.

Confirmamos, a partir del análisis de datos, que el uso de P.M. es extensivo a la mayoría de la población. Se conoce mayor cantidad de especies medicinales y su utilización es más frecuente y más compleja en zonas rurales. No se observaron diferencias significativas cuando cruzamos datos de caracterización social con el uso de P.M., salvo la mayor tendencia al uso en habitantes nacidos en la zona. Se confirmaron las hipótesis enunciadas previamente.

En relación a la P.M. nombradas pudimos concluir que existe una concordancia importante en cuanto a la indicación, las partes utilizadas y la forma de preparación entre los pobladores encuestados entre sí, entre éstos y los informantes claves y ambos con la bibliografía. En cambio no pudimos reafirmar lo mismo en cuanto a la concentración de la preparación ni de la forma de dosificación. Esto último creemos que no significa una falla en el conocimiento, sin que podría estar dado por la dificultad para expresarlo o recabarlos.

No pudimos definir la magnitud del uso en niños, ni de sus diferencias comparativas con el uso en adultos, por razones similares a lo antedicho.

El hecho de no constatarse intoxicaciones frecuentes por P.M. nos hace pensar que el uso de las mismas es adecuado, pero debemos considerar también que no estamos entrenados para detectarla. También podría relacionarse con un amplio rango terapéutico.

Se podría establecer una similitud del uso de P.M. con el uso de la medicación farmacológica, dado que aquellas se utilizan en una cantidad reducida en relación a la gran diversidad de especies descriptas. Además son utilizadas

Listado comparativo de las Plantas Medicinales en las poblaciones urbanas y rurales

AREA RURAL	Nº	%	%	Nº	AREA URBANA
AJENJO	3	1.8	1.7	4	AJENJO
APIO	6	3.6	0.4	1	APIO PANUL
BOLDO	2	1.2	9.9	23	BOLDO
CANCHALAGUA	12	7.2	3.9	9	CANCHALAGUA
CANCHAMALI	2	1.2	0.4	1	CANCHAMALI
CARQUEJA	2	1.2	4.3	10	CARQUEJA
CEDRON	2	1.2	0.9	2	CEDRON
*****	-	-	0.4	1	CHACHACOMA
*****	-	-	1.3	3	CHILCA
HOJA DE DURAZNO	4	2.4	4.3	10	HOJA DE DURAZNO
MANZANILLA	10	6.0	12.0	28	MANZANILLA
MATICO	5	3.0	0.4	1	MATICO
MENTA	6	3.6	5.2	12	MENTA
MEZCLA COMERCIO	3	1.0	3.9	9	MEZCLA COMERCIO
NALCA	3	1.8	0.9	2	NALCA
NATRI	3	1.8	3.0	7	NATRI
PAICO	2	1.2	3.0	7	PAICO
PALQUE	1	0.6	0.4	1	PALQUE
PICHE	7	4.2	5.2	12	PICHE
POLEO	18	11.0	9.0	21	POLEO
ROMERO	1	0.6	0.4	1	ROMERO
RUDA	2	1.2	3.0	7	RUDA
SAN PEDRO	7	4.2	4.7	11	SAN PEDRO
*****	-	-	0.4	1	SANGUINARIA
ZARZAPARRILLA	5	3.0	1.3	3	ZARZAPARRILLA
TILO	6	3.6	9.9	23	TILO
TORONJIL	4	2.4	1.3	3	TORONJIL
YERBA BUENA	1	0.6	2.6	6	YERBA BUENA
YERBA DE CHANCHO	2	1.2	0.4	1	YERBA DE CHANCHO
YERBA DE POLLO	1	0.6	3.9	9	YERBA DE POLLO
NANCOLAHUEN	7	4.2	0.9	2	NANCOLAHUEN

Listado de Plantas Medicinales nombradas exclusivamente en el campo

AREA RURAL	Nº	%	AREA RURAL	Nº	%
ABROJO	1	0.6	MALVA	3	1.8
CEPA DE CABALLO	1	0.6	MENTA NEGRA	1	0.6
CHUPA SANGRE	1	0.6	MICHAY	1	0.6
COLIHUE	1	0.6	MILOMBRE	1	0.6
CONTRAPUNA	1	0.6	NENEO	2	1.2
CORTADERA	1	0.6	PARAMELA	4	2.4
CULENSILLO	1	0.6	QUILLOY	1	0.6
ENREDADERA	1	0.6	TARA	1	0.6
EUCALIPIO	1	0.6	TE DE BURRO	1	0.6
FLOR DE ROSA	1	0.6	TOMILLO	3	1.8
LEMA DE PIEDRA	2	1.2	YANTEN O 7 VENAS	3	1.8
LIRIONCILLO	1	0.6	YERBA SAN JUAN	1	0.6



en forma preferentemente sintomática, en general para patología autolimitada, sin la necesidad de la consulta al especialista, en este caso a la curadora o yuyera, es decir algo similar a lo que ocurre con la automedicación farmacológica.

Vale la aclaración que lo que hemos considerado zona urbana no tiene las características de zonas más densamente pobladas en las cuales podría observarse una distorsión mayor del conocimiento y por lo tanto distintos resultados respecto del uso de P.M. Una limitación a la investigación a tener en cuenta está dada por tratarse de un estudio relacionado únicamente por la descripción de P.M., sin profundizar en otros aspectos de la medicina popular. Se ha intentado medir la efectividad de P.M. sólo a través de la percepción por parte de los encuestados, reconociendo que existen otras instancias de la inves-

tigación como serían los estudios de doble ciego y el análisis químico farmacológico.

Como reflexión final creemos que en la medida en que podamos desprendernos de prejuicios infundados en relación a este tema, desde el ámbito de la medicina formal, brindaremos la posibilidad de optimizar este recurso comunitario.

- (1) Médica General, Hospital El Huecú
- (2) Médico General, Hospital Loncopué
- (3) Médica General, Hospital Las Lajas
- (4) Agente Sanitario, administrador Hospital Las Lajas
- (5) Administradora Hospital El Huecú

Bibliografía:

- Foro Mundial de la Salud, Vo. 5 1984.
- Giménez, Estela: Manual de Toxicología Infantil, Bs. As. 1960.
- Lasolla, Xavier y Lasolla, Carlos: La Medicina Invisible. Introducción al estu-

dio de la medicina tradicional. México 1ª edición 1983.

- Nivel I. Revista de la Asociación Argentina de Medicina General. Año 2. 1991.
- Manfred Leo. 7000 recetas medicinales a base de 1300 plantas medicinales. Argentina 1947.
- O.M.S. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Nº107 (4) 1989.
- O.M.S. La salud por el pueblo. Suiza 1975.
- O.P.S. CIESU. Ciencias Sociales y Salud en America Latina. Tendencias y perspectivas. Montevideo 1986.
- Plantas que curan. Ediciones Edilibia. Argentina 1987.
- Ratera, Enrique y Ratera, Mario. Plantas de la flora argentina empleadas en la medicina popular. Argentina 1980.
- Salud Mundial. El año mundial del reumatismo. EE.UU. junio de 1977.
- Derechos Humanos. EE.UU. 1987. Salud Mundial.
- Salud Mundial: Investigación sobre Plani-ficación de la Familia. Agosto / Septiembre 1978.

Un abordaje comunitario de la salud mental

por Ana Jliovich
(psicóloga)

LOS NADIES

Sueñan las pulgas con comprarse a un perro y sueñan los nadies con salir de pobres, que algun mágico día llueva de pronto la buena suerte; pero la buena suerte no llueve ayer, ni hoy ni mañana, ni nunca. Ni en lloviznita cae del cielo la buena suerte, por mucho que los nadies la llamen y aunque les pique la mano izquierda, o se levanten con el pie derecho, o empiecen el año cambiando de escoba.

Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.

Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos.

Que no son, aunque sean.

Que no hablan idiomas, sino dialectos.

Que no profesan religiones, sino supersticiones.

Que no hacen arte, sino artesanía.

Que no practican cultura, sino folclore.

Que no son seres humanos, sino recursos humanos.

Que no tienen cara, sino brazos.

Que no tienen nombre, sino número.

Que no figuran en la historia universal, sino en la crónica roja de la prensa local.

Los nadies, que cuestan menos que la bala que los mata.

Eduardo Galeano

Tal vez este poema resuma mejor que cualquier análisis estadístico, cómo está, cómo se siente la comunidad con la que trabajamos.

El objetivo de nuestro trabajo es lograr un abordaje comunitario en Salud Mental, cuya estrategia fundamental consiste en una escucha abierta a los códigos, cultura, valores y mitos estructurantes de la comunidad en que se trabaja. Esto ofrece como perspectiva que la comunidad se apropie de nuevas maneras de concebir las situaciones a las que se enfrenta.

Se trata de introducir nuevos interrogantes, de incorporar nuevos elementos en el descubrimiento, análisis y abordaje de las condiciones de existencia logrando que la comunidad se haga cargo de los síntomas que de ella emergen.

Esta propuesta, las actividades que desarrollamos, se fueron armando a partir de la denuncia que la propia comunidad iba haciendo de su situación, modelando así nuestro rol en ella.

A través de escuchar, las madres, las maestras, los agentes sanitarios, los niños, van surgiendo las maneras de hacer Salud Mental en el barrio San Roque.

¿Es posible la prevención en Salud Mental? ¿Tiene algún sentido la asistencia en consultorio? ¿Es posible subvertir los modelos tradicionales de atención? ¿Se puede diseñar un modelo alternativo al psicológico privado hegemónico?

No se trata de embarcarnos en tratamientos prolongados, sino en desenmarañar aquellos nudos que están obturando el desarrollo y el aprendizaje de los chicos. Se trata, entonces, de intervenir en el momento en que se articula la demanda, sea desde los padres, los maestros, los vecinos, los amigos, los parientes, desde el momento en que alguien ligado afectivamente al niño denuncia su "no poder con él", su "no saber", y por allí comienza el trabajo. No hay que olvidar que esta "cosa" de la Salud Mental comenzó siendo algo "raro" y para "raros", "locos" o "muy enfermos", y que los síntomas que emergían eran estigmatizados, aislados, desconectados de cualquier compromiso colectivo. Había pues que hacer circular los interrogantes en el discurso colectivo, inaugurar los porqués, promover la expresión de las causas que cada uno esgrimía en relación a la problemática del niño y confrontarlas para que se escucharan y se sorprendieran mutuamente.

El solo hecho de existir un lugar donde hablar a sus hijos, de sus hijos, con sus hijos, viabiliza que los afectos circulen por los canales que alguna vez fueron obturados, ya que reflexionar acerca de lo que esperan del niño los remite a su vez, a lo que sus padres esperaban de ellos, a lo que lograron o no lograron. Este lugar tan especial tiene su razón de ser merced a la transferencia y desde allí operamos. El niño se estructura en relación al interjuego de deseos que sobre él se tejen, el niño es lo que los otros significativos desean que sea. Estos deseos inconcientes se expresan en transferencia y apelando al lugar de otro (en un nivel simbólico) se devuelve un mensaje, se reintegra una verdad.

Así el problema no consiste en saber si el niño puede o no transferir sobre nosotros sus sentimientos hacia sus padres, que implicaría reducir la transferencia a una mera experiencia afectiva sino -como dijera M. Manonni- "lograr que el niño pueda salir de cierta trampa de engaños que va urdiendo con la complicidad de sus padres". También operamos en transferencia cuando nos ubican en el lugar de sujetos supuestos al saber desde donde ciertas intervenciones tienen una eficacia asombrosa, pues nos atribuyen un saber que poco a poco es apropiado, devuelto, reconstruido por el niño y sus padres.

En la estructura familiar a la que pertenecen los niños de nuestra comunidad los roles son asumidos a contrapelo de la historia biológica: abuelas que ejercen la función materna sobre los hijos y nietos, que conducen a la madre hacia un lugar poco claro entre madre y hermana de sus propios hijos. Padres ausentes, desconocidos o abandonados que ejercen débilmente su función de ley, de interdicción en la relación madre-hijo que se prolonga mas allá de los límites saludables, fortalecido esto

por un mandato cultural profundamente arraigado: la crianza, salud y educación de los chicos son *"cosa de mujeres"*.

Otro rasgo que aparece con mayor frecuencia es el maltrato a los niños, que son objeto de agresiones permanentes e incapaces de responder o defenderse.

En esta cascada de violencia, que nace desde la agresión social que margina al hombre de su trabajo y posibilidad de realizarse como tal, en una sociedad cuya única propuesta para él es la delincuencia, el cirujeo o la muerte, la frustración e impotencia se canaliza en violencia hacia abajo, o sea, su mujer y sus hijos. La mujer, a su vez, agobiada por el peso de ser el único sostén de la familia, se juega en la ambivalencia hacia sus hijos, a los que ama y castiga, *"se que no les debo pegar, pero no puedo parar"*, *"vengo porque a veces tengo deseos de matarlos"*, son algunas de las verbalizaciones de esta angustiosa ambivalencia, escuchadas frecuentemente en consultorio.

El alcoholismo viene a sumarse como uno de los problemas ante el cual se abren muchos interrogantes no resueltos hasta hoy, pero que nos han permitido pensar algunas cuestiones, como por ejemplo, que el hombre acentúa su virilidad bajo el efecto del alcohol: es cuando agrede a su mujer, es cuando la somete sexualmente, es cuando se afirma. Y es el mismo hombre que estando sobrio es *"el inútil"*, *"el incapaz"*, *"el vago"*, que *"ni si quiera tiene trabajo, ni es capaz de traer plata a la casa"*. Son estas dos imágenes las que se ofrecen como modelos identificatorios a los hijos, que se realizan, es cierto, pero con no pocas expresiones sintomáticas, reforzando el vínculo madre-hijo hasta límites patógenos.

Estas razones dificultan la escolaridad a la que la comunidad asocia con el aprendizaje, que se ve resentido, demorado, amordazado pero latente y esta es la posibilidad. *"Tengo miedo de que se me vaya"*, *"él es todo para mí, somos dos en una misma persona"*, *"no me aprende, se encapricha y no quiere aprenderme"*, *"creo que si sabe la verdad no me va querer más"*, *"está terrible, ya no quiere estar conmigo"*. Estas características determinan que la mayoría de los síntomas se expresen en el lenguaje, en la lecto-escritura, en sus cuerpecitos rígidos y en todas las manifestaciones que implique la presencia de la simbolización.

Es demasiado alto el precio que tiene que pagar el niño para sostener a esta madre que siente que pierde todo punto de referencia identificatorio si el hijo comienza a recorrer solo el camino del aprendizaje, el camino de las relaciones de amistad con sus pares y con otros adultos, todos ellos que ponen interdicciones a la situación dual. Así, resulta sumamente terapéutico dar la posibilidad a la madre de recharacterizarse como madre de un niño, pero reconocido por un tercero como separado de ella.

Es oportuno destacar que el abordaje terapéutico se realiza tanto en el consultorio del Centro de Salud como en las

viviendas de los chicos (lugar apropiado para contactarnos con el padre) y en la escuela, promoviendo que en el hablar al niño se vaya produciendo un cambio de mirada, que algo se modifique para que los chicos puedan romper con la repetición y desplegar sus potencialidades. A veces es necesario sostener, narcisizar a los niños muy deteriorados física y psíquicamente, niños golpeados, maltratados, hambreados, a los que urge verbalizarles las potencialidades que sin querer dejan escapar por sus poros. Intervenir para intentar correrse del lugar que se erigió como estigma de su ser: lugar del burro, del tonto, del hinchado, del sucio, del ignorado, del no querido. Sirve para ilustrar esto el mito del burro, ya que viene a tapar un enigma que a la vez devela: los problemas de aprendizaje de los chicos se explican a través del anatema *"no aprende porque es burro"*, expresión que sirve a padres y maestros como analgésico o tranquilizador, ya que mantiene el status quo retroalimentando el síntoma.

Son niños que tienen un pasado fragmentado, ocultado, confuso. Por ello uno de los ejes de nuestro trabajo es reconstruir su historia, restituirla, pues es su derecho armar junto a sus padres, o quienes ejerzan tal función, su pasado, hablar de ello para reafirmar su presente y así poder proyectarse.

Paralelo al trabajo en consultorio se ha comenzado el Taller de Aprendizaje, experiencia reciente de la que poco podemos dar cuenta aún, cuyo objetivo es liberar temporalmente a la madre de su función de enseñante ya que el no aprendizaje del hijo desencadena situaciones de violencia que obturan doblemente el aprendizaje y deterioran el vínculo. Decimos temporalmente porque se prevee la paulatina incorporación de la madre en un proceso de aprendizaje mutuo.

Otra forma de abordaje la constituye el Taller Infante Juvenil que funciona en un sector del barrio de extrema pobreza denominado Costa del Canal. Se trata de generar un espacio transicional, desde un abordaje grupal, que permita al niño vivenciar la mayor cantidad posible de experiencias vinculares, y el desarrollo de un nuevo repertorio de conductas con creatividad y mayor elasticidad, posibilitando el ensayo y la vivencia de nuevas formas de relación, rompiendo la esteriotipia. En los talleres utilizamos técnicas de dinámica grupal y actividades de expresión plástica, dramática, musical, etc., que permiten al niño la puesta afuera de su problemática y se genera espacios donde puede aprender a compartir e intercambiar, a ponerse en el lugar de otro, a crear y producir cosas con los demás. En este sentido, motivar a los niños para que se conviertan en promotores de salud de su familia y comunidad, constituye otra eje de la actividad del taller. El proceso de taller nos permite conocer en profundidad a los niños y detectar los casos graves, de alto riesgo, que requieren un tratamiento particular. Poco a poco estamos profundizando la relación con las madres con el objetivo de que puedan ubicar a los niños en

un lugar distinto, cambiar su mirada, tomar conciencia, por ejemplo, que su hijo fue el actor de la obra que tanto aplaudieron los vecinos, que el "inútil" fabricó un títere, que "la sucia" dibujó un sol.

Es necesario apelar a la memoria colectiva de aquellos momentos en que los lazos de solidaridad se tensaron en la resolución de un problema concreto. Sabemos que la comunidad no está permanentemente en tensión. Hay momentos, tiempos, en que las redes se deslindizan, se produce un repliegue en cada grupo familiar, que gira sobre sí mismo. Sin embargo, se mantiene latente la vivencia, la experiencia de solidaridad que sirvió en determinados momentos para afrontar un problema, mientras mayores, más amplias y beneficiosas hayan sido estas vivencias, mayor es el bagaje y la riqueza experiencial colectiva que permite retensar nuevamente las redes ante nuevos problemas. Esto no es sino un aprendizaje colectivo permanente. Como dijo una compañera de la comunidad: *"la experiencia (de construcción colectiva del Dispensario) nos sirvió para conocernos entre los vecinos, para crear lazos afectivos que no se perdieron. Ahora somos amigos, sabemos que si necesitamos algo, el otro está."*

Hemos partido de considerar a la salud como la capacidad de cambio, de transformación individual y social. Hay muchas maneras de decir esto, desde distintas líneas de pensamiento: la ruptura de la estereotipia que posibilite el aprendizaje, la toma de conciencia de la realidad (objetivación) y recuperación de la propia palabra, la ruptura del encadenamiento que conlleva la compulsión a la repetición.

Desde cualquiera de estas concepciones, pero sobre todo desde nuestra práctica cotidiana en la comunidad, hemos podido comprobar que esta posibilidad de transformación individual y social - como dos aspectos inseparables y en dialéctica relación - sólo es posible ser desarrollada si los miembros de la comunidad poseen un quantum de autoestima, narcisismo, de seguridad en sí mismo y sus fuerzas, de libido, de amor. Esta autoestima es como el sostén, la infraestructura necesaria, condición sine qua non para el cambio. Quien se quiere puede querer, puede ser capaz de solidarizarse, puede defender sus derechos, decir su palabra, puede luchar aprender, participar. Remarcamos PUEDE, esto no quiere decir que así suceda mecánicamente en una relación causa efecto. Solo estamos en condiciones de afirmar que sin este sustento NO PUEDE.

Pero ¿de dónde viene la autoestima? Viene de los otros; ningún ser humano la adquiere por sí mismo. Viene de la trama deseante que lo recibe cuando nace, desde la primera relación fundante con la madre, desde la familia, desde la comunidad que lo acoge.

Ahora bien, ese ser humano nace de una familia marginada que vive en una comunidad marginada. Marginada de una sociedad

que no lo quiere, que lo rechaza, que no tiene lugar para él, que le ha quitado la palabra, que lo ha enmudecido. Una sociedad cuyos gobernantes, aquellos que detentan el poder, han elegido un proyecto de muerte para él.

No hay proyecto de vida para millones de pobres en Argentina. Esto no es sólo un comentario sesudo de análisis de economía política, es la cotidianidad de nuestros pobres, los que están "bien muertos" por tratar de sobrevivir robando pasacassetes.

El niño de la villa nace a contramano de este proyecto de muerte, para él, su familia y su comunidad; nace desde este empecinado empeño de vida que no han podido destruir.

Pero tiene casi todo en contra. ¿Cómo desarrollar la autoestima, la capacidad de aprendizaje, de decir su palabra, de transformación?

Si la mirada de la sociedad lo descalifica permanentemente. Descalifica a su padre dejándolo sin trabajo, a su madre humillándola en el oficio de sirvienta o de prostituta, a todos ellos en el maltrato cotidiano en hospitales, oficinas; descalifica su cultura y lo deja sin identidad.

Sin embargo, se sobrevive con cada vez más deterioro - es cierto - pero en la villa organizaron la olla y en el barrio construyeron el dispensario.

El fortalecimiento de los lazos libidinales al interior de la comunidad y junto con esta, formando un todo, el desarrollo de un necesario narcisismo (seguridad, autoestima) son el eje fundamental de la columna vertebral que da sentido y atraviesa todo el trabajo que se desarrolla en esta comunidad.

Desde el consultorio, con las familias, desde el taller infanto-juvenil, desde la escuela, rescatando el narcisismo, caracterizando, desterrando mitos en relación a los niños (es burro, es inútil, es malo), rompiendo estereotipos, destrabando el afecto para que fluya y se exprese, y permita destrabar el aprendizaje. Fortaleciendo a las madres, buscando tirar el hilo de sus potencialidades, desde su capacidad de ser madres - buenas madres - hasta la de hacer cosas para transformar su realidad. ¿Por qué elegimos priorizar al niño y empezar con él? Porque fue la primera demanda, sencillamente. Pensando luego que esto que decíamos, a contramano de la muerte, está puesto en los niños. Ya que a pesar de los estigmas, del maltrato, de los castigos corporales, de los embarazos no deseados, de las violaciones de que son producto, las madres se mueven por ellos. Por ellos vienen a consultas, por ellos van al hospital, por ellos organizan la olla, van a la escuela a recibir - las más de las veces - los reproches de las maestras, por ellos trabajan.

Entonces, y a pesar de la ambivalencia, hay vida puesta en los niños, hay un punto de certeza a partir del cual destrabar silencios, dando lugar a la expresión, la posibilidad de simbolizar, de decir, ir desde allí tejiendo los lazos, las redes, para sobrevivir y resistir hoy. Para, tal vez, mañana.

Reportaje a Julio Monsalvo

por Malco Elder

Malco: Julio, con tus años de trabajo y experiencia en el norte argentino, ¿Cómo observas en este momento tan difícil de nuestra historia, la situación de salud en la población de esa región?

Julio: Veo un doloroso proceso de franco deterioro. En Argentina, como en toda Indoamérica, se están aplicando las llamadas "políticas de ajuste". Estas priorizan en forma excluyente lo económico. Son políticas carentes de sensibilidad humana y por lo tanto se ignora todo lo social. Se exhiben como logros los indicadores económicos.

En lo cotidiano, esto se traduce en lo siguiente: **lo que se ajusta es el salario**. Y cuánto más pobre es el salario más se sufre. Se deterioran las condiciones de vida de los asalariados, más aún, se deterioran las condiciones de vida de todos aquellos que en el Norte Argentino nacen sin poder acceder nunca a una alimentación mínima. Son miles las personas que en el oeste chaqueño y formoseño disponen solamente del agua de los charcos. Ni hablar de la inaccesibilidad al ingreso en dinero y a fuentes de trabajo más o menos estables. Son políticas que castigan a los más pobres, y también, como a un todo, a las provincias periféricas, como son las de nuestro norte. En estas provincias encontrarás siempre los indicadores más desfavorecidos con respecto al resto del país. Sea mortalidad infantil, sea índice de analfabetismo, sea el indicador socio-sanitario que tomes.

En este contexto, cualquier persona con un mínimo de sensibilidad humana y

Julio Monsalvo nació en la provincia de Córdoba hace 53 años. Médico pediatra y sanitarista, egresado de la Universidad de Córdoba, diplomado en Salud Pública en la U.B.A. Desarrolló su actividad profesional en diferentes provincias (Córdoba, Chaco, Corrientes), ocupando cargos en Hospitales, Universidades, Secretarías de Salud Pública, y organizaciones sociales, comunitarias, religiosas y políticas.

Luchador incansable, y preocupado por problemas de nuestro pueblo, trabaja en la actualidad en el Instituto de Cultura Popular, organismo no gubernamental de Reconquista, Santa Fé. El Dr. Monsalvo es colaborador de la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén desde 1980.

social, vivirá en forma dolorosa esta situación de progresivo deterioro.

Te menciono algo que quizá pueda servir para dar una idea de todo lo que está ocurriendo, que puede servir quizá como "emergente detectable". Me refiero a las muertes que podrían ser evitadas. La muerte es un hecho biológico que debería llegar en forma natural. En el Norte Argentino detectamos muertes por causas "médicas" evitables, o por lo menos controlables, que se producen en personas de todas las edades, pero mayoritariamente en niños. En otras palabras, se trata de gente que se muere antes de tiempo. Son centenares las personas que anualmente mueren sin haber accedido al derecho a la salud ni al derecho de vivir.

Y esto es sumamente doloroso. Hablando de muerte evitable en niños: los indicadores oficiales del Chaco, por ejemplo, nos dicen que alrededor del 60% de la mortalidad infantil se produce en el periodo neonatal. Gran parte de estas muertes neonatales tienen como "causa médica" el bajo peso al nacer. Esto tenemos que contextualizarlo. ¿Por qué na-

cen con bajo peso? También esta información nos muestra decenas de niños que fallecieron antes de su primer cumpleaños por diarreas y por neumonía. En otros casos, el certificado de defunción consigna **u n i c a m e n t e** "desnutrición" y esto ¡es mucho decir!

Otra cosa, en el Chaco, desde hace varios años, se lleva el registro de los niños fallecidos con 1 año de edad.

No en forma conjunta de 1 a 4, sino de 1 año, por separado. En esto vemos la expresión de las injusticias sociales más crueles. Fijate estos datos del año 1990: en el oeste chaqueño fallecen, en números absolutos más niños de 1 año de edad que en Resistencia y alrededores. ¡Ni hablar de las tasas! En el oeste fallecieron 49 niños de 1 año de edad (tasa: 22,1 por 1000) y en Resistencia 17 (tasa: 5,2 por 1000) Por favor, ¿qué nos están gritando estos indicadores?

Malco: Perdón, en estos puntos, ¿con o sin atención médica?

Julio: Con y sin atención médica. La atención médica es uno más de los tantos factores asociados que se deben estudiar. Y no siempre la presencia de atención médica resulta ser un factor positivo. Hace cuatro años pudimos hacer en el Chaco un trabajo que intentó avanzar un poquito en el estudio de la mortalidad que llamamos "evitable". Quisimos avanzar un poco más allá del estudio de los papeles: certificados de defunción, informes de hospitalización e historias clínicas (cuando las había). ¿Cómo lo hicimos? Fuimos a buscar la historia

“no oficial”. Fuimos a visitar a las familias en sus hogares. Se trataba de conversar con las familias que habían perdido a uno de sus miembros, presumiblemente “antes de tiempo”, al detectar la “causa médica” como evitable o controlable.

En poco más de un año en que pudimos llevar adelante el proyecto, realizamos alrededor de setenta entrevistas. Aprendimos mucho de la gente. Muchísimo. Aprendimos a identificar una gran variedad de factores asociados a este fenómeno que estábamos investigando: **la muerte evitable**. Quedaron muy claros los factores derivados de las situaciones de injusticias sociales en que se hallaban las familias. Quedaron muy claros, también, los factores asociados que provenían del propio sistema formal de salud. Veamos un ejemplo. Detectamos niños fallecidos por diarrea que habían recibido tratamiento, pero no el adecuado, o lo habían recibido en forma no oportuna. Otros, por esta patología, u otra, figuraban como “altas voluntarias” o “fugas hospitalarias”. ¿Por qué las altas voluntarias o las fugas? Eran consecuencias de las actitudes carentes de respeto, de malos tratos, de indiferencia, de autoritarismo, de incomprensiones. Es larga la lista de factores asociados a las muertes evitables que provienen del propio sector salud.

Lamentablemente existe la tendencia de adjudicar culpas a las mismas víctimas: “tú te enfermas, tú te mueres, tú tienes la culpa”, parece ser una actitud muy generalizada en los efectores de salud (¿efectores de salud?). Recientemente hemos leído en los medios de comunicación las expresiones de Carlos Vidal cuando era Ministro de Salud del Perú. Al referirse a la epidemia del cólera destacaba la negligencia de los gobiernos en los últimos 30 años por la carencia de políticas sociales y por la falta de concretar obras de provisión de agua potable y de desagües cloacales.

Fujimori lo defenestra y el nuevo ministro tiene otro discurso: la epidemia está, recrudece, porque la gente no cumple

con lo que le decimos, no se lava, es sucia. Cosas parecidas escucho en la ciudad en donde vivo. Quizás los que se expresan así jamás visitaron los barrios en donde el agua llega una o dos horas un par de veces al día. O barrios en donde camiones surten de agua a una cisterna pública. En donde se carecen de letrinas y las aguas servidas se estancan frente a las viviendas.

Algo más que quisiera señalar es que en la población dispersa del norte, viviendo en condiciones paupérrimas, muchos nacen y mueren y jamás son registrados. ¿Cuál es la verdadera mortalidad infantil? ¿La mortalidad materna, la mortalidad de 1 año, la mortalidad proporcional? ¿Cuál es la estructura de mortalidad?

Malco: *¿Cuales son, por lo menos visiblemente, las respuestas que se intentan dar ante esta situación, desde los sectores oficiales por un lado, desde organismos no gubernamentales o desde organizaciones sociales o de base?*

Julio: Vamos por el orden que plantea en tu pregunta. Primero, respecto a los sectores oficiales, te diré algo. Lo vivo como una gran frustración. Con el advenimiento de la democracia tenía esperanzas de que se concretaran políticas sociales, al menos algo de lo mucho que se discursaba. Han habido intentos de programas que tendían a focalizar acciones sanitarias en grupos poblacionales de mayor riesgo, pero no han tenido la continuidad necesaria como para que produzcan un impacto sustantivo. Pienso que en gran parte esta discontinuidad se ha debido a feroces internismos dentro de los partidos políticos, y también a la carencia de compromiso serio, a la carencia de lealtad a un proyecto socio-sanitario. Desearía destacar, como excepción, la gestión de Quique Tanoni como Ministro de Salud de Salta, procurando llevar adelante un proyecto de salud con un sentido de justicia social. Dejo para la reflexión la historia de los ataques que recibió durante su gestión, y el desmantelamiento del proyecto al producirse el recambio de autoridades, a pesar de tratarse del mismo partido político.

Ni siquiera veo una decisión firme en implementar programas de “atención primaria selectiva”, es decir programas de tipo vertical, que con apoyo institucional, sean eficaces para paliar en algo los costos sociales de las políticas de ajuste. Programas dirigidos a unas pocas acciones, que pueden dar algún rédito mejorando algún indicador tradicional. Claro que, para nada, esto significa una mejora en la calidad de vida de los más pobres, ni mucho menos una política que tienda a revertir situaciones de injusticia. Se trata, como muy lúcida-mente apunta José Carlos Escudero, de “poner un parche al pantalón roto sin explicar por qué está roto el pantalón”. En cuanto a las organizaciones no gubernamentales, no se ha salido en la práctica de una actitud asistencialista, sin superar el trasfondo ideológico de la beneficencia. Es cierto que últimamente he observado un proceso de reflexión al respecto. Quisiera comentarte algo de una Organización no gubernamental que conozco de cerca: el Instituto de Cultura Popular, el INCUPO, que desde hace más de 20 años trabaja en el norte. El INCUPO tiene la idea de apoyar todo lo que sea organización popular apuntando al autoabastecimiento, a la autogestión y el rescate del saber popular. No se trata de una institución de salud sino más bien de educación popular. Sin embargo, a demanda de los mismos sectores populares, está incursionando en salud, y lo está haciendo justamente en esa línea: apoyando el rescate del saber popular en salud y apoyando la organización para la autogestión en salud.

Y esto me lleva a la última parte de la pregunta, ¿qué pasa con las organizaciones de base? Personalmente, he participado en varios encuentros de grupos populares. En ellos percibo que la gente tiene perfectamente identificados sus problemas de salud, y también cuáles son las respuestas para muchos de ellos, a través de los remedios caseros y de las hierbas medicinales. Asimismo tienen identificados aquellos problemas para los cuales piensan que la respuesta debe

provenir del sistema oficial de salud. Realizan un lúcido análisis político del porqué esas respuestas no las obtienen de los sistemas formales, sabiendo que tienen derecho a las mismas.

Malco: *¿Cuál es la visualización del rol que desempeñan las comunidades aborígenes en relación a este tema?*

Julio: Pienso que si la cultura blanca dominante escuchara a las comunidades aborígenes, si estuviéramos dispuestos a que estas desempeñasen un rol, si estuviéramos dispuestos a aprender de ellas, la Humanidad tendría grandes esperanzas de supervivencia.

Existe una gran sabiduría en las comunidades aborígenes, no solamente por sus conocimientos en el uso de hierbas medicinales y la experiencia de sus curadores (por ejemplo el "piocnac" toba), sino también por la cosmovisión que poseen. Una cosmovisión en armonía con la Naturaleza.

Las condiciones de salud de los pueblos de Indoamérica eran superiores a las de los europeos antes de la invasión. Se trataba de una sociedad sana, muy bien alimentada, respetuosos de la ecología, practicaban una agricultura ecológica altamente eficiente.

El modelo occidental que trata de imponerse, consumista y depredador, nos está llevando a una sociedad cada vez más enferma y que enferma cada vez más al planeta. El aporte de los pueblos aborígenes de nuestro país, de toda Indoamérica y de otros lugares del mundo, es una luz que nos puede conducir a una sociedad sana, revirtiendo el proyecto de muerte occidental y llevándonos a un proyecto de vida.

RESPUESTAS A PREGUNTAS FORMULADAS POR EL DR. JULIO SIEDE

¿Qué estrategias crees que se podrían implementar en este momento, desde lo técnico, lo político y lo ideológico, para revalorizar en la práctica a la salud, como derecho frente al ajuste del que hablamos?

Tu pregunta es muy oportuna. Los

ideólogos y los ejecutores de estas políticas nos están hablando de que la salud no es un derecho, de que la salud es un servicio y que por lo tanto se lo debe pagar.

En este momento los ejecutores de estas políticas tienen los resortes del poder político y económico. Y tienen también en sus manos algo muy poderoso: casi la totalidad de los medios de comunicación masiva. Yendo a tu pregunta diría que la estrategia a priorizar sería justamente la de la comunicación. ¿Quiénes son actualmente los interesados en que la salud sea revalorada como un derecho? ¿Quiénes son esos actores sociales comprometidos con los derechos humanos?

¿Dónde están los comprometidos con la justicia social? Son muchos. Millones. Están en todas partes. Dentro y fuera de los sistemas formales de salud. En puestos de conducción y en tareas operativas. Están dentro y fuera de los partidos políticos, de las organizaciones sociales, en las ciudades y en los campos.

Estamos. Y se están haciendo cosas para hacer vigente el derecho a la salud. Muchas cosas. El desafío es articularnos. Y para ello siento que es prioritario comunicarnos. Esforzarnos, imaginar creativamente nuevas maneras de comunicación para compartir, para reflexionar, para informar de todo lo que se está haciendo y pensando.

El derecho a la salud es parte inherente al derecho a la vida y forma parte de la naturaleza del ser humano. El sistema imperante sabe que las ideas fuerza son poderosas y que pueden cambiar la historia.

¿Qué opinión te merece el proyecto de ley patentes de medicamentos y las consecuencias que traería?

Es algo más que encaja muy coherentemente con el modelo que se quiere imponer. Muy dentro de su lógica: los seres humanos no importan. Una demostración más de la dependencia, por otra parte. ¿Consecuencias? Ninguna positiva para la gente.

¿Qué puedes decir acerca del estado actual y las perspectivas en formación de recursos humanos, auxiliares, técnicos y profesionales que necesita nues-

tro país y la región en que trabajas en particular?

Creo que en los centros de enseñanza se mantiene un modelo educativo basado en un especial énfasis en los contenidos, casi exclusivamente informático, con algunos atisbos conductistas para la enseñanza de algunas habilidades. No se parte, y esto hay que destacarlo, de lo que le ocurre a la gente y de lo que la gente necesita. Lo deseable, a mi juicio, sería un modelo educativo que enfatice el proceso, que estimule a pensar, a investigar, a desarrollar la capacidad crítica y autocrítica.

Visualizo que la situación de la enseñanza del recurso humano en salud se ha agravado en los últimos años en forma paralela al desarrollo de la aparatología, yendo en desmedro de todo lo que es la interrelación humana como recurso terapéutico y preventivo, y por otra parte al olvido de que ese recurso humano es parte de la comunidad a la que se debe, y que el título no debería ser un pasaporte al privilegio.

En el contexto actual veo pocas perspectivas de un cambio deseable.

Por el contrario, la idea de privatizar todo está llevando a que quienes accedan a la llamada educación superior sean personas provenientes de sectores de la población que poseen una economía que les permita solventar esos costos, siendo la misma cada vez más difícil para los jóvenes de los sectores populares.

De todos modos, a todos aquellos que están comprometidos con el derecho a la salud y con la justicia social en salud, que puedan disponer de un espacio en la actividad docente, los estimularía a que prioricen el contacto de los estudiantes con la gente. La salud pública es la salud del pueblo y hay que aprenderla con el pueblo.

El conocimiento tiene dos fuentes: los libros y la vida. Sistematizando las vivencias de los estudiantes y docentes con el pueblo se obtendrán conocimientos válidos para la formación de un trabajador de la salud con aptitudes y actitudes que podrán aportar a la salud.

Entre el escepticismo y “el ser parte”: la propia colisión

por Gustavo R. Pérez

Estudiante avanzado de la carrera de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

I-Objetivos.

Habiendo participado, durante mi rotación, de diversas actividades que realicé en San Martín de los Andes y en otras localidades del sur de la provincia de Neuquén, correspondientes a la Zona Sanitaria IV, he considerado pertinente elaborar una reflexión teórico-metodológica sobre el funcionamiento del Equipo de Atención Primaria (EAP en adelante), y el grupo de investigación sobre saber popular (GI en adelante), que se desenvuelven en este área.

Las Razones son varias:

-Mi biografía o historia personal, y formación profesional:

Dentro del amplio espectro que comprende el conocimiento antropológico, mis principales preocupaciones durante la formación académica, han estado vinculadas con aspectos epistemológicos referidos a la producción y validación del conocimiento social. Así como también cuestiones más específicas de la antropología como ser las diversas técnicas de investigación, los modelos teóricos, etc.

A estos intereses cognoscitivos se vincula un segundo motivo para la elección del tema de este trabajo:

-La atipicidad de la modalidad de investigación con que me encontré, y que despertó en mi grandes inquietudes acordadas con mis intereses profesionales expuestos más arriba.

Ahora bien. Sería pertinente aclarar por qué en mi recorte he incluido, además del GI, al EAP.

Ocurre que en la ciudad de San Martín

Reflexiones acerca de una práctica participativa en investigación sociosanitaria

de los Andes, la atención primaria de la salud está diseñada como una **práctica de investigación**; y si bien toda investigación es de hecho una práctica social, las tareas investigativas que desarrolla el GI son tan particulares y diferentes de los modelos de investigación tradicionales (como desarrollaré más adelante), que resulta dificultoso no encontrar elementos comunes con las prácticas del EAP. En este informe trataré entonces de reflexionar acerca de esta práctica de investigación social a la luz de distintas posiciones teóricas, epistemológicas y metodológicas de la disciplina que practico; delimitando así las posibilidades de aporte del conocimiento antropológico al área sociosanitaria⁽¹⁾.

II-Puntos de partida: Mis supuestos.

Uno de los preceptos que por lo general se siguen en este tipo de informes, consiste en explicitar el lugar desde el cual se está escribiendo. Cuáles son los “*supuestos básicos subyacentes*” (Gouldner, 1979), o el “*marco teórico*” (Willis, 1985), o el “*posicionamiento social del investigador*” (Rosaldo, 1988) lo cual otorga una mayor honestidad y

transparencia a lo que se está exponiendo. Debo entonces ser sincero: siempre he sido escéptico respecto a las posibilidades reales de concreción de la investigación social participativa.

Esto quizás tenga que ver con la índole muy individualista respecto a mi producción cognoscitiva, y con mi desconfianza de todos los programas pragmáticos, promulgados desde la ciencia social. El concepto de “*transformación*”, ha sido considerado por mí como impropio en todo proceso cognoscitivo. Al respecto, adhiero a las llamadas -muy genéricamente-, corrientes de pensamiento antropológico postmoderno, que tienen su origen en los Estados Unidos, en la década de los 80. (Clifford y Marcus, 1986; Rosaldo, 1988; Tyler, 1986, entre otros).

Desde estas corrientes se critica la concepción de ciencia social como cuerpo sistematizado de conocimientos, con afán explicativo o interpretativo de realidades sociales, enfatizándose en los aspectos discursivos artísticos de las disciplinas sociales y marcando la asimetría cognoscitiva y dialógica (Tedlock, 1987) entre investigador y comunidad investigada.

Existe de esta manera una relación de poder autoritaria entre quien escribe y firma los trabajos de investigación - “*control autorial*”, en términos de Clifford (1983)- y los individuos sobre los que se escribe. Aquí estaría la tarea del antropólogo: **escribir textos** (Geertz, 1989), sobre otros que no son más que construcciones personales del propio

investigador, y **persuadir** a través de los modos de escritura y del refinamiento de técnicas literarias; tornándose muy lábiles las fronteras entre conocimiento social y literatura.

En este marco, y desde un planteo epistemológico constructivista (Watzlawick, 1989 y 1990) no será entonces posible explicar, interpretar, ni mucho menos predecir nada. Porque existen **múltiples realidades**, inclusive contradictorias entre sí, que no están prefijadas; sino que son **construcciones**, casi invenciones, de la subjetividad del investigador, o sea de sus **percepciones**.

El impacto que me produjo llevar a cabo las diversas tareas de **práctica investigativa** que se desarrollan en el hospital fué, teniendo en cuenta mis supuestos previos, muy fuerte.

¿Cómo asimilé esta verdadera colisión?: No creo tener aún una respuesta definitiva a este interrogante. Quizás ella no exista más que como una búsqueda personal de *"anclajes seguros"* (Hernández, Pérez, Procupez, Stagnaro y Kalinsky e.p.), o de certezas ficticias.

Lo concreto es que lo que desde un punto de vista teórico podría resultar en desacuerdos, en la práctica y durante el mes que estuve trabajando en el Hospital Ramón Carrillo se transformó en un sorprendente acuerdo. Tal vez **mi percepción** de la experiencia en San Martín de los Andes, haya cobrado una ontología propia, transformándose en una nueva **realidad construida**, a partir de mis vivencias y afectos.

No creo en las conversiones súbitas. Tampoco creo que pueda delimitar un *"antes"* y un *"después"*. La construcción de la experiencia personal es un proceso continuo y del cual es difícil dar cuenta. Uno se siente envuelto en ese vertiginoso proceso y a veces por temor al eclecticismo, que es una característica del conocimiento humano, no da cuentas

de estas incertidumbres.

Haciéndome cargo de mi propia realidad es que decidí escribir este trabajo, centrándome en los aspectos nucleares de la investigación participativa. Cuestiones que paso a desarrollar a continuación.

III-Prácticas de investigación participativa (P.I.P.) en salud.

A. Definiendo el concepto.

Como dije antes, el concepto de *"investigación participativa"* está muy vinculado a una **práctica**.

Esta práctica que llevan a cabo los EAP y GI en San Martín de los Andes, tiene que ver con un marcado **compromiso social** de los miembros profesionales y agentes sanitarios.

¿Qué significa esto?

Ni más ni menos que una compenetración muy importante de los intereses y necesidades de los integrantes de los equipos con los intereses y necesidades de la **comunidad local**.

Este concepto (**comunidad local**) es, en mi opinión, la columna vertebral de la referida práctica.

Se actúa partiendo de demandas comunitarias. Se **participa** en esas demandas, transformándose en necesidades **propias** y **compartidas** por los EAP, GI y por la comunidad local.

Para ello es fundamental destacar -aunque quizás resulte redundante-, que los profesionales y agentes sanitarios, pertenecientes a la institución hospitalaria son **miembros** de la comunidad: nativos en el caso de los agentes y migrantes en el de los médicos.⁽²⁾

Este segundo eje -**pertenencia**-, es vital para comprender el que, a mi entender, es el tercer eje esencial de esta práctica de investigación participativa, que es la **cotidianidad**.

Hay entonces una *"trama de significados compartidos"* (Geertz, 1987) por la comunidad local, de la cual los miembros del EAP y GI forman parte, y que

refiere a las prácticas de la **vida cotidiana**. Esa realidad intersubjetiva a la cual Berger y Luckmann (1986), con acierto, le otorgan el status de *"suprema realidad"*, ya que se presenta *"(...) como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros. Esta intersubjetividad establece una marcada diferencia entre la vida cotidiana y otras realidades (...)* La realidad de la vida cotidiana se da por establecida como realidad. No requiere verificaciones adicionales sobre su sola presencia y más allá de ella. Está allí, sencillamente, como facticidad evidente de por sí e imperiosa. (Berger y Luckmann, 1986: 40-41).

En esa realidad circula un *"conocimiento de receta"* (Schutz, 1974) que es compartido por los miembros de la comunidad. Dentro de esta hay, entonces, significados compartidos, un flujo o circulación de conocimiento socialmente construido y aceptado, del cual son partícipes los médicos y agentes sanitarios. Esto les permite desarrollar prácticas investigativas que surjan a partir de necesidades compartidas, tanto en el plano cognoscitivo como en un nivel más afectivo. Es en esa conjunción de realidades donde se constituye el **conocimiento de la vida cotidiana**.

Claro que no podría pecar de la ingenuidad de pensar a una comunidad como un todo homogéneo. Esta visión, propia de la antropología de los años 40 y 50, ha sido ya superada, en el sentido de hacer notar que en toda comunidad existen desigualdades, intereses encontrados, contradicciones e inclusive una división social del **conocimiento** y del trabajo (Keesing, 1987), en la cual los médicos y agentes sanitarios tienen roles estipulados.

Grupo heterogéneo, fraccionado y estratificado.

A partir de esta característica es que definiendo a una cultura como un *"sistema de interpretación"* (Keesing, 1987

y Sahlins 1988), donde se puede dar cuenta de más disputas que de consensos, reinterpreto en forma crítica la noción geertziana antes referida de “*significaciones compartidas*”.

De modo que en la comunidad hay una distribución diferencial y asimétrica del conocimiento, encontrándose en las distintas áreas cognoscitivas “*expertos*” y “*legos*”.

Ahora bien: la cuestión de como dar cuentas de esas diferencias e intereses encontrados es, a mi entender, una “*cuenta pendiente*” de la teoría social, o al menos las respuestas planteadas no me parecen satisfactorias. ⁽³⁾

Pero hay un elemento que creo trascendente para intentar dar una respuesta parcial a este dilema que es la **participación**, vinculada por un lado a la pertenencia grupal y por el otro lado a la cotidianidad.

Los miembros de los EAP y GI **participan** de las actividades cotidianas de la comunidad local, y la gente acepta y requiere dicha participación.

Basta realizar una recorrida con los agentes sanitarios en zonas rurales o suburbanas de San Martín de los Andes para poder percibir la circulación de conocimientos compartidos y los modos en que se reflejan esa pertenencia grupal en una participación en los problemas cotidianos de la gente.

Al ser cognoscitiva, esta participación es afectiva. La gente acepta a los médicos y agentes sanitarios del EAP como a un miembro más de la comunidad, y comparte con ellos no sólo los problemas específicamente sanitarios, sino infinitud de cuestiones que hacen a la vida diaria: en las visitas domiciliarias o en el consultorio se discute de política, educación, relaciones interpersonales, vecinales.

Es aquí, en esta **participación comunitaria**, donde se establece un sistema de **redes** interpersonales, que permite un

muy novedoso medio de detección de casos, en principio, y según el criterio de los miembros del EAP, problemáticos: alcoholismo, violencia social, desnutrición, etc; y su posterior seguimiento y contención a partir de esas redes, vinculadas con el insoslayable ámbito institucional, que en este caso es el hospital. ⁽⁴⁾

B. La investigación participativa y las metodologías clásicas de investigación.

Esta práctica de investigación participativa (PIP en adelante), constituye un “golpe demoledor” para algunas técnicas de investigación propugnadas desde los manuales de metodología en ciencias sociales.

-La clásica observación participante, reformulada en la actualidad (Guber, 1991, Taylor y Bogdan, 1986, Cicourel, 1982), donde se prescribe una estadía prolongada en el tiempo del investigador en la comunidad, participando en sus prácticas sociales, pierde su sentido desde el momento en que los investigadores **pertenecen** a la comunidad.

-Asociadas a la observación participante, quedan también descontextualizadas, aquellas técnicas antropológicas que recomiendan “*exotizar lo cotidiano*” (Lins Ribeiro, 1989), generando en el investigador una situación de “*extrañamiento*” y “*distanciamiento*”, para poder hacer una evaluación objetiva y una descripción etnográfica cabal de la situación de campo.

¿Acaso se podría pretender exotizar lo más rico de todo proceso de conocimiento como es la vida cotidiana? ¿O pedirles a los investigadores locales “*extrañarse*” de una realidad que es también la suya? No existe incompatibilidad entre el “*extrañamiento*” y “*la vida cotidiana*”. Sólo que es un impertinente y absurdo requisito metodológico que pareciera negar el carácter **humano** de los investigadores.

-La contemporánea discusión respecto a

la “*advocacy*” (Hastrup y Elsass, 1990) -hablar por, abogar por, defender la causa del otro- que ocupa la atención de muchas revistas de humanidades, en referencia a si el investigador debe ser neutral o hablar por la comunidad que está estudiando, queda sin vigencia a la luz de esta práctica, donde el investigador sufre los mismos problemas que la comunidad local a la cual pertenece, y actúa a partir de las necesidades e intereses en común. ⁽⁵⁾

Después de haber observado el destacable “*trabajo de campo*” de médicos y agentes sanitarios, es difícil no sentir vergüenza ajena por ciertas metodologías y técnicas de trabajo de campo antropológicas, que además pretenden erigirse en una especie de “*biblia*” de la **investigación social** ⁽⁶⁾, aunque yo no adhiera a esos marcos teóricos.

-Quizás la también contemporánea noción de “*contrato cognoscitivo*” (Rabey y Kalinsky, 1991) -en la que se supera la tradicional noción de “*informante*” que subyace a la observación participante, a partir de la figura del “*socio local de conocimiento*”, y en donde hay una construcción de conocimiento **conjunto** y bidireccional entre investigador y comunidad- se pueda ajustar mejor a la PIP. Básicamente por la idea de **comunidad local**, muy relevante en esta propuesta.

-Por otro lado, entiendo que en el marco de una investigación participativa no se apunta sólo a explicar o interpretar una realidad, sino que los objetivos se dirigen a **transformarla**. Al menos esa fué la impresión personal que tuve al desempeñar las diferentes actividades durante mi participación en las diversas prácticas. En este caso podría sugerir una pregunta crítica: ¿Transformar una realidad dada? o, para ser congruente con mis supuestos previos explicitados más arriba, ¿**contruida**?

Si la respuesta se acercara a la noción de construcción, el nuevo interrogante se-

ría: ¿construida por quién? Creo que entre los miembros de la comunidad, a la cual pertenecen los interrogantes de los EAP y GI.

La importancia de analizar la PIP a la luz de ciertas metodologías de investigación del conocimiento social radica, por un lado, en remarcar la originalidad de esta práctica, y por el otro, poner en tela de juicio a aquellas metodologías que son muchas veces seguidas acríticamente en la investigación social. Por ello quisiera finalizar este trabajo centrándome en los aspectos de contenido, de esta cuestionadora práctica de investigación participativa.

IV-Consideraciones finales: Logros y aspectos críticos de la Práctica de Investigación Participativa.

A modo de cierre señalaré algunos factores relevantes de la PIP, cuyos fundamentos he intentado desarrollar, con la finalidad de marcar los aspectos que creo ponderables y también algunos núcleos problemáticos.

-El logro fundamental de esta PIP que desarrollan los EAP y GI en San Martín de los Andes es, a mi entender, justamente la concreción de una práctica ambiciosa y novedosa, no sólo en el ámbito sociosanitario, sino también dentro del amplio espectro del conocimiento social en general.

Hablo de conocimiento y no de ciencia social, porque el carácter local y cotidiano de esta práctica investigativa no se condice con los cánones tradicionales de la investigación social, que en la mayoría de los casos ha sido sesgada por un matiz cientificista y reduccionista al modelo de las ciencias naturales⁽⁷⁾. Esto me parece valioso como ejemplo paradigmático de la práctica del saber social.

-Otra cuestión que me parece importante es que, si bien el origen e inclusive el marco de contención institucional es

el sociosanitario, los objetivos de los EAP y GI apuntan más allá de dicho ámbito. Al menos si se toma en cuenta la definición clásica y estrecha del concepto de salud.

Aquí se aspira a una mejor **calidad de vida** (Arrúe y Kalinsky, 1991) integral de la comunidad, en todos los aspectos que hacen a la vida cotidiana: salud, educación, situación socioeconómica, etc. Esto se puede observar, tanto en las actividades específicamente profesionales de los equipos referidos -recorridos y visitas en áreas rurales y urbanas, servicio asistencial sanitario, etc.-, como en las actividades extra-laborales y extra-institucionales. La participación en diversos ámbitos comunitarios y el grado de **compromiso social** de los médicos y agentes sanitarios para con su comunidad da vida a la propuesta.⁽⁸⁾

-El otro factor que me ha resultado muy relevante por su vinculación estrecha con la disciplina que practico es el respeto por la **pluralidad cognoscitiva**. San Martín de los Andes, y toda la provincia de Neuquén en general, se compone de una población con filiaciones y pertenencias socioculturales muy diversas⁽⁹⁾: mapuches, "*huincas*", pobladores rurales y urbanos, migrantes de otras regiones, extranjeros (en especial chilenos), nativos de la zona y practicantes de diversas religiones -católicos, pentecostalistas, etc.-.

Esta diversidad da origen, en el ámbito sociocultural, a una marcada pluralidad de prácticas que, en forma muy genérica y a grandes rasgos, podría dividir en medicina oficial, popular, y la llamada "*sanidad espiritual*" que practican grupos evangelistas.

Si bien el EAP pertenece institucionalmente a la medicina oficial, ya que desarrollan sus actividades en el hospital, se tiene mucho respeto por los curadores populares, a los cuales concurre con asiduidad la gente,

simultáneamente con su visita al hospital. -he podido observar al respecto casos de atención terapéutica conjunta entre médicos y curadores- (Arrué y Kalinsky, 1991)

Esto no implica una desvalorización de la medicina institucional, sino un reconocimiento por la **diferencia**, por la **diversidad cultural**, que son los ejes fundamentales del conocimiento antropológico.

Por ello, la PIP es una práctica con un fuerte matiz antropológico, en el sentido más amplio del término.

Claro que esto demanda un gran esfuerzo. No es sencillo, más aún en una disciplina con raíces académicas muy fuertes como la medicina occidental, sostener esta actitud de respeto por la pluralidad cognoscitiva, donde muchas veces se ponen en juego compromisos muy trascendentales, como el propio saber en el cual el individuo fue socializado.⁽¹⁰⁾

Entonces, esto realza el valor de mantener esa actitud de reconocimiento por la diversidad.

-En un plano más formal u organizativo, creo que uno de los focos problemáticos de la PIP es el ámbito institucional en donde se realizan las reuniones grupales, no sólo por la rigidez cognoscitiva que a veces puede sustentarse desde una institución hospitalaria, sino por las tareas de atención asistencial insoslayables que se realizan en el hospital.

Mantener operativamente un ámbito de reflexión -por ejemplo el GI-, en dicho espacio, requiere de un tremendo esfuerzo personal, porque en muchas oportunidades los profesionales que participan de las reuniones grupales son requeridos para actividades impostergables como ser la "*actividad asistencial clásica*".⁽¹¹⁾

Esta es una dificultad operativa importante, que es superada, en parte, por un

marcado voluntarismo personal que no siempre es suficiente.⁽¹²⁾

-El núcleo crítico, en un plano conceptual más ponderable, es un riesgo potencial que estimo corre la PIP, si se pretendiera trascender las columnas vertebrales de dicha práctica, que son: el carácter **LOCAL** y **COTIDIANO** del conocimiento y de su práctica.

La PIP es en parte propia de esta comunidad, pero su carácter contextual puede pretender generalizarse o establecerse como "*modelo abstracto*" de investigación social.

Cuando, haciendo referencia a mi marco teórico, hablé de mi escepticismo respecto a esta modalidad investigativa, pero reconocí la existencia de una muy especial práctica en San Martín de los Andes, me estaba refiriendo a las "*doradas utopías*" de la década del 60 (como por ejemplo la investigación acción), que en su afán de transregionalizarse y de superar el ámbito de lo cotidiano para trascender en un plano ideológico -en el sentido estricto del término⁽¹³⁾- y político, han corrido la misma suerte que los modelos tradicionales a los cuales se pretendían oponer: el fracaso.⁽¹⁴⁾

Lo **alternativo** no surge por simple oposición a lo clásico. Es original, propio y local, como en el caso de la PIP de San Martín de los Andes, y el compromiso social se arraiga en un compromiso con la **vida cotidiana** de la gente y no con un proyecto político particular o una ideología "*necesariamente revolucionaria*".⁽¹⁵⁾

Por ello señalé que este es un riesgo potencial y que la riqueza de la PIP de San Martín de los Andes sigue siendo la cotidianeidad y el carácter local de la participación de los miembros de los equipos referidos.

En ese sentido la comunidad local dispone de un capital en recursos humanos, proyectos e ideas de incalculable

riqueza.

Esta experiencia de investigación participativa ha producido en mí, tanto en lo cognoscitivo como en el plano afectivo -si se pudieran separar estos indisociables niveles- ¿Acaso un impacto desestructurante? ¿O una colisión emocional?. Tal vez...

Como no somos dueños de nuestro conocimiento, ni mucho menos de nuestros sentimientos no puedo dar cuenta de estos interrogantes.

La PIP es un claro referente de estas potencialidades, a veces malinterpretadas como limitaciones, de que conocer es sentir, de que certezas son incertidumbres y de que técnicas e imaginación transitan por la misma senda.

Notas

(1) El presente trabajo fue realizado como informe de mi rotación en el Hospital Ramón Carrillo, San Martín de los Andes, en el área de programa de Atención Primaria y Salud Mental durante el mes de marzo de 1992.

Al respecto quiero agradecer al Dr. Wille Arrúe y a los médicos y agentes sanitarios del Equipo de Atención Primaria, por las deferencias que han tenido para conmigo durante mi estadía en el hospital. Agradezco también a la Lic. Beatriz Kalinsky y al Dr. Arrúe los comentarios recibidos a propósito de este trabajo.

(2) Es pertinente realizar aquí una aclaración, ya que en mis análisis he incluido tanto el EAP como al GI. Mientras que el primero se integra por médicos generalistas, agentes sanitarios y psicólogos, en el GI se desempeñan además sociólogos, antropólogos, trabajadores de la educación y una arquitecta. Por ello, cada vez que remita a la noción de "*miembros profesionales*" o médicos, deberá tenerse en cuenta la inclusión, en esta categoría, de los practicantes de las mencionadas disciplinas, pudiendo englobar en forma tentativa a todos dentro del concepto de **trabajadores sociales**.

(3) Me refiero a las concepciones marxistas de "*clase social*".

(4) Yo he sido partícipe del funcionamiento de estas redes y de su eficacia.

Un caso concreto es el de un detenido en la Alcaldía de Junín de los Andes (residente en un barrio periférico de San Martín de los Andes), quien estando en carácter de procesado en la mencionada alcaldía, sufrió un serio problema familiar.

Este se refería a la tenencia de su hija, disputada entre su esposa y un cuñado, conflicto que se había originado en el seno familiar a partir de la problemática situación generada desde la detención del marido. El detenido requirió la ayuda de un médico de San Martín de los Andes, quien realiza visitas semanales a los detenidos como parte del programa de actividades del área sociosanitaria. En el establecimiento de la red participó también el agente sanitario que trabaja en la zona donde residía la esposa, la que solicitaba la mediación del médico en el proceso legal que se había entablado por la tenencia de la niña.

Es importante remarcar, por un lado el estado de confusión y desazón en que se encontraba la esposa: tenía a su cónyuge detenido y estaba siendo sometida a fuertes presiones familiares de parte de su hermano, respecto a la inconveniencia de que, en esa situación, continuara con la tenencia de su hija. Y por otra parte, la angustia e impotencia manifiesta en el marido, marginalizado de cualquier toma de decisiones por su calidad de detenido.

Finalmente se llegó a una solución provisoria, pero satisfactoria, a partir de la decisión del juez de otorgarle a la esposa las plenas facultades que le concede la patria potestad, lo que trajo aparejado una mayor tranquilidad para el matrimonio que enfrentaba semejante situación de crisis.

Esta solución resulta a través del funcionamiento de las mencionadas redes interinstitucionales entre justicia, hospital y policía.

(5) Como expresé más arriba, la comunidad no es un todo homogéneo, sino que existen en su seno fragmentaciones y disputas. Entonces cada miembro de los equipos referidos, desde su propia subjetividad y posicionamiento social toma partido en esas disputas.

Pero la pertenencia a la comunidad local, hace que esa toma de posición sea desde dentro de ese "*sistema interpretativo*". O sea, que su posicionamiento es en tanto miembro de la comunidad, como investigador.

(6) Justamente las virtudes de ese trabajo, proceden de la heterodoxia con que es realizado y la preeminencia de lo afectivo por sobre abstractas normas metodológicas.

Existe una ponderación del sentido común, tantas veces subvalorado desde ciertas posturas científicas, así como también de la creatividad personal del investigador, lo cual redundará en un reconocimiento de las infinitas potencialidades de la condición humana.

(7) Esto no implica, de ninguna manera, que la PIP sea considerada como acientífica. Sólo se trata de remarcar que existen muchos modelos de ciencia y cualquiera de ellos es válido, ya que el criterio de demarcación entre ciencia y no ciencia es una cuestión arbitraria, en el cual varias corrientes

epistemológicas han centrado su interés sin encontrar otra respuesta que no pase por esa decisión convencional.

De modo que realizar una práctica científica no excluye la posibilidad de criticar ciertos modelos "positivistas" que toman como ejemplo paradigmático a las ciencias fisiconaturales y pretenden que el conocimiento científico social transite por los mismos carriles. (cfr. Nagel, 1978).

(8) "Su comunidad" remite básicamente aquellas personas más expuestas al sufrimiento, como resultado de su marginalización social: carenciados, alcohólicos, detenidos, "locos", o sea todo aquello que represente la diferencia.

(9) Este "mosaico" sociocultural no es privativo de esta zona.

Toda comunidad contiene en su seno dichas fragmentaciones. Sólo que aquí estas diferencias parecerían más "visibles".

(10) Inclusive la introducción de la variable sociocultural -a pesar de la imposibilidad de su desconocimiento- colisiona de manera crítica con la concepción biologicista de la salud, donde esta noción es conceptualizada a partir de su ausencia: o sea, la enfermedad, reduciendo todo a patologías orgánicas o mentales detectables y abordables en forma terapéutica, sólo desde el saber médico académico.

(11) Agradezco en este punto los comentarios del Dr. Marcelo Parada.

(12) Claro que el voluntarismo no se refiere solamente a los miembros de los equipos que trabajan en el hospital, sino también a los profesionales no vinculados con la institución hospitalaria que realizan un gran esfuerzo al participar en los grupos, ya que su actividad no es rentada y el tiempo que disponen para la investigación se ve entonces muy limitado.

(13) Me refiero a la noción marxista de "falsa conciencia".

(14) Incluso en épocas por demás propicias para la instrumentación de dichas prácticas, tiempos muy distintos de la actualidad, donde la pérdida de espacios y de consenso para ese tipo de proyectos ideológicos es indiscutible.

(15) Me refiero, no tanto a los contenidos metodológicos de la PIP, que tal vez tenga muchos puntos de contacto con los promulgados en la Investigación acción, sino al marco macropolítico de estas prácticas investigativas.

En la década del 60 se entendía por "revolucionario" a un proyecto tendiente a subvertir las estructuras del sistema dominante, desde un marxismo ortodoxo muy en auge en esa época.

Cuando expreso que la PIP es local no estoy pensando en un carácter aislacionista ni conservador del status quo. Sino que el matiz de las transfor-

maciones que se proponen se asemejan a las "microestrategias" (Foucault, 1980) generadas desde el ámbito local y cotidiano, antes que macroproyectos -revolucionarios o conservadores- propulsados desde posiciones totalizantes y generalizables a cualquier realidad sociopolítica. Cuando Foucault (1980) se refiere al papel de los intelectuales, define esta cuestión con gran precisión: "Durante mucho tiempo, el intelectual llamado «de izquierdas» ha tomado la palabra y se ha visto reconocer el derecho de hablar en tanto que maestro de la verdad y de la justicia (...) él pretendía hacerse escuchar como representante de lo universal (...) Pienso que se encontraba aquí una idea tomada del marxismo, y de un marxismo insípido. (...) El intelectual sería la figura clara e individual de una universalidad de la que el proletariado sería la forma sombría y colectiva. (...)

Los intelectuales se han habituado a trabajar no en el «universal» (...), sino en sectores específicos, en puntos precisos en los que se situaban sus condiciones de trabajo, o sus condiciones de vida (la vivienda, el hospital, el manicomio, el laboratorio, la universidad, las relaciones familiares o sexuales). Y han encontrado problemas que eran determinados «no universales», diferentes con frecuencia del proletariado y de las masas. Y entre tanto se han acercado realmente, creo, (...) porque se trata de luchas reales, materiales, cotidianas..." (183-184).

BIBLIOGRAFIA

- ARRUE, W. y KALINSKY, B.: De "la médica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén. Buenos Aires. CEAL. 1991
- BERGER, P. y LUCKMANN, T.: La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu. 1986
- CICOUREL, A.: El método y la medida en sociología. Ed. Nacional. Madrid. 1982
- CLIFFORD, J.: "On ethnographic authority". Representación I. 1983
- y MARCUS G. (comps.): Writing Culture. Berkeley. University of California Press. 1986
- FOUCAULT, M.: Microfísica del poder. Madrid. Ed. de la piqueta. 1980
- GEERTZ, C.: La Interpretación de las culturas. México. Gedisa. 1987
- : El antropólogo como autor. Barcelona. Gedisa. 1989
- COULDNER, A.: La crisis de la

sociología occidental. Buenos Aires. Amorrortu. 1979

GUBER, R.: El salvaje metropolitano. Buenos Aires. Legasa. 1991

HAstrup, K. Y ELSASS, P.: "Anthropological advocacy. ¿A contradiction in terms?". Current anthropology. 31 (3). 1990

HERNANDEZ, V., PEREZ, G., PROCUPEZ, V., STAGNARO, A. Y KALINSKY, B.: "Mundos, postulados y conocimiento". Cuaderno de epistemología de las ciencias sociales. N°2. FFYL. UBA. e.p.

KEESING, R.: "Anthropology as interpretive quest". Current anthropology. 28 (2). 1987

LINS RIBEIRO, G.: "Desco-tidianeizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. Cuadernos de antropología social. 2 (1). ICA. FFYL. UBA. 1989

NAGEL, E.: La estructura de la ciencia. Barcelona. Paidós. 1978

RABEY, M. y KALINSKY, B.: "El contrato cognoscitivo". Cuadernos de epistemología de las ciencias sociales. N°1. FFYL. UBA. 1991

ROSALDO, R.: Culture and truth: the remaking of social analysis. Boston. Beacon press. 1988

SAHLINS, M.: Cultura y razón práctica. Barcelona. Gedisa. 1988

SCHUTZ, A.: El problema de la realidad social. Buenos Aires. Amorrortu. 1974

TAYLOR, S. Y BOGDAN, R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós. 1986

TEDLOCK, D.: "Questions concerning dialogical anthropology". Journal of anthropological research. 43 (4). 1987

TYLER, S.: "Post-modern ethnography: from document of the occult to occult document". In CLIFFORD Y MARCUS: op. cit. 1986

WATZLAWICK, P.: "¿Es real la realidad?". Barcelona. Herder. 1989.

— (comp.): La realidad inventada. Barcelona. Gedisa. 1990

WILLIS, P.: "Notas sobre método". en RINCUIARE, Dialogando. N°2. 1985

MONOGRAFÍAS PRESENTADAS EN EL 1º CURSO DE ADMINISTRACIÓN - AÑO 1988

Las monografías realizadas en el Curso de Administración de Servicios se encuentran a disposición en la casa societaria.

- 1- Análisis de la demanda según cobertura social y estudio de eventual arancelamiento de prestaciones a afiliados de obras sociales. *Susana Rigotti, Adriana Gárgano y Osvaldo F. Maino*
- 2- Análisis de la evolución de la atención odontológica en la provincia del Neuquén entre los años 1970 y 1988. Perspectivas. *Juan E. Bertinetti, Hugo L. Colantonio, Miguel A. Gigena y Leticia V. Riveiro.*
- 3- Análisis de demanda asistida y oferta de servicios. Estudio comparativo. *Esteban Centanaro, Sergio G. Rabinowicz, Raquel Pincheira y Armando Calá Lesina.*
- 4- Análisis de la utilización de los servicios ambulatorios del Hospital Ramón Carrillo. Aportes para su reorganización. *Andrés Alic, Roberto Castillo, Juan Loza, Flaminio Muñoz y Daniel Vincent.*
- 5- "Necesidades Sentidas". Un trabajo compartido. *Marcela P. Echevarría, Susana A. Ferdkin, Marta F. Gonzalez y Mabel Marín.*
- 6- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino en APS, en Niveles de Complejidad III y IV. Zona Sanitaria III provincia del Neuquén, período 1983-87. *Ana M. Dufilho y Luis E. Barrio.*
- 7- Diagnóstico de situación de los médicos generales de la provincia del Neuquén. Estudio Preliminar. *Máximo*

Boero y Wálter E. González.

8- Diagnóstico de situación del barrio Peñi Trapún de Cutral-Có. *Miguel Rojo y Mabel Suárez.*

9- Diagnóstico de situación del hospital Bouquet Roldán y su Area Programa, año 1987. Para efectuar una propuesta de acción futura. *Susana Brasili, Claudio Ferrón, Héctor O. García, Marta Newberry y Lucila Zonco.*

10- Diagnóstico de situación del hospital San Patricio del Chañar. *Carlos Garay y Alberto Tordella.*

11- Estudio de factibilidad de implementar una Residencia en Medicina General en hospitales de mediana y baja complejidad de la provincia del Neuquén. *Luis Bianchi, Gerardo Fabre, Eduardo Fuentes, Jorge Mammy y Héctor Rodríguez Bay.*

12- Embarazo no buscado. Hospital de Area Centenario. 1988 *Raúl Pitarque.*

13- Introducción a las condiciones de higiene y seguridad del sector Salud. *Roberto Cavazza.*

14- Hospital de Area Picún Leufú. Diagnóstico de situación enero/junio 1988. *Jorge Bo.*

15- Orientación de un hospital de Complejidad VI hacia la APS. Reordenamiento del I nivel de atención. *Florentina Vignatti.*

MONOGRAFÍAS PRESENTADAS EN EL 2º CURSO DE ADMINISTRACIÓN - AÑO 1989

16- Epidemiología de la crisis, *Ana G. Perrotta, Mónica Solsi, Reyna del V. Carrizo, Alicia del Barrio y María A. Gariboldi*

17- Epidemiología del SIDA en la provincia del Neuquén. *Eduardo Chioconci.*

18- El accidente de tránsito como causa de muerte en el Alto Valle de Río Negro. *César D. Marina y Mario Klor.*

19- Epidemiología del bajo peso al nacer y utilidad de la

historia clínica perinatal simplificada en la provincia del Neuquén. *Ana M. García, Nelson Iglesias, Alberto Videla y Adoración H. Vilchez*

20- Relevamiento de las condiciones actuales del saneamiento básico en Neuquén Capital. *Mario M. Díaz.*

21- La salud de los trabajadores de Salud ¿Los marginados del sistema? *Héctor E. Méndez y Ricardo Grisotto.*

22- Bases para una propuesta de reformulación del Nivel Zonal del subsector Oficial de Salud de la provincia del Neuquén. Desde el enfoque de la psicología social y la epidemiología. *Carlos J. Moreno y Luis E. Olarte.*

23- Análisis de la percepción de crisis en un grupo de profesionales del Hospital Provincial Neuquén. *Alicia Kraly y Marcelo Sánchez.*

24- Situación de los médicos generales en el Hospital de Area Programa Gral. Beca. *Jorge L. Soria.*

25- Evaluación de las actividades que realiza el personal de enfermería durante el control del niño enor de 2 años, según normas provinciales, Hospital Centenario, 1989. *Adriana Montemurro y María M. Maldonado.*

26- Análisis de la mortalidad en San Carlos de Bariloche en 1988. *Adriana Peralta.*

27- Aproximación a la organización administrativa en el Hospital de Picún Leufú. Un aporte para la programación local. *Ricardo D. Cicerchia.*

28- Propuesta de la adecuación de la red de prestadores de salud. Area Programática Urbana del Hospital *Aldo V. Maulú. César Dolz, José M. Tappa y Néstor O. Bramati.*

29- El alcoholismo en Chos Malal, su magnitud e importancia. Enfoque desde distintos niveles de análisis. *Hersilia B. Sosa y Alejandro González Vottero.*

30- Las funciones del personal de enfermería en la provincia del Neuquén en relación con las expectativas de los usuarios. *Mario R. Díaz.*

31- Metodología de exploración actitudinal sobre servicios de salud. *Ricardo Musso.*

32- Percepción del propio trabajo como satisfactor de necesidades humanas básicas en hospitales de nivel III, de la Zona Sanitaria II de la provincia del Neuquén. *Carlos M. Bortman y Ricardo Dudnik.*

33- El sistema de información de salud en la provincia del Neuquén. Consideraciones sobre su funcionamiento en Zapala, Zona Sanitaria II. *Adriana Marcus.*

MONOGRAFÍAS PRESENTADAS EN EL 3º CURSO DE ADMINISTRACIÓN - AÑO 1990

34- Participación comunitaria en Salud Pública. San Carlos de Bariloche 1990. *María M. Puga.*

35- Estudio sobre la factibilidad de implementación de un Servicio de Medicina General en el Hospital de Area Centenario. *Singrid A. Löwenberg.*

36- Interacción paciente - sistema de salud. Propuesta para un tratamiento diferente de la información. *Gustavo Armand Ugón y Néstor O. Muñoz.*

37- Opinión sobre la reducción de la jornada laboral de enfermería. *Silvia Nasini y Mercedes Zalazar.*

38- Accesibilidad administrativa y grado de satisfacción del usuario del Consultorio Externo del Hospital Castro Rendón Hebe García, *Liliana Martinenghi, Marcelo Kolar y Jorge Carri.*

39- Diagnóstico de situación para una Programación Local en un hospital de complejidad III. Hospital Adolfo del Valle. *Alberto González y Juan P. Johansen.*

40- Diagnóstico de situación del Hospital Zonal Zapala. Comparación del perfil real y formal de complejidad.

Alberto R. Gildengers, Daniel L. Giuliani, Lucía T. Puglisi y Daniel Temi.

41- Presupuesto por Programa. Servicio de Cirugía Hospital YPF. Plaza Huincul. *Ricardo Canaves y Luis Celadón.*

42- Análisis del funcionamiento e integración del Servicio de edicina General del Hospital Area Plottier. *Ricardo M. Santoni.*

43- Violencia comunitaria en la ciudad de Neuquén. *José J. Lumerman.*

44- Guía diagnóstica para Programación Local. *Oscar H. Closs y Jorge E. Campos.*

45- Descentralización en el Sistema de Salud de la provincia del Neuquén. Propuesta para un cambio. *Elsa Alonso y Ana P. Sistzerman.*

46- Percepción de la salud - enfermedad entre la institución salud y la comunidad urbana y rural de Junín de los Andes. *Claudio Brusoni, Daniel Mac William, Ana M. Mioniz y Marcelo Parada.*

47- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la preeclampsia en APS en nivel de complejidad IV. *Chos Malal. María del C. Tovar.*

48- Rol del administrador en los servicios de salud. *Mirta Carletti, Margarita Labourdette y Lidia Ruiz.*

49- La desnutrición y los factores de riesgo social asociados a ella. *Mirta I. Palandri.*

50- El rol de la enfermería en el hospital Bouquet Roldán.

Fidelina Gutiérrez y María G. González.

51- Análisis comparativo: niveles de complejidad e indicadores 1984/1988/1989 hospitalarios. I Zona Sanitaria Río Negro. *Josefina Baralcabal y María C. Uriarte.*

52- Consultas médico asistenciales reiteradas evitables. *Guillermo de Hoyos, Graciela Freixas, Mario Guarino, Analía Murúa y Estela Romay.*

MONOGRAFÍAS PRESENTADAS EN EL 4º CURSO DE ADMINISTRACIÓN - AÑO 1991

53- Proyecto de informatización de un Servicio de Laboratorio: Una propuesta de investigación participativa. *Mirta E. Cabezas, Edgardo A. Fambrini, María I. Monti.*

53 A- Anexo de 53.

54- Plantas Medicinales. Combatirlas o conocerlas... *Edhit Laurín, Esther Montes, Anibal Moyano, Alejandro Ojeda, Patricia Torres.*

55- Propuesta para los Servicios de Enfermería de los efectores de salud de la Provincia del Neuquén. *Alba E. Churruarín, Nora Borella.*

56- Conocimiento de la población sobre SIDA (en Neuquén). *Stella Maris Giménez Falcón.*

57- Conceptualización del Laboratorio de Salud dentro de una red de servicio escalonado y referenciado sobre estrategia de atención primaria de la salud. *Enrique J. F. Barco.*

58- Evaluación y Diagnóstico de factores de riesgo en dos barrios de la Ciudad de General Roca con participación intersectorial. *Eduardo A. Vivas, Víctor A. D'Alession.*

59- Consultorio Externo del Hospital Castro Rendón. (Un modelo anárquico de desarrollo). *Ricardo C. López, Aída C. Pérez, Juan Carlos Reeves.*

60- Aporte para la instrumentación de una Política Institucional de Motivación. *Alberto A. Belli, Norma Brizzi, Daniel E. Manoukián, Eugenio Palero, Carlos G. Siri.*

61- Aplicación de un método para el análisis de costos

en un hospital de nivel VI de Complejidad. *Sandra E. Fariás, Elia Fernández, Luis A. Giacomelli, Julio A. Rigamonti.*

61 A- Anexo de 61.

62- Conocimiento de la población que concurre al Hospital Aldo V. Maulú de acuerdo a su cobertura social en el momento de la implementación del arancelamiento. *Susana E. Rolón, Lelia Suárez de Amstein.*

63- Referencia y contrareferencia: una aproximación a condicionantes de su efectividad. *José L. Fontenla, Luis A. Ochoa, Daniel J. Ruiz.*

64- La Salud de los Trabajadores Rurales. Hacia una propuesta de atención primaria en salud laboral. *María F. Hadad, Cristina Chaneton, Carlos Ventura, Roberto O. Rius.*

64 A- Anexo de 64.

65- Gestión de medicamentos en Hospitales de Complejidad III de la Provincia del Neuquén. Una aproximación crítica y alguna propuesta. *José L. Alochis.*

66- La Tuberculosis en la Provincia del Neuquén. Evaluación epidemiológica y operativa del Programa Provincial de Control de la Tuberculosis. *Fernando L. Gore.*

67- Aplicación de criterios de riesgo y evitabilidad a la mortalidad infantil en el subsector oficial de salud de Neuquén -Área Metropolitana, período 1989-1990. *Teresa Aurto, Edith A. Churruarín, Néstor M. Gérez.*

68- Sistema de información - decisión en las organizaciones de salud-. *Edgardo Kutnowsky, Cristina Carbajal.*

PROMOCION DE LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA INFANCIA

Relato presentado por Hugo D. Rosetti el 6 de octubre de 1974
en el VI Seminario Latinoamericano de Odontología.

La Sociedad en su estructura y conformación tiene reservado un lugar y una función para cada una de las personas que la integran y una organización estatal que la regula y protege. La ciencia odontológica en la actualidad es muy rica en conocimientos científicos y técnicos, o si se quiere, como lo define el código de ética de la Asociación Dental Americana *"tiene estudios por encima del nivel común"*. Esa ciencia-salud no está estructurada para que llegue a toda la población por igual en la medida de sus posibilidades.

La ciencia odontológica llega a la comunidad en forma principal a través del odontólogo, quien vierte en la misma los conocimientos adquiridos de aquella, erigiéndose como líder en su profesión ante la población.

Paralelamente el Estado, a través de planes orgánicos, actúa en la promoción de salud en forma inespecífica y específica.

En este momento, en la mayoría de los países Latinoamericanos, *"ni los gobiernos, ni los odontólogos, ni la odontología"* cumplen plenamente la función que la sociedad les reserva en el campo de la salud bucal.

Es misión nuestra entonces, en este seminario, ver que cambios o de qué forma debemos trabajar a nivel de nuestra profesión, a nivel estatal, y cuáles son los medios para apuntalar la estructura del hombre-odontólogo en función social, pues existe una insatisfacción de la población hacia la odontología.

Vamos a pasar entonces a analizar por separado algunos vicios, deformaciones o malformaciones en que entraron estos tres

factores.

El alto índice de mortalidad infantil que aún sigue produciéndose, y la preocupación de los gobiernos para disminuirlo, hace que en el área de salud pública los problemas de morbilidad, como son las caries dentales, pasen a un plano inferior. Me contaba un director de Odontología de una provincia, que cuando solicitó elementos para equipar consultorios en bases escolares, el Ministro de Salud Pública le contestó que necesitaban leche en polvo para los centros maternos.

El año pasado en La Paz, Bolivia, presencié una conversación en donde una joven colega pedía medicinas para ir a trabajar al Alto, y el director de Odontología le contestó, *"lo único que puedo hacer es comprenderla doctora"*.

Cuando el Secretario de Salud Pública de una comuna, a la que yo pertenezco, quiso poner como segunda prioridad Odontología después de tuberculosis lo destituyeron, posiblemente con razón, pues entre otras cosas no había agua potable en muchas zonas del distrito y el índice de mortalidad infantil en el mismo ascendía a 67 por mil, por eso es que debemos adecuarnos a la realidad en que viven nuestros pueblos y con los medios que podemos, actuar para no entrar en procesos de desmoralización. Pero los bajos presupuestos destinados para odontología no son solamente el problema, sino que generalmente el odontólogo que depende de organismos estatales tiene que justificar su puesto en base a tantas extracciones o tantas amalgamas en tantas horas de trabajo, y a su vez, los organismos, justificar en base a

esas presentaciones las remesas enviadas por el Ministerio, mientras que resulta difícil justificarlo en base a cantidad de caries, enfermedades periodontales, o maloclusiones que se evitaron. Porque los gobiernos actúan en base a las motivaciones que reciben de los distintos sectores de la población, y los odontólogos en esencia siempre han dejado trasuntar que hacen cosas que se ven con los ojos, hacen cosas en la boca de la gente y eso no significa velar por la salud bucal de la población.

Los gobiernos tendrían que pagar en la misma medida a los odontólogos que hacen odontología restauradora que a los que hacen odontología preventiva, por ejemplo, si una amalgama vale un servicio de salud y un tratamiento de enfermedad periodontal tres servicios de salud, una enseñanza de cepillado con sus posteriores controles o una topicación con fluoruros evitarán una cantidad de servicios de salud a corto plazo y un individuo con aptitudes de salud bucal en potencia para el futuro del país. Eso tendría que valer, por ejemplo, cuatro servicios de salud. Una maestra concientizada de prácticas preventivas, a la que se capacita y se le dan los medios para que llegue a sus alumnos, vale por ejemplo ochenta servicios de salud.

Todos sabemos que esa es la realidad, pero ninguno nos sabemos explicar por qué no es realizable. En un trabajo publicado el mes pasado en una revista científica de nuestro país, sobre Odontología en un sistema integrado para la comunidad en donde se menciona, entre otros párrafos, que la odontología trata de cumplir su cometido de acuerdo con los postulados de salud, es

decir, prevención, protección y rehabilitación y que entre otros requisitos se mencionen que se debe hacer una efectiva educación para la salud, cuando leemos en el artículo, los gráficos y las estadísticas de lo realizado, que sobre 5.025 prestaciones, 977 son extracciones, 1.490 obturaciones y solamente 60 topicaciones, y el rubro control de placa no existe, es decir, se habla de lo importante que es la prevención pero no se aplica. Sobre esa incógnita es sobre lo cual le pido a las mesas que trabajemos.

En la actualidad, en la Argentina, a través del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Bienestar Social; en Chile a través del Servicio Nacional de Salud y el Ministerio de Salud; en Brasil a través de la operación Rondon y en otros países se está tratando de promover con planes orgánicos la salud bucodental. Pero la Ciencia Odontológica para llegar a la población debe prever que ese factor adolece de un grave defecto en los países latinoamericanos, que es la inestabilidad de sus gobiernos y de las estructuras y las personas que están en los altos cargos, lo que hace que siempre se esté planificando y cuando llega por fin la etapa de aplicación se comienza todo de nuevo; sino analicen que valor han tenido la variedad de campañas sanitarias que se han planificado, e incluso las que se llegaron a realizar.

Quiero hablar ahora un poco de la Ciencia Odontológica. Tengo la sensación que nuestra profesión en Latinoamérica, ha llegado al lugar donde se encuentra por un camino equivocado. Un camino unilateral de progresión geométrica de ciencia técnica e industria odontológica, ignorando las costumbres, medios y ritmo de evolución de los pueblos en donde ésta debe ser aplicada, y por otra parte desprotegiendo el cultivo de la simbiosis hombre-odontólogo, para producir un individuo con capacidad científica y calidad humana.

De las tres instituciones básicas que traba-

jan en pos de la odontología, que son facultades, asociaciones y servicios, estos últimos, de los cuales ya hablaremos algo, son posiblemente los más conflictuados y los que viven más de cerca la realidad, pues tiene por un lado la ciencia, por el otro la demanda popular y por otro están sujetos a planes y recursos estatales; por eso es que con seguridad recae en los dos primeros, o sea facultades y asociaciones, la responsabilidad de que la odontología actual sea más teórica que aplicable.

En las Facultades, después de enseñar las ciencias básicas en los primeros años, la carrera es inminentemente técnica, con su correspondiente respaldo científico y la odontología que se enseña es una sola. Esto hace que los alumnos al egresar deban adecuarla primero a su estructura, luego al medio en que la van a ejercer, e interpretar a su manera las modificaciones que hará a las enseñanzas primarias para no ser un profesional mediocre en los grandes centros urbanos, o un profesional inadaptado al medio en las zonas rurales por no poder aplicar lo que allí se le enseñó. El que se queda en los grandes centros, se ampara en las escuelas de mejoramiento profesional de las asociaciones profesionales, en cursos de post-graduados de facultades, para actualizar y elevar su nivel, pero para el que migra al interior, o que tiene que atender hospitales con gran demanda de enfermos, la odontología no le dió, ni le puede dar en estos momentos, *"la ciencia odontológica rural u hospitalaria"* y entonces el profesional no encuentra otro camino que descender el nivel que le enseñaron, o lo que es lo mismo, hacer una mala odontología. Y la odontología aplicada a la población debe ser *"una sola"*, LA MEJOR. Pero la mejor que se adapte al medio en donde se va a emplear, y a los recursos humanos mentales y materiales. Por que si pensamos que la mejor odontología es la más purista, exquisita y costosa, la mejor odontología se transforma en el peor elemento de salud, es decir la NO ODON-

TOLOGIA. Un bote de madera pesado, lento, bien calafateado y pintado es la mejor embarcación para el islero, pero no es lo mejor para el industrial que *"necesita"* hacer sky acuático los domingos. Otro ejemplo lo tenemos en algunas industrias grandes que se jactan de hacer los mejores zapatos de cuero del mercado, y no hacen zapatos malos de menor precio para el trabajador rural, sino que también hacen las mejores alpargatas.

En la Facultad existe una desproporción muy marcada entre la formación técnica y la formación humanística. Nuevas técnicas y más completas van absorbiendo todo el tiempo destinado a la enseñanza, quitando horas para el cultivo de las estructuras humanas, y concientizar al alumno de su función ante la sociedad. Una vez egresado, el profesional se dedica a *"meter"* en la gente las técnicas aprendidas. Las facultades o escuelas de odontología deberían tener un Departamento de Odontología Preventiva y Social, bien planificado, funcionando en un curriculum integrado, dando como resultado Odontólogos motivados para actuar en función social, pero para que esto sea realmente efectivo, en todas las cátedras los docentes, deberán estar concientizados de prácticas preventivas en cada una de las enseñanzas y de las materias.

A las grandes Asociaciones Profesionales le cabe el halago por una parte, y la responsabilidad por la otra, de ese ritmo unilateral y desmedido en que se encuentra la odontología actual. Uno de los factores es que los odontólogos debemos ser los pioneros y los que batimos todos los records en materia de realización de giras, congresos, seminarios, encuentros, simposios, cursos, etc., cosa que si bien es altamente positiva, creo que deben hacerse algunas reflexiones en cuanto a Modalidad, lugares de realización, aspectos económicos y objetivos finales. De los (21) temas a ser tratados en estos seminarios solamente estos tres tienen objetivos sociales o pre-

ventivos, los otros dieciocho (18) temas restantes son meramente técnicos. De las setenta y tres (73) conferencias programadas, solo dos son de prevención, una de odontología social y las setenta restantes son de perfeccionamiento técnico, entre las cuales hay una que me llamó la atención por su espíritu comunitario, el título: *"Prótesis para el privilegiado y prótesis para el indigente"*, pero prótesis.

Los docentes debemos posiblemente hacernos un llamado de atención respecto de lo que damos y como damos nuestras enseñanzas, pues cuando nos encontramos en estos eventos hacemos una especie de *"guerra de poderío de elementos científico-técnicos"*, con un material escrupulosamente seleccionado, que por otra parte no es la realidad de lo que a diario nos ocurre a nosotros mismos en nuestras prácticas, y es así como vamos llevando todas estas cosas, *"casi"* deshonestamente, a la superespecialización. Y en este proceso de autocultivo y retroalimentación en circuito semi-cerrado, los docentes y los profesionales vamos cambiando paulatinamente en una progresión mucho mayor que el cambio que nuestra sociedad va teniendo y es fácil darse cuenta que nos hemos ido acercando y creando en función de altos niveles culturales y socioeconómicos, y desprotegiendo a otros que hacen al grueso de los latinoamericanos. Y así, en este proceso de maduración y de acopio de trabajos recientemente publicados en en países con estructuras geográficas, populares y políticas distintas y que nos llevan muchos años en muchas cosas es como producimos el desequilibrio del cual les hablaba. Paralelamente, esta formación a nivel de pos-grado, a través de los eventos antes mencionados, se centralizan en las grandes capitales y grandes ciudades a las que concurren profesionales de las zonas de influencia y algunos que otro de los pueblos o pequeñas ciudades, siendo estos aislados elementos los que llevan a sus lugares de origen, las técnicas mas perfec-

tas y los mejores materiales, pero como consecuencia de esta mayor capacitación, de los gastos de inscripción en jornadas a cursos, cierre de consultorios durante una semana, estadía y otros gastos aumenta su hora de trabajo profesional, produciéndose la autoselección de pacientes en su zona de origen. Como corolario, estos eventos son muy productivos porque llevamos al interior una odontología mas moderna, pero que va a ser empleada en función de niveles de alto poder adquisitivo, y seguimos desprotegiendo a la gente que será atendida por miles de odontólogos de práctica general que una vez terminados sus estudios van a trabajar a zonas rurales y pueblos del interior y por deficiente formación o información no son elementos promotores de salud, sino sacadores de dolor, porque, como dice Mario Chaven, en definitiva esa es la raíz histórica de las profesiones del arte de curar, basándonos en el diagnóstico y tratamiento. Hoy día ya cambió la denominación y decimos que son profesionales del arte de prevenir y curar, pero en la práctica no hubo un cambio de actitud significativo, así es como me fui dando cuenta en mis viajes, que en la medida que me alejaba de los grandes centros urbanos, se trabajaba en niveles de prevención mas cercanos a la rehabilitación y en algunos lugares, ni siquiera eso; es decir que habría que agregar otra rubro al final de los niveles de prevención de Leavell y Clark que podría llamarse de Lesión Latente.

La principal fuente de Promoción de Salud Bucodental en la Infancia es la escuela y el odontólogo, pero un Odontólogo formado en un ambiente preventivo, concientizado de las prácticas preventivas y con los elementos docentes y didácticos adecuados para poder llegar a la comunidad, porque sino nos pasa un poco como a los Médicos a los cuales se les enseña la anatomía de los órganos genitales masculinos y femeninos a la perfección, se les enseña su fisiología, fecundación, etc. pero casi nadie sabe dar

a la juventud una charla de educación sexual.

Digo yo. ¿Cuántos de nosotros aquí presentes podemos motivar a una maestra a darle los elementos necesarios para que se transforme en una promotora de salud, o sin ir más lejos, quienes podemos dar a los chicos de un grado o a sus padres una buena charla de educación para la salud bucal? Les decía en un comienzo que en cierta medida yo venía a representar a la parte receptora, pues bien, yo niño no sé nada de los cuidados de la boca y siendo campo fértil para el aprendizaje y dependiendo principalmente de mi madre y mi maestra, no recibo de ellos lo que la ciencia sabe. Yo madre, yo maestra dependo principalmente del Odontólogo, y no recibo de ellos lo que la ciencia sabe. Yo odontólogo no he sido formado y motivado como la ciencia sabe que me debo formar.

RESUMIENDO: Nos queda a las mesas de trabajo la nada sencilla tarea de ver como la Ciencia Odontológica Preventiva puede llegar con más fuerza a la población, en la medida de sus posibilidades, a través del gobierno, de las facultades, de las asociaciones profesionales y por último, como factor más importante, del Odontólogo, que en última instancia no es sino una consecuencia, o un resultado elaborado por aquellas. Por otra parte propongo que los Argentinos nos pongamos a trabajar por una Odontología Argentina, los Brasileños por una Odontología Brasileira, los Bolivianos, Chilenos, Venezolanos, Mejicanos, Peruanos, Uruguayos, Cubanos, Salvadorenses, Panameños, Ecuatorianos, Hondureños, Colombianos, Paraguayos, Haitianos, que trabajen por sus Odontologías, y que nos sigamos encontrando en estos Seminarios para contarnos nuestros frutos y nuestros fracasos, porque la similitud de nuestros pueblos hace que tengamos que aprender mucho de nosotros mismos, y por otra parte no desperdiciar ni subestimar a nuestros maestros y nuestras investigaciones, y así entonces construiremos una Ciencia Aplicable a la Vida.

“UNA MATERNIDAD DE UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD, ATENDIDA POR GENERALISTAS, EN LA CIUDAD DE NEUQUEN”

por Carlos Báncora ⁽¹⁾

Facundo Cornejo ⁽²⁾

Guillermo De Hoyos ⁽³⁾

RESUMEN

En el centro de la ciudad de Neuquén funciona un Hospital de mediana complejidad, que desarrolla un proyecto encuadrado en la Atención Primaria de la Salud y que gira en torno a la Medicina General. Con una capacidad de 50 camas, en 1989 se transforma en sede de la Residencia de Medicina General, e inaugura una maternidad con dos salas de partos y 14 camas. En 3 años alcanza un volumen de 1200 partos anuales. La Maternidad no tiene quirófano, y refiere

PARTOS SEGUN PROFESIONAL HOSPITAL BOUQUET ROLDAN - 1991



GRAFICO 1

a un hospital de mayor complejidad ubicado a 2½ km. La atención de los partos se realiza casi exclusivamente por los residentes, con la supervisión y docencia de especialistas y generalistas en el horario laboral, y por los generalistas en el horario de guardia.

El presente trabajo pretende mostrar la experiencia de 3 años y poner a discusión el modo de funcionamiento, la producción, el rendimiento y los resultados perinatales obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Se analizan los datos correspondientes al año 1991 del Hospital Bouquet Roldán, y también del Hospital Provincial Neuquén. La información fue obtenida, en algunos casos, de registros propios, y en otros, extraídos de la Historia Clínica Perinatal.

Resultados:

En 1991 se realizaron en el Hospital Bouquet Roldán 1222 partos, cifra que duplica las estimaciones previas y que se alcanza en el 3er. año de funcionamiento de la maternidad.

El 89% de estos partos fueron atendidos por los residentes de Medicina General (gráfico N°1), y a su vez el 85% de estos supervisados por médicos generalistas (gráfico N°2). Como se espera en un Hospital de mediana complejidad, casi todos los partos son eutócicos (99%) y no hay cesáreas (gráfico N°7).

El total de derivaciones tocoginecológicas en el año fue de 216, promedio de 19 al mes. Discriminadas por origen y causa se ven en el gráfico N°6. Las derivaciones obstétricas fueron 159, de las cuales el mayor porcentaje correspondió a trabajo de parto prematuro.

A su vez, el 87% de los recién nacidos en el Hospital Bouquet Roldán fueron de término, siendo mínimo el porcentaje de menores de 35 semanas, que es la edad gestacional establecida como techo neonatológico (gráfico N°8).

La tasa de bajo peso al nacer es también muy baja (gráfico N°9).

Sólo un 3% de los recién nacidos en el Hospital Bouquet Roldán presentaron algún grado de depresión al nacer, y sólo

(1) Tocoginecólogo. Coordinador del Área Maternidad. Hospital Bouquet Roldán de Neuquén.

(2) Residente de Medicina General. Mismo Hospital.

(3) Generalista. Coordinador del Área Medicina General. Mismo Hospital.

el 0,49% fueron deprimidos graves (gráfico N°10).

Se derivaron un total de 32 recién nacidos a la Terapia Neonatal del Hospital Neuquén, o sea, 2,6% de los nacidos en el Hospital Bouquet Roldán. Agrupados según las siguientes causas: infecciones

SUPERVISION DE PARTOS REALIZADOS POR RESIDENTES HOSPITAL BOUQUET ROLDAN - 1991

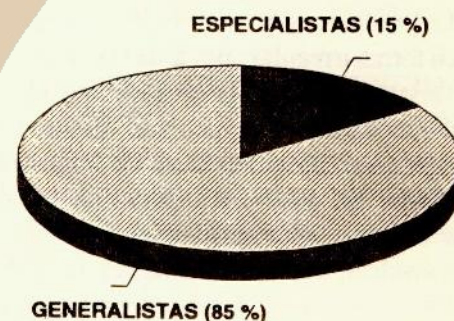


GRAFICO 2

8, anomalías congénitas 8, metabólicas 7, neurológicas 5 y SDR 4. (gráfico n°4) Las tasas de mortalidad fetal, neonatal precoz y perinatal se ven en el gráfico N°5, (la tasa de mortalidad neonatal está corregida por lugar de procedencia).

En todos los casos en que aparece el Hospital Provincial Neuquén a modo de

referencia hay que tener presente el distinto nivel de complejidad de ambos hospitales, que hace que las cifras y tasas esperables para uno u otro sean muy dispares.

EL SISTEMA DE SALUD

Actualmente la provincia se encuentra dividida en seis zonas sanitarias con Hospitales Cabeceras de mediana complejidad y Hospitales Locales de Baja y mediana complejidad, de los cuales dependen además, centros de salud y puestos sanitarios.

El Hospital Provincial Castro Rendón, ubicado en la Capital, es el de mayor complejidad, cabecera del sistema y funciona administrativamente como una séptima zona sanitaria.

Además de esta Hospital, funcionan en la ciudad de Neuquén 16 centros de salud y un Hospital de complejidad mediana, que conforman por sí mismos la Zona Metropolitana. Los centros de salud brindan entre 10 y 12 hs. de atención diaria, a excepción de 2 que cuentan con atención las 24 hs. Trabajan en ellos personal propio y personal que concurre desde los dos hospitales de la ciudad. Los centros están distribuidos, aunque en forma irregular, por toda la ciudad, y varían enormemente en la cantidad y diversidad de sus recursos -desde 50 agentes propios unos hasta 1 o 2 agentes otros-. En 1991 los centros de salud evacuaron aproximadamente 188.000 consultas, correspondiendo el 45% de las mismas a los dos centros de mayor envergadura.

EL HOSPITAL BOUQUET ROLDAN

Es el único que pertenece a la Zona Metropolitana. Originalmente fué un asilo de ancianos enclavado en un barrio periférico de la ciudad. El crecimiento urbano lo fue envolviendo hasta dejarlo situado muy cerca del centro geográfico

de la Capital, a 25 cuadras del Hospital cabecera. En 1972 comienzan a funcionar dos servicios: Rehabilitación y Tisiología, con lo que se transformó en un hospital para pacientes crónicos. La demanda hizo que, lentamente, fueran incorporándose consultorios externos de las clínicas básicas, servicios intermedios y una guardia general.

Es a partir de 1988 que se pone en

en el desarrollo de la Medicina General, convenientemente apoyada en las especialidades básicas.

Es así que se incorporan un número significativo de médicos generalistas, ex residentes con largos años de experiencia en los hospitales de nivel III y IV del interior de la provincia, y algunos especialistas, para coordinar las nuevas áreas de atención. El Hospital se da así una

INDICADORES DE INTERNACION

HOSPITAL BOUQUET ROLDAN - 1991

EGRESOS X 100

PROM. CAMAS

PROM. PACIENTES

% OCUPACION

PERMANENCIA

GIRO CAMA

MATERNIDAD
T. HOSPITAL

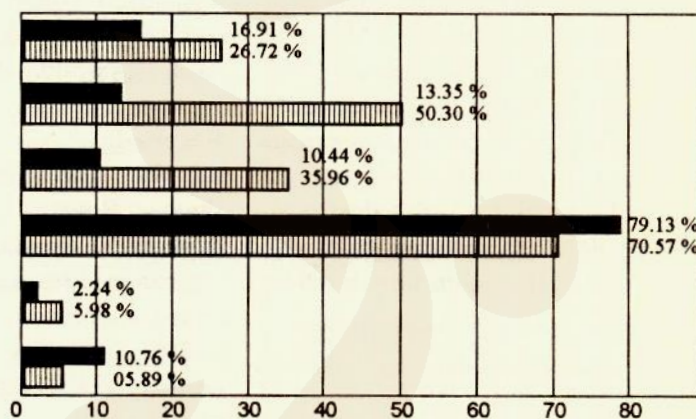


GRAFICO 3

marcha un nuevo proyecto hospitalario que tiende a acentuar aún más el perfil de Hospital General Nivel IV, y a su vez recrear un nuevo modelo de atención para un hospital de mediana complejidad, decididamente basado en Atención Primaria de la Salud, y por dicha razón

CAUSAS DE DERIVACION AL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN

Total derivados: 32 casos

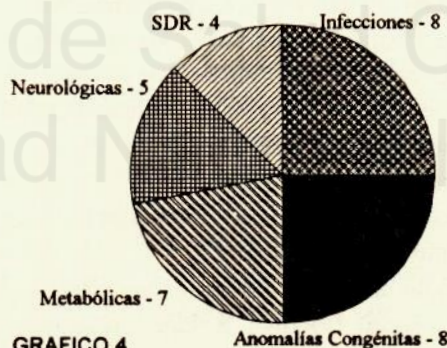


GRAFICO 4

nueva estructura organizativa, no ya desde las especialidades, sino desde el estadio del ciclo vital de las personas, surgiendo las Areas de Adultos, Niños y Maternidad, que se agregan a los ya existentes servicios -y ahora Areas- de Rehabilitación, Tisiología y Odontología. Como eje central de la nueva estructura se crea el Area de Medicina General, para coordinar y organizar las prestaciones y demás actividades, con un rol integrador de todo el Hospital y para propiciar un desarrollo coherente y armónico de los tres niveles de atención, acorde a las necesidades de la población. En 1989 se incorpora a este Hospital, y al de Zapala, la residencia de Medicina General, que deja así el ambiente de formación de la alta complejidad en el hospital cabecera, para pasar al de mediana complejidad. Ambos proyectos -el

del nuevo modelo hospitalario y el del traslado de la residencia- contaron con el aval de la gestión ministerial de ese entonces. El primero fue diseñado y pergeñado por agentes del Hospital y el segundo surgió de un trabajo monográfico para el I Curso de Administración de los Servicios de Salud organizado por la Sociedad de Medicina Rural.

Hoy en día el hospital cuenta con una planta física de 3.000 m² y 265 agentes, de los cuales 46 son profesionales.

Posee 50 camas distribuidas en tres áreas de internación (Niños, Adultos y Maternidad) y 2 en la guardia. El total de egresos en 1991 fue de 2.672, con un porcentaje de ocupación de 70,57% y un giro-cama de 5,89%. (gráfica N° 3)

La atención en internación la realizan fundamentalmente los especialistas durante 8 a 9 horas diarias. En cada área, aún en neonatología, se incluye por lo menos a un generalista con funciones docentes y asistenciales. El resto del tiempo la internación queda a cargo de la Guardia General. El sector de neonatología es una unidad de cuidados intermedios que asiste a una población propia de recién nacidos mayores de 34 semanas, de más de 1.800 gramos, que no requieran oxígeno por más de seis horas ni cuidados intensivos.

La demanda es atendida por consultorio externo y guardia. En consultorio externo el paciente elige indistintamente ser atendido por especialistas o generalistas, si bien los primeros también atienden los referenciados. La demanda programada - control del niño sano, control de embarazadas, etc. - también es compartida. Los consultorios funcionan 12 horas por día.

La guardia está a cargo de médicos generalistas exclusivamente, que atienden la consulta externa de urgencia durante las 24 horas y la internación a partir de las 18 horas. Resuelve en el Hospital el 98,5% de las urgencias, derivando el resto al Hospital cabecera.

La cirugía menor, que incluye legrados, reducciones traumatológicas, etc. se realiza en el Hospital bajo anestesia local, regional o general (endovenosa corta), esta última a cargo de dos generalistas que cubren las 24 horas con guardias pasivas.

Los servicios médicos cuentan con apoyo de radiología y laboratorio, así como de los demás servicios del Hospital.

Tanto especialistas como generalistas concurren diariamente a distintos centros de salud, donde prestan sus servicios. La prioridad que tiene la atención en los barrios lo demuestra el hecho de que el número de consultas realizado por los generalistas del Hospital Bouquet Roldán en los centros supera en más de un 50% al realizado por ellos mismos en los consultorios hospitalarios.

Tanto desde el Hospital como desde los centros de salud se realizan actividades no asistenciales de prevención y promoción de la salud. Aunque no en número ni frecuencia deseadas, estas actividades se sustentan en la acción interdisciplinaria, e incluyen talleres, control escolar, charlas y grupos terapéuticos y de prevención, intra y extramuros.

La residencia de Medicina General constituye una experiencia nueva al centrar la formación en un hospital de mediana complejidad. La docencia es compartida por especialistas y generalistas. Los residentes rotan por las distintas áreas del hospital y también por algunos servicios del hospital cabecera. Los ámbitos integradores son la Guardia General, los

Centros de Salud y los espacios docentes. Cada área tiene su propia actividad académica, pero también hay espacios comunes entre las distintas áreas. La atención compartida de los pacientes y la realización conjunta de diversas actividades obliga a especialistas y generalistas a la normatización y capacitación continua, así como a revisar y acordar en forma permanente las acciones ejecuta-

TASA DE MORTALIDAD FETAL, NEONATAL PRECOZ Y PERINATAL
Hospitales Bouquet Roldán y Neuquén - 1991

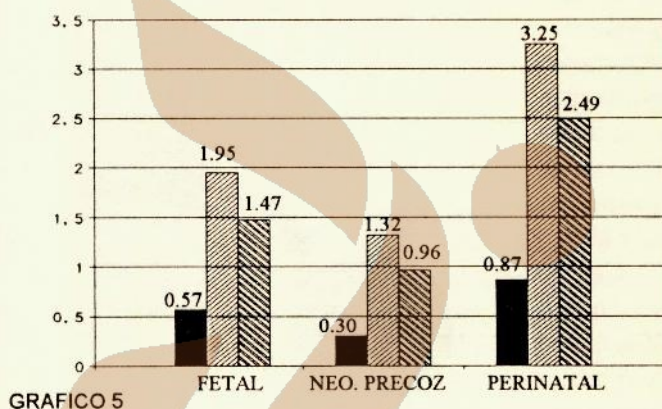


GRAFICO 5

das. El Pase de Guardia diario inaugura cada jornada con la presencia de todas las áreas, servicios y sectores del hospital.

LA MATERNIDAD, SU FUNCIONAMIENTO

La demanda ambulatoria tocoginecológica se atiende en un consultorio diario que funciona de 9 a 17 horas dentro del hospital, y en un consultorio semanal de media jornada en cada uno de los tres centros de salud que el Área cubre con los médicos especialistas. La planificación acordada es que el generalista recibe toda la demanda espontánea sin discriminación por especialidad o patología, y el especialista da preferencia a la interconsulta y la derivación originada en el médico general, ocupando la capacidad restante del consultorio con las demandas espontáneas

de la especialidad. El 75 % de la atención ambulatoria es atendida por generalistas, el 25 % por especialistas.

La cobertura ginecobstétrica resuelta es casi total, cubriéndose control del embarazo normal y de alto riesgo, ginecología general, citología oncológica y hormonal (toma de muestras), patología cervical (sólo en el hospital), esterilidad, patología mamaria, endocrinología y bacteriología ginecológica, contando para todo ello con el apoyo de Laboratorio, Rayos, así como también de los demás servicios del hospital.

Estas prestaciones se complementan con las acciones prestadas por el nivel superior (Hospital Cabeceira Castro Rendón), quien resuelve a través del envío de muestras o atendiendo al paciente deriva-

do, el resto de las atenciones que superan la complejidad (ecografía, monitoreo fetal, RIA, radiología contrastada, bioquímica del líquido amniótico, etc.). De acuerdo a este escalonamiento de la atención, prácticamente es resuelta toda la demanda en los dos primeros niveles: centros de salud y Hospital Bouquet Roldán. Los ingresos a internación se originan en los centros de salud, la guardia y los consultorios externos del hospital.

El Área Maternidad asume a cada paciente y resuelve la situación diagnóstica y terapéutica durante las 9 horas de funcionamiento de la misma, quedando a cargo de la guardia (generalistas) la cobertura durante el resto de las horas.

La casi totalidad de las prestaciones son realizadas por los médicos residentes con la supervisión de especialistas y

generalistas.

Con esta estructura asistencial las áreas Maternidad y Medicina General resuelven la atención del parto normal y los distócicos por vía vaginal, la cirugía ginecológica que, como el legrado y la biopsia, requieren anestesia corta (efectuado por generalistas) y las patologías ginecobstétricas en general.

Los casos que requieren mayor complejidad son derivados al Hospital Castro Rendón (trabajos de partos prematuros,

enfoca reforzando el manejo del preparto y del parto normal en el primer año, la patología ginecobstétrica ambulatoria e internada en el segundo, completando su formación final en el nivel de complejidad superior en el tercero. Los objetivos de capacitación se consiguen rotando por los consultorios externos del Hospital, de los centros de salud, el estudio y control de los pacientes internados, la realización de partos y legrados, acciones estas efectuadas tan-

to en el área como en la guardia; y en la elaboración de una monografía sobre temas preseleccionados del quehacer cotidiano y a partir de los registros por ellos confeccionados.

Estas acciones son fiscalizadas por instructores y demás profesionales, quienes delegan la ejecución de las

prácticas pero retienen la responsabilidad de la atención de los pacientes.

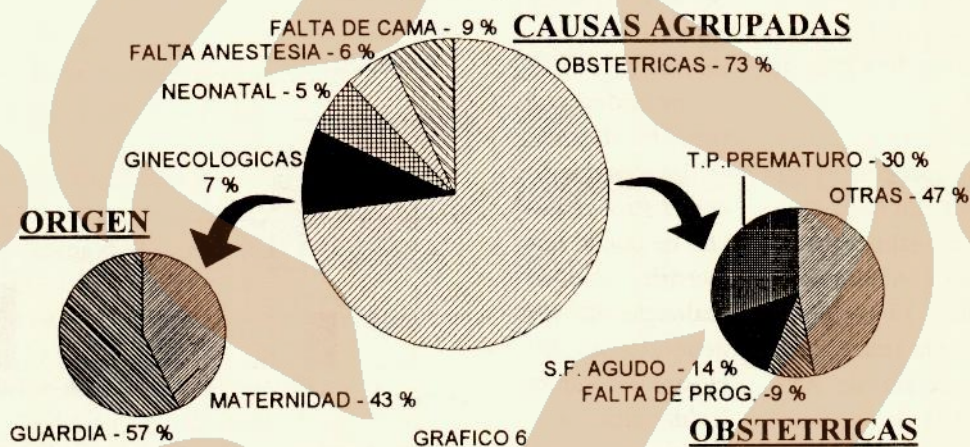
La investigación se reduce a la participación, conjuntamente con maternidades de las ciudades de Rosario y Córdoba, en un trabajo colaborativo y prospectivo que se denomina: «¿SE JUSTIFICA EL USO INDISCRIMINADO DE LA EPISIOTOMIA?», el cual, amén de servir de experiencia científica, proyecta al Área a nivel nacional y la interrelaciona con servicios y centros de reconocida solvencia.

La educación para la salud forma parte de los tres objetivos básicos del Área Maternidad, junto con la asistencia y la docencia de investigación.

La misma se estructura en forma programada en dos líneas de trabajo: «EL TALLER DE PREPARACION PARA

DERIVACIONES POR ORIGEN Y CAUSAS

Hospital Bouquet Roldán



cesáreas, laparatomías ginecológicas, etc.). (gráfico N°6)

Este Hospital, conjuntamente con el de Zapala, es responsable de la formación de los médicos generalistas, recurso humano básico del Plan de Salud Provincial.

El Área Maternidad ejecuta así la docencia, conjuntamente con las otras áreas y servicios del hospital, constituyendo esta tarea uno de los objetivos básicos del sector. Para tal fin confluyen todos los integrantes del área en general, aunque algunos de ellos actúan como instructores específicos.

Este aporte se concreta a través de la participación en la programación, ejecución y evaluación de las actividades del médico residente, sea tanto en la formación teórica, como en el adiestramiento práctico. Es así que esta capacitación se

EL PARTO Y LA CRIANZA» y «LA RULETA DE LAS PUERPERAS».

del taller, juego y dinámicas participativas, se van encarando las distintas etapas del proceso reproductivo y la crianza de los hijos.

Estos encuentros coordinados por distintas áreas del Hospital (Servicio Social, Enfermería, Salud Mental, Niños y Medicina General), se instrumentan a partir del séptimo mes de gestación, por sesiones de gimnasia respiratoria y relajación, a cargo del Área de Rehabilitación.

Se incluye la visita por grupos pequeños, a los distintos sectores por donde deberán transitar las pacientes, como la Guardia y la Sala de Partos. El contenido básico de esta actividad es la concepción del embarazo, parto y crianza como acontecimientos familia-

res y sociales, intentando rescatar a la pareja como actora principal de estos procesos, relegando al hospital y al médico al papel de acompañamiento, necesarios pero secundarios.

La denominada «RULETA DE LAS PUERPERAS» no es más que un juego de preguntas y respuestas construido a partir de las preguntas habituales del consultorio y que, coordinado por las enfermeras de internación, reúne a las puerperas internadas día por medio. Con esta metodología se discuten y reflexionan pautas sobre el manejo de los aspectos biológicos, higiénicos, psicosexuales y sociales de la madre y el recién nacido -loquios, puntos, lactancia materna, cordón, relaciones sexuales, anticoncepción, etc.-.

A estos dos programas sistemáticos del Área, se agregan actividades de extra-muros, que responden a las demandas de sectores o instituciones del barrio y la ciudad, como por ejemplo, ciclos de debate sobre la salud de la mujer como el «GRUPO DE MADRES CRIADORAS DEL NEUQUEN» y «CONDUCTA SEXUAL HUMANA» con alumnos de

FORMA DE TERMINACION DEL PARTO

Hospitales B. Roldán y Neuquén - 1991

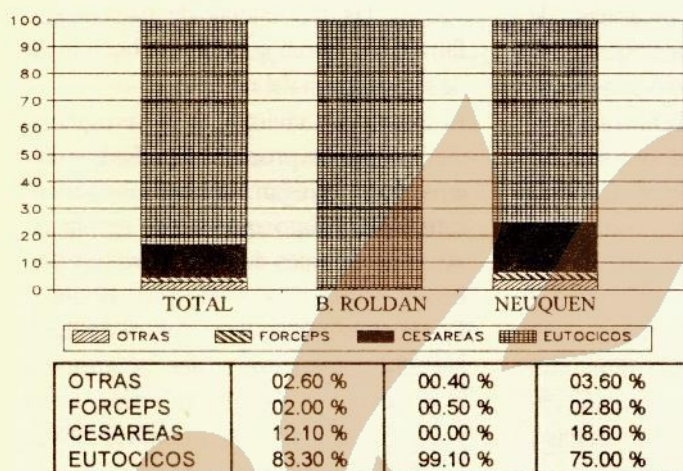


GRAFICO 7

El primero consiste en una adaptación de los denominados «cursos de parto sin temor», y se ofrece a todas las embarazadas y sus maridos desde el tercer mes de gestación, se atiendan o no en nuestra institución. Consta de un ciclo de 14 encuentros donde, con las metodologías

EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIEN NACIDOS - Año 1991

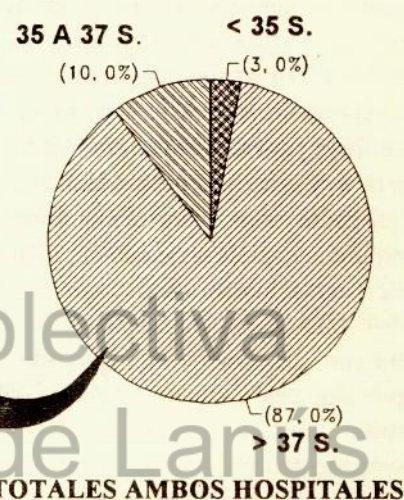
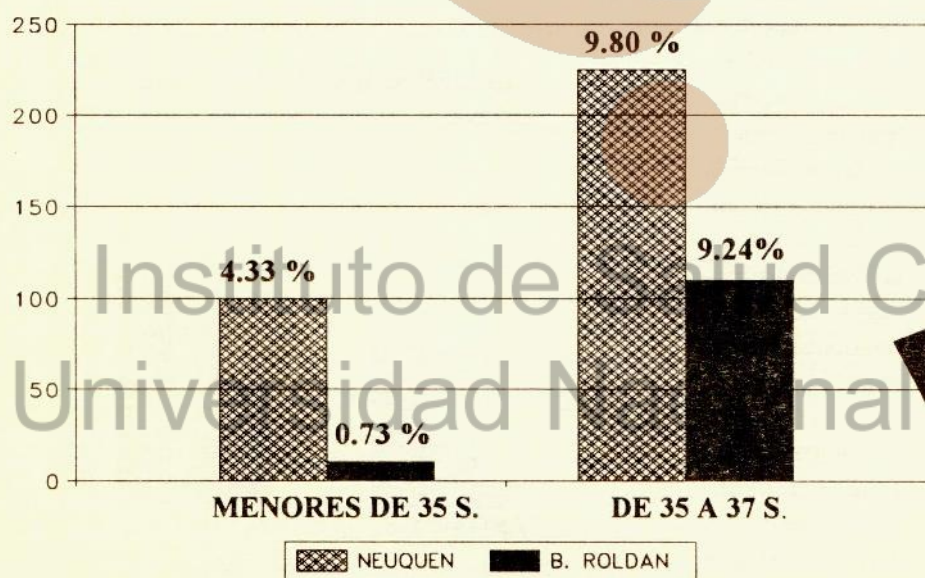


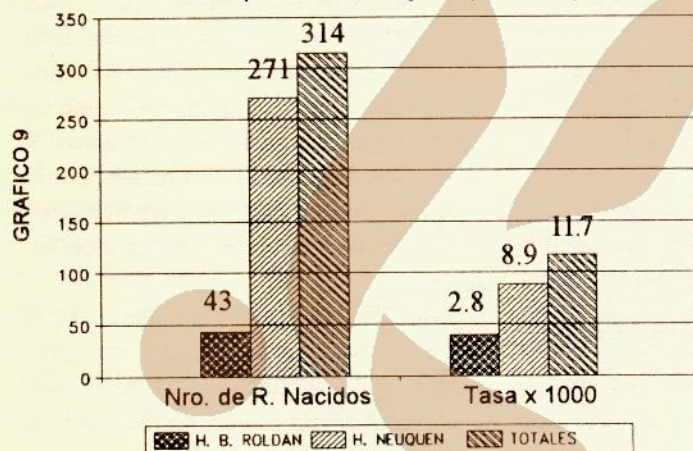
GRAFICO 8

séptimo grado y sus padres de una escuela vecina realizados en 1991.

En todas estas actividades se aplica la estrategia del trabajo interdisciplinario, convocando, dentro y fuera del hospital, a otros grupos de trabajo o instituciones a fin de alcanzar la meta de la salud como problema de todos y no de la medicina.

RECIENTES NACIDOS < 2500 grs. - Año 1991

Hospital B. Roldán y Hospital Neuquén



CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Los datos anteriores nos hablan de que no solo parece posible la existencia de una maternidad en un hospital de mediana complejidad de un centro urbano, sin quirófano propio y manejado por generalistas, sino que además puede alcanzar un funcionamiento sumamente interesante. El análisis costo-beneficio de esta experiencia excede el propósito de este trabajo, pero será imprescindible a la hora de evaluarlo más profundamente.

Lo que puede vislumbrarse es inquietante -aunque con distinta connotación, según desde donde se lo mire- pues rompe con el modelo tradicional del hospital. No es casual que sea cuestionado, ignorado o despreciado desde algunos servicios del Hospital cabecera, y aún desde algún funcionario del nivel central. La resistencia a este proyecto ha sido, y todavía es, importante, y actúa como un factor de presión sobre los que trabajamos en el Hospital B. Roldán. A los generalistas se

los discute en el ámbito urbano. A los especialistas se les recrimina la "desjerarquización" de su especialidad. A los residentes se les cuestiona la validez del ámbito de formación.

También fue preciso superar resistencias internas. Por un lado el advenimiento de un numeroso grupo de personas a un

centro con identidad e historia propias, que pasaba a tener un perfil totalmente diferente, produjo un conflictivo periodo de adaptación mutua. Por otro, la integración entre especialistas y generalistas en un terreno no tradicionalmente ocupado por ellos, fue un campo fértil

para la competencia y el ansia por validar posiciones o por desacreditar las del otro. Ninguna de estas resistencias a desaparecido, aunque la primera es cada vez menos notable. La integración entre especialistas y generalistas ha sido más dificultosa, si bien se consolida diariamente en base a una misma identidad ideológica, a la necesidad de unión que producen

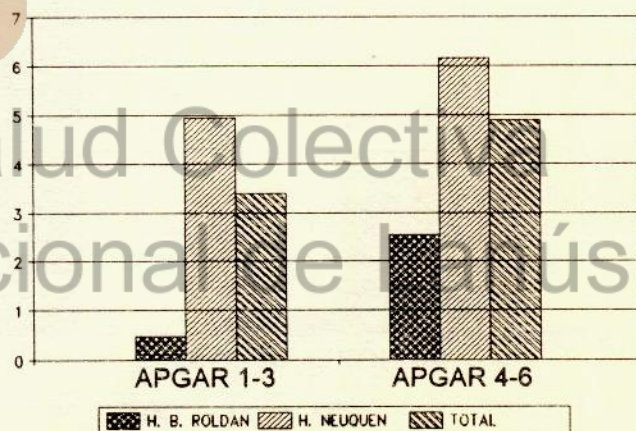
las resistencias externas, a la normalización permanente a la que obligó la atención compartida de pacientes, y a la formación de residentes, que es vivida como un desafío por todo el Hospital. A todo esto, el surgimiento de un establecimiento volcado en forma decidida hacia la

Atención Primaria de la Salud, parece haber tenido buena acogida en la población: la demanda creciente, la concurrencia desde zonas alejadas de la ciudad cuentan con otras opciones del Sistema de Salud, las encuestas de partidos políticos y las referencias de pacientes y familiares, hacen suponer un buen nivel de satisfacción del usuario.

El ajuste que vivimos, y la vertiginosa dinámica de los procesos sociales que nos envuelven, agregan interrogantes para el futuro inmediato que quizá desplacen nuestros actuales dilemas, pero hoy podemos afirmar que el Hospital Bouquet Roldán responde a un modelo que intenta ser coherente en forma y fondo; que toma a la persona -sana o enferma- en un contexto familiar y social como eje de sus prestaciones. Esto se traduce en el caso del parto, en permitir que se produzca como un hecho natural, no interviniendo más allá de lo estrictamente necesario, aboliendo normas provinciales como el enema y el rasurado, cuestionando el uso indiscriminado de la episiotomía, integrando al grupo familiar durante el embarazo y el parto; en fin, permitiendo que el parto sea verdaderamente un acontecimiento familiar, un hecho social, donde los protagonistas no son el médico ni la enfermera, sino la pareja y su hijo.

RECIENTES NACIDOS DEPRIMIDOS

Hospitales B. Roldán y Neuquén - Año 1991



De la Realidad a la Teoría:

Los discursos de la salud-enfermedad

Trabajo de investigación realizado por docentes() de la cátedra Medicina y Sociedad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario en 1991*

Este trabajo constituye un avance que estamos realizando respecto del carácter de los procesos discursivos que en ámbito de la salud-enfermedad se generan, aparentemente desde el saber médico. Nos mueve la convicción de que éste, afianzado en una concepción de hombre y de modelo organizativo de sociedad, constituye un obstáculo epistemológico que impide la concreción de estrategias válidas de A.P.S., las que quedan limitadas a una programación y práctica de tipo nominativa.

El carácter del discurso sostenido por los representantes de las instituciones de salud que operan en áreas periféricas de Rosario con respecto a las poblaciones que aparecen como posibles destinatarias, está construido y sustentado sobre la base de negar a las mismas toda posibilidad de planificar y efectivizar estrategias con respecto a su propia salud, dado que se las considera con cultura inexistente, incapaces y responsables de permanecer en sus condiciones precarias de existencia.

Es evidente que en ese decir se equipara cultura con educación, se carga de valoración con el fin de avalar la actual desigualdad social, en función de un ordenamiento configurado en el siglo XIX con el auge del positivismo.

En definitiva, concluimos que el Iluminismo, reformulado por el positivismo, tomado en el área médica por el pensamiento higienista de principios de siglo en nuestro país (Ramos Mejía, Rawson), no ha variado su sustento ni su consideración del otro, lo que vuelve impracticable cualquier política de participación desde el llamado Modelo Médico Hegemónico.

Estas interpretaciones solo pueden ser com-

prendidas en el contexto histórico argentino, dentro de un proceso de alcances mundiales.

Cambios a nivel internacional

La extensión de la lógica del capital al mundo entero se produjo durante el siglo XIX. Las economías nacionales de la América española fueron originadas por los cambios a nivel internacional. El estado surge como instrumento de homogenización de las economías regionales para hacerlas accesibles a la explotación capitalista y a los intereses del capital internacional.

Durante el siglo anterior prevalecieron la ampliación de mercados y la absorción de la fuerza de trabajo a partir de la destrucción de los viejos modos de producción no capitalistas. La integración de estos se realizó dentro de una especialización bipolar de productores de bienes industriales y de productores de materias primas. El contenido y la orientación en la división del trabajo dependían del modo de integración de las regiones no capitalistas al modo de producción capitalistas, en particular de la delimitación nacional del espacio económico internacional. Pero las modalidades no fueron universales. La incorporación al mercado mundial exigían cambios que no respetaban ni tenían en cuenta la realidad donde eran introducidos, lo que acarreó perturbaciones en las transformaciones vistas como necesarias en las estructuras económicas. Pero también se dio que aquellas preexistentes influyeron en la evolución del desarrollo capitalista.

A diferencia de lo que ocurrió en los países

centrales, donde la construcción del estado moderno fue financiado por las clases dirigentes, en la Argentina fue el capital internacional el que aportó los préstamos a tal fin y delimitó las prioridades de inversión. La creación de una burocracia y de la milicia asegurarían la apropiación de tierras para la explotación, la inversión en medios técnicos para el transporte marítimo y terrestre, la subordinación de las burguesías regionales a la del litoral, la creación de una moneda fuerte y la unificación del país a través de la centralización política y económica.

Para que todo esto fuera posible se selló pacto estable entre los propietarios terratenientes de las pampas, que detentarían el poder económico y político local en forma excluyente y el imperialismo de turno; éste se aseguró la colocación de sus productos sin competencia, la explotación franca de materias primas para sus industrias, a la vez que posibilitó la colocación de los productos alimentarios locales y el financiamiento del estado nacional.

Fue precisaente el estado la herramienta que aseguró la perpetuidad de ese pacto. La creación del estado fue el acto fundante de la Argentina moderna: precedió y fue condición necesaria para la conformación de una economía y una sociedad que luego lo sustentaría. Dicho de otro modo: fue hecho de "arriba hacia abajo" para dar cabida a una sociedad que aún no existía. Pero para que esto fuera factible era necesario que el proyecto se asentara sobre pilares existentes aunque el fin fuera transformarlos. Se estableció un acuerdo entre los propietarios de las pampas y las burguesías del interior que permitía a estas

últimas renovar condiciones del mismo conforme a sus intereses, a, condición que aceptaran el monopolio del ejercicio del poder político y del gobierno por parte de las burguesías del litoral.

En la Argentina, el estado llegó a tener un inmenso poder. La disponibilidad y acceso al aparato estatal por parte de los sectores dominantes permitió la instrumentación del mismo en favor de sus intereses; también permitió la creación de una burocracia técnica y administrativa sólida que por su organización centralizada y jerárquica permitió que sostuviera con vigor los objetivos propuestos.

Pero el fortalecimiento del estado implicó la dependencia del mismo por parte de la clase dominante. El estado la favorecía enormemente, pero la relación con el mismo mostraba toda su vulnerabilidad: con las características de concentrar sobre sí la mayoría de las decisiones se hizo difícil compartirlo. La organización se había hecho dentro de márgenes tan estrechos que no permitía el planteo de políticas distributivas, a la vez que tampoco los reclamos presentados por los diferentes grupos sociales no aspiraban a alternativas al que estaba vigente. El asalto al aparato estatal fue la táctica permanente por parte de grupos que pretendían hacer reconocer sus intereses, pero no para cambiar la naturaleza de su actividad, sino la dirección de sus decisiones, a través de las cuales puede favorecer a unos y a otros. Durante esos períodos el estado intervino amortiguando el efecto de los problemas que se les presentaba a los sectores populares, socializando los costos. Toda vez que la clase dominante tradicional volvía a retomar el poder político, desmontaba parcialmente las medidas tomadas, pero no en su totalidad. Así el estado fue extendiendo su incidencia efectiva sobre toda la vida social.

Finalmente, la clase dominante argentina se aseguró un control casi permanente del aparato estatal recurriendo a tres mecanismos básicos:

-Ejerció su poder político y económico

entorpeciendo permanentemente la acción de los gobiernos populares, recurriendo a su influencia sobre los medios de comunicación y a sus relaciones internacionales, mediante la crítica de las desventajas del sistema democrático amplio.

-Aprovechó su capacidad para generar ecos y alianzas con otros sectores burgueses, medios y aún con los populares.

-Utilizó la autonomía creciente del estado para asegurarse dos pilares:

- a) La fuerzas armadas, el ejército en particular,
- b) la educación.

Sarmiento, desde una mirada casi precapitalista (Piglia, en su análisis del Facundo), sostuvo y dió universalidad al positivismo intentando quitarle u ocultar su carácter de producción de clase.

Coincidente con el nacimiento del estado se diagramó un modelo nacional donde la instrucción pública delineó los límites dentro de los cuales se integrarían los diversos sectores a través de la persuasión, mientras la variable coercitiva se aplicaría aniquilando o expulsando a las fracciones pre o extra capitalistas.

La labor persuasiva se construyó sobre ciertos ejes: predominio del conocimiento científico (vinculado al avance tecnológico y el crecimiento económico), educación laica (punta de lanza en la lucha contra la iglesia, sostenedora del viejo régimen), paternalismo del saber (contrapartida de la apropiación oligárquica del saber), negación de otros saberes ajenos al científico (correspondiente al esfuerzo de homogeneizar para hegemonizar) e individualismo de ultranza (para ordenar y clasificar en una sociedad heteróclita).

El basamento que posibilitó tal empresa fue el positivismo.

Concluida la campaña del desierto (¿desierto?), que permitía anular la propiedad

comunitaria de las tierras por parte de los indígenas, cambiándolo por grandes extensiones privadas delimitadas por alambrados, se solucionó el "asunto indígena", trasladando mano de obra extranjera. Las transformaciones del tipo de población hicieron comprender tempranamente a los positivistas argentinos que no existe una fuerza de trabajo que necesariamente se fija a la producción, sino que para ello suceda es menester intervenciones de caracteres políticos y culturales. El ejercicio efectivo del nuevo "estado fuerte" necesitaba de una teoría que articulara los diferentes temas y categorías que cumplirían la función de legitimarlo.

Los presupuestos teóricos más importantes incluyen concebir a la razón humana (léase occidental y cristiana) como todo poderosa y universal y a la naturaleza como algo dominable y a ambas regidas por las mismas leyes. Este pensamiento conllevó a la verificación experimental de la realidad, verificación que encontraba en el método científico el mejor instrumento para conocer: la única realidad es la de los hechos, todo conocimiento de carácter apriorístico o metafísico es rechazado.

Por el camino marcado por este materialismo de ultranza, se arribaba a leyes, las que eran factibles de ser pensadas tanto para la naturaleza, como para las sociedades; a partir de allí estas últimas estarán orgánicas y biológicamente determinadas. Era el triunfo de Spencer:

"Desde los cambios cósmicos más remotos... hasta los más recientes resultados de la civilización se comprueba que el progreso consiste esencialmente en el paso de lo homogéneo a lo heterogéneo"

Cuando marcaba el camino del análisis en ciencia en el proceso de descomposición de lo complejo para poder arribar a lo simple. Tres elementos se rescatan con insistencia: la individualidad del ser humano (y, por tanto, la "necesidad" y el respeto a la propiedad privada), el concepto de "orden" (que implica la construcción de un estado fuerte) y el de "progreso"

(considerado como indefinido).

Sarmiento, desde una mirada casi precapitalista (Piglia, en su análisis del Facundo), sostuvo y dió universalidad al positivismo intentando quitarle u ocultar su carácter de producción de clase. Es él quien, mediante el sistema educativo que promueve y teniendo como fin la construcción del estado "ideal" con que sueña, quién traslada a nuestro país las ideas del norteamericano Lewis Morgan de un progreso unilineal, donde a Europa le corresponde el lugar de civilizada y a Latinoamérica el de los bárbaros. Civilizarse es europeizarse: ese es el imperativo excluyente, la versión positivista liberal del "serás lo que debas ser o no serás nada" sanmartiniano, dentro de un contexto de recolonización mundial a través de la distribución mundial de los mercados (incluido el del trabajo).

Pasaremos a analizar la firmeza y coherencia de esta empresa teórico-cultural expresada a través del sistema de salud. Para ello hemos realizado entrevistas abiertas al personal que trabaja en los centros de salud periféricos municipales de la ciudad de Rosario, que incluyen todas las áreas de trabajo y de decisión de los mismos.

El centro mira la comunidad

De acuerdo a lo expresado por un entrevistado: "acá se atiende a la gente del barrio y de toda la zona de influencia, digamoslo así, de los lugares más cercanos. La salud es deficiente porque sus condiciones socio-económicas son deficientes: tienen índices de mortalidad infantil entre los más altos de la población de Rosario, comparables con Villa Banana o con alguna otra así de precaria". "Es importante conocer las distintas características que va tomando el barrio a medida que va avanzando hacia el arroyo. Con la sola visita uno se puede dar cuenta del estado de salud que tienen". "...viven en un lugar donde las condiciones mínimas de higiene no se cumplen, no tienen saneo adecuado, no tienen cloacas, no están

instruidos como para saber diferenciar que es bueno y que es lo mejor para la salud".

Se establece un nivel de conclusiones rápidas y sin medicación a través de una interpretación economicista y rudimentaria: se realiza una relación directa entre ingreso económico, posibilidades de consumo y condiciones de salud. Es posible construir esta relación en tanto no se puede ver la posibilidad de generar respuestas a problemas de salud por parte de los habitantes de la zona. El crudo empirismo se corresponde con la negación a considerar que la población es capaz de solucionar racionalmente problemas que le atañen. La idea de marginalidad remedia los enunciados de Ramos Mejía: "La multitud necesita tocar sus odios y sus afectos, hacerlos carne y huesos: algo tangible que compense su carencia de facultades de abstracción..., ama sobre todo el físico, lo plástico, vulgar, no por amor a la forma sino porque en su mediocridad de pensamiento no concibe de otro modo la idea abstracta de grandeza". ⁽¹⁾

"Acá de casualidad comen una sola vez al día, medianamente bien... los que comen; la ventaja acá está en los comedores escolares. El chico que va a la escuela tiene asegurada la comida de lunes a viernes. Los chicos de 5 a 12 años están bastante asegurados, pero los que tienen más, hasta que hacen la colimba, son tierra de nadie, aprenden de la calle, y desgraciadamente no aprenden lo mejor: conocen las drogas, la vagancia, la prostitución. En esos chicos hay que trabajar porque en las zonas marginales son los más desprotegidos, porque no van a la escuela, no trabajan porque son menores y se van de casa con facilidad".

La casa, la escuela, como en el proyecto de la generación del 80, el orden público se logra a través del disciplinamiento de la familia, de la institución formal, de la milicia. El orden médico en estos espacios (dispensario) se ocupa sólo de lo materno-infantil, por lo que adolescencia y juventud son "tierra de nadie", que se hace

necesario vigilar, ordenar y controlar desde otra institución, por ejemplo la policial. Dentro de una jerarquización, el nivel más alto está puesto en lo racional, mientras que, lo natural, lo en bruto, lo irracional es lo inferior, lo que hay que **ordenar, controlar y vigilar**.

Vemos así como la oposición entre lo salvaje-rural-americano y lo civilizado-urbano-europeo ordena en una oposición mayor el juego de los diversos conflictos constitutivos del drama argentino; en último término condensa la oposición entre naturaleza y cultura, entre materia y razón.

El crudo empirismo se corresponde con la negación a considerar que la población es capaz de solucionar racionalmente problemas que le atañen.

La mención a "desvaríos" y "convulsiones" inauguraron la constitución de la vida nacional, el señalamiento de una zona de perturbación y de fractura. Su correlato psico-moral son las pasiones, fuerzas oscuras y peligrosas, si escapan del control de la voluntad consciente. ⁽²⁾ Si para Espinoza los hombres somos esclavos de nuestras pasiones, éstas se **exacerban en estas áreas marginales** ⁽³⁾ "Por eso hay aquí parasitosis, infecciones. Por supuesto hay un medio ambiente, un medio social que hace que no tenga medidas higiénicas". Aquí lo racional parece no existir según las palabras de los entrevistados, por lo que su misión consiste en imponer normas que creen una voluntad consciente que reprima las pasiones, conforme con el ideal de sujeto socio-moral pensado para la sociedad de principios del siglo. "...Para impedir que uno nunca sepa lo que puede el cuerpo, es decir lo que pueden las pasiones". ⁽⁴⁾

Esta construcción que por momentos parece restituir la idea hipocrática del ambiente

como agente causal de enfermedades, se reformula desde la perspectiva higienista donde el medio es así debido a la condición de marginalidad propio de los bárbaros, a los que se hace necesario educar, civilizar, aculturar, para poder evitar la contaminación de otras áreas. Higiene se homologa a orden y progreso. Rawson lo decía: "... de aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades salen esas emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella, tal vez hasta los lujosos palacios de los ricos".⁽⁵⁾

Paradójicamente el énfasis en transformar ese medio ambiente infestado estaría relacionado con la protección de las clases pudientes, más que en mejorar la calidad de vida de las poblaciones marginales, como si conceptualizando la pobreza como epidemia queda a la ciencia aislar el "agente causal": "... El pueblo ve su tranquilidad amenazada y comprende que de la falta de higiene, pueden dimanar multitud de males que es imposible preveer. La higiene es la primera necesidad, en efecto, de los pueblos; su conservación y fomento, principal preocupación de los gobiernos. El estado de ella en un país, es también la mejor prueba del estado de adelanto e ilustración a que ese país ha llegado".⁽⁶⁾

"Se tapó la cañería de la cloaca, por ejemplo, como vemos muchas veces por la televisión, que llamaron a los periodistas. Pero la gente, ¿qué hace para que esto no ocurra?. Porque muchas veces son ellos los que estropean las cosas y después estamos siempre esperando que el estado o cualquiera haga las cosas por nosotros".

En el discurso actual se entremezclan aquellas concepciones de principios de siglo, donde el estado paternalista debe hacerse cargo, responsable de las condiciones de higiene de la población, y el otro discurso, el nuevo, donde la responsabilidad pasa a ser individual.

Esta oscilación pendular entre centralizar-

individualizar, expresión de un pensamiento dicotómico que continúa los pares: razón-sinrazón, civilización-barbarie, mente-cuerpo, unitarios-federales, estado-individuo, requiere una superación que no es posible vislumbrar en la expresión de los entrevistados quienes se aferran a que la población "no tiene conocimientos preventivos", "... el rascado con las uñas sucias y por no cuidar las normas mínimas de higiene hacen que las infecciones de piel aparezcan en gran cantidad".

La constitución familiar

La mujer

"Tienen muchos chicos, la familia impide un adecuado desarrollo de los niños y más si son pobres". "Porque del amor, del cariño y de la fe en Dios no se alimentan: hay que darles comida y la comida no se obtiene así nomás".

Padres que no trabajan, que se alcoholizan, mujeres golpeadas que tienen muchos hijos no constituyen el soporte adecuado para la conformación de individuos aptos para vivir en una sociedad ordenada y sana. De allí que en el imaginario de los médicos la mortalidad infantil, que "se debe fundamentalmente a causas respiratorias" sea provocado "muchas veces por asfixia, porque la madre le da el

pecho acostada y se queda dormida: de esa forma lo ahoga y se produce la asfixia".

Esto implica una visión salvaje de la comunidad a la que se asiste, donde marginación es sinónimo de alcoholismo, violencia, traer al hijo sin control, infanticidio. Dentro de esta barbarie, la organización familiar no se corresponde con el "deber ser" del orden social burgués, donde el hombre trabaja y mantiene a su familia, la mujer cria y cuida el crecimiento del niño en el hogar, el cual pasa a constituir un valor social a proteger bajo las consignas de "educar al soberano" o "Sumajestad, el bebé".

Distintos entrevistados coinciden en conceptualizar a la organización familiar de la siguiente manera: "La manutención supuesta de la familia está a cargo del padre, pero se gasta todo el dinero en bebidas alcohólicas". La figura del hombre es vista como la de un vago, violento, alcohólico, incapaz de actos de racionalidad social en el imaginario de los agentes de salud.

Esta visión que impregna la verdad médica, atribuye causales de barbarie y desconocidos criterios causales objetivables que den cuenta del perfil patológico de la población a la que deben servir. Tanto la atribución de índices de mortalidad como los de morbilidad en la población aparecen reñidas con las expresadas por las estadísticas que señalan la prevalencia de las enfermedades gastrointestinales y las neumonías, contándose un solo caso de muerte por asfixia en 10 años.

Sus "verdades" hacen innecesario cualquier estudio epidemiológico de la población que de cuenta de las principales causas de morbilidad y que permita diseñar una política, aún la más biológica, de salud. Lo más curioso es la valoración que se hace del pensamiento científico en las palabras, comparado con la escasa aplicación e incluso la resistencia a hacerlo para explicar y resolver problemas sociales. La única opción propuesta por este discurso es **CIVILIZAR**.

El orden médico en estos espacios (dispensario) se ocupa sólo de lo materno-infantil, por lo que adolescencia y juventud son "tierra de nadie", que se hace necesario vigilar, ordenar y controlar desde otra institución, por ejemplo: la policial.

Papel de la A.P.S

Una organización no es lo que declama de sí en sus propósitos generales, pero el análisis de la misma permite inferir objetivos no explicitados e incluso insospechados a la hora de la programación.

Las declaraciones de Alma Ata, adoptadas universalmente, repetidas por los más diversos regímenes políticos, toman en los hechos formas e interpretaciones acordes con los objetivos ideológicos y políticos de los estados comprometidos. La interpretación que sobre la A.P.S. tendrán los involucrados expresan la acción formadora de un conjunto de instituciones (universidad, escuela, medios de comunicación, iglesias, F.F.A.A.), que tratarán de orientar concepciones sobre sí y sobre los demás, congruentes con una determinada racionalidad. El Estado es ese espacio que no sólo permite la legitimación, la reproducción y la programación de acciones, sino que produce eventos movilizados de la estructura social. Así, la A.P.S. es a la vez expresión y actividad (activa).

Dentro de la organización para la A.P.S., cada uno de los entrevistados define su lugar, delineados a su vez por una formación ideológica y una distribución del trabajo.

Desde el punto de vista ideológico los protagonistas de las acciones de salud son sujetos activos ilustrados, portadores de cultura y dadores de la misma a quienes la merezcan. Esta es una condición para que los emblemas civilizadores cobren efectividad en tanto ello es imposible en estado de carencia; por contrapartida el receptor de las acciones es visto como pura negatividad, alternativamente desconociendo y desconociéndose y como opuestos a la cultura, como bárbaros, portadores "naturales" del desorden. De allí que sean el objeto de la acción civilizadora de los equipos de salud.

Las medidas de higiene son el objetivo que permitirá a la población acceder a algún logro en la cultura, la herramienta es la instrucción. Para un director de un centro

"el problema acá básicamente no está en tener el mejor centro asistencial montado con los mejores médicos, con la mejor tecnología o todo de última, no sirve porque no cambian las condiciones de vida de la gente", "lo que hay que hacer es medicina preventiva. ¿Con qué?: con las medidas básicas de higiene, nada del otro mundo, con eso solo se podrían eliminar un montón de enfermedades. Seguro eso se logra educando, la cosa pasa por ahí. ¿Cómo se logra eso?: no solamente cambiando la mentalidad, sino haciéndoles ver que hay medios para cambiar las cosas, o sea porque vos podés cambiarlas; la mentalidad, si no tenés acceso a las cosas para poder cambiarlas, no te sirve de nada".

El cambio de costumbres y hábitos es visto como único elemento capaz de modificar la incidencia de enfermedades. Al no poner en juego efectivamente las condiciones de vida, las culturas -aunque las mencionen- y la posibilidad de criticarlas como producciones históricas concretas, la situación a encarar resta en descripción, en una serie de relaciones sintomáticas y el contexto de las mismas reducido a una suerte de decorado, de paisaje. Esta sensación de "no tener acceso a las cosas", transforma en acumulación suntuaria la presencia de recursos humanos muy especializados, y en inefectivas las acciones emprendidas; no permite poner en cuestión la visión global dentro de la cual se desarrolla la práctica, sino que se atribuye a un mal uso de la herramienta.

"Hemos hecho charlas, pasado películas; tenemos acá a los residentes de Ginecología que hacen toda la parte de planificación familiar y detección de cáncer ginecológico, pero a veces eso no es suficiente; evidentemente nosotros fallamos en algo... y seguramente debe ser la forma de manejar la información".

También en el discurso, en tanto los otros son vistos como material a trabajar, a modelar, es común el uso de verbos en primera persona, a los que se los precede con el pronombre personal "le" o "les",

Desde el punto de vista ideológico los protagonistas de las acciones de salud son sujetos activos ilustrados, portadores de cultura y dadores de la misma a quienes la merezcan. Esta es una condición para que los emblemas civilizadores cobren efectividad...

que expresaría una actividad realizada por un sujeto sobre otro.

La dinámica de la relación con la población, analizada a través del discurso de los técnicos y de la organización de funciones que se da en la A.P.S., permite evidenciar una jerarquización que concreta el saber y la responsabilidad de las decisiones políticas en la cúspide (Director) y a medida que se desciende de nivel el predominio de formación técnico-práctica tendiente a lograr un disciplinamiento del cuerpo mediante la creación de hábitos. Pero en tanto el nivel ideológico y político permanece concentrado en una persona y no lo comparte pues es atributo de su lugar, la acción civilizadora directa queda bajo responsabilidad de los técnicos. Asistimos a una paradoja: de la acción civilizadora, el fundamento ideológico, el sentido de la misma, permanece desconocido para casi todo el plantel de profesionales y para la población. Queda entonces un corpus de procedimientos que hay que cumplir y hacer cumplir. La cultura ilustrada llega a la base desprovista de estructura persuasiva: hay que EJECUTAR. De lo que se trata entonces es de crear y reproducir hábitos, actuar sobre las conductas corrigiéndolas. En tanto la población es bárbara, no posee cultura, se le brinda la posibilidad de cambiar conductas. Civilizar es

cambiar conductas, sin importar las ficciones que sustentan dichos cambios. Si después de todo, ¿conocen los trabajadores de los centros la ficción propia que sostiene su accionar?

Plano de la Enunciación (Dicen que dicen que dijeron)

En los textos analizados podemos observar que el plano del enunciado y el de la enunciación es el siguiente:

-el nivel de la enunciación está marcado por un lugar de saber y poder compartido, el contenido se plantea como objetivo y la modalidad es señalativo-pedagógica (*"no tienen agua potable, no tienen zanjeo adecuado, no tienen cloacas, no están instruidos..."*)

El enunciador no duda que el saber y los valores que representa son compartidos por el destinatario, por eso permanentemente lo involucra en la construcción del universo discursivo, en el carácter de cómplice-justificador de una práctica social concreta.

En el plano del enunciado, la configuración del otro es a distancia, proponiéndole en el *"contrato de lectura"* el lugar de simple espectador a través de una relación asimétrica en donde *"no puede"*, *"no sabe"*, *"no quiere"*, *"no debe"*.

Basado en el discurso del saber y del poder, el enunciador propone un *"hacer hacer"* paralizante, el que sumado a un *"hacer persuasivo"* legitima su discurso colocando al otro en el universo de la *"sanción social"* y la *"sanción científica"*, no dando al destinatario posibilidad de pensar fuera del paradigma generado por ese poder compartido durante el acto.

El enunciador coloca al destinatario en discípulo-continuador de su universo de referencia; le permite -como estrategia- compartir su lugar de iluminado y le otorga el *"poder"* de compartir la planificación del objeto del enunciado.

En su enunciado aparece la noción del otro a través de la negación cultural, su organización social y su afectividad. Hay una negación de la racionalidad del otro, y por



tanto de su capacidad de discernimiento y construcción en lo que respecta a su propia salud.

En la configuración aparece ligado a la animalidad por lo que el enunciador se arroga el poder de planificar por ellos, mediante un discurso muchas veces incoherente en el plano del enunciado.

Este discurso disciplinador intenta delegar en otras instituciones (F.F.A.A., escuela) la cualidad formativa del control social y de la normativa científica, a partir de la referencia que comparte el poder que enuncia con el que esas instituciones representan ideológicamente.

Se coloca, al fin, como árbitro portador de un mensaje autoritario, capaz de decidir el *"qué hacer"*, el *"cómo hacer"* y el *"dónde hacer"* de los grupos sociales, *"bajo su responsabilidad"*, en tanto hace referencia a grupos sociales que dejan librado al azar su *"hacer cotidiano"*.

NOTAS

- (1) RAMOS MEJIA, José María. Las multitudes argentinas, Ed. Biblioteca, Rosario, 1974. (Pág. 90)
- (2) VEZZETTI, Hugo. La locura en la Argentina. Ed. Paidós. Bs. As. 1985. (Pág. 92)
- (3) y (4) ESPINOZZA, Benito. De la ética según el orden geométrico.
- (5) RAWSON citado por VEZZETTI, id. (2). (Pág. 40)

(6) Revista médico-quirúrgica N°21, pág. 297. Citado por VEZZETTI, id. (2).

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- LISCETTI, Mirta. La antropología como disciplina científica, en Antropología. Ed. EUDEBA. 1986.
- LECLERC, C. Antropología y colonialismo. Ed. Comunicaciones, serie B. Madrid. 1973.
- LLOVERA, José. Poscriptum: algunas tesis provisionales sobre la naturaleza de la Antropología. En la Antropología como ciencia. Ed. Anagrama. Barcelona. 1975.
- POZZI, Graciela. La generación del 80. Ed. Biblos. Bs. As.
- PIAGET, J. Naturaleza y métodos de epistemología: las corrientes positivistas.
- SABATO, Jorge. La clase dominante en la Argentina moderna. CISEA. Bs. As. 1988
- ARNAUD, Pascal. Estado y capitalismo en América Latina. Siglo XXI. Méjico. 1981.

(*) AUTORES

- Lic. Amanda ABRAMOR - antropóloga
 Lic. María del Carmen DIAZ - antropóloga
 Dra. Graciela ENRIA - médica
 Dra. Mirta FLEITAS - médica
 Lic. Edgardo HABIBI - antropólogo
 Lic. Alejandra SILVA - ciencias políticas
 Dra. Raquel SÓÑEZ - médica
 Lic. Claudio STAFFOLANI - filosofía

Esta columna está abierta a Usted, Señor lector, para recepcionar sus comentarios, sus críticas o sus adhesiones...

Rogamos dirigirse a Revista MR, Correo de Lectores, Casilla de Correo 705, (8300) Neuquén.

Las cartas deberán estar mecanografiadas a doble espacio por línea, su redacción deberá ser clara y concisa, breve en lo posible, y al pie de la misma deberán figurar la firma y datos personales de quien la envía.



Neuquén, 5 de Noviembre de 1992

**SR. DIRECTOR DE LA
REVISTA MR:**

Nos dirigimos a Ud. y a su revista para compartir nuestra preocupación y defensa de los derechos humanos fundamentales del hombre, cuyo día Universal conmemoraremos el 10 de Diciembre de 1992.

Nos es muy grato saber que las Jornadas Científicas Nacionales de Medicina General y del Equipo de Salud coinciden con lo que nosotros hemos denominado "MES DE LOS DERECHOS HUMANOS", que realizaremos desde el 12/11 hasta el 12/12 de este año, en nuestra ciudad de Neuquén.

Estamos convencidos de que la salud es uno de los derechos primordiales del hombre, y hoy más que nunca, con el plan liberal-menemista, es tal vez el más castigado y alejado de las mayorías populares, en base a las oscuras intenciones del gobierno de dismantelar el Hospital Público y privatizar los servicios de salud.

Denunciamos asimismo el negocio de la enfermedad llevado a cabo nefastamente por los laboratorios transnacionales, a los cuales poco les importa la vida o la muerte de las personas, basta que ellos obtengan sus ganancias.

Nos parece que jornadas como las de ustedes y actividades como las nuestras de este "MES DE LOS DERECHOS HUMANOS", junto a la lucha de los docentes, jubilados y todo el pueblo, acompañados por la presencia siempre vigente de nuestros 30.000 compañeros detenidos-desaparecidos, hacen que transitemos una nueva etapa de resistencia y esperanza que une a todos los sectores.

Compañeros: SOLIDARIDAD Y LUCHA... O HAMBRE Y REPRESION.

Lo saludamos atte.

**MADRES DE PLAZA DE MAYO
FILIAL NEUQUEN Y ALTO VALLE**

**FRENTES DE APOYO A MADRES
DE NEUQUEN Y PLOTTIER.**

Publicación de trabajos de investigación y artículos en general

MR es una publicación periódica destinada a la difusión de temas relacionados con la salud. Invitamos a todos los lectores, y en especial a los socios de la **Sociedad de Medicina Rural** de Neuquén, a enviarnos el material que consideren de interés para su publicación.

La aceptación definitiva de los trabajos científicos y de los artículos de opinión y ensayos estará supeditada a lo aconsejado por los asesores científicos de la revista.

Los artículos publicados podrán ser reproducidos citando la fuente de origen.

Con el fin de tornar menos arduo el trabajo de redacción, diagramación y armado de la revista, rogamos a los que envíen material para publicar que cumplan con las siguientes normas:

1- Enviar el material mecanografiado a doble espacio por línea y margen de no menos de tres centímetros, en un solo lado del papel.

2- El título del trabajo deberá ser lo más breve posible. Los nombres del autor y de los coautores se pondrán a continuación del título, luego se anotará el nombre de la institución que pertenecen. Debe proporcionarse, asimismo, la dirección postal del autor.

3- La redacción de los artículos deberá ser clara.

4- La lista de referencias o bibliografía constará en hojas aparte al final del artículo o trabajo y tendrán el siguiente orden:

a) Apellido e iniciales del nombre de los autores citados.

b) Título del trabajo o del libro.

c) Nombre completo del libro o revista, de la casa editorial y/o institución que representa, volúmen, páginas y fecha y lugar de publicación.

d) Las referencias deberán aparecer en el texto por orden numérico consecutivo, que será el mismo orden en que se agruparán al final del trabajo.

5- Las figuras, gráficos, cuadros e ilustraciones se incluirán en hojas aparte, numeradas consecutivamente.

Es intención del consejo de redacción publicar los trabajos y artículos en forma íntegra. En caso de ser necesario se incluirán, con el consentimiento de los autores, las modificaciones que se consideren convenientes en la redacción y extensión de los mismos, sin alterar su significación.

El material a publicar debe ser enviado a:

Revista MR, Casilla de Correo 705, Neuquén, C.P. 8300, República Argentina.

FICHA DE SUSCRIPCION

Si desea recibir esta publicación, complete la siguiente solicitud y envíela por correo. El importe debe enviarlo por giro postal o telegráfico a "**Sociedad de Medicina Rural de Neuquén**", Casilla de Correo 705, Código Postal 8300, Neuquén.

Apellido y Nombres:

Dirección Postal:

Calle: Número: Teléfono:

Localidad: País: Código Postal:

Ocupación:

Institución a la que pertenece:

Deseo recibir: ☐ 1 número

☐ 2 números

☐ 3 números

Valor de la Suscripción

1 número U\$S 4

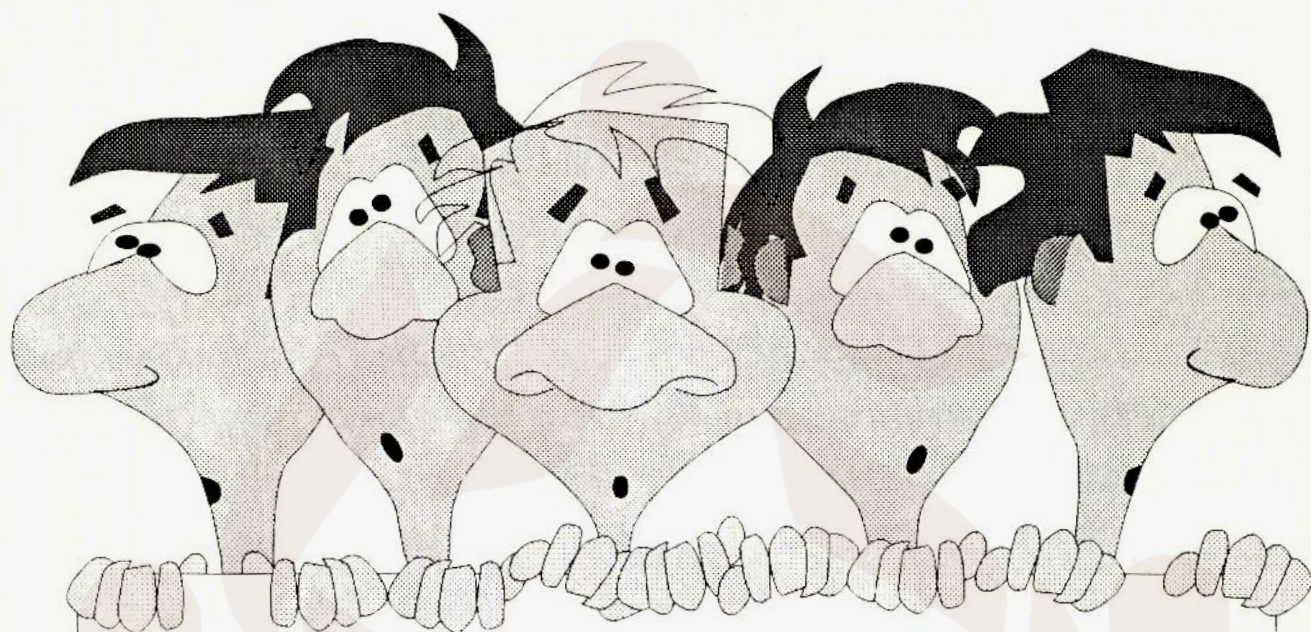
2 números U\$S 7,5

3 números U\$S 10

(O su equivalente en Pesos)

* Sin previa solicitud, los socios recibirán su ejemplar en forma gratuita.

CONCURSO FOTOGRAFICO



LA REVISTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL ORGANIZA UN CONCURSO DE FOTOGRAFÍAS, CON TEMA libre. Habrá importantes premios.

LAS FOTOS SELECCIONADAS ILUSTRARÁN LOS PRÓXIMOS NÚMEROS DE LA REVISTA.

LAS CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN SON LAS SIGUIENTES:

FOTOS preferentemente en blanco y negro.

TAMAÑO mínimo: 13 x 18 cms.

LOS TRABAJOS DEBEN ENVIARSE A **MR**, CASILLA DE CORREOS 705, (8300) NEUQUÉN, CONTENIENDO NOMBRE, APELLIDO Y DIRECCIÓN DEL AUTOR.



Declaración solemne de los Pueblos Indígenas del mundo

***Nosotros, pueblos indígenas del mundo,
unidos en una gran asamblea de hombres sabios,
declaramos a todas las naciones:***

***cuando la tierra madre era nuestro alimento,
cuando la noche oscura formaba nuestro techo,
cuando el cielo y la luna eran nuestros padres,
cuando todos éramos hermanos y hermanas,
cuando nuestros caciques y ancianos
eran grandes líderes,***

***cuando la justicia dirigía la ley y su ejecución,
¡entonces llegaron otras civilizaciones!***

***Con hambre de sangre, de oro, de tierra
y de todas las riquezas,
trayendo en una mano la cruz***

***y en la otra la espada,
sin conocer ni querer aprender
las costumbres de nuestros pueblos,
nos clasificaron por debajo de los animales.
nos robaron nuestras tierras
y nos llevaron lejos de ellas,
transformando en esclavos a los «hijos del sol».***

***¡Sin embargo, no pudieron eliminarnos!
ni nos hacen olvidar lo que somos,
porque somos la cultura de la tierra y del cielo.***

Somos de una ascendencia milenaria.

Y somos millones.

Y aunque nuestro universo entero sea destruido.

***¡NOSOTROS VIVIREMOS POR MAS TIEMPO QUE EL
IMPERIO DE LA MUERTE!***

Port Alberni, 1975

Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas (CMPÍ)