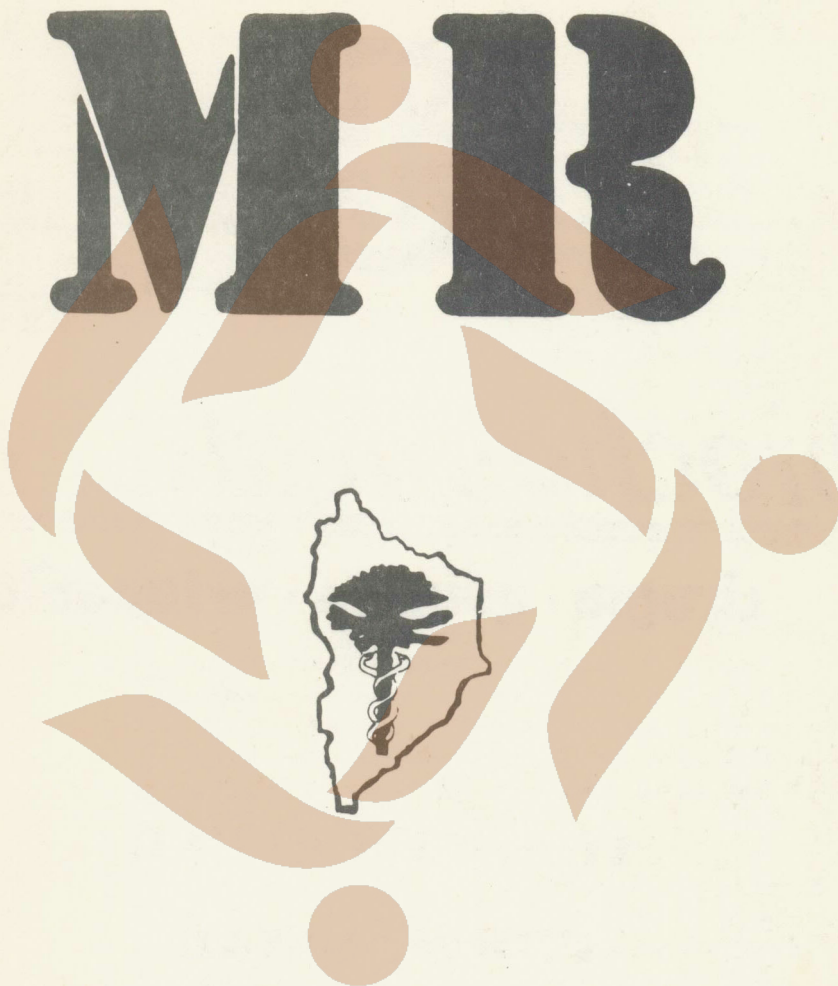


SETIEMBRE-OCTUBRE 1981 - AÑO 2 - N° 5

# MIIR



Instituto de Salud Colectiva

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



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

**cirugia • química • ortopedia**

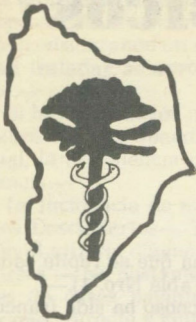
**AL SERVICIO DEL**

**PROFESIONAL**

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

MINISTRO GONZALEZ 221 - TE. 24103-25992-23998

CP. 8300 - NEUQUEN



**SOCIEDAD  
DE MEDICINA  
RURAL  
PROVINCIA  
DEL NEUQUEN**

**COMISION  
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:  
Dr. Rodolfo Arietti

SECRETARIO:  
Dr. Ricardo López

TESORERO:  
Dr. Carlos Francisco

DIRECCION  
PUBLICACIONES  
Dr. ALberto Bonnet

**MR**

DIRECTOR  
Dr. Malcolm Elder  
SECRETARIO  
REDACCION  
Dr. Miguel Yrigoven  
ASESORES  
CIENTIFICOS  
Dr. Julio Arce  
Dr. Carlos Pianciola  
Dr. Norberto Kurchan  
Dr. Julio Raby  
Dr. Daniel Echeverría  
Dra. María E. Chiessa  
Dr. Horacio Lores

Reg. Prop. Int. En Trámite  
Tirada de este N° 2.000 Ejem.

ASESOR  
PERIODISTICO  
Carlos A. Fernández

Dirección Postal  
C.C. 705 (8300) NEUQUEN

DISTRIBUCION  
GRATUITA

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

# EDITORIAL

**SEGUNDAS JORNADAS DE MEDICINA RURAL  
4-5-6 DICIEMBRE 1981 - ZAPALA**

*Nuevamente por factores imponderables nuestro máximo evento científico anual, las Segundas Jornadas de MEDICINA RURAL, han debido postergarse y ello nos permite ahora a través de éstas líneas reflexionar algo más acerca de los temas a presentarse durante las mismas.*

*El tratamiento de la "Patología Quirúrgica Regional" permitirá la concentración del reducido grupo de cirujanos generales de los establecimientos del interior de la provincia y el intercambio con sus pares de Neuquén capital, a la vez que en función docente aportarán los elementos para un amplio diagnóstico de situación de los problemas de resolución quirúrgica más relevantes de la provincia.*

*El segundo tema "Planificación Familiar y Regulación de la Fecundidad", será presentado con la prudencia necesaria considerando su alto contenido polémico y su trascendencia médica, ética, social, sanitaria, demográfica, religiosa, etc. intentando evitar hacer "la del avestruz" ignorando la realidad que observamos permanentemente.*

*Finalmente será abordado el papel de la MEDICINA RURAL como una modalidad de la Atención Médica Primaria en las definiciones y el marco de la "Atención Primaria de la Salud", tema central de las Jornadas. Creemos así, estar contribuyendo a la clarificación del accionar de nuestros miembros con elementos científicos, técnicos y humanos, como así a una visión más trascendente del hombre y la sociedad... a ello estamos comprometidos.*

**La Dirección**

# INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS DE LA TUBERCULOSIS

JUAN CARLOS SALAZAR  
 Jefe de Estadística del  
 Programa de Control de la  
 Tuberculosis en la Pcia. del Neuquén

## VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Los principales indicadores epidemiológicos en tuberculosis son: a) la Prevalencia de Infección en niños (Índice de Infección); b) Morbilidad; c) Mortalidad; d) Riesgo de Infección.—

### 1.1. Prevalencia de infección.(Índice de Infección).

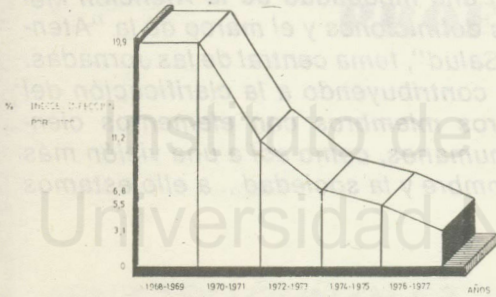
Es el porcentaje de niños infectados a una determinada edad.— Para la determinación del Índice de Infección se debe cumplir con varias condiciones:

- a) Utilización de la Prueba tuberculínica Standar.-
- b) Muy buena calidad técnica de aplicación y lectura de la Prueba tuberculínica.—
- c) Población Infantil.— A mayor edad mayores posibilidades de interferencias.—
- d) Grupo representativo de la población general sin diferenciación socio económica.— Por ejemplo: No es válido el estudio en concurrentes espontáneos a Establecimientos de Salud (mayor proporción de enfermos o contactos)— O en escuelas privadas por la selección económica.— El ideal sería un muestreo casa por casa, pero el procedimiento es demasiado costoso; por lo tanto se prefiere efectuarlo en escuelas.—
- e) Individuos no vacunados.— El estudio es poco útil con coberturas altas o moderadas de vacunación.—

**COMO SE DETERMINO LA PREVALENCIA DE INFECCION EN NUESTRA PROVINCIA:**A partir del año 1968 las Autoridades Nacionales con la colaboración y asesoramiento del Ins-

Gráfico 1

INVESTIGACION DE LA SENSIBILIDAD TUBERCULINA EN NIÑOS DE PRIMER GRADO-ESCUELAS DE LA CIUDAD DE NEUQUEN-INDICE DE INFECCION A LOS 6 AÑOS- AÑOS: 1968-1977



tituto Nacional de Tuberculosis de Recreo (Sta. Fé), decide determinar la Prevalencia de Infección en niños de Primer Grado de las escuelas del país.— Como Neuquén en ese momento (1968) se encontraba en condiciones de observar satisfactoriamente las pautas para llevar a cabo la experiencia; participa

desde ese momento en la misma que se repite cada dos años.— (Gráfico Nro. 1 y Tabla Nro. 1).— Como puede observarse el descenso ha sido franco: 1968: 19,9%— 1977: 3,1%.—

### 1.2. MORBILIDAD.(Prevalencia—Incidencia).

La prevalencia real de fuentes de infección en la comunidad solo puede ser determinada por estudios de toda la población o por muestreo, de alto costo y poca utilidad.—

La relación entre "Prevalencia" e "Incidencia" es un parámetro muy variable de acuerdo a la definición de tiempo de duración de la enfermedad y además depende de la efectividad del Programa de tratamiento.—

Un Programa que negativice al 80% de los pacien-

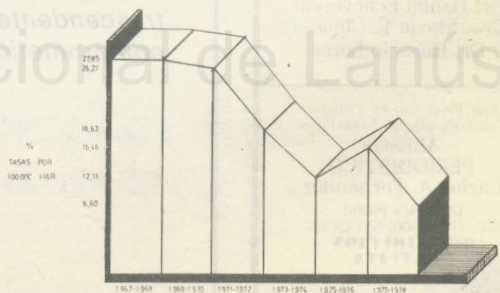
INVESTIGACION DE LA SENSIBILIDAD TUBERCULINA EN NIÑOS DE PRIMER GRADO-ESCUELAS DE LA CIUDAD DE NEUQUEN-INDICE DE INFECCION A LOS 6 AÑOS AÑOS: 1968-1977

Tabla 1

Periodos de Observación	Índice Infección por 100
1968 - 1969	19,9
1970 - 1971	11,2
1972 - 1973	6,8
1974 - 1975	5,5
1976 - 1977	3,1

Gráfico 2

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LA PCIA. DEL NEUQUEN - TASAS POR 100.000 HABITANTES AÑOS: 1967-1978



tes en menos de seis meses y cure al 90%, produce pocos casos crónicos; en esta situación la Prevalencia (considerando un año la duración de la enfermedad tratada); se aproximará a la cifra de Incidencia.—

Si la organización del tratamiento es inadecuada, habrá muchos abandonos e irregularidades con lo cual, la Prevalencia puede ser varias veces la Incidencia.—

La Incidencia de notificaciones— Total de enfermos Descubiertos— Tiene grandes variaciones según el criterio diagnóstico y la disponibilidad de recursos.— No obstante la Incidencia por notificaciones de casos bacilíferos al examen directo, o al examen directo y cultivo, tiene utilidad, epidemiológica una vez que el Programa de Diagnóstico alcanza su máxima intensidad y cobertura o cuando se mantiene constante.—

En nuestra Provincia, dado que el Programa de Control de la Tuberculosis está en etapa de implementación; la Incidencia no es por el momento un dato epidemiológico útil pero sí operacional. Tabla N° 3).

**1.3. MORTALIDAD.**

La utilidad de este indicador ha disminuído con la quimioterapia, por la reducción de la letalidad de la enfermedad y por el pequeño número de muertes en las provincias con poca población o en vías de con-

**NOTIFICACIONES DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS FORMA CLINICA Y CONFIRMACION BACTERIOLOGICA - PCIA. DEL NEUQUEN**

Tabla 2 1972-1979

Periodos de Observación	Total de casos		Pulmonares		
	notifi. casos	confirm. N° %	notifi. casos	N°	%
1972	460	122 26,0	318	106	33,3
1973	264	132 50,0	193	127	65,8
1974	236	87 36,9	146	78	53,4
1975	356	150 42,1	233	138	59,2
1976	286	96 33,5	181	84	46,6
1977	266	106 39,9	168	97	57,7
1978	298	148 49,7	205	135	65,9
1979	184	106 57,6	142	90	63,4

trolar el problema; que no se prestan al análisis estadístico.—

Sin embargo, indican su valor como indicador operacional y epidemiológico cuando los programas son poco desarrollados y cuando el número de muertes es alto.—

En nuestra Provincia se obtiene el dato por el estudio de los Certificados de Defunción y dada la escasa población y número de muertes; las tasas se presentan agrupadas cada dos años.— (Tabla N° 3 y Gráfico N° 2).

**1.4. RIESGO DE INFECCION.**

Llámesse Riesgo de Infección a la probabilidad que tiene cada integrante de una comunidad de ser infectado con tuberculosis en el curso de un año. Cuando se puede obtener, es el indicador mas útil y exacto

para medir el problema de la Tuberculosis y su tendencia en el tiempo.—

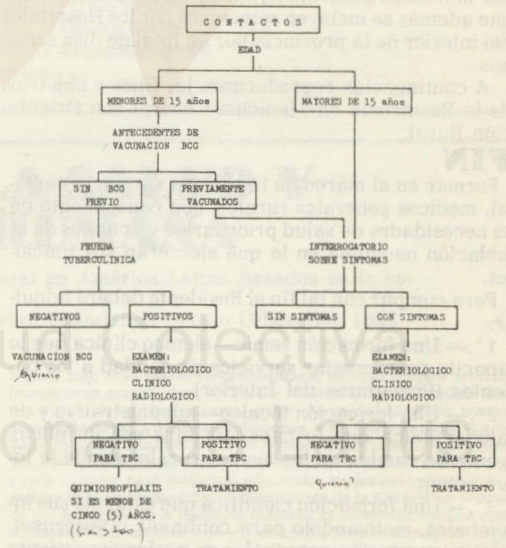
La forma mas fácil de hacer una estimación indirecta del Riesgo de Infección es a través de estudios de Prevalencia de la Sensibilidad Tuberculínica en niños.—

Para determinar a partir de la prevalencia, el Riesgo actual de Infección su tendencia en el pasado y su proyección; es necesario contar con la información de dos estudios tuberculínicos realizados en niños de la misma edad; con varios años de intervalo entre uno y otro y en la misma área. La característi-

**TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN LA PCIA. DEL NEUQUEN - TASAS POR 100.000 HABITANTES**  
Tabla 3 AÑOS: 1967-1978

Periodos de Observación	Tasas por 100.000 hab.
1967 - 1968	27,85
1969 - 1970	26,27
1971 - 1972	18,63
1973 - 1974	12,11
1975 - 1976	16,46
1977 - 1978	8,60

**PASOS A SEGUIR EN EL EXAMEN DE CONTACTOS**



ca de la población seleccionada no deben haberse alterado significativamente.—

El Riesgo de Infección va disminuyendo año tras año en casi todas partes, a un ritmo de mas del 5% anual cuando el Programa de Control es efectivo y en

menor proporción cuando el Programa es deficiente.—

En Neuquén; a través de los estudios de prevalencia de la Infección en Niños de Primer Grado (Diapositiva N° 1.6) se ha podido estimar que la disminución anual del Riesgo de Infección es superior al 13%.—

## 2. ANALISIS DE LA INFORMACION EPIDEMIOLOGICA.

El objetivo del análisis de la información epidemiológica es la determinación de la "Tendencia General de la Tuberculosis como Problema de Salud".—

Aunque la Tendencia se debe a las condiciones generales socio—económicas más las Acciones de Sa-

lud; un Programa eficaz debe producir una modificación "Acelerando" la disminución del problema.—

Las conclusiones deben ser prudentes ya que la información puede presentar errores; sobre todo en lugares como nuestra Provincia con poca población.—

Se debe poner especial atención cuando se observan discordancia entre los Indicadores y estudiar sus causas.—

Afortunadamente podemos decir que nuestros Indicadores se correlacionan y todos indican un Descento Acelerado de la Tuberculosis como Problema de Salud; lo que nos permite deducir que el Programa de Control está en franco desarrollo.—

# LA RESIDENCIA EN MEDICINA GENERAL CON ORIENTACION RURAL

En el tercer número de MR publicamos una breve referencia a la aparición de la "Carpeta Verde" que contenía una extensa documentación sobre la Residencia Médica que se desarrolla en el Hospital Regional Neuquén. Nos extenderemos ahora en aspectos de la misma. Luego de referirse a los fines y objetivos de la Residencia se presenta su organización interna y la dependencia y funciones de los integrantes (coordinador, instructores y residentes). Finalmente se presentan los programas analíticos y sintéticos de las rotaciones por los distintos Servicios del Hospital: Pediatría. Clínica Médica. Cirugía. Tocoginecología. Laboratorio. Radiología. Salud Mental. Traumatología y Ortopedia. Anestesia y Terapia Intensiva. Esta presentación actualizada busca la definición de un perfil científico hacia el cual debe acceder el médico generalista neuquino. Mencionaremos que además se incluyen rotaciones por los Hospitales del interior de la provincia por un total de diez semanas.

A continuación reproducimos los fines y objetivos de la Residencia en Medicina General con Orientación Rural:

## FIN

Formar en el marco de la política sanitaria nacional, médicos generales rurales, con conocimiento de las necesidades de salud prioritarias y actuales de la población neuquina en la que ejercerán sus funciones.

Para cumplir con tal fin el Residente deberá adquirir:

1°.— Una formación semic—técnica clínica que lo capacite para prestar servicios de calidad a los pacientes (Pobladores del Interior)

2°.— Una formación técnico—administrativa y de Salud Pública que lo capacite para ser un eficaz agente de cambio en los medios rurales donde le toque actuar.

3°.— Una formación científica que estimule sus inquietudes, motivándolo para continuar ulteriormente su capacitación personal y su perfeccionamiento profesional.

## OBJETIVOS:

Al finalizar la Residencia en Medicina General con Orientación Rural, el Médico será capaz de:

a) Distinguir entre normalidad y anormalidad, entendiendo esta última como una manifestación del

desequilibrio homeostático en los territorios biológico, psicológico y social.

b) Diagnosticar la patología prevalente en la población neuquina.

c) Evaluar el riesgo específico de cada individuo y de su comunidad en cuanto a la probabilidad de enfermedad, incapacidad, recuperación de la salud y muerte.

d) Aplicar medidas específicas e inespecíficas de prevención primaria, secundaria y terciaria, en el trabajo a través de las diferentes modalidades operativas.

e) Conducir Programas de Salud y programar actividades según las prioridades provinciales establecidas.

f) Manejar los recursos técnicos que le permitan establecer y mantener una buena comunicación con la comunidad en la que actúe.

g) Aplicar los procedimientos administrativos fundamentales para la consecución de los objetivos programados por la institución.

h) Integrar grupos interdisciplinarios, con adecuado conocimiento de su rol, para el trabajo en equipo con personal de salud y/o otros sectores.

Debemos recordar que en mayo de 1974 ingresaron los primeros diez médicos a esta Residencia, por concurso, hecho que se ha repetido sin interrupción desde entonces, y que luego de los treinta meses de residencia (los primeros años fue de veinticuatro meses) los egresados se trasladan al interior de la provincia a fin de trabajar como médicos generalistas rurales en los distintos Hospitales Provinciales de baja complejidad. Actualmente la relación entre médicos ingresantes y médicos ex residentes que ejercen en la provincia es de 5 a 4 aproximadamente, habiéndose producido las deserciones durante la residencia y no posterior al egreso de la misma. Cabe señalar de los que ejercen en la provincia el 25% ya no lo hace en el interior sino en el área de Neuquén capital. Por otra parte desde hace un año funciona "la prolongación de la Residencia", mediante la capacitación de médicos generalistas con no menos de tres años de actividad en el interior quienes acceden a una orientación en una especialidad básica, luego de la cual son destinados a un hospital de mediana complejidad.

El esfuerzo de todos para estas concreciones me-

rece ser señalado Cabe preguntarse asimismo cual es el perfil humano y social de nuestro médico generalista. ¿Podemos responder a ello? No intentaremos aquí entrar en estos aspectos, pero estimamos que más temprano que tarde tendremos todos que llegar

a la definición amplia y profunda "escapando" de la terminología tecnocrática que utilizamos tan a menudo. Para ello nuestra Sociedad bregará con la persistencia y generosidad que debe caracterizarla. ( Dr. Malcolm Elder).

## **LA MEDICINA COMUNITARIA COMO SISTEMA DE PROTECCION A LA FAMILIA Y AL NIÑO EN LATINO AMERICA**

### **(RESUMEN DEL TRABAJO)**

#### **Normas de Salud Tradicionales**

- 1.— Medicina fundamentada en la enfermedad (curativa por excelencia).
- 2.— Enfoque conceptual en los mecanismos de la enfermedad.
- 3.— Los factores biológicos son los más importantes en la etiología de la enfermedad.
- 4.— El servicio médico es para quien lo solicita (fundamentado en la demanda de servicios).
- 5.— Servicios de Salud especializados, independientes, aparte de cualquier otro programa social.
- 6.— Los servicios de salud necesitan concentrarse en el Hospital.
- 7.— La Atención Médica es ofrecida por el médico.
- 8.— El Médico es de la viscera y de la institución hospitalaria.
- 9.— La Atención Médica es fragmentaria, individual, ocasional, episódica (no planeada).
- 10.— La Atención Médica es autoritaria; la acción de desarrollo va solo del médico hacia el paciente.

#### **Normas de Salud Comunitaria**

- 1.— Medicina fundamentada en la salud (preventiva por excelencia).
- 2.— Enfoque conceptual en las causas de la enfermedad.
- 3.— Los factores sociales y ambientales son los más importantes en la etiología de la enfermedad.
- 4.— El servicio médico es para todos (fundamentado en las necesidades de la población).
- 5.— Servicios de la Salud coordinados, integrados con los otros programas de bienestar y desarrollo.
- 6.— Los servicios de salud deben regionalizarse y ofrecerse lo más cerca posible de la población (en el Centro de Salud).
- 7.— La Atención Médica es ofrecida por el equipo de Salud.
- 8.— El Médico es de la familia y la Comunidad.
- 9.— La Atención Médica es sectorizada comunitaria, continua en el tiempo y el espacio (planificada)
- 10.— La Atención Médica se realiza con la participación de la comunidad; la acción de desarrollo es bidireccional.

Dr. HERNAN EZQUIVEL — Director del Hospital del niño — Panama (Resumen del trabajo presentado en 1975 en las primeras jornadas de Pediatría Social organizadas por la Sociedad Argentina de Pediatría en Huerta Grande, Cordoba)

## **CUIDADO DE LA SALUD Y DIGNIDAD HUMANA**

Una mirada subjetiva a los programas de salud rural en América Latina basados en la comunidad. Septiembre de 1976.

AUTOR: David Bradford Werner - Director Hesperian Foundation - Post Office Box 1692 - Palo Alto, California 94302

Este trabajo fue presentado en el Simposio sobre la tecnología y la forma de proporcionar servicios de salud y asistencia social para los inválidos en los países en desarrollo. (Oxford, Inglaterra, 26-30 sept. 1976).

#### **Resumen del trabajo:**

El autor señala en primer lugar que no es un profesional de la medicina y que su experiencia se basa en su tarea de colaboración con el desarrollo de una red de cuidados primarios de salud escabazada por aldeanos en un sector montañoso y remoto del oeste de Méjico. Además ha estudiado más de cuarenta programas de salud rural en América Central y norte de América del Sur.

La idea central del trabajo es la de que un programa de salud puede en ocasiones convertirse en un factor **incapacitante o invadante** para las comunidades aunque ello parezca paradójico. Ello ocurre cuando el servicio de salud es totalmente dependiente de recursos y directivos ajenos a la comunidad.

En América Latina la medicina moderna ha sido una espada de dos filos. Hasta hace poco tiempo había aldeas remotas que, para bien

o para mal, eran **autorresponsables**, con sus propios servicios (curanderas, comadronas, etc.) y sus valores. La comunidad de la aldea constituía en mayor o menor grado una unidad completa, con **autosuficiencia, autodependencias y autodirección**. La llegada de la medicina moderna no siempre produjo efectos beneficiosos. Muchas comunidades comenzaron a depender cada vez más de la ayuda exterior para medicina, educación, suplemento alimenticio, e incluso para su conducción. La disminución de la mortalidad producida por la llegada de la medicina moderna se acompañó muchas veces de desnutrición ulterior y de una creciente presión demográfica. Los gobiernos, al responder al estado lastimoso de esas comunidades, asumieron una actitud paternalista y esas poblaciones se han hecho cada vez más dependientes, receptoras de auxilio y explotación al mismo tiempo pero sin ninguna participación política.

La medicina moderna ha orientado sus servicios hacia las ganancias muy grandes y en gran medida se encuentra fuera del alcance de la mayor parte de la gente. Ello ocurre hoy día en muchos lugares de América Latina y del mundo, haciendo que los servicios subvenciona-

dos sean la única alternativa obvia. Por otra parte los profesionales de la medicina han sido renuentes a compartir sus conocimientos con miembros de estas comunidades quienes están deseosos de aprender para servir a las necesidades de salud de su pueblo, voluntariamente o por una remuneración modesta.

Debe puntualizarse sin embargo que en la última década se ha iniciado un cambio positivo, un despertar a la necesidad de tener una manera de acercar la asistencia médica de un modo más realista y equitativo: en lugar de proveer costosos servicios curativos a muy pocas personas se trata de proveer asistencia preventiva y curativa de bajo costo al mayor número de personas idealmente a todas. Para lograr ésto aparece el concepto de "equipo de salud" estructurado en forma de una pirámide en cuya base está la comunidad y en el vértice los especialistas de salud, intercalándose entre ellos los auxiliares, enfermeros, técnicos, médicos generalistas y otros profesionales, en ese orden de la base hacia el vértice. La fuerza básica del trabajo la constituye la propia comunidad de la cual se desprende grupos (tales

como madres o niños escolares) que pueden cumplir algunas tareas de salud y los trabajadores de salud para cumplir funciones de atención primaria.

Debe propenderse además a que los niveles superiores de la pirámide vayan siendo progresivamente cubiertos por gente de la misma comunidad de modo tal que las personas de fuera de la comunidad tengan cada vez menos que hacer en ella. En contra de esto juega el hecho de que la mayoría de los sistemas de educación hacen más para alejar a la gente del ambiente rural que para prepararlo a quedarse allí. Por otra parte los sueldos al alcance de estas comunidades son muy modestos. Es menester explorar nuevos métodos y diseñar nuevas oportunidades educacionales que permitan a los aldeanos aumentar sus conocimientos y habilidades técnicas sin desligarlos de sus comunidades.

Es fundamental además remarcar que la salud debe integrarse a un "programa de desarrollo" integral de las comunidades rurales, que incluya educación, liderazgo comunitario, extensión agrícola, tecnología intermedia, etc.

Lo expresado puede resumirse de la siguiente manera:

**TENDENCIAS RECIENTES DE PROGRAMAS DE SALUD RURAL**

TENDENCIA	Desde aquí	Hasta aquí
<b>Quiénes son servidos?</b>	Pocos (privilegiados)	Mayoría (en áreas accesibles)
<b>Quién proporciona los servicios clave?</b>	Profesionales (ajenos, alto costo, entrenamiento largo)	Subprofesionales
<b>Dónde se dan los servicios?</b>	Hospital complejo	Hospitales pequeños. Centros de salud
<b>Preocupación primaria</b>	Enfermedad individual	Salud individual
<b>Tipo de acción</b>	Curativa	Preventiva
<b>Cobertura geográfica</b>	Ciudades	Ciudades y pueblos vecinos
		Todos
		Personas de la comunidad. Equipo de salud.
		Comunidad. Casa. Puesto pequeño.
		Salud, bienestar y futuro de la comunidad. Desarrollo integrado
		Toda la región

Los programas de salud rural tienen tendencia a caer en algún lugar a lo largo de estos dos polos diametralmente opuestos:

**1.— Programas que sostienen la comunidad:** que favorecen su bienestar a largo plazo, que la ayudan a ser autosuficiente, que estimulan la responsabilidad e iniciativa, la toma de decisiones, que construyen sobre la dignidad humana.

**2.— Programas que invalidan a la comunidad:** que son autoritarios, paternalistas, estructurados y llevados a cabo de tal modo que crean más dependencia, servilismo y aceptación incondicional de normas impuestas desde afuera.

Los programas de salud no deben ser hechos **para cuidar a los demás** (ello estimula la dependencia y pérdida de libertad) sino **para ayudar a los otros a aprender como cuidar de ellos mismos** (estimula la independencia, la autosuficiencia y la igualdad)

Los pasos más importantes que se deben dar para implementar una manera regional o nacional de asistencia médica rural (o periurbana) son los siguientes:

a) **Descentralizaciones** el mejor medio para eliminar la burocracia (es decir el cúmulo de gestiones innecesarias, despilfarro de acción y de dinero, ineficacia, falta de comunicación, etc. que ocurren cuando la superestructura predomina sobre la infraestructura). La descentralización hace que los niveles inferiores alcancen la autosuficiencia y la autodirección, facilita la comunicación, supervisión y suministros, aumenta el compromiso personal y la responsabilidad.

b) **Más autosuficiencia a nivel comunitario**  
c) **Planificación abierta:** ello significa que los objetivos y metas de un programa deben hacerse con asistencia y participación de la comunidad. La planificación cerrada (hecha sin consultar a la comunidad interesada) es negativa.

d) **Flexibilidad para dar variación y crecimiento al programa**

e) **Fijar la fecha en que finalizará la ayuda exterior desde un principio**

f) **Menor dependencia posible en ayuda profesional institucional**

g) **Más transferencia de medicina curativa de profesionales a aldeanos**

h) **Más comunicación entre médicos y trabajadores de salud**

i) **Orientación temprana de los estudiantes de medicina hacia la "salud comunitaria"**

j) **Mayor respeto y aprecio por las tradiciones, habilidades y potencial de las comunidades**

k) **Los directores y el personal clave de un programa deben ser personas de alto contenido humano.**

A continuación se resumen las características principales de los dos enfoques citados en materia de programación de asistencia médica:

**PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA EN AMERICA LATINA: DOS ENFOQUES**

	Programa que promueve a la comunidad	Programas que invalidan a la comunidad
<b>Objetivos</b>	Abiertos. Flexibles. Consideran las necesidades comunitarias.	Cerrados definidos antes de consultar a la comunidad.
<b>Planificación</b>	Fuerte participación comunitaria.	Sin participación comunitaria.
<b>Financiamiento y suministros</b>	En gran parte provienen de la comunidad. Autoayuda. Contribución exterior limitada. ("fondos semilleros")	Ayuda exterior amplia y sin límites. Suplementos alimenticios, medicamentos, personal, de afuera.
<b>Cómo se logra la participación comunitaria?</b>	Con tiempo, paciencia e interés genuino. El agente de cambio vive en el pueblo, lo conoce y establece relaciones y confianza.	Con dádivas y cosas gratuitas.
<b>Datos y evaluación</b>	Sencillos. Estrictamente necesarios. Recopilados por la comunidad.	Mucho énfasis. Complejos. Recopilados por personas de afuera de la comunidad. Reservados.



**Trasmisión de conocimientos y habilidades.****Selección de los trabajadores de salud.****Adiestramiento del trabajador de salud****Supervisión****Incentivo para el auto-aprendizaje****Suministros****Evolución hacia una mayor participación comunitaria****Resultados****Objetivo tácito**

Responsabilidad por enseñar, compartir con los que saben menos.

Escogido por la comunidad, requisitos de educación no demasiado rígidos.

Estimula iniciativa y racionamiento. Aplica método científico.

De apoyo, confiable, educa, adiestra, refuerza la confianza de la comunidad en sus trabajadores.

Si. Se prevé a los trabajadores de salud libros e información para que aumenten sus conocimientos.

Flujo confiable.

Al ganar experiencia y aprendizaje los miembros de la comunidad van asumiendo papeles anteriormente ocupados por personal de afuera.

El trabajador de salud progresa, se desarrolla, tiene iniciativa. La comunidad se hace más autosuficiente y gana en confianza hacia sí misma. Aumenta la responsabilidad. Si cesa la ayuda exterior el programa sigue porque la comunidad lo ha hecho suyo.

Promover la reforma social-sanitaria y dar igualdad de oportunidades.

Conocimientos "guardados celosamente".

De afuera, o seleccionado por grupos privilegiados de la comunidad. Requisitos estrictos

Normas rígidas de las que no debe apartarse. No se estimula a pensar.

Restrictiva, paternalista, autoritaria.

No. interesa solo el conocimiento de las normas.

Flujo no confiable.

Poco crecimiento de la comunidad. Los de afuera constantemente hacen cosas que podrían aprender los aldeanos.

El trabajador de salud "vegeta". Termina dejando su trabajo casi siempre. Es subordinado, no cumple con las reales necesidades de la comunidad. Refuerza el papel de dependencia. La comunidad es cada vez más dependiente. Va perdiendo sus valores y tradiciones. Si cesa el apoyo externo el programa fracasa.

Atacar problemas parciales, sin considerarlos en un contexto integral.

Este trabajo ha sido resumido por el Dr. Horacio Lores, asesor científico de MR. los interesados en recibir el trabajo completo, pueden solicitarlo a Casilla de Correo 705 - 8300 Neuquén

## SISTEMA DE CASSETES GRABADOS

El presente sistema no pretende suplantar al de apuntes impresos, sino llenar un vacío que se nos presenta a los médicos que ejercemos nuestra actividad en el interior de la provincia, con los cursos de actualización que se dicten en Neuquén capital o eventualmente en Zapala.

El propósito es el de hacerles llegar a todos las actualizaciones dadas en cursos o conferencias a los que es imposible acceder por razones conocidas por todos. Además el sistema tiende a agilizar la llegada de la información, obviando las desgrabaciones, correcciones, e impresión que retardan notablemente la salida de los mismos.

Teniendo en cuenta los inconvenientes de financiación la Comisión Directiva decidió tomar la siguiente conducta, pensando que a los interesados no les resultará de ninguna manera oneroso:

1) El primer grupo de cassetes serán adquiridos por la SMR para permitir formar una casseteca y la reproducción de los ya grabados.

2) Bimensualmente se enviará copia de los temas disponibles a los socios.

3) Cada socio y de acuerdo a sus perspectivas y necesidades solicitará se le envíen los temas que haya seleccionado.

4) Al hacerlo podrá optar por enviar los cassetes vírgenes de acuerdo a la duración de cada tema que servirán para mantener el stock que la SMR necesita para el funcionamiento de la casseteca.

5) Puede optar también por enviarlos contrarreembolso al recibir los ya grabados dentro de un plazo máximo de 30 días.

6) Teniendo en cuenta lo imprescindible de las devoluciones, todo socio que no cumpla con lo estipulado no podrá solicitar nuevos temas hasta no ponerse al día con los reembolsos.

7) Con cada cassette se enviarán a los socios diapositivas de los gráficos utilizados durante la disertación o copia impresa de los mismos, a los efectos de poder comprender mejor el desarrollo de los temas tratados.

8) Para la solicitud de temas dirigirse a Sociedad de Medicina Rural Casilla de Correo N° 705 - Neuquén (8300).

## ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL ZAPALA. 20 JUNIO 1981

Respondiendo a la Convocatoria a la Asamblea Anual, según los estatutos de la S.M.R., concurrieron a Zapala desde los distintos rincones de nuestra provincia, treinta y dos miembros, quienes en una larga sesión que se extendió por más de cinco horas trata-

ron los puntos establecidos en el llamado. Asimismo se realizó la elección de la nueva Comisión Directiva que quedó constituida de la siguiente manera: Presidente: Dr. Rodolfo Arienti. Secretario: Dr. Ricardo López. Tesorero: Dr. Carlos Francisco. Director de

Publicaciones: Dr. Alberto Bonnet. Revisores de cuentas: Licenciada en Enfermería Alicia Jara y Dr. José Allevatto, suplente; Dra. July Elem. Esta comisión se completará con la incorporación posterior de los delegados elegidos en cada Zona. Se consideraron y aprobaron los informes del Presidente y Director de Publicaciones salientes Dres Malcolm Elder y Miguel Irigoyen respectivamente, quienes luego de una sucinta reseña de las diversas realizaciones coincidieron en hacer un llamado a la colaboración de todos los miembros para una mejor marcha de la Sociedad. En similares términos se espresó el tesorero Dr. José Cuevas quien señaló las limitaciones para el accionar ante el notorio retraso en el pago de las cuotas societarias. Los informes, la Memoria y el Balance fueron aprobados en su totalidad.

Posteriormente se trató el tema de la denominación "Medicina Rural" y "Medicina General", decidiéndose por votación no innovar en esta oportunidad, si bien el tema merece mayor profundización y estudio con el objeto de arribar a las definiciones precisas que permitan esclarecer para un futuro, la proyección de nuestra Sociedad.

El siguiente punto tratado se refirió a la propuesta de modificar el artículo del estatuto referente al derecho a voz y voto de los nuevos socios a su ingreso o establecer un plazo mínimo de 6 meses. Luego de la presentación de varios puntos de vista se votó por mantener la redacción inicial, por estrecho margen, y por lo tanto los nuevos miembros acceden con voz y voto en el momento de su ingreso. Se debe aclarar que en todos los casos de votación, además de los presentes, fueron incluidos aquellos votos enviados por sobre cerrado de los miembros no asistentes, lo

que elevaba el número de votantes a ochenta y seis.

Luego se aprobó el punto referente a la reelección de autoridades a la Comisión Directiva, pudiendo durar por lo tanto hasta los dos años en el cargo dichos miembros. Asimismo se consideró el acercamiento con otras entidades científicas de la zona, entre la Asociación Médico Científica de Río Negro y Neuquén, con asiento en el Alto Valle.

El punto final fue la consideración de la Carrera Sanitaria Provincial, efectuándose un somero relato de lo actuado y propuesto por la Comisión Directiva hasta ese momento, con una posterior discusión.

Se propuso convocar a una Asamblea Extraordinaria para el 8-8-81 y designar una Comisión Asesora Provisoria con el objeto de estudiar aspectos de la reglamentación y la implementación de dicha Carrera, cuyo proyecto de ley está siendo analizado en las altas esferas del gobierno provincial. (Este tema de importancia fundamental para todos los integrantes del sector oficial de Salud, será tratado en sucesivas presentaciones).

Dicha comisión se integra con los Doctores José Allevatto, Miguel Irigoyen, Enrique Ranucci, José Luis Soares, Jorge Gorosito y Walter Gonzales y su informe será presentado por lo tanto en la mencionada fecha.

Con ello concluyó nuestra reunión anual soberana. Queda por agradecer al Tiro Federal la gentil cesión de sus instalaciones para esta reunión y señalar la favorable acogida a las empanadas bien acompañadas que permitieron, junto con la camaradería puesta de manifiesto, mitigar el intenso frío reinante. (M.E.).

## ANECDOTARIO REFLEXIVO

En la realidad, estaba algo preocupado. No tanto por el día inestable, ya que no sería la primera vez que salíamos a efectuar una visita al área rural en medio de una nevada, sino que pensaba en la gente que nos esperaba. Y todos los meses meditaba cosas similares antes de salir rumbo a ese paraje, que yo personalmente consideraba el más problematizado de todo el departamento. Por la cantidad de pobladores (algo más de 700) y por la riqueza de patologías que siempre se detectaban, amén del volumen de controles en salud ¿Cómo estaría el camino?. ¿Podríamos llegar o les fallaríamos por esos imponderables a nuestros pacientes?

El chófer del vehículo me hizo poner nuevamente los pies sobre la tierra al decirme "Doctor, está todo listo". Sobre el jeep estaba el cajón de medicamentos, la provisión de leche, el fichero, el termo de vacunas, la vianda y por supuesto las cadenas, palas y botas de goma infaltables en época invernal.

Salimos temprano, dejando un amplio margen de tiempo para el viaje. Pese a tener que recorrer unos 25 km hasta el puesto, la nieve, el barro y los vados difíciles nos consumieron 2 horas, mechadas de trabajo de pala para desenganchar el vehículo, antes de arribar a feliz término.

Ya habría en el puesto esperando un grupo bas-

tante grande de personas. Con todo preparado, comenzamos la odontóloga y yo nuestras respectivas tareas ayudados por el Agente Sanitario. Pensamos atender a esa primera tanda antes de almorzar. La cuestión que en determinado momento necesité tomarme un descanso y salí del Puesto, hacia un monte de araucarias que se encontraba sobre una pequeña loma, del otro lado del río junto al cual nos encontrábamos trabajando.

Al poco tiempo de estar allí comencé a integrarme al paisaje y a sentir una serie de sensaciones distintas, sucesivas, profundas, que me llevaron a detenerme en el tiempo y a prestarles atención.

Estaba solo. Desde la altura donde estaba dominaba una extensión considerable del paraje, incluyendo el Puesto Sanitario. No escuchaba otros sonidos que los de la naturaleza, pero podía observar a los pobladores que lentamente se acercaban, a pie o a caballo. Los que se retiraban ya atendidos y los encuentros de unos y otros, detenidos, conversando, con sus niños revoloteando en derredor. Puedo asegurar que veía todo como si estuviera proyectado en cámara lenta. Era algo casi irreal, sobre la belleza del paisaje. Ahora bien. Esas personas habían esperado un mes para consultarnos, para vernos o simplemente para conversar un rato. Por lo tanto no po-

díamos, no debíamos fallarles nunca. Y allí brotó otra sensación, la de satisfacción, la del sentimiento de utilidad y de necesidad de darse, de brindar servicio. Todo hubiera terminado allí, con un cierto sabor a placer, si la mente humana no fuera un constante fluir de pensamientos, cual la inacabable corriente del río que tenía a mis pies.

Como contraarrestando ese inicio de omnipotencia personal, el Supremo Hacedor me hizo detener totalmente en tiempo y espacio. Me sustrajo de mi envoltura humana y me hizo contemplarme desde otra dimensión. Y me vi más pequeño que un granito de arena. Más exactamente más pequeño que un copo de nieve que cae y más tarde desaparece. Porque finalmente ¿qué modificaba mi presencia a esa inmensidad? Antes bien, estaba sobrando allí. Si en ese instante se abriera la tierra, me tragara y se cerrara sobre mí, nada, pero absolutamente nada cambiaría. Ese copo de nieve que venía cayendo lentamente no se hubiera detenido y quizás se posaría sobre mi sepultura natural, hasta desaparecer. Las araucarias persistirían en su crecimiento centenario. En fin; la naturaleza seguiría su curso, pues ¿quién era yo? o mejor ¿quién me creía que era yo.

Con éstos pensamientos regresé a continuar con mis obligaciones, con un enfoque tal vez distinto que Aquel—que—todo—lo—sabe me había permitido entender y asimilar a mi diaria labor.

Por eso, colegas, nuestros trabajo es muy pero muy importante, pero ¡Ay de aquel vanidoso que se imagine imprescindible!

Dr. Rodolfo.

2

Motiva la presente lo sucedido en la localidad de El Huecú en el mes de Setiembre pasado. Allí tuvo lugar el casamiento entre dos jóvenes lugareños. El pueblo cuenta con una pequeña pero muy pintoresca capilla, con torre y campana, pero no hay en el lugar un cura. Por distintas razones llegado el momento casi de la boda el cura de Loncopué, que asiste habitualmente a la población no podía concurrir al oficio. No es difícil imaginar los preparativos que rodeaban a la boda, y los trastornos que ocasionaría su postergación.

Hasta aquí lo tradicional, lo festivo entre comillas. Los novios que antes de la decisión de unirse habían mantenido conversaciones de consulta y consejo con el médico, abarcando especialmente el aspecto espiritual y humano de su posible unión, recurrieron a él a plantear su problema, pues ya se había naturalmente convertido en su asesor, su amigo, su consejero. Y la solución llegó también por esta vía. Consultado el cura decidió delegar, en el médico, tal función, la de administrar el Sacramento del Matrimonio a los dos jóvenes. Y así en la pintoresca Capilla el médico en nombre de Dios unió a los jóvenes. Seguramente no es esta la primera vez que algo así sucede pero para quienes somos jóvenes y buscamos nuestro lugar como Médicos de familia como Médicos de la Comunidad esto es quizá un ejemplo muy cercano del alcance real de nuestra misión. En las páginas de esta Revista se discute sobre el Perfil del Médico General, esto quizá deba ser tenido en cuenta cuando se deba dar forma al contorno espiritual que rodea la tarea del mismo. Yo me asombré, me emocioné y sentí un peso más de responsabilidad sobre mis hombros...

El Residente

## Adaptación para el Ejercicio de la Profesión en las Areas Rurales

(El autor, el doctor Luis Enrique Olarte es ex director de los hospitales rurales de Andacollo y Las Lajas, se desempeña actualmente como médico generalista en el Centro de Salud del Barrio Progreso, Neuquén Capital)

"...una persona sana actúa mejor en una situación difícil, si se ha preparado para ella de antemano, imaginando la forma en que se sentirá, y comenzando a adaptarse a los probables sentimientos de tensión y frustración... es posible que no hayamos anticipado algunos malestares, que quizás provengan de nuestra personalidad, y que constituyen una reacción mentalmente sana ante las dificultades; es signo de que luchamos activamente contra las complejidades de la situación".

GERALD CAPLAN (1)

**Hemos llegado a un hospital rural por decisión personal.** Venimos a ofrecer nuestros servicios a una comunidad, de la cual somos en parte responsables por su Salud. Traemos muchas ideas al respecto, todavía no muy claras. Algunos llegamos solos, otros con familias. Queremos llevar a cabo múltiples proyectos en el lugar, y los que nos acompañan también traen los suyos.

¿Qué buscamos en estos parajes? ¿Qué descubrimos? ¿Por qué hallamos tantas dificultades fuera de lo estrictamente profesional?

Hablamos —aparentemente— un mismo idioma con los pacientes y el personal del hospital, pero muchas veces percibimos que los significados de sus palabras parecen distintos de los nuestros. Comproba-

mos con el tiempo que los pensamientos, valores y costumbres son diferentes de los poseemos y traemos de las ciudades.

Es común que reprochemos a los que nos capacitaron de no prepararnos en forma más realista, y tenemos no poder enfrentar con equilibrio y éxito la experiencia rural. Como profesionales de la Salud convencidos de nuestra función social y preocupados por una medicina en constante cambio queremos brindar lo mejor de nosotros, de nuestro conocimiento, a toda la población. Pero, de pronto, encontramos que toda la compleja formación profesional que recibimos no nos basta para comprender a una simple comunidad rural.

Observamos retrospectivamente que la informa-

cion previa nos mostro fragmentos de otras realidades, que pertenecen a otros lugares y a otros profesionales, a hospitales urbanos y complejos, con muchos y distintos recursos —si lo comparamos con los nuestros—. En el mejor de los casos, conocemos y manejamos multiples esquemas, procedimientos y normas de diagnostico y tratamiento de las enfermedades mas comunes —segun dichos centros—. Caemos facilmente en el engaño de creer que en la bibliografia que nos sugirieron esta casi todo lo que hay que saber para ejercer correctamente nuestra profesion. Pensamos que, al actuar según dichos consejos, podemos considerarnos buenos profesionales y ser reconocidos de tal manera por nuestros pares. Quizas, esta ultima es nuestra preocupación fundamental. Nos olvidamos impensadamente de nuestros sentimientos y reacciones ante los hechos habituales de la vida diaria en el campo, al igual que de los de nuestra familia, y de los que despertamos en la comunidad que pretendemos asistir.

¿Estabamos preparados para esto? ¿Quienes se propusieron realmente ayudarnos en este aspecto? ¿Buscamos información sobre los hechos que rodean a la práctica profesional diaria?

Al parecer, y en un principio, nos conformamos con poco: un buen destino, un lindo hospital, con personal suficiente. Esperamos tener un buen colega, compañero en las actividades habituales. Una buena casa. Un sueldo acomodado al trabajo y a lo retirado del lugar. Luego, en muchos se vuelve una obsesión el traslado a otro lugar, y no se soporta la permanencia por mas de uno o dos años.

¿Que elementos hacen que actuemos de esa manera? ¿Cuál es el costo en nuestra familia y en la comunidad? ¿Que pensaros nuestros predecesores de esto? ¿Y los que nos sigan?

Resulta muy oportuno revisar, reconocer y aceptar entonces una serie de sentimientos especiales en estas circunstancias, y dignos de preveer, ya que los han descrito otros profesionales que se desempeñaron también en áreas rurales de distintas partes del mundo. Al enfrentar estas reacciones con franqueza, discutiendolas con los amigos y familiares, podremos superarlas de mejor manera, enriqueciendo además nuestro conocimientos y el de otros individuos. **Debemos ser utiles a la comunidad no sólo como técnicos también como seres humanos, y por eso tenemos que decidir mejor el camino a seguir.**

Muy poco podemos predecir de nuestro trabajo en ámbito rural hasta tanto no estemos en el. Es conocido el inmenso valor de la comunicación de esperiencias de otros que pasaron por situaciones similares; no obstante, con frecuencia la rechazamos u obviamos, pretendiendo demostrar una entereza que sólo con el paso del tiempo podemos obtener. Lo vivido en los primeros meses de estadía en el nuevo lugar nos brindan algo más de confianza, y por momentos todo nos parece más fácil. Sin embargo, surgen en ese ambiente de relativa seguridad algunos hechos que paulatinamente no nos dejan ver tan claramente las cosas, y de nuevo aparecen sospechas de tropiezo inminente. Empezamos a titubear y a preguntarnos si existe alguna forma en la que podamos prepararnos mas adecuadamente para evitar un traspie.

Sería falaz pensar que tenemos salidas oportunas para cada encrucijada que el azar nos depare, pero siempre es posible prepararse mejor, imaginando anticipadamente la forma en que responderemos a las exigencias de la situación.

¿Cuáles serían las situaciones que nos pueden producir inquietudes?

La lista es larga y depende de la objetividad que nos permite el estado de animo por el que pasemos en un momento determinado. Las mas frecuentemente observadas son: el aislamiento, la sensación de vigilancia constante, la nostalgia por el abandono de lugares y seres queridos, la alimentación, los hábitos y costumbres extrañas, las relaciones con los compañeros de trabajo, nuestros superiores inmediatos y los líderes y autoridades locales, la lentitud de los resultados que obtenemos, las relaciones en el seno de nuestra familia, el exceso de trabajo, la falta de entretenimiento y distracción, como las derivadas de las eternas preguntas que en ciertas ocasiones nos formulamos: ¿quiénes somos?, ¿quien nos sostiene?, ¿para qué estamos?, ¿para quién o quiénes vivimos?, etc.

El nombre de profesionales de la Salud nos sugiere que formamos parte de un grupo que realiza una tarea en común, y la realidad puede hacernos creer que es una utopía el hecho —es generalmente el profesional trabaja aislado del resto de sus compañeros, sin poder obtener para nada el apoyo que otorga la tarea en equipo. En momentos claves, nos sentimos profundamente solos. El aislamiento geográfico, social o cultural puede profundizar nuestra soledad.

Paradójicamente, aunque a veces nos sentimos solos, percibimos que nos observan constantemente, como si estuviéramos en una vidriera ante la población. En ningún momento dejamos de ser para la gente el "profesional" del lugar, y esto puede constituir una carga difícil de sabrellevar, pues tenemos que esforzarnos para preservar nuestra intimidad y la de nuestra familia. Para muchos, tenemos que estar permanentemente disponibles. La actuación de otros profesionales que estuvieron o estan en la zona condiciona muchas conductas de la comunidad, que recibimos nosotros como impertinentes.

Venimos acostumbrados —la mayoría— a un cierto orden de trabajo y descanso, y en el nuevo destino debemos alterarlo forzosamente, hasta tanto logremos un renovado equilibrio. Por lo pronto, si venimos muy motivados profesionalmente, parece que todo tiene que pasar por nosotros, y desestimamos la colaboración de otras personas, con lo que nos atraemos más problemas y más trabajo. Es fácil que caigamos en posiciones extremas, rechazando a la gente o descuidando a nuestra familia, trabajando alocadamente o adoptando actitudes de holgazaneria. ¿Hasta cuándo podemos persistir así?

Algunos preferimos trabajar en grupo, y otro totalmente solos, pero en general constituimos equipos de dos o tres personas. Si bien esta disposición tiene muchas ventajas, también significa que nos relacionamos bastante intensamente con individuos que a veces no son de nuestra total elección. En las áreas rurales no hay muchas posibilidades, y esa intimidad forzada puede ser agotadora para nosotros, como así también para el resto, incluso, para nuestras respectivas familias. Así volvemos a repetirnos —como para convencernos— que es mejor estar solo, y de nuevo nos aislamos.

Para algunos la nostalgia es una debilidad. Bien sabemos que cuando estamos "lejos de casa" cualquier problema que surja con nuestros seres queridos adquiere gran significación, y altera nuestra capacidad de trabajo y comunicación. Luego de superar la etapa de curiosidad por el lugar y la gente, la

nostalgia siempre nos acompaña en algún momento del día. Podemos ignorar por mucho tiempo la ciudad el bullicio, los espectáculos, pero volvemos inexorablemente a sentirnos muy bien, cuando cada tanto podemos salir y visitarlos.

Las comidas y los alimentos que se encuentran en la zona pueden parecernos sino extraños, inadecuados o perjudiciales para la Salud. Por lo que nos ofrecen podemos sentirnos obligados, para demostrar amistad y aceptación de las costumbres locales, tomando o comiendo contra nuestra más íntima voluntad. Para cada situación podremos valorar muchos factores, pesando entre ellos la cortesía, la tolerancia digestiva y la higiene, pero a veces hay que aceptar lo que sea. Lo mismo sucede con los hábitos y las costumbres. Nuevamente, se marcan las diferencias culturales y nos vemos arrastrados en direcciones opuestas, con una serie de pequeñas frustraciones.

**Al hablar con la gente de la zona es posible que nos entendamos.** Por instantes nos sentimos impotentes de llegar a ella, y esta sensación puede intensificarse por los prejuicios de ambos. El cambio frecuente de profesionales en el lugar, puede generar rechazo, por el abandono y desamparo que producen, y consecuentemente la comunidad reacciona ante una imagen figurada del profesional, hecha a lo largo de los años. Bien sabemos después lo que cuesta que la gente acepte gratuitamente nuestros servicios, tanto por los aspectos favorables como desfavorables que transmitieron —y transmiten— otros colegas.

Las líneas de mando en un lugar extraño y en una situación de trabajo nueva son muy difíciles de comprender. Nos preocupan tanto nuestros superiores como nuestros subordinados, y es muy probable que no sepamos como ejercer autoridad o aceptarla. La lealtad y el respeto que nos debemos entre la comunidad en general, líderes, autoridades y profesionales no son muy firmes. La complejidad y la delicadez de estas situaciones hacen que sean mucho más molestas que la propia tarea profesional, y nos desgasten, desdibujando quizás una meritoria actuación técnico—científica—administrativa. Además, el hecho de que siempre estemos en un lugar alejado hace que otras personas transmitan a la distancia imágenes deformadas de nuestra personalidad o desempeño, con los acostumbrados menosprecios o idealizaciones mutuos, y el inevitable fracaso de las comunicaciones. Se instaura así un recelo creciente, los problemas se discuten a medias, decrece nuestra motivación de permanecer en el lugar, y van y vienen papeles de burocracia insoslayable. Puede desaparecer nuestra vocación de servicio, el interés por la profesión, por la gente, la armonía en la familia.

Muy próximo a lo anterior se encuentra la costumbre de obtener resultados rápidos. Llegamos, y pretendemos que todo lleve nuestro sello personal, lo antes posible. No sabemos la mayoría de las veces cómo controlar las energías y aceptar que el trabajo puede parecer monótono y falto de sentido. Muchos expresamos el temor de nuestra propia ineficiencia, cuando contemplamos la marcha lenta de las cosas. A veces, pretendemos jerarquizar la monotonía recurriendo a los registros copiosos, que pocas veces analizamos y casi nadie lee. Podemos cometer el error de pensar que somos nosotros quienes fracasamos, y algunos lo esperan.

Entonces llegamos a uno de los aspectos más molestos de nuestra permanencia en el área rural, pues sentimos que toda la escala de valores que tenemos,

el sentido de lo que somos y para qué estamos, la confianza en nuestra forma de vida se pongan totalmente en duda. Podemos encontrarnos ante la situación de cuestionarnos todo, incluso los móviles del sector que nos sustenta. Quizás, tengamos que defender ante muchos la imagen de la institución. Con seguridad, más de una vez se violentaran nuestros verdaderos sentimientos y convicciones. En el medio familiar estamos seguros de expresar lo que sentimos, pero una gran confusión puede acompañar al desarraigo.

Los problemas fundamentales que deberíamos atender serían los referidos a la posibilidad de sentirse orgullosos en ser útiles a la comunidad, mientras adoptamos experiencias nuevas y aceptamos a gente diferente a nosotros, sin abandonar los valores que son importantes para nosotros y para ellos. En los casos de desacuerdo neto con ciertos individuos sobre objetivos básicos es preciso ubicar el conflicto en el marco de la misión general del profesional de la Salud. No todas las personas nos darán la bienvenida; algunas desconfiarán y otras nos serán abiertamente hostiles, y es natural que nos enemistemos. Nosotros no hemos viajado para pelear contra estos individuos, sino para trabajar con otros muchos que nos aceptan —con toda buena fe— para construir una vida mejor para ellos y con ellos, para la comunidad.

El factor común de todas estas situaciones y condiciones que hemos considerado brevemente es que son "más o menos" perturbadoras. El "más o menos" es muy importante, pues el grado en que una persona resulta afectada puede variar ampliamente. Podemos tener mucha necesidad de estar solos, o muy poca. Podemos pasar por alto a la sociedad local, o ser bastante sensibles a la hostilidad. Podemos alterarnos por la ruptura de un diálogo y quedar completamente impasibles. No hay ninguna virtud particular en pertenecer a unos u otros. Lo que deberíamos evitar es llegar a una fatiga deshusada, al malhumor, la irritación o la molestia con uno mismo y los demás.

Siempre es útil tratar de desmenuzar los problemas en unidades más pequeñas, más manejables, para ir solucionando gradualmente, sin perder de vista la tarea prioritaria, establecida temporariamente objetivos simples y cercanos, aquellos que consideramos más importante en un momento dado. A veces, la sensación de fracaso puede deberse al hecho de que nuestras esperanzas iniciales eran demasiado elevadas. Si damos un paso atrás y reconsideramos los problemas, con más detenimiento, es posible que nos sintamos más conformes con lo logrado.

Por eso es importante durante los períodos de confusión, tomarse algún descanso, aún cuando aparentemente no sea posible, ya que necesitamos la tranquilidad para percibir todos los elementos en juego. Y al hacerlo, la forma más aconsejada es el conversar sobre el tema con alguien de confianza, discutiendo todos los aspectos, enfrentando la crisis, descubriendo los hechos, evitando las falsas reaseguraciones, sin culpar a otros, y aceptando ayuda, incluso en las tareas diarias. Es un signo de confianza en sí mismo y en los demás.

También, por otro lado, el gruñir un poco es una buena válvula de seguridad, ya que no hay ninguna razón para pensar que, ocasionalmente, no podemos hacer críticas o quejarnos. **Después de todo, toda empresa nueva es arriesgada, y las primeras equivocaciones son inevitables.** Nuestras molestias pueden tomar un giro construc-

tivo, si de ellas extraemos sugerencias y claves para obviar futuras dificultades, y hacerlas llegar a otros en similares circunstancias.

Neuquén, Argentina—Setiembre de 1981

Dr. Luis Enrique Olarte

Grupo de Estudio sobre Atención Primaria de la Salud y Ciencias Sociales

(1) Gerald Caplan, principios de Psiquiatría Preventiva, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980

**N. de R.:** Las frases en negrita son de la redacción de MR.

### COMENTARIO

MR ha considerado necesario referirse aquí a algunos aspectos de esta presentación, tomando como puntos de referencia algunas frases del artículo, conocemos el riesgo que significa la posibilidad de una interpretación fuera de contexto, y por otra parte la posibilidad de enfatizar puntos claves que ellos significa queda pues, para el lector la aceptación o corrección de estas consideraciones.

#### **“Hemos llegado a un hospital rural por decisión personal”**

Este tipo de decisión, si realmente ha sido personal, debe llevarse hasta sus últimas consecuencias, y el costo mayor será seguramente por parte del que la toma y debe ser en lo posible, el menor para la población. El profesional que pida garantías generalmente lo hará donde no debe, aunque las merezca.

**“Debemos ser útiles a la comunidad no solo como técnicos sino también como seres humanos, y por eso tenemos que deci-**

#### **dir mejor el camino a seguir”**

El camino a seguir se decide mejor con los pares y con los integrantes participantes y representativos de la comunidad. El acervo incorporado durante veinte años de formación constituye un bien a ser compartido generosamente día tras día, y el ejercicio práctico del trabajo tesonero debe evitar el carácter de “regalo paternalista” que se le otorga. Se comparte y se convive pero además en el camino a seguir incide la visión trascendente de VIDA que se lleva interiormente, cualesquiera sea el fuero moral de su interpretación y el camino tendrá como fin al hombre y la sociedad sanos, dignos, plenos.

#### **“Al hablar con la gente de la zona es posible que no nos entendamos”**

¿Han sido estudiadas y explicadas las formas de comunicación que se desarrollan en las comunidades rurales?

#### **“Después de todo, toda empresa nueva es arriesgada, y las primeras equivocaciones son inevitables”**

Frase que por lo simple no deja ser peligrosa después de las primeras equivocaciones sobrevendrán las segundas y terceras, y estas ¿son evitables? ¿que factores marcan el equilibrio entre la decisión inicial, los riesgos inherentes, la respuesta de la comunidad, y la plenitud laboral y familiar del profesional? entendemos que deben ser estudiados más científicamente, e invitamos al autor y al grupo de estudio sobre atención Primaria y Ciencias Sociales, a realizar una exhaustiva investigación en tal sentido.

LA DIRECCION

## OBJETIVO COMUNICARNOS

### AYUDANDO A DEFINIR

Haciendo eco a lo solicitado por el director de MR en el editorial del N° 3, es que me acerco con estas reflexiones.

Me parece loable la idea elaborar una definición, por lo menos operativa, de la Medicina y el Médico General porque de lo contrario podríamos seguir manejándonos con indefiniciones, y por otra parte porque mal puede introducir e interesar a la población en un determinado sistema quien ignora su propio rol en dicho sistema.

Considero fundamental, para encarnar la definición en nuestra realidad—según el mencionado editorial—que comencemos por hacer un crítico y sincero análisis de ésta, porque nos va a dar, por lo menos, idea de lo que no debe ser. Insisto en ello por entender que al presente son varios los vicios o errores que nos aquejan; por ejemplo, si definiéramos al Médico General de acuerdo con lo que actualmente

ocurre en nuestros servicios del sector público provincial de salud, comprobaríamos que en la práctica es Médico General: a)—Todo aquél que hizo residencia de Medicina Rural o General, b)—Todo aquél especialista, por formación o por práctica restringida a un área específica, que está en un lugar donde debe realizar guardias generales y/o cobertura del área programática, c)—Todo Médico sin formación de post—grado que se desempeña en lugares donde se realizan guardias activas o pasivas de Medicina General y/o cobertura del área programa.

Si tenemos en cuenta que el antecedente de formación en Medicina General sirve para que quien lo posee asuma una especialidad en centros de derivación, y muchas veces sin un adiestramiento previo en esa rama del quehacer médico; si consideramos que a los fines legales el título profesional capacita para ejercer la medicina, pero que en la práctica no siem-

pre existe tal capacitación técnica; y si, por último, acordamos que la especialización significa olvidar un buen número de conocimientos para adquirir otros, podemos extraer de nuestra presente realidad algunas reflexiones que pueden ser orientadoras:

—Estamos dando, en muchos casos, Medicina General de mala calidad, y solo puede aceptarse como meta la medicina de buena calidad.—

—Estamos faltando el respeto a la población y a algunos profesionales especializados. A la primera por lo antes mencionado y por ofrecerle como especialistas a quienes no lo son; a los profesionales por hacerlos trabajar en aquello para lo que no están adiestrados y generalmente tampoco motivados.

Entiendo que estos males pueden ser atacados de varias formas, por ejemplo:

—El ingreso de profesionales sin formación de post—grado solo puede hacerse a través de la Residencia de Medicina General.

—Los puestos de especialista deben ser cubiertos por quienes lo sean realmente, o por Médicos Generales orientados en una especialidad en forma adecuada.

—Implementando un sistema de educación médica continua de postgrado dirigida a Médicos Generales y otros especialistas.

Por todo lo dicho hasta ahora creo que entre los contenidos de la definición del Médico y la Medicina General, deben figurar:

—Medicina de buena calidad, con formación de post—grado primero intensiva—Residencia—y luego continua.

—Inclinación personal<sup>1</sup> para ejercerla voluntariamente.

Basicamente considero que son pocos los proble-

mas que subsistirían si acordáramos que la Medicina General es una especialidad crítica y si se respeta como corresponde a ella, a quienes la ejerzan y a quienes va dirigida.

El tema de la Medicina General es importante por cuanto hace al trabajo diario de los profesionales del interior de nuestra provincia, y es como uno de ellos y además como ex—residente que me voy a permitir unas observaciones sobre como creo debe ser esa Residencia de Medicina General que propongo como primera y principal etapa de formación de los Médicos Generales. Fundamentalmente pienso que debe estar regida por una clara definición del Médico y la Medicina General,<sup>2</sup> y debe convencer a quienes la cursen de que en los lugares donde desarrollarán su práctica—y por la modalidad de esta—son mas importantes el sentido común y una buena semiología que la mas sofisticada tecnología, capacitándolos para hacer Medicina General de la mejor calidad.

Se pensará que insisto excesivamente en la calidad de la atención médica, pero lo hago porque sé que no todas las autoridades sanitarias dan su real valor a este aspecto, y especialmente porque creo que solo existe una Medicina, la mejor.

Hay quienes consideran que en Medicina son fundamentales los aspectos psicológicos, de relación médico—paciente y afectivos, pero ninguno de ellos sirve si no hay calidad técnica, porque por definición la Medicina es una ciencia aplicada con una tecnología que le es propia.

Además no entiendo como es el amor de quien simpatiza con el enfermo pero desprecia capacitarse para ayudarlo.

**WALTER ENRIQUE GONZALEZ**

**N. de R.:** El subrayado es del autor

## RESEÑA BIBLIOGRAFICA

### PRIORIDADES EN LA SALUD INFANTIL

Profesor David Morley - Editorial PAX  
México 1977 - 415 Páginas

Este libro enfrenta consideraciones sociales, económicas, culturales, éticas y políticas en lo que se refieren al cuidado de los niños en áreas rurales y marginales. Sugiere líneas para determinar prioridades equitativas y realistas en la atención infantil, y provee una enorme cantidad de puntos de vista, informaciones y técnicas prácticas para ayudar a que el médico (o trabajador sanitario) rural o comunitario pueda encarar las necesidades sanitarias comunes con recursos limitados. Sobre todo el texto acentúa la necesidad de un enfoque objetivo e imaginativo en los cuidados infantiles, apoyando por el conocimiento de las costumbres y prácticas locales sin las ideas preconcebidas deriva-

das de sociedades industriales.

El autor pone énfasis especial sobre los modos de relacionarse con las madres y los niños y de comprometerlos en su propio cuidado sanitario. El libro no pretende cubrir todo el campo del cuidado pediátrico sino que más bien trata temas, problemas y métodos técnicos adecuados, que a pesar de ser a menudo de vital importancia, rara vez son cubiertos en los libros de pediatría.

A pesar de que el autor es un pediatra inglés que ha llevado a cabo su trabajo más relevante en el sector rural de Nigeria occidental, tiene una amplia experiencia de muchas partes del mundo, incluso de América Central y América del Sur. Ha hecho más que nadie por fomentar un diálogo productivo entre los participantes en los programas de salud orientados hacia la comunidad a través de todo el mundo. Su concepto de "clínicas para menores de cinco" y las tablas de edad/peso o "camino a la salud" han sido introducidos en muchos países, incluso en gran parte de América Latina.

Esta obra será de especial utilidad para médicos, enfermeras y trabajadores sanitarios que hayan de

trabajar con niños en centros de salud rurales o suburbanos. Debería ser recomendado como lectura a todos los estudiantes de medicina y enfermería. El libro es esencial tanto para los planificadores de los programas sanitarios como para los pediatras y profesores de medicina. Ahora que América Latina está en un proceso de renacimiento en lo que se refiere a salud pública básica y se está ocupando en lanzar alternativas por las cuales se pueda llegar a mayor cantidad de gente y de una manera más apropiada, es extremadamente importante que se determinen sabia y realísticamente prioridades de acción, personal y gastos. El texto de David Morley prestará nuevas y valiosas perspectivas a los que emprenden esta tarea.

(Tomado del prólogo)

## DONDE NO HAY DOCTOR

Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. DAVID WERNER - Editorial PAX - México. Cuarta Edición Corregida y aumentada marzo 1980 - 402 páginas.

Este libro en su origen fue escrito para los campesinos de una zona de Méjico, donde el autor ha trabajado durante 15 años, colaborando en la formación de un sistema de salud que se encuentra actualmente dirigido por los mismos campesinos. El libro se utiliza en toda América Latina y se ha traducido a

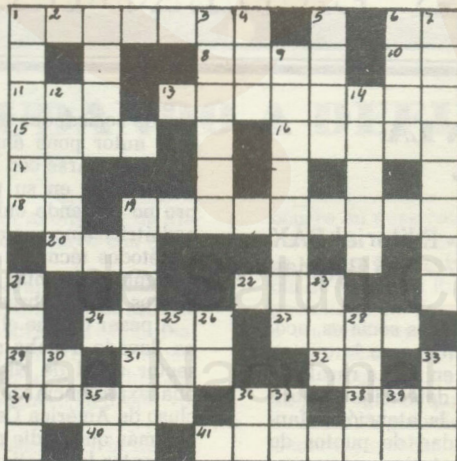
varios idiomas para su empleo en otras partes del mundo, y puede ser adaptado fácilmente a las situaciones locales. Destinado ahora a cualquier persona que quiere hacer algo para mejorar su propia salud y la salud de otros, en muchos países se utiliza como un manual de adiestramiento de agentes primarios de la salud en áreas rurales. En la Introducción el autor señala que el cuidado de la salud no es solo un derecho de todos, sino la responsabilidad de todos, que la meta principal de un programa de salud debe ser la de capacitar más a cada persona para que cuide su propia salud, que los conocimientos deben ser compartidos responsablemente entre todos y no secretos de unos pocos, y que el cuidado básico de la salud no debe ser entregado de afuera, sino promovido dentro de la comunidad. Caracterizado por un enfoque y contenido polémico, se desarrollan 23 capítulos con numerosas figuras y dibujos, tratando aspectos de protección y promoción de la salud permanentemente y las enfermedades mas comunes ya sea para los grupos vulnerables (la madre y el niño por ejemplo) o según el aparato en que se localizan. Hace referencia a aspectos curativos y de primeros auxilios, criterios y oportunidades de derivación, señalando asimismo las limitaciones del medio. Pero fundamentalmente señala el valor de la intervención misma del hombre común: "El recurso más valioso para la salud de la gente es la gente misma".

Este texto no clásico, enriquece el poco material que aún se edita en el tema de atención primaria de la salud. Enriquecerá seguramente al médico rural que intente trabajar con su comunidad. (M.E.)

# CRUCIGRAMA MEDICO N° 2

### HORIZONTALES

- 1) Imposibilidad de traducir el pensamiento en palabras con integridad lingüística. Pl.
- 6) Interjección empleada para llamar, reprender o advertir.
- 8) Apócope de bueno.
- 10) Símbolo químico del selenio
- 11) De esta manera
- 13) Dicese de las dosis algo menores que las mortales
- 15) Erupción cutánea.
- 16) Parte arqueada y saliente de una vasija
- 17) Terminación del alcohol
- 18) Adjetivo posesivo
- 19) Degeneración del tejido elástico
- 20) Otorrgues
- 22) Organización Mundial de la Salud.
- 24) Que no tiene instrucción
- 27) Fluido gaseoso que respiramos.
- 29) Forma de pronombre 3ª persona singular.
- 31) Neoplasia.
- 32) Símbolo químico del Radium
- 34) Cuerpo cristizable derivado del indigo y de la descomposición del trip-tófano en el intestino.
- 36) Preposición inseparable
- 37) Remate extremidad
- 39) Existe
- 40) Elemento gaseoso ervalente, incoloro, que existe en la atmósfera.



### VERTICALES

- 1) Arácnido traqueal, microscópico, Pl
- 2) Segunda vértebra cervical
- 3) Falta de voluntad
- 4) Prefijo inseparable que indica inferioridad.
- 5) Del verbo unir
- 6) pronombre demostrativo; fem.
- 7) Insolación
- 9) Tumor formado por la hiperplasia del tejido elástico.
- 12) Plan de ..... materno infantil
- 14) Parte posterior del pie situada entre los huesos de la pierna y los metatarsianos
- 19) Forma prefija de la significación de cuña. Pl.
- 22) Repliegue semicircular que forma el borde del pabellón auricular.
- 23) Caballero en inglés
- 25) Calor de forma gelatinosa, resultado de la coagulación de un sol.
- 26) Forma prefija con la significación de huevo.
- 28) Línea prominente en la porción media de un órgano.
- 30) Preposición inseparable
- 33) Extremo periférico y abertura del recto
- 35) Preposición
- 36) Preposición inseparable, significa fuera de, más allá de
- 37) Símbolo químico del níquel
- 39) Símbolo químico del indio.



# TALON DE SUSCRIPCION

**SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL**  
Entre Ríos 376 "A" (8300) Neuquén

Neuquén

Deseo suscribirme a la Revista **MR** durante el año 1981

NOMBRE.....  
DIRECCION.....  
PROFESION.....  
CARGO ACTUAL.....

## MR. REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

1) El trabajo debe ser a) inédito. b) Comentario Bibliográfico citando correctamente el Original.

2) Deben remitirse dos copias mecanografiadas en hojas oficio, a doble espacio correctamente numeradas, de un solo lado, con márgenes de 2 cm.

3) La hoja N° 1 debe llevar el nombre del trabajo y los nombres completos de los autores, títulos, y cargos actuales.

4) La hoja N° 2 llevará un resumen con una cantidad menor de 250 palabras.

5) Los trabajos no tienen límite de extensión, aconsejándose evitar un excesivo volumen por razones de espacio. Dada la circunstancia de no poder publicar toda la extensión la Redacción sugerirá a los autores modificaciones.

5) Pueden acompañarse de gráficos y fotos. Los primeros deben confeccionarse en hoja aparte debiendo contener claramente indicado su lugar en el total del trabajo, debe tener un párrafo explicativo y deben evitarse superposiciones. Las fotografías deben ser en color o blanco y negro, no mayores de 9x12 cm y llevar con lápiz aclarado su ubicación y en los márgenes leyendas indicando "arriba" "abajo".

6) La bibliografía debe ser claramente especificada. Debe figurar: 1) El nombre de los autores (no más de 2, los demás como colaboradores), 2) Título del artículo, 3) Nombre abreviado de la Revista, según el index medicus, 4) Número del volumen página y año. Con respecto a libros se procederá así: 1) Nombres de los autores, 2) Título del libro y número de edición, 3) Editores, 4) Ciudad de la edición, 5) Nombre de la editorial, 6) Año de publicación Número de página.

7) Las Autoridades decidirán la publicación de los originales reservándose el derecho de proponer modificaciones y no haciéndose responsables por las opiniones vertidas, por los autores.

**TALON DE ASOCIACION**

**SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL**

Casilla Correo 705 - 8300 Neuquén

NEUQUEN

Deseo asociarme a la Sociedad de Medicina Rural por lo que envío Cheque-giro N° .....  
 .....c-Banco.....a la orden de Sociedad de Me-  
 dicina Rural, por la suma de \$ 20.000, correspondiente al mes de.....

NOMBRE.....

Dirección.....

Profesión.....Cargo Actual.....

Alguien dijo recientemente que trabajar en equipo es mas que el simple  
 "Darse una mano" - Involucra el procedimiento de equilibrar adecuada-  
 mente los propios objetivos con los de los demás miembros del equipo, de  
 compartir y diferenciar las funciones, de aceptar ayuda y proporcionarla

RUTH. B. FREEMAN

ENFERMERA EN SALUD PUBLICA  
 LA PRENSA MEDICA MEJICANA



**MUNICIPALIDAD DE  
 PLOTTIER**

Dentro de los servicios municipales se encuentra el Servicio de Bromatología que permanentemente vela por la preservación de la salud integral de la población a través de una estricta vigilancia del estado de los animales destinados al consumo humano.

También su Matadero Municipal brinda las instalaciones para faenamiento de ovinos, y el concurso de sus profesionales en asesoramiento y orientación.

# NEUQUEN

## Realidad de Futuro



**SEMAFOROS... PAVIMENTO... PUENTES  
VEHICULARES... FORESTACION...  
SON REALIDADES DEL NEUQUEN DE HOY**

**LA MUNICIPALIDAD CAPITALINA SE  
BRINDA EN OBRAS Y SERVICIOS**



**SORTEO EXTRAORDINARIO  
DE NAVIDAD**

**PREMIO MAYOR**

**\$ 7.000.000.000**

**UN PREMIO ESPECIAL:  
FORD FALCON "0" Km.**

**Sortea el 16 de Diciembre de 1981 a las 21,30 hs.**

**ENTERO: \$ 600.000 - DECIMO: \$ 60.000**

**LOTERIA  
la NEUQUINA**

**LOTERIA LA NEUQUINA  
SE JUEGA POR UD.  
JUEGUESE POR LA "NEUQUINA"**

**DEVUELVE EN OBRAS, A GENTE  
QUE COMO UD, SE JUEGA!!!**