

JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE - Año 2 - N° 7

MIR



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



biochemicals.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 NEUQUÉN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:

Dr. Miguel Irigoyen

SECRETARIO:

Dr. Roberto de los Santos

TESORERO:

Dr. Marcelo Bortman

**DIRECTOR DE
PUBLICACIONES:**

Dr. Alejandro González
Vottero

MR

DIRECTOR

Dr. Malcolm Elder

SECRETARIO

REDACCION

Dr. Miguel Irigoyen

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) NEUQUÉN

DISTRIBUCION

GRATUITA

Impreso en:

GRAFICA MODELO

Mitre 536 - T.E. 22690

EDITORIAL

Nuevamente llegamos a nuestros lectores con las páginas de M.R. Este número toma a la S.M.R. en plena elaboración, por parte de su flamante comisión directiva, de los lineamientos a seguir en su accionar de los próximos meses. La Sociedad ha sufrido la repercusión de todos los eventos que mantuvieron preocupado al País. La crisis económica que obligó a un replanteo del funcionamiento también frenó muchos de los proyectos que se habían elaborado. Al escribir estas líneas estamos muy lejos de haber solucionado el aspecto financiero de este número, des- de nuestra primera salida este aspecto no ha presentado variantes. Nuestro empeñamiento en continuar editando radica en la convicción de contribuir al desarrollo de un importante factor de cambio en las actuales modalidades de Atención Médica.

Lo cierto es que junto con el resto de las instituciones tratamos de retomar el rumbo. Una forma de hacerlo es la organización de la III Jornadas de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén que se realizarán en Villa La Angostura los días 5, 6 y 7 de noviembre. En ellas se informará y se debatirá sobre los programas de Medicina de Familia que han llegado a nuestra Provincia y han despertado interés en las Autoridades y en los Profesionales. Tenemos conocimiento de que es una iniciativa muy seria con importante apoyo académico y financiero; pretendemos acercarnos a fin de intercambiar las experiencias de nuestra provincia, con sus méritos propios, con aquellas recogidas por estos grupos, y sin duda redundará en un enriquecimiento del conocimiento. De lo concluido se tratará de informar a las autoridades como forma de aporte de la S.M.R. a este tema.

Con sorpresa y beneplácito se recibieron los llamados a concurso para cubrir cargos en el sector Salud. De estos el que sobresale por lo trascendental de su función es el de Director y Directores Asociados del Hospital Neuquén. Interpretamos que se comienza así a recorrer el camino hacia la definitiva instauración de la Ley de Carrera Sanitaria Provincial. Esta herramienta legal brindará la estabilidad necesaria a los profesionales y demás personal de Salud a la vez que jerarquizará su función, permitirá asimismo continuar consolidando una estructura que ha demostrado su eficacia. Los concursos realizados para la Dirección del Hospital Neuquén colocaron a la cabeza del mismo a tres de nuestros miembros, lo que por sí solo constituye un aporte de la S.M.R. a la recuperación de la función de Hospital Cabecera que hace tiempo había abandonado el Hospital Neuquén. Vemos con optimismo este hecho pues conocemos la capacidad técnica y profesional de estos colegas con su concepto del rol que debe cumplir en la Provincia y la Región el Establecimiento que dirigirá de ahora en más. Vaya nuestra bienvenida.

La Dirección

MEDICINA FAMILIAR: ¿MODA O DEFINICION POLITICA?

INTRODUCCION

Ante la presentación de un programa de Medicina Familiar en la Provincia del Neuquén, extractamos párrafos del capítulo 1° del Dr. Julio Ceitlan, del libro titulado "¿QUE ES LA MEDICINA FAMILIAR?".

"Hablar sobre el médico de familia es un tema de todos los días, que ha excedido el ámbito profesional para convertirse en muchos países, en objeto de interés para la prensa diaria, el público, los políticos y la sociedad toda. Esto no es casual. Alguien dijo: no hay idea que pueda ser detenida cuando llega su momento histórico. Y esto es lo que está pasando con la Medicina Familiar".

¿Pero hasta aquí qué es lo que ha ocurrido? Desapareció el médico de cabecera de antaño, y surgió el nuevo tipo de médico, especializado, dedicado a profundizar en la fragmentación del paciente. Se reemplazó a la persona por "el caso", al ser humano sufriente por "la viscera comprometida".

"La población, influida por los medios masivos de comunicación y el sistema de atención médica imperante comienza a hacer suyos los conceptos del sistema, valora como medicina de calidad la del especialista y mejor cuanto más tecnología se utiliza. Se ponen de moda los grandes centros, públicos o privados, como verdaderas usinas donde se produce "salud". Así es como van cambiando los valores sociales respecto al médico general a medida que cambian los patrones de trabajo. La avalancha de conocimientos y este achicamiento del mundo por la intercomunicación facilitan el acceso a la información científica y estimulan la dedicación a las nacientes especialidades y subespecialidades como una forma de adaptación a las nuevas condiciones de trabajo médico. La especialización se convierte en lo corriente y en un signo de prestigio científico y social.

El ejercicio de las especialidades permite un estilo de vida más cómodo para el médico, que ya no debe estar al servicio de la población 24 horas por día, 365 días por año, sino que puede tener un horario de trabajo que le permite desarrollar en forma mucho más humana sus propias aspiraciones personales y su vida familiar.

Resumiendo: patrones de ejercicios profesionales en especialidades o subespecialidades, concentración de las tareas médicas en centros y hospitales de alta complejidad, el atractivo de una vida más confortable y el prestigio científico y social, son los elementos que hicieron que ser especialista fuera más atractivo que la labor de entrega humana y generosa que daba el médico general de antaño".

Durante la década de los 60, frente a la realidad sanitaria, tanto en países desarrollados como en desarrollo, aparecen fuertes críticas a la política de dedicar la mayor parte de la inversión para salud a la construcción de hospitales, su equipamiento y reequipamiento. Estudios muy serios demostraron que esa política no solucionaba los grandes problemas de salud, menos aún en los

países en desarrollo que habían seguido ese modelo. Las encuestas nacionales de salud de Colombia, de Argentina y estudios de otros países, realizadas en las décadas de los 60 y 70, demostraron que la solución de muchos de los grandes problemas seguía dependiendo de medidas ecológicas, de la medicina preventiva y de la educación sanitaria.

El trabajo de Kerr White y otros, realizado en Estados Unidos y Gran Bretaña, muestra que de 1.000 personas estudiadas en un período dado, 750 presentaron algún tipo de queja en materia de salud, sólo 250 consultaron a un médico, 9 fueron admitidas a un hospital, 5 referidas a otros especialistas y sólo un paciente fue referido a un centro médico universitario.

Estas cifras demuestran con claridad el error de haber concentrado nuestra atención en los hospitales en detrimento de una población necesitada de atención personal, continua e integral, y lo más grave aún, basar la Educación Médica en la patología hospitalaria, lo que da al estudiante una formación muy parcial, porque se concentra en los problemas de salud que presenta el 1/1.000 de la población, ignora la patología real de la comunidad y olvida al hombre sano".

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

"Se observa una gran confusión sobre el significado de las expresiones Médico General, Médico de Familia, Médico de Atención Primaria, Médico de primera Línea y, en general, con respecto a la denominación y funciones del personal encargado de la Atención Primaria de la salud. Consideramos que es útil, por ello, proporcionar una serie de definiciones tomadas de las fuentes de creación de estos tipos de personal".

"Dice Mc Whimney que la Medicina Familiar es parte del proceso por el cual la medicina misma se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad. El compromiso de la Medicina Familiar es con la gente más que con el cuerpo de conocimientos y esto la distingue de las especialidades clásicas".

De esta manera se ha fortalecido "la aspiración de preparar un profesional capaz de proporcionar al público una atención médica en condiciones ideales: integral, continua, con una excelente relación médico-paciente, y considerando al individuo como parte de un entorno familiar y social".

Surge luego, tanto del sector profesional como de la sociedad misma, el requerimiento de recuperar una identificación y un compromiso bidireccional del paciente (y su familia) con el profesional, y encontramos:

MEDICO PERSONAL

La Comisión Nacional de Servicios de Salud Comunitaria definió a este profesional diciendo: "cada individuo debería tener un Médico Personal que sea el punto central para la integración y la continuidad de todos los servicios o de todo lo

relacionado con servicios médicos para su paciente. Dicho médico enfatizará la práctica de la Medicina Preventiva tanto a través de sus propios esfuerzos como en conjunto con los recursos sociales y de salud de la comunidad.

"Tendrá conciencia de los numerosos y variados factores sociales, emocionales y ambientales, que influyen en la salud del paciente y de su familia. Proporcionará, o dirigirá al paciente hacia, el servicio que mejor satisfaga sus necesidades. Su preocupación será por el paciente como un todo y su relación con el paciente debe ser continuada. Con el objeto de cumplir su papel coordinador, es esencial que toda la información pertinente a la salud sea canalizada a través de él sin tener en cuenta qué institución, agencia o individuo da u otorga el servicio. El tendrá conocimiento de, y acceso a, todos los recursos de salud de la comunidad —sociales, preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores— y los movilizará para el paciente".

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

La Comisión de Ciudadanos para la Educación Médica Graduada, se pronunció en un informe especial sobre el Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician), de esta manera: "muchos líderes del pensamiento médico han proclamado lo deseable que sería entrenar médicos que sean capaces y que quieran ofrecer cuidados médicos integrales de una calidad muy superior a la que era provista por el típico médico general del pasado. El médico que ellos conciben es conocedor, como otros médicos, de órganos, sistemas y técnicas, pero nunca olvida que los órganos y sistemas son partes de un ser humano total, que viven en un ámbito social complejo y que el diagnóstico o tratamiento de una parte, como si existiera en forma aislada, a menudo pasa por alto importantes factores causales y oportunidades terapéuticas".

"Una de las cualidades del médico que proporciona cuidados integrales es el complejo conocimiento de, y acceso a, la gama total de servicios médicos de la comunidad. Por lo tanto él puede llamar y obtener rápidamente las habilidades especiales de otros, cuando puedan ayudar a sus pacientes. Lo que se quiere son cuidados de la salud integrales y continuos, incluyendo no sólo el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad sino también su prevención y los cuidados de sostén y rehabilitadores que ayudan a una persona a mantenerse o a retornar al más alto nivel de salud física y mental y bienestar que pueda alcanzar. Ni el hospital, ni cualquiera de los especialistas existentes, está preparado o es capaz de asumir esta responsabilidad integral y continua; y muy pocos de los actuales médicos generales están calificados para hacerlo. Es necesario un médico de clase diferente".

"Sugerimos que sea llamado Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician). El deberá estar usualmente primero, en el sentido del primer contacto. Servirá como recurso médico principal y como consejero para un individuo o una familia. Cuando un paciente necesite hospitalización, los servicios de especialistas, u otra asistencia médica o paramédica, el Médico de Atención Primaria vigilará que se hagan los arreglos necesarios, dando dicha responsabilidad a otros si ello fuera apropiado y reteniendo su propia responsabilidad en cuanto a la continuidad e integridad de la atención".

MEDICO DE FAMILIA

Un Comité ad-hoc sobre Educación para la Medicina Familiar, del Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Americana, en un informe cuya elaboración le demandó dos años de trabajo, definió al Médico de Familia de la siguiente manera:

"El Médico de Familia es aquel que:

1. Sirve como médico de primer contacto con el paciente y le provee un medio de entrada al sistema de cuidados de la salud;
2. Evalúa las necesidades de salud total del paciente, le provee cuidados médicos personales en uno o más campos de la medicina y refiere al paciente, cuando está indicado, hacia recursos apropiados de cuidados de salud, mientras conserva para sí la continuidad de dichos cuidados;
3. Asume la responsabilidad por la atención continua e integral del paciente y actúa como coordinador del equipo que le provee servicios de salud; y
4. Acepta la responsabilidad por el cuidado total del paciente dentro de su contexto ambiental, incluyendo la comunidad y la familia o una unidad social similar".

El médico de familia es un médico personal, orientado hacia el paciente total, que practica una medicina a la vez científica y humanística. Puede dar cuidados a un solo miembro de la familia, pero más a menudo lo hace para varios o todos los miembros.

El cuidado integral incluye servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de mantenimiento de la salud y referencias apropiadas de pacientes hacia los servicios especializados y de apoyo. Esto implica y exige una coordinación efectiva entre los médicos de varias especialidades y con el personal en los campos afines. También requiere una respuesta adecuada al paciente y su familia, sobre la naturaleza y la evolución de la enfermedad y sobre los servicios que se recomiendan y se proveen en el marco de las expectativas de los pacientes.

El Colegio Real Australiano de Médicos Generales define la práctica de la Medicina Familiar como:

"La provisión de cuidados primarios, continuos, tomando al paciente como un todo, a individuos, familias y comunidades". "Cuidado primario significa la habilidad de tomar una acción responsable sobre cualquier problema que el paciente presenta, forme parte o no de una relación médico-paciente en curso". "Cuidado continuo, significa la aplicación de los principios de la prevención, mantenimiento de la salud total del paciente y el manejo de los problemas personales.

"Cuidado integral significa la habilidad de tomar decisiones sobre los problemas de salud tal como afectan a la comunidad, familias e individuos en todos los grupos etarios y todos los sistemas corporales".

"Cuidado del paciente total significa consideración de la persona como un todo y de los factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen sobre la salud de las personas".

MEDICO GENERAL

"Médico General es el médico graduado que ofrece atención primaria, personal y continua a individuos, a familias y a una población determinada, sin tomar en cuenta edad, sexo o enfermedad. Lo

que realmente lo caracteriza es la síntesis de funciones. Atiende a sus pacientes en el consultorio o el domicilio y, a veces, en una clínica u hospital. Su objetivo central es hacer un diagnóstico precoz. En sus consideraciones acerca de la salud y la enfermedad deberá integrar los factores físicos, psicológicos y sociales. Como médico, deberá aceptar cualquier problema que se le presente. Se ocupará de la atención continua de sus pacientes con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales. Contacto prolongado significa que puede aprovechar distintas oportunidades para reunir la información necesaria a un ritmo adecuado para cada paciente y establecer con él una interrelación de confianza que le servirá en su actividad profesional. Su ejercicio profesional se hará con otros colegas, médicos y no médicos. El médico general debe saber cómo y cuándo aplicar tratamientos o medidas de prevención o educación que promuevan la salud de sus pacientes y familias. Reconocerá también que tiene una responsabilidad profesional ante la comunidad".

Y nos queda seguir transitando el camino iniciado unos pocos años atrás: Medicina Rural, Medicina general, Medicina Familiar, y qué vendrá luego: Medicina Integral, Medicina Total. No será el nombre, sino su contenido y su proyección sobre la salud de la comunidad la que determinará su validez.

"ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA FAMILIAR

La expresión Atención Primaria se ha visto muy publicitada en la década de los 70 debido a la preocupación de diversos organismos internacionales, a la cabeza de los cuales está la Organización Mundial de la Salud, por establecer una cobertura universal de servicios. Como resultado de esa preocupación cada país asumió el compromiso de lograr dicha cobertura para su propia población. Así nació el lema tan difundido de "Salud para todos el año 2.000".

La conferencia de Alma Ata, que se realizó en 1978, y a la que asistieron 134 países, expresó que la Atención Primaria es la estrategia mediante la cual debe lograrse la cobertura universal de servicios de salud. Es de hacer notar que la Declaración de Alma Ata tiende a preocuparse, como es lógico, más por la situación de los países en desarrollo que por la de los países desarrollados. Sin embargo, estos últimos también tienen serios problemas en el nivel de Atención Primaria, como se deduce de lo expuesto anteriormente, y han trabajado en este campo aunque con un enfoque diferente. Mientras en los países en desarrollo Atención Primaria tiende a ser proporcionada por Trabajadores de Salud, Personal Básico, Ayudante de Salud, Promotores, Auxiliares de Salud Rural, etc., los países desarrollados basan su Atención Primaria en el médico general o de familia.

La Atención Primaria tiende a constituirse hoy en el fundamento de todos los sistemas de Servicios de Salud a diferencia de la atención tradicional basada en el hospital, y representa una verdadera revolución en el concepto de Atención de la Salud que tendrá profundas implicancias sociales, presupuestarias, profesionales y educativas.

En el trabajo de Alpert y Charney se definió Atención Primaria como medicina del primer contacto, que asume la responsabilidad longitudinal del paciente prescindiendo de la presencia

o ausencia de enfermedad donde quien provee la atención funciona como un coordinador de los cuidados de salud para dicho paciente.

El énfasis puesto por los países en desarrollo en la Atención Primaria tiene su origen principal en la enorme presión social por la ampliación de la cobertura de Servicios Básicos de Salud. Pero es justo señalar también que la Atención Primaria significó la mayor transformación sufrida por los sistemas de Servicios de Salud en los países desarrollados durante las últimas dos décadas, aunque las razones en este caso son: la extrema deshumanización de la medicina de alta tecnología y el aumento ya insostenible de los costos. Estos factores son igualmente importantes para los países en desarrollo que pueden, y deben prevenir las distorsiones provocadas por los modelos de atención médica de los países desarrollados.

Donald Rice expresaba en el Simposio Internacional de Medicina General, Familiar y Comunitaria realizado en México en 1976, lo siguiente: "A los grupos de comunidades por ejemplo, les preocupa que mejore la disponibilidad y la accesibilidad de los Servicios de Salud de tipo ambulatorio. El público se queja de que la atención para la salud se ha vuelto fragmentaria y despersonalizada, demandando que los servicios sean proporcionados por médicos competentes, entrenados en la medicina moderna, pero que tengan la misma comprensión y cordialidad que caracterizaban al reverenciado médico de familia de años pasados".

Trabajos de John Fry en Inglaterra y Mario Chaves en América latina, permiten ordenar y aclarar conceptos en este campo amplio y aún confuso de la Atención Primaria de salud. Pueden diferenciarse tres componentes distintos, aunque complementarios, dentro de este nivel:

- Autocuidado
- Atención Primaria por Auxiliares.
- Atención Primaria por Médicos.

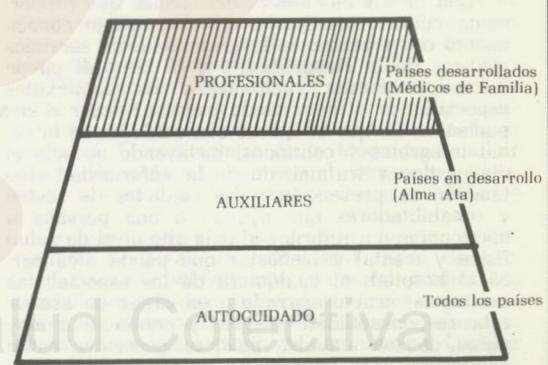


FIGURA 2. Tipos de Atención Primaria, según el recurso utilizado.

El nivel de Autocuidado existe siempre. Aunque ha sido menospreciado y desestimado adquiere cada vez más importancia. Baste pensar que los actuales problemas de salud de las sociedades desarrolladas, hipertensión, contaminación ambiental, obesidad, cáncer, tabaquismo y otras adicciones, etc., sólo serán controladas con cambios en los comportamientos individuales y co-

lectivos. Recordemos que en el trabajo de Kerr White, de 750 personas adultas con algún problema de salud, 500 no consultaron al médico.

El nivel de Atención Primaria a cargo de auxiliares, es característico de los países en desarrollo, con escaso recurso humano capacitado, que deben entrenar a personal de la comunidad, en cortos períodos, para ofrecer a las poblaciones generalmente rurales servicios elementales o básicos de salud. Esto corresponde a la doctrina de Alma Ata.

La Atención Primaria a cargo de profesionales responde al esquema desarrollado en los países más avanzados, donde se pretende para ese nivel, servicios de alta calidad. Son proporcionados allí por el médico general o el médico de familia.

La expresión Atención Primaria. Ese es, también, uno de los conceptos esenciales de la Medicina Familiar, ya que un médico de familia bien formado es responsable de la atención del paciente en forma total y permanente, incluyendo su seguimiento cuando es referido a diferentes especialistas o a servicios más complejos.

Una de las confusiones más corrientes se refiere al significado de los niveles de atención de la salud: Primario, Secundario y Terciario; representados en una pirámide y ubicados de abajo hacia arriba, según grados crecientes de complejidad, correspondiendo el vértice a los hospitales altamente especializados y de compleja tecnología. Los médicos y administradores no escapan a la influencia de ciertos símbolos y estereotipos

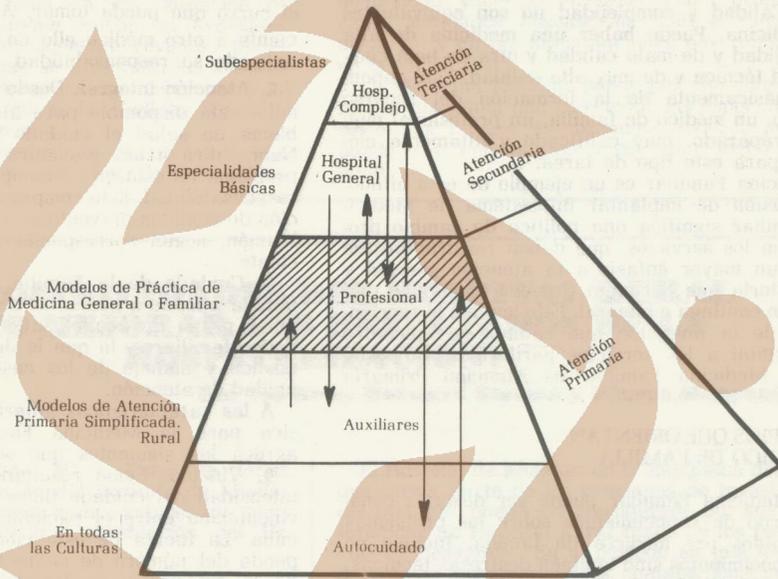


FIGURA 3: Pirámide de 5 niveles, tomando en cuenta los distintos tipos de Atención Primaria, dentro del Sistema de Atención de la Salud.

Cuando uno inserta este esquema de la Atención Primaria en la clásica pirámide de 3 niveles, que representa la organización de un Sistema de Servicios de Salud, aquella se transforma en una pirámide de 5 niveles y la interfase de la Atención Primaria con la Secundaria y Terciaria, está dada por el subnivel profesional de la primera.

ERRORES CONCEPTUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es útil aclarar algunos conceptos erróneos que se manejan comúnmente en relación a la Atención Primaria. Atención Primaria es la traducción de la expresión inglesa Primary Care. En general se interpreta primaria como "primera", lo que implicaría que necesariamente debe haber una segunda o tercera atención; otros la consideran como atención de primer contacto. Sin embargo, tanto en español como en inglés, primario quiere decir fundamental y este es el sentido que se debe dar a

y esta pirámide es interpretada casi siempre como una especie de Organigrama jerárquico, de donde lo que está en la parte superior es más importante que lo que está en la parte inferior. Esto es falso, porque la persona que está en el primer nivel, un médico de familia, que da Atención Primaria de la Salud en la forma que se pretende, asumiendo la responsabilidad total, continua e integral del grupo a su cargo, puede obtener tantas satisfacciones científicas como aquél que sólo practica la cirugía de oído o de pulmón, y además, la gratificación humana y social que caracteriza a este tipo de ejercicio profesional. El reconocimiento de la comunidad para la clase de cuidados que recibe en la Atención Primaria debe ser al menos igual que el que proporciona a los cuidados de 2do. y 3er. nivel. La Atención Primaria debe llegar a tener tanto atractivo para el profesional como una especialidad que se abraza para toda la vida. De lo contrario se corre el riesgo de que el joven que se inicia en la Medicina Familiar o General lo tome como sucede

en muchos países, como una etapa transitoria en su camino hacia la Neurocirugía, la Gastroenterología, etc., porque estas le dan más estatus científico y social. Esta situación constituye una de las distorsiones más serias en cuanto a los conceptos y valores que se manejan en la organización de la medicina actual. Es más difícil, está demostrado, hace una buena Medicina Familiar que manejar con mucha propiedad tres o cuatro técnicas y un cuerpo de conocimientos de un segmento muy estrecho de la medicina.

Otro error conceptual muy corriente es considerar que lo más complejo es lo mejor mientras que todos sabemos que la latrogenia, los efectos secundarios y los riesgos no siempre indispensables a que se someten los enfermos, son mayores en un medio altamente tecnificado y superespecializado. Calidad y complejidad no son equivalentes en medicina. Puede haber una medicina de alta complejidad y de mala calidad y otra de baja complejidad y de muy alta calidad. Esto dependerá básicamente de la formación del recurso humano, un médico de familia, un profesional muy bien preparado, muy calificado y altamente motivado para este tipo de tarea.

Medicina Familiar es un ejemplo de esto último. La decisión de implantar un sistema de Medicina Familiar significa una política de cambio profundo en los servicios, que deben reestructurarse dando un mayor énfasis a la atención general y ambulatoria que permitan proveer al público una atención continua e integral. Esto implica la reorientación de la inversión que cambia su epicentro del hospital a los servicios periféricos. Un sistema de Medicina Familiar es Atención Primaria de la más alta calidad."

"PRINCIPIOS QUE ORIENTAN AL MEDICO DE FAMILIA

La Medicina Familiar puede ser descrita como un cuerpo de conocimientos sobre los problemas encontrados por médicos de familia. Incluye no sólo conocimientos sino también destrezas técnicas.

Según Mc Whinney pueden identificarse nueve principios que gobiernan las acciones del médico de familia.

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un determinado cuerpo de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.

2. El médico de familia aspira a comprender el entorno de la enfermedad.

3. El médico de familia ve cada contacto con su paciente como una oportunidad para la prevención y la educación sanitaria.

4. El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo. A diferencia de los clínicos que piensan habitualmente en términos de pacientes individuales más que en grupos de población, el médico de familia debe pensar en términos de ambos.

5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una red de servicios de salud que lo apoyan a través de toda la comunidad. Esta red puede ser oficial, no oficial, formal e informal.

6. El médico de familia debe compartir, en lo posible, el mismo ambiente de sus pacientes.

7. El médico de familia ve a sus pacientes en el consultorio, en sus casas ó en el hospital. La proporción de tiempo que dedica a cada una de estas facilidades varía según el país, el sistema, la región, etc.

8. El médico de familia da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.

9. El médico de familia es un gerente de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto debe ser capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión de sus pacientes al hospital, usar investigaciones, prescribir, tratar y referirlos a especialistas.

CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

1. Continuidad del cuidado. Ha sido identificado desde el principio como un elemento crucial en la práctica de la Medicina Familiar. No es sólo una cuestión de duración. La continuidad en la práctica de la Medicina Familiar es una responsabilidad inquebrantable de estar disponible por cualquier problema de salud, hasta el final, cualquiera sea el curso que pueda tomar. Aunque refiera el paciente a otro médico ello no implica que haya finalizado su responsabilidad.

2. Atención integral. Desde que el médico de familia está disponible para atender cualquier problema de salud el cuidado provisto es integral. Nunca dirá a sus pacientes: "lo siento, pero su problema no está en mi campo" finalizando así su responsabilidad. Esto comprende también la aplicación de medidas preventivas, curativas y de rehabilitación, según corresponda al problema del paciente.

3. Cuidado de la Familia. Como el médico de familia atiende a pacientes de ambos sexos y cualquier grupo de edades, atiende de hecho a unidades familiares, lo que le da ventaja en el diagnóstico y manejo de los casos. La familia es la unidad de atención.

A las características anteriores que son ya clásica para la Medicina Familiar, Mc Whinney agrega las siguientes que son muy importantes:

4. Vínculo. Como resultado de la duración e intensidad del cuidado tiene lugar un proceso de vinculación entre el paciente, el médico y la familia. La fuerza de este vínculo es variable, depende del número de contactos y de la duración de la relación y se fortalece con ciertos tipos de cuidados, por ejemplo: atender el embarazo y el parto; ayudar a la familia cuando atraviesa una crisis; atender al paciente en su propio hogar o cuidar al paciente y su familia durante una enfermedad terminal.

5. Conocimiento acumulativo de los pacientes. El cuidado continuo e integral de los pacientes y sus familias permite construir, pieza por pieza, un acervo de conocimientos que constituye uno de los más preciosos activos del médico de familia.

La mayor parte de los autores coinciden en que hay algunas habilidades que pueden ser consideradas como específicas de la Medicina Familiar:

—El manejo de problemas indiferenciados en el contexto de una relación continua y personal con los individuos y las familias.

—La identificación de riesgo y de las precoces y ligeras desviaciones de la normalidad en pacientes que son conocidos del médico.

—Uno de la relación médico-paciente como uno de los recursos terapéuticos más importantes para maximizar la efectividad de todos los tipos de terapia.

Manejo de recursos de la comunidad y del sistema de salud para beneficio de los pacientes, lo que incluye las habilidades para el manejo de la consulta y la referencia.

—Manejo de la historia clínica orientada a

problemas, lo que se correlaciona con el uso de la Clasificación de Problemas de Salud de Atención Primaria."

LA PREGUNTA: ¿MODA, ESPECIALIDAD,
O LO DE SIEMPRE?

"Algunos señalan con certeza que la Medicina Familiar ha ganado en el ámbito oficial la categoría de especialidad. Sin embargo por sus características propias, principalmente su horizontalidad, subsisten recelos, dudas, críticas y controversias, que son más acentuadas en el ámbito académico.

Por ser una disciplina que tiene sólo 12 años de existencia su acervo bibliográfico, pedagógico y de investigación se halla en una situación de pleno crecimiento. Aunque mucho ha avanzado, ya que hoy podemos encontrar revistas, textos y foros científicos donde se presentan los avances investigativos y docentes, se sigue adversando el carácter de especialidad de la Medicina Familiar y aún su propia existencia.

Algunos autores piensan que discutir si la Medicina Familiar, por ser una forma de la Medicina

General, es o no una especialidad es bizantino, ya que se trata de un problema semántico entre los conceptos de "general" y "especial". Pero lo que se debe reconocer es la necesidad de preparar a este nuevo tipo de generalista en el postgrado. Ser un médico altamente eficiente en Atención Primaria requiere la adquisición de habilidades y la internalización de experiencias educativas que no se pueden dar en el pregrado.

La Medicina Familiar puede ser un modelo para la MEDICINA trascendiendo los límites defensivos de las especialidades. Más aún, la Medicina Familiar retoma el problema filosófico del sufrimiento humano como foco de la medicina sin sentirse compelida a reducir el concepto de sufrimiento al de dolor físico. El sujeto mismo de la Medicina Familiar es más la vida y menos la enfermedad. Su legitimidad yace no en tener como propias algunas entidades nosológicas, sino en su visión universal y en las interrelaciones que reintroduce en la MEDICINA.

La Medicina Familiar puede por ello considerarse una disciplina que trasciende las especialidades según las integra en un nuevo todo, y por ello puede ser considerada como una metaespecialidad".

LAS POSIBILIDADES DEL HOSPITAL RURAL COMO MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA HOSPITALIZACION?

Por los Dres. Bernard Storme y Pierre Mercenier

Documento de trabajo N° 1, Tema de Salud, y Comunidad, publicación del Instituto de Medicina Tropical de Antwerpen; ambos autores son parte del staff de este Instituto, traducción del Dr. Alfredo G. ZURITA.

INTRODUCCION: En los países en vías de desarrollo, cada sector de actividad está confrontado a la necesidad de hacer frente a grandes necesidades por medio de recursos limitados. El sector Salud no escapa a la regla.

En general, la formación que recibe el médico no lo prepara a esta austera realidad. El funcionamiento de los servicios universitarios le enseña a fiarse más de una batería de exámenes de laboratorio que de la clínica, a utilizar los medicamentos más recientes o a consultar con el especialista a la menor dificultad.

Fuera de algunos grandes centros, tal práctica es imposible. Los hospitales rurales tienen servicios de apoyo modestamente equipados, deben atender a un gran número de personas con un Vademecum reducido de medicamentos y casi sin ayuda de especialistas.

Quiere decir esto que no puede hacerse buena medicina? Los médicos que trabajan en estos lugares tienen frecuentemente la impresión de que si pudieran disponer de medios más sofisticados curarían un porcentaje mayor de enfermos. La opinión pública es del mismo parecer. Es esto realmente así?

Para plantear la discusión sobre bases concretas, examinaremos los resultados de la hospitalización en un hospital rural y trataremos de identificar las condiciones requeridas para mejorar estos resultados.

El Hospital de Kasongo en la República del Zaire, que forma parte de los proyectos de investigación del Instituto; puede ser considerado por sus características un Hospital Rural típico de los países en vías de desarrollo. En el período en que los datos del estudio fueron recogidos, contaba con 4 médicos; dos para la atención de los pacientes y dos para los proyectos de investigación en desarrollo. El personal de Enfermería estaba compuesto por auxiliares de enfermería graduados hacía mucho tiempo*. El reclutamiento de personal joven y más calificado no era aún posible.

El Hospital tiene un quirófano equipado para las intervenciones abdominales corrientes (cesáreas, hernias, etc.). La internación está separada en niños, adultos y maternidad; en esta última hay una ventosa extractora. Hay un aparato de rayos, en el que pueden hacerse placas, pero no pueden hacerse radioscopías, y un Laboratorio sobreequipado, teniendo en cuenta el nivel del personal disponible que no hace más que exámenes corrientes. Los medicamentos son provistos por el estado. Los pacientes son tratados en lo posible ambulatoriamente y las internaciones limitadas a los casos que necesiten una atención imposible de dar fuera del Hospital.

Este hospital puede ser considerado por lo tanto como bastante típico de un hospital rural.

METODO: Todas las Historias Clínicas de los pacientes egresados han sido codificadas desde el punto de vista del resultado de la hospitalización. Las Historias de los pacientes no curados o muertos han sido presentadas y discutidas cada semana en comité por los 4 médicos que se encontraban en el lugar, con el objetivo de poner en evidencia las dificultades encontradas y las condiciones que

habrían sido necesarias para mejorar el resultado de la hospitalización: equipamiento, medicamentos, intervención de un especialista, mayor comprensión de ciertos problemas por la población que llevará a la colaboración, etc.

Los enfermos han sido clasificados en las siguientes categorías:

1) Un mejor resultado no era posible. El estado del enfermo o la naturaleza de su mal no permitiría ninguna esperanza de curación o mejoría, aún en las condiciones técnicas que existen en un hospital de un país desarrollado (ej.: cáncer, cirrosis, cardiopatías congénitas).

2) Un mejor resultado hubiese sido posible pero faltaban elementos que los médicos del lugar sabían manejar.

3) Un mejor resultado hubiese sido posible si hubiese intervenido un especialista (ej.: un cirujano formado para intervenciones sobre el sistema genitourinario para reparar fistulas vesico-vaginales).

4) Un mejor resultado hubiese sido posible si el hospital estuviese mejor organizado: un defecto de organización de enfermería, de la guardia, de la relación entre los servicios, ha impedido que el paciente se beneficie de todas las posibilidades del hospital.

5) Un mejor resultado hubiese sido posible si, con una colaboración más grande de la gente, el equipo local con sus medios, hubiese podido hacer algo (ej.: la familia rechaza dar sangre o rechaza el tratamiento propuesto).

6) Varios de estos factores han actuado.

7) Es imposible decir si se hubiese obtenido un mejor resultado ni cómo (ej.: muerte al ingreso, muerte inesperada en el curso de una evolución favorable, problema de salud de causa inesperada).

RESULTADOS: Las Historias Clínicas de 3.213 hospitalizaciones realizadas durante el año 1972 fueron analizadas. Entre estos enfermos 606 (18,9% no curaron o murieron). Para 295 de estos (48,7%) pareció imposible un mejor resultado. Para los otros 311 (51,3%) un mejor resultado. Pareció imposible. Las condiciones requeridas para mejores resultados fueron las siguientes:

—en 77 casos: colaboración de la población.

—en 36 casos: equipamiento hospitalario u otros elementos

—en 45 casos: organización del hospital

—en 36 casos: presencia de especialistas.

—en 25 casos: factores asociados

—en 92 casos: factores indeterminables

Es necesario acotar que los requerimientos de equipamiento y elementos mencionan: corticoides, sustancias de contraste para la radiografía de vías urinarias y diversos exámenes de laboratorio. Los casos en que la presencia de un especialista hubiese sido necesario se reparten entre las siguientes disciplinas: anestesia, reanimación, medicina interna, cardiólogo, ORL, urología, cirugía torácica, oftalmología, terapia intensiva.

DISCUSIÓN: El objetivo de esta recolección de datos no era de hacer la evaluación de los problemas de salud de la población, sino de descubrir las lagunas de un servicio que funciona en condiciones definidas, y ver como ellas podrían ser mejoradas.

En esta óptica que nos hemos interesado nada más que a los 311 casos no mejorados que no eran incurables.

Desde el punto de vista metodológico, la reco-

lección de los datos da blanco a varias críticas; la clasificación no ha sido definida rigurosamente y la reproductibilidad del juicio del equipo no ha sido evaluada. De todos modos, el hecho de que la clasificación de cada una de las Historias sea el consenso resultante de una discusión abierta, nos parece suficiente para evitar errores de juicio demasiado groseros. Por otra parte los datos no están destinados a ser tratados estadísticamente sino a aclarar una situación.

La importancia de las inversiones necesarias para concretar las medidas planteadas nos permiten distinguir dos grupos:

—Un primer grupo en el que la inversión a hacer es reducido y que agrupa los casos para los que el mejoramiento del resultado demandaría un esfuerzo de organización del hospital; el establecimiento de contactos más fluidos con la población y algunos elementos. Estas medidas comprenden 158 de los 311 casos mejorables, es decir, 50,7%.

—Un segundo grupo en el que la inversión a hacer es importante y que está constituida por los casos en los que el mejoramiento de los resultados dependería de la presencia de especialistas: 36 de los 311 casos mejorables, es decir 11,6%.

La diferencia de rendimiento de estos dos tipos de inversión es notable. Debe remarcarse que el mejoramiento de la mayoría de los casos que nos interesan dependen de pequeñas inversiones, tales como una mejor organización de la guardia; la organización de un Banco de Sangre viviente y algunos elementos suplementarios.

La gran inversión necesaria para disponer de especialistas no habría producido efecto más que en el 11,6% de los casos mejorables y este 11,6% debe repartirse entre 8 disciplinas diferentes. Esto reduce a un nivel muy bajo el beneficio que cada una podría aportar.

Es seguro que, la presencia de especialistas habría aumentado la demanda para sus respectivas especialidades y consecuentemente el número de casos para los cuales se habría juzgado necesaria su presencia.

Admitamos aún que este aumento fuera suficiente para llevar el beneficio esperado del segundo grupo al nivel del primero: la relación costo-eficacia resta aún favorable al primer grupo.

Es por lo tanto evidente que la intervención de especialistas a este nivel de atención no sería eficiente actualmente. Además, la subutilización no podría ser más que perjudicial al mantenimiento de su calificación profesional.

CONCLUSIÓN: El hospital, tal como funciona, se ha revelado capaz de resolver la mayor parte de los problemas que se le plantean. La estructura de la patología encontrada, compuesta sobre todo por enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales permitía esperar este resultado. Estas enfermedades, en efecto no responden necesariamente menos bien a técnicas simples que a técnicas complejas. El mejoramiento de los resultados de la hospitalización depende sobre todo de factores de comunicación y de organización interna, que de la utilización de técnicas complejas y costosas. Esto muestra el rol importante que el médico generalista debe tener actualmente en la organización del hospital rural para que éste pueda cumplir más eficazmente su misión. Por lo tanto, en el estadio actual de los países en vías de desarrollo, donde cada sector de la economía reclama urgentemente un rendimiento máximo de los recursos humanos y financieros, podríamos preguntarnos si es necesario dar a la formación de médicos especialistas la gran prioridad que se cree generalmente necesaria, cuando se considera el débil impacto que se puede esperar sobre el mejoramiento de la atención en los hospitales rurales.

LA UNIDAD DE ATENCION

por el Asistente Social
Natalio Kisnerman

Las llamadas Ciencias de la Salud operan en un amplio sector de la realidad que comprende todos aquellos fenómenos, hechos o procesos, que incluyen al ser humano como unidad en interacción.

Los hombres con sus conductas, creencias, valores, esperanzas, confianzas, desconfianzas, temores, proyectos, afectos, acciones, resentimientos, configuran la unidad de atención de esas Ciencias de la Salud. Los hombres en sus múltiples roles sociales y sus interacciones con otros hombres. En esas interacciones precisamente se van configurando problemas interactuantes entre ellos y un medio, que contribuye o no a su pleno desarrollo, entendido éste como un proceso intenso, complejo y autosostenido de construcción de nuevas y mejores formas de existencia humana.

No se trata de hombres en estado natural, que son buenos y cuyas cualidades se pierden en la vida social, de manera que constituyen un tipo ideal, existiendo en sociedades primitivas en las que aparecen invariablemente puros. El hombre es naturaleza, pero como producto histórico de la sociedad en la que vive, transforma la naturaleza creando cultura a la vez que se transforma a sí mismo.

No se trata tampoco de hombres aislados, que asimilan con esfuerzo y gradualmente, la necesidad de relacionarse con otros por un instinto gregario. Los hombres son producto de las relaciones con otros hombres, por lo tanto producto social. El hombre aislado es un enfermo mental.

Asimismo no son hombres en abstracto, determinados por sí, separados de su medio o contexto. Los hombres no pueden ser comprendidos fuera de ese contexto.

Los hombres son parte de la naturaleza: la naturaleza humana, que es ser concreto, perteneciente a una determinada realidad y cultura; ser social, ya que en síntesis, cada hombre es el conjunto de relaciones sociales que ha establecido a lo largo de su vida como miembro de una familia, de una comunidad, de un grupo de trabajo, de una clase social, de un grupo étnico; ser histórico, producto de un desarrollo, el que depende de una compleja organización de la materia viva y es reflejo de una estructura social.

Viven en un medio ambiente, del que reciben estímulos fundamentales para la organización de sus cualidades psicológicas. No puede conocerse por pura reflexión ni por intuición, sino únicamente en la práctica, en la relación dialógica que establecemos con ellos. Y son el único ser

vivo que puede pensarse a sí mismo como objeto, crear cultura, prever, planificar sus actos, utilizar instrumentos para transformar la naturaleza y producir sus medios de subsistencia.

Individuo-grupo-comunidad no son entidades aisladas, sino una unidad. La problemática global de salud que afecta a un individuo, surge o afecta a su grupo familia y a otros grupos en los que éste interactúa. Y esos grupos configuran una comunidad, entendida ésta como un sistema de relaciones sociales que funcionan en un espacio definido e integrado en base a un conjunto de normas y valores compartidos.

Cuando un individuo demanda un servicio de salud, es porque tiene la percepción de su morbilidad. Según su medio y cultura, acudirá a la medicina científica, popular y/o folklórica. Acudirá llevando en sí, internalizados los cinco grupos de pertenencia a los que hemos aludido.

Su problema de salud, excede lo orgánico, ya que presenta además un componente psicológico y un componente social. Sólo una atención personalizada puede verificar y comprender el interjuego entre éstos tres componentes de la enfermedad, precisar un diagnóstico y arbitrar un tratamiento que más que a un enfermo tenga en cuenta la persona total. Diagnóstico y tratamiento deberían surgir siempre de una mutua interacción entre paciente y agentes de salud, en la que aquél aporte su persona, su mundo interno-externo y éstos, su conocimiento científico para penetrar en ese mundo, develarlo, interpretarlo.

El diagnóstico debería traducirse en una serie de posibles alternativas operativas, para que el paciente identifique la mejor y más factible y viable de cumplir.

Relación personalizada significa por lo tanto, encuentro; un vínculo entre dos o más personas y un reencuentro con un mundo, con una cultura, con otras personas que viven en cada uno de nosotros. Un encuentro intencional de recuperar salud o de transformar enfermedad en salud. Un encuentro que implica en los agentes de salud una tarea de enseñanza-aprendizaje, de enseñar a pensar para hacer y hacer para conocer más y mejor. Una tarea en la que es necesario observar, escuchar, callarse para que el otro hable y tener una identificación empática. Una tarea que exige no quedarse en aparente sino penetrar en la esencia que es todo hombre. Un encuentro de hombres, unos asumiendo el atributo de su enfermedad, otros el de una idoneidad profesional para enfrentarla.

NOTAS SOBRE MEDICINA FOLKLORICA

Miguel Angel González

La medicina folklórica es el conjunto de prácticas de intención médica vulgarmente conocidas con el nombre de curanderismo. ¿Quiénes ejercen este tipo de medicina? Por regla general, personas muy vinculadas con la tradición del lugar donde se encuentran y que combinan habilidades de tipo clínico, tratamientos empíricos y rituales y ciertos sentimientos de piedad e integridad que confirmen la naturaleza paranatural de su trabajo, según Ari Kiev.

No hay que confundirla con la medicina popular, que se integra con la divulgación, la ilustración de los aspectos profilácticos, el control sanitario, etc. a nivel comprensivo del público en general; tampoco con la medicina casera en la que se incluye la atención de casos leves en el seno del hogar ni con la medicina supersticiosa, que es la que se practica por medio de medallas o estampitas de santos, si bien, como antes anotamos, incluye un alto sentido de legitimidad logrando en relación a Dios en términos de fatalismo.

Hay muchos tipos de médicos folklóricos, tantos como metodologías para acceder al rol, casi siempre reducidas al manejo de problemas somáticos, psíquicos o situacionales: el charlatán, el terapeuta empirista, el quirólogo, el curandero, que injertan en sus prácticas muchos principios de la tradición local o traída de otras regiones.

En la República Argentina la medicina folklórica se integra con elementos propios de la medicina europea clásica, llegada a España con los árabes; también influyen los llamados sistemas curativos universales que se difundieron a través de las revistas de principios de siglo, como las panaceas de los doctores Graham, Leroy, Andreu. El aporte de las sociedades indígenas está además, presente como consecuencia de los fenómenos del contacto cultural.

El Programa de Psiquiatría Social de la Universidad de Cornell, inserta en lo que llama subcultura de la transición, este tipo de fenómenos. Si quisieramos tipificar rápidamente estos roles tan prestigiados en diferentes partes del mundo del subdesarrollo, podríamos anotar los siguientes:

1) el médico-hechicero o shaman, que actúa en la realidad etnográfica pura; 2) el herbolario, especialista en el conocimiento de las virtudes de los yuyos; 3) el acertador, que ubica los trastornos, por ej., del hígado, la matriz, el estómago; 4) los curadores de daños o sustos; 5) los manosantas, que curan por imposición de sus manos en los lugares o zonas afectadas del cuerpo; 6) los saludadores, que curan con la saliva y el pabito y 7) los curanderos propiamente dichos, a quienes Mantegazza llama ministros de la medicina del

pueblo, profesionales policlínicos, que sirven para todo.

El arsenal de los curanderos se integra con bebidas de base vegetal, untos y pomadas, remedios coprológicos y cierta preocupación mágica. Los hay especializados en quebraduras o zafaduras (fracturas o luxaciones) y olvidaba anotar a los analógicos, aquellos que tienen conocimiento de que alguna persona curó con determinado remedio y lo creen bueno para otra persona que sufre parecidos males.

Los que practican la medicina folklórica y sus pacientes suelen tener ideas muy particulares sobre el cuerpo humano; creen que es una cavidad rodeada de carne y huesos, que por dentro está llena de sangre y donde ubican el cerebro, los pulmones, la barriga, las tripas y la vejiga. Si estos se "descolocan", o sea, cambian de lugar, se origina la enfermedad contra la que comienza la lucha de estas prácticas a veces exitosas y otras con pérdida del control de los síntomas.

En el área mapuche, que comprende las provincias del Neuquén, Río Negro, La Pampa y Chubut en términos generales, los indígenas tienen una palabra —molgueln— que significa salud.

Viene de mon, verbo intransitivo que participa la idea de fecundar, fertilizar y sus derivados fértil, fecundo. Todas las palabras derivadas de mon indican relación con sustento, comida, parentesco incluyendo en este último caso las mamas de las mujeres, la existencia y la vida, que se manifiesta, en el espíritu ¿y dónde la manifestación de la vida y de su espíritu? en el brillo de los ojos. En consecuencia, si alguien tiene los ojos opacos no está sano, porque el espíritu está ausente: se trata de un cuerpo enfermo, que puede morir. En esta situación sociocultural, toda práctica de medicina folklórica tratará de hacer regresar el espíritu al cuerpo enfermo.

En cuanto a las prácticas terapéuticas, se pueden agrupar en tres categorías: a) las que se fundan en conocimientos empíricos o que reflejan la medicina oficial, como el uso de analgésicos típicos; b) mágico-animista; c) de tipo religioso-supersticioso. En el primer caso, las terapias se mueven en el campo del arsenal herborístico. En el segundo, en la fuerza de la palabra y en el tercero, en la interacción de los santos popularizados cuya potencia llega a alcanzar límites esquizofrénicos y hasta políticos, como lo revela el reciente hurto de los restos de Santa Lucía, en Italia.

En investigaciones practicadas en la provincia de Río Negro, los pobladores de zonas marginales son susceptibles de aceptar que la medicina folklórica relaciona cultura con enfermedad y salud. Entre las enfermedades que a su juicio son

mejor tratadas por el médico folklórico o curandero, que por el médico oficial figuran: tuberculosis, tos convulsa, sarampión, culebrilla, paperas, parásitos, sarnilla, cáncer, asma, enfermedad psíquica, sugestión, trastornos del cerebro, dolor de oído, enfermedad del corazón, várices, resfrío, gripe, bronquitis, enfermedad del pecho, dolor de muelas, dolor de estómago, trastornos gastrointestinales, empacho, apéndice, hernia, diarrea, dolor de riñones, enfermedad del parto, verrugas, lunares, eczema, callos, reuma, dolores en el cuerpo, hemorragia nasal, tos, dolor de garganta, dolor de vientre, dolor de huesos, fiebre, dolor de cabeza, malestares pasajeros, fracturas, luxaciones, torceduras, esguinces, golpes de aire, mal de ojo, caída de la paletilla, daño y mal de madre.

Un listado suficientemente importante como para que el profesional de la medicina oficial se tome el trabajo de compatibilizar su impersonalidad hospitalaria con estos aspectos de naturaleza cultural que no deben soslayarse; si una mujer, cualquier mujer tributa mes a mes sangre, miedo y posesión, es claro que quien la trate debe de atenerse a un consenso abarcador, como dice Néstor Homero Palma, que no siempre proporciona —casi nunca— la ciencia pura ni la aplicada cuando insatisfacen el subconsciente cultural. Y dejo este solo ejemplo para reflexión de quienes tienen el deber de saber, de conocer, pero fundamentalmente, de comprender los impulsos primordiales, las fuerzas fecundas, que como quieren los mapuches, subyacen en la existencia misma de la vida.

INFORMACION SOBRE LA CAPACITACION EN MEDICINA FAMILIAR

1°) La capacitación en Medicina de Familia tiene como propósito desarrollar en el médico generalista, conocimientos, destrezas y actitudes que le permitan brindar una atención médica de calidad a la familia y a cada uno de los individuos que la componen, en forma integral, continua y personalizada.

2°) Para llevar a cabo esta capacitación deberá implementarse un área piloto, que se convertirá en un Centro o Unidad de Atención Familiar.

Fue elegido a tal efecto el Centro de Salud de Colonia Confluencia. Para que este Centro de Salud se convierta en un Centro o Unidad de Atención Familiar, se deberá:

- a) Organizar la atención de medicina de familia.
- b) Reorganizar administrativamente el Centro.
- c) Capacitar a los profesionales.
- d) Adecuar la planta física.
- e) Orientar a la población sobre la atención de medicina de familia.

3°) La capacitación de los médicos generalistas en Medicina de Familia tiene un año de duración.

En el transcurso del mismo se completará su formación previa en:

- a) Revisión de la patología ambulatoria de mayor frecuencia.
- b) Estructura y dinámica de la familia.
- c) Relación médico-paciente.

- d) Ciencias de la Conducta
 - e) Administración Sanitaria.
 - f) Metodología de la Investigación.
 - g) Proceso de Enseñanza-Aprendizaje.
 - h) Historia Clínica Orientada a problemas.
- 4°) El aprendizaje teórico se hará fundamentalmente mediante cursos, talleres y reuniones bibliográficas. El tiempo destinado a ello será de 2 (dos) horas diarias.

Las actividades docente - asistenciales se realizarán en un 90% en el Centro de Colonia Confluencia, y un 10% en el Hospital Regional Neuquén.

5°) El responsable docente será un médico capacitado especialmente en el "Curso Internacional de Capacitación Docente en Medicina Familiar", que organiza la Universidad Nacional Autónoma de México.

Será secundado por un equipo asesor multidisciplinario compuesto por un clínico, pediatra, tocoginecólogo, cirujano, psiquiatra, sanitarista, sociólogo, asistente social, educador sanitario y técnico en saneamiento ambiental.

Subsecretaría de Salud. Dirección de Atención Médica - Departamento de Capacitación. Neuquén, 18 de setiembre de 1982.

NOTA DE REDACCION: Se recibió en los hospitales de la provincia, el día 20/9/82, junto con las bases para el concurso cerrado.

FRASES

En definitiva, hemos analizado un tipo especial de problema: la eficiencia humana.

Aunque tardamos en hacerlo, y sólo parcialmente llevarlo a cabo no lleva mucho tiempo.

Se puede examinar una dificultad desde un punto de vista distinto, y luego señalar un remedio que probablemente funcione.

Si analizan los obstáculos de la eficiencia sistemáticamente, quizá logren apreciar alguno de los problemas mayores desde una posición ventajosa y comprender por qué algunas de las soluciones tradicionales son tan inefectivas. Quizá encuentren nuevos métodos de reflexión y respuesta a

observaciones como estas: "Las muertes ocasionadas por el tránsito se pueden reducir por medio de la educación "Deberían los profesores querer enseñar mejor".

"Deberían los médicos querer trabajar en los barrios pobres".

"Debería la industria querer dejar de contaminar el ambiente".

"Deberían los niños querer aprender a respetar a sus padres".

Si cada uno de nosotros pudiera percibir más claramente la naturaleza de sólo UN PROBLEMA humano, importante, y poner todo su empeño en la solución ligada a la causa, probablemente lograríamos cambiar un poco al mundo.

Valdría la pena intentarlo.

Licenciado Eugenio Gimeno Balaguer

RELATO DE UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA EN DOS HOSPITALES GENERALES DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Dra. Marta Martins, jefe Servicio de Alcoholismo Hospital Neuquén

INTRODUCCION

Esta es una comunicación preliminar sobre la experiencia realizada por un equipo interdisciplinario para la asistencia del Alcoholismo en dos organizaciones hospitalarias de distintos niveles de complejidad y tecnificación.

Dirigida a una publicación que es patrimonio de los médicos de la Provincia, dimos por ello por conocidos muchos elementos que hacen a la descripción de ambas organizaciones. (En forma más detallada y ampliada, la vamos a exponer en un próximo Congreso).

Vamos a comentar las alternativas por las que atravesó nuestro equipo para implementar la tarea con un enfoque interdisciplinario y a intentar una interpretación de las mismas desde un análisis institucional.

Los Hospitales generales elegidos fueron el Hospital Regional Neuquén y el Hospital Bouquet Roldán, ambos en la ciudad de Neuquén.

El Equipo de Alcoholismo está constituido por un médico Psiquiatra y un Psicólogo con dedicación exclusiva y por un médico Clínico y un Asistente Social con dedicación parcial.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Se define como **alcohólico** a un paciente "que a partir de una dependencia física y/o psíquica por el alcohol, atenta contra su salud, el bienestar de su familia, su rendimiento laboral, la convivencia social y el ordenamiento jurídico" (1)

El alcoholismo es entonces una enfermedad que afecta al individuo, a la familia y a la comunidad.

Es también la gran toxicomanía nacional.

RELATO

Dadas las características de la patología en la que se ven tan claramente la alteración en las áreas ya clásicas descriptas por Bleger (mente-cuerpo y mundo externo) nos planteamos la necesidad de encarar la prevención y asistencia del alcoholismo con un enfoque interdisciplinario.

Me permití reflexionar si acaso todos los desequilibrios de la salud no debieran ser tratados con este encuadre.

El equipo de Alcoholismo nació en 1977 como grupo interdisciplinario porque se había visto que los pacientes alcohólicos que eran asistidos según la especialidad en que predominarían los síntomas tenían un alto índice de deserción y bajo de recuperación.

Es decir que entre consulta y consulta, se perdían en el camino o recaían.

A partir de 1980 y desde principios de 1981 me incluí como psiquiatra en este grupo, con dedicación exclusiva.

No obstante los "roles especializados" comprendimos desde un comienzo que el principal recurso terapéutico es el que brinda la Atención Primaria a nivel de la comunidad y actuando sobre la familia.

De ninguna manera ello implica renegar de los recursos de la especialización y que requieren

tecnología de difícil aplicación, no sólo para los casos que lo necesitan por su complicación, sino también para proceder al entrenamiento del efector primario.

Esas fueron nuestras líneas de trabajo: Profundizar nuestro conocimiento y mejorar nuestras técnicas para el tratamiento de la patología que nos ocupaba y dirigir ese conocimiento hacia los distintos niveles de complejidad del sistema de salud provincial.

Si intentamos una descripción institucional de los Hospitales donde hicimos la experiencia desde su inicio hasta el momento de realizar este relato, nos encontramos con un HOSPITAL REGIONAL altamente tecnificado, dentro de un Sistema de Salud estratificado.

Por su alta tecnificación ese hospital se encontraba organizado como un Sistema que habiendo alcanzado cierto equilibrio dinámico tiende a rigidizarse.

En el importante desarrollo de los Servicios que lo constituían, con actividades no sólo asistenciales sino también de Investigación y Docencia, se apoyaba el reconocimiento o status dentro de la institución hospitalaria.

Los grupos constitutivos de estos Servicios tenían gran cohesión en la que participaban no solo los vínculos afectivos de los miembros entre sí y con la tarea específica, sino el sentimiento de pertenencia, que los hacía partícipe a nivel individual de la valoración que en el nivel institucional tuviera el Servicio correspondiente.

Asimismo los canales de comunicación entre uno y otro Servicio estaban obstruidos a partir de un crecimiento espectacular.

Hasta hay una arquitectura que separa piso a piso los compartimientos y cuya comunicación espacial entre sí se establece a partir de escaleras (algo estrechas) y ascensores (que por sus múltiples usos a veces resultaban superados por la demanda). Las intercomunicaciones telefónicas y con el exterior son de tal densidad que también pueden observarse como obstruidas, sobre todo en los horarios de mayor actividad asistencial.

El Hospital Bouquet Roldán es un poco un Hospital que se "está haciendo", perdiendo sus características históricas de Hospital de Crónicos, para constituirse en un Hospital General que por encontrarse en una zona demográficamente muy densa, capte y resuelva la demanda originada en su zona de influencia.

En él se están realizando obras de ampliación mientras se van allegando recursos humanos y reestructurando las funciones y los objetivos.

Los recursos mencionados son en su mayoría generalistas o con determinada orientación en las Clínicas Básicas que se van integrando entre sí casi simultáneamente, al crecimiento de la edificación.

Traen una experiencia del interior provincial, que en razón de una modalidad asistencial y poblacional de la zona rural, les provée de un bagaje de experiencia como "Médicos de Familia", o si se quiere como "Expertos en Atención Primaria".

Es la historia de cada una de estas Instituciones y las vivencias de sus componentes lo que las

hacē diferentes, más allá de los "Niveles de Complejidad".

Es en un nivel particular del análisis, en el que se analizan las creencias, las escalas de valores o la ideología institucional, donde se marca la diferencia en cuanto a la mayor o menor resistencia al cambio que implica la inclusión de un Subsistema (la tarea interdisciplinaria) dentro de un Sistema Organizacional (el Hospital).

No es que en uno no existan Médicos Generalistas o en el otro Especialistas, es el predominio de una u otra actitud hacia la práctica médica lo que establece lo característico de cada Sistema Organizacional. Y también en el Status o reconocimiento que obtiene una modalidad u otra en el consenso institucional.

Por lo tanto ambas experiencias resultaron diferentes porque fueron insertas en dos estructuras hospitalarias diferentes, pero no sólo en su complejidad sino también por la historia, los objetivos institucionales y la composición de los grupos de trabajo.

Con respecto a la Tarea Interdisciplinaria en Alcoholismo ¿de qué criterios partía nuestro Equipo?:

- El alcoholismo es una enfermedad
- El alcohólico es un enfermo
- Están enfermos su cuerpo, su mente, sus vínculos.
- Está enferma la comunidad a la que pertenece.

Pero la Comunidad acepta el alcohol, por que está incorporado a su cultura. También porque hay razones que pasan por las costumbres pero asimismo por lo económico (y porque no por lo político) y se beba para festejar, o para hacer menos amargo un duelo, o como vano intento (porque en realidad no sirve) de combatir el hambre o el frío. No se tolera en cambio las consecuencias de una "cultura alcohólica". En la carrera alcohólica una persona pasa de bebedor social a bebedor excesivo, de aquí a alcohólico y luego al deterioro hepático, neurológico, psiquiátrico, social.

Entre la etiología del alcoholismo y su diagnóstico precoz (por lo general negados) y la gastritis, la polineuritis, el Korsakoff o la cirrosis (tratados según la especialidad), queda un ser humano definido como "alguien que atenta contra su salud, el bienestar de su familia, su rendimiento laboral, la convivencia social y el ordenamiento jurídico".

Puede ser que esto describa las consecuencias del alcoholismo en una persona, pero es como definir al portador de una TBC como "alguien que no se alimentó bien, ni se vacunó, vivió en condiciones pésimas de higiene, anda contagiando al prójimo y encima no rinde laboralmente".

Si, son descripciones pero, con una connotación de sanción.

Nos preguntábamos ¿qué cosas, en el alcohólico, determinaron esa dependencia psíquica y/o física?, qué hacía que su apatencia por el alcohol fuera más importante que sí mismo, su familia, su actividad útil o creativa, su sustento, su pertenencia a la comunidad?

Sólo podíamos buscar las respuestas intentando una lectura amplia del problema. Encontramos algunas a partir del enfoque interdisciplinario. Quedan muchas preguntas.

Para el abordaje terapéutico de las alteraciones psicopatológicas, nos propusimos una redistribución de las mismas, para que, por lo menos los más allegados o implicados en el proceso de alienación, se hicieran cargo de sus propios temores y ansiedades irracionales sin depositar ex-

clusivamente en el chivo emisario alcoholista.

Nuestro criterio de Salud Mental está vinculado al rescate de la identidad personal.

Esto, dentro de la familia, se puede conseguir a partir del replanteo de los roles, del análisis de los modelos de referencia sobre los que se construyeron las respectivas identidades y sobre todo, tratando de comprender su dinámica, respetando sus particularidades en la estructura de los vínculos que tienen que ver con las modalidades de vida de nuestro pueblo, sus valores, sus mitos, su folklore.

No intentando imponerles un modelo de Salud importado, por bueno que parezca, porque esa es una forma más, y muy eficaz, de colonización.

Así que tomamos nuestro arsenal científico (en su mayoría importado) y tratamos de usarlo desde una perspectiva distinta a la usual, a partir de una práctica con nuestros pacientes.

Y así aprendimos algunas cosas. En las reuniones grupales terapéuticas el rol del coordinador no se ejerció como un liderazgo formal, ya que siguiendo el esquema de Pichón Riviére sobre los liderazgos, el mismo fue asumido por quien más supiera de lo que se estaba tratando. Podía ser el paciente, el Psicólogo, el familiar, el Clínico.

No caímos (por suerte) en una de las principales distorsiones del quehacer intelectual, que en la creencia de que el paciente viene a escucharnos y no a decirnos, cae en la irrealidad de teorizar sobre las teorías, lo cual crea un universo narcisista, cerrado en sí mismo, donde se cambian algunas palabras para no cambiar las cosas.

Es estéril una competencia basada en haber sido el primero en leer en el Lancet o el Journal el resultado de la última experiencia realizada en una cepa particular, que nada tiene que ver con nuestra cepa criolla o "crisol de razas".

El prestigio de un profesional, que a través de la salud intenta reestablecer un desequilibrio vital, debería estar basado antes de la variedad de "lo que leyó", en la creación y el protagonismo de un modelo propio de interpretación de la realidad.

Veríamos que muchos brillos lo son por reflejo de estrellas lejanas.

Las alternativas de la implementación de una tarea asistencial a partir de un equipo interdisciplinario y de las premisas descriptas nos mostró que:

1) Que a mayor especialización en el enfoque asistencial de una organización hospitalaria, hay mayor rigidez en la aceptación de un enfoque interdisciplinario.

2) Que el estrechamiento de los canales de comunicación eran otra dificultad para su implementación.

3) Que el reconocimiento y aceptación de la tarea interdisciplinaria, se facilitó a partir de las interacciones personales del equipo con otros profesionales del Hospital Regional y que fue después que se logró el reconocimiento por el valor de la tarea en sí mismo, más allá de quienes la ejecutaban y aún así parcialmente.

4) Que en el Hospital de menor complejidad y de tecnología de aplicación más amplia, hubo un reconocimiento más rápido y completo de la necesidad y se facilitó la redistribución del recurso.

El grupo asistencial, constituido con generalistas y especialistas adquirió autonomía como grupo diferenciado de nuestro Equipo. Asimismo se legitimó la actividad desde la Organización Hospitalaria y a la misma se incluyeron recursos propios de ese Hospital.

5) La experiencia de un médico generalista en zona rural facilita el enfoque de una asistencia

dirigida hacia la familia y la comunidad, cualquiera sea la patología a tratar.

6) El abordaje de una patología como alteración en la trama constituida por los vínculos de los componentes del grupo familiar, encuentra mayor resistencia cuando en el consenso institucional se sobrevaloran los recursos técnicos más sofisticados, antes que una lectura integradora del desequilibrio.

7) En este momento la ciencia médica tiende a redescubrir la importancia del "Médico de la Familia". Este es un fenómeno que surge desde diferentes fuentes: Especializadas y de la Medicina General y en ambas Instituciones.

8) Podemos inferir que este replanteo es extensivo a toda la práctica médica en la Provincia.

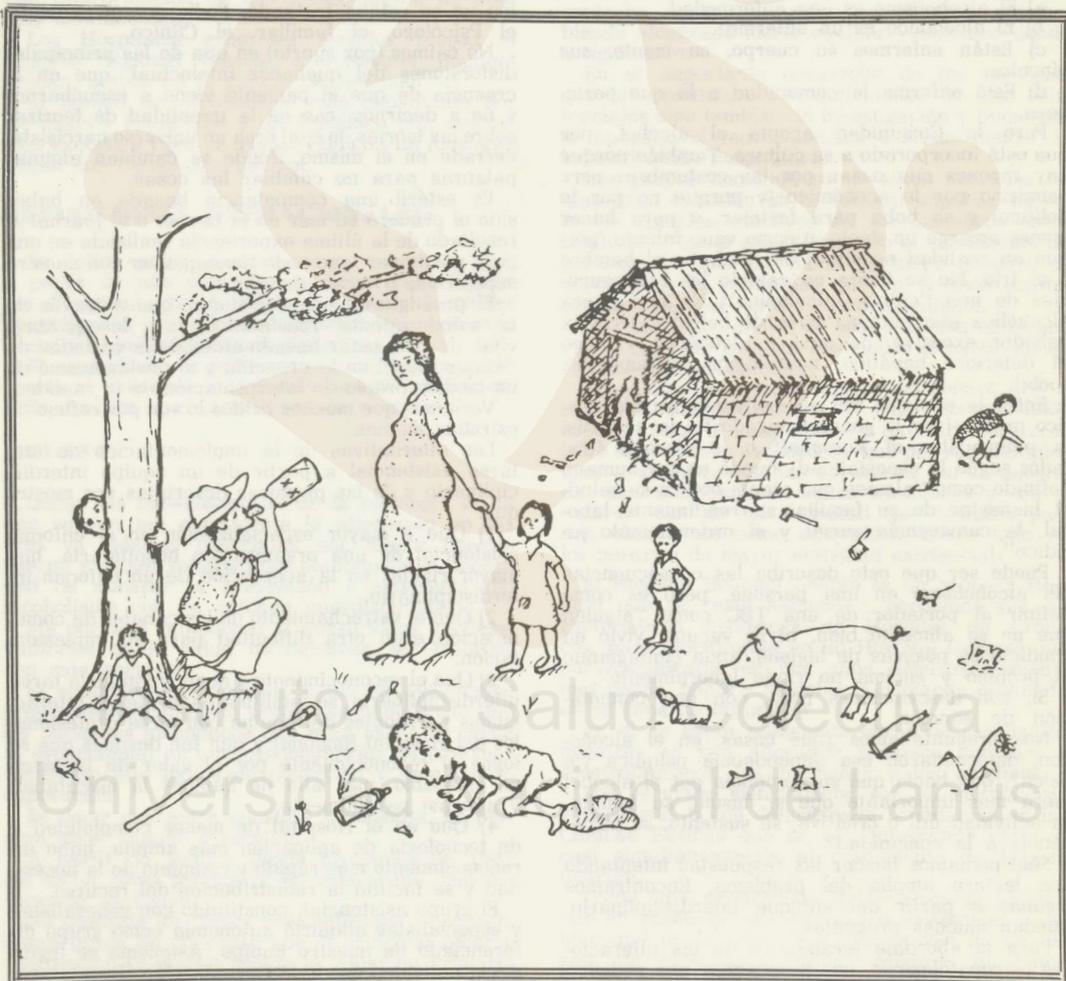
9) Es parte de una evolución hacia una síntesis totalizadora después de un periodo de super especialización y dictomización de la interpretación e intervención en el desequilibrio en salud.

10) La estructura familiar y vincular se incorpora como parte de la Semiología en Medicina.

11) Incluir en la lectura semiológica los elementos de una realidad social dada, es aún otro paso, tal vez el más difícil en la práctica, porque implica diagnóstico y tratamiento dirigidos hacia el individuo, la familia y la comunidad, lo cual requiere asumir un compromiso personal y social.

12) La colonización científica y el narcisismo profesional son obstáculos significativos para llegar a ello.

¡QUE FAMILIA!



RAZONES QUE IMPULSAN A LOS MEDICOS A ABANDONAR LA PRACTICA PRIMARIA

Ronald L. Crawford, Ph. D., y Regina C. McCormack, M.D.

La merma en el número de médicos que prestan atención primaria constituye uno de los elementos críticos de la actual escasez de estos profesionales, y se relaciona, por lo menos en parte, con la tendencia general hacia la especialización (1-6). (En la actualidad, menos del dos por ciento de los norteamericanos graduados en medicina ingresan a la práctica general; y la cantidad de clínicos y pediatras, algunos de los cuales limitan sus actividades a la enseñanza, la investigación, o una subespecialidad, no alcanza a compensar esta declinación (7). Sin embargo, son estos los tres campos que constituyen esencialmente la atención primaria). Entre los años 1963 y 1967 la proporción de médicos generales, clínicos y pediatras que atendían particularmente en Estados Unidos descendió del 52,6 al 49,1 por cada 100.000 habitantes (8,9).

(Este problema se hace aun más complejo a causa de la gran cantidad de médicos que abandonan la práctica de la atención primaria para dedicarse a carreras alternativas, que pueden ser más estimulantes y demandar menos sacrificio. Estos médicos, que antes se dedicaban intensamente a la atención personal directa, se desencantaron lo suficiente para invertir varios años posteriores de su vida en adquirir nueva capacidad profesional) (10).

Investigaciones previas a ésta han descrito muchos factores que inciden básicamente en la elección inicial de la carrera en medicina (11-13). Figuran entre ellos los antecedentes personales, las esperanzas profesionales, las consideraciones socioeconómicas, las influencias e identificaciones a lo largo del período de estudios en la facultad, y la creciente disponibilidad de alternativas atractivas. Es de imaginar que algunos de los factores

que disuaden a los médicos de iniciar carreras que forman parte de la práctica general también pueden intervenir en su decisión de abandonarlas.

Este estudio define un número de variables que se notaron en un grupo de médicos tomados como muestra y que, inicialmente, estaban en una de las tres áreas generales de práctica primaria y las abandonaron luego. La información puso de relieve características que los médicos encontraron desagradables o menos atractivas que lo que esperaban. La resolución de estos problemas es esencial, si se quieren ofrecer soluciones para mejorar la atención de la salud.

metodología

Por correo se enviaron cuestionarios a 89 médicos que residían en el estado de Virginia. Se sabía que se habían dedicado a la práctica privada, o a la función de clínicos o pediatras generales. Sus nombres y direcciones se obtuvieron de administradores hospitalarios, sociedades médicas, el Consejo de Salud y Atención Médica de Virginia, y de colegas. Los esfuerzos realizados para identificar a esos médicos se concentraron en Charlottesville, Norfolk, Winchester, Roanoke y Richmond, a pesar de que algunos se encontraron en otras zonas.

El cuestionario incluía ítems con elección múltiple, a fin de caracterizar a los encuestados y seleccionar aspectos profesionales, clínicos, sociales, económicos, de organización y administrativos, referentes a sus prácticas anteriores. Entre los ítems adicionales figuraban: la naturaleza de las comunidades donde se habían establecido, su vida familiar y social, y la satisfacción que

CUADRO I
CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS QUE ABANDONARON LA PRACTICA PRIMARIA EN VIRGINIA, EN 1970

	Cantidad	Por ciento
Edad, en el momento de abandonar		
30 años o menos	12	16
31-35	22	30
36-40	22	30
41-45	14	19
46 o más	3	4
Tipo de práctica anterior*		
Práctica general	67	93
Medicina interna	4	6
Pediatría	1	1
Número de años dedicados a la atención primaria		
0-2	16	22
3-6	25	34
7-10	18	25
11 o más	14	19
Ocupaciones de los padres de los encuestados		
Médico	8	11
Profesional de otro tipo	12	16
No profesional	53	73
Area de niñez*		
Ciudad	22	31
Suburbio	7	10
Pueblo pequeño	28	39
Zona Rural	15	21

*Uno de los encuestados no contestó este ítem

extraían de la carrera que eligieron. Una última sección estaba compuesta de preguntas con fines manifiestos, a cerca de causas particulares de satisfacción o desagrado y de razones específicas para abandonar la práctica primaria.

Resultados

Setenta y tres médicos devolvieron los cuestionarios completos. Cinco se habían mudado, y no pudieron ser localizados después y uno había fallecido. Otros dos se negaron a participar, y ocho no reespondieron a dos cartas adicionales, lo que dio una tasa de respuesta del 82 por ciento. Los no residentes no difirieron de los otros, en lo que respecta a ubicación, edad, o especialidad anterior.

CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS

La mayoría de los médicos estudiados contaban alrededor de treinta años cuando abandonaron sus prácticas anteriores (Cuadro 1), a pesar de que casi una cuarta parte había pasado los cuarenta años cuando tomó esta resolución. Más de la mitad informaron haber tenido por lo menos un año de adiestramiento, además de un período como internos, y el 11 por ciento había completado todos los requisitos de residencia. Como era de esperar, la mayoría de los encuestados se dedicaban antes a la práctica general. Muchos se consagraron a ella durante cinco o más años, antes de abandonarla, y sólo el 22 por ciento había practicado menos de tres años. No hubo pruebas que sugirieran que algunos hubiesen encontrado deficiencias profesionales o una falta de éxito que los obligara a cambiar su campo de acción. Sólo uno se refirió a su incapacidad para crear una práctica que colmara sus aspiraciones.

Aún cuando la mayoría de los graduados en las facultades de medicina de Estados Unidos pertenecen a familias encabezadas por médicos u otros profesionales, y que, en amplia medida, viven en áreas metropolitanas o suburbanas, entre los estudiados aquí predominan aquellos que vienen de pueblos pequeños o medios rurales (14-15). Además, menos de la tercera parte de estos encuestados eran hijos de médico o de otro tipo de profesional.

CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD

En general, los encuestados refiriéndose a la vida social, las escuelas, los compañeros de sus hijos, el radio comercial, los servicios diarios de las comunidades en las que ejercían su práctica, las describieron como adecuadas o mejor que eso. Solo dos informaron que sus esposas se habían quejado seriamente de las comunidades en las que vivían antes. Una cantidad mucho mayor (58 por ciento) calificó de inadecuados a los recursos culturales y recreativos, y casi todos expresaron preocupación por la ausencia de vida privada cuando no trabajaban. Según era dable suponer, estas quejas fueron comunes sobre todo entre los

que ejercieron su práctica en pueblos pequeños o zonas rurales.

Apenas un poco más de la mitad opinó que el número de médicos de su área era insuficiente, a pesar de que no se pudo obtener información acerca de la razón exacta entre los médicos y la población.

MODELOS DE PRACTICA

Los encuestados se caracterizaban por prácticas con mucho trabajo, y de largas horas de duración. En el curso de una semana típica más de dos tercios trabajaban más de 60 horas; la mitad atendía en el consultorio dos o más días por la tarde; y la mayoría realizaba más de diez visitas a casas de pacientes. Informaron, casi por unanimidad, que trabajaban en el consultorio los días sábados, y 17 de los 73 encuestados atendían también los domingos. El treinta y seis por ciento atendía a más de 40 pacientes diarios, por añadidura, muchos encuestados se sentían oprimidos por un número excesivo de llamados telefónicos y exigencias irrazonables. También tenían dificultad en fijar con regularidad el tiempo que dedicarían al esparcimiento u otras actividades personales, y el 86 por ciento informó que, por lo general, se tomaban dos semanas o menos de vacaciones anuales.

Estos problemas de exceso de trabajo se debían a la forma en que organizaban sus prácticas, pues más de la mitad no cumplía un horario predeterminado, y la mayoría no utilizaba un servicio de respuestas telefónicas ni un sistema de citas para sus pacientes. Dos tercios trabajaban solos y muchos consideraron que tenían menos comunicación e intercambio profesional que lo aconsejable, a pesar de que era fácil conseguir consultas médicas.

La mayoría pudo obtener privilegios hospitalarios, pero el 21 por ciento tuvo cierta dificultad en lograrlos o practicaban en un área que carecía de hospital; y muchos se consideraban aislados, desde el punto de vista profesional. Con harta frecuencia, este sentimiento estaba ligado tanto al exceso de trabajo como a las barreras geográficas o de organización.

La mayoría de los encuestados estimaron que la renta que percibían de la práctica era más o menos lo que esperaban, o algo superior, pero que no guardaba proporción con el esfuerzo físico y emocional. En muchos casos, los encuestados participaban rutinariamente en reuniones de la Sociedad médica local, y el 65 por ciento sostuvo que asistía a una o más reuniones estatales o nacionales por año.

RAZONES QUE LOS IMPULSARON A ABANDONAR LA PRACTICA PRIMARIA

(La queja que se formuló con más insistencia fue el exceso de trabajo que los encuestados ha-

CUADRO 2

ACTIVIDAD ACTUAL DE LOS MEDICOS QUE ABANDONARON LA PRACTICA PRIMARIA EN VIRGINIA, EN 1970

	Cantidad	Por ciento
Psiquiatría	13	18
Anestesiología	11	15
Especialidades quirúrgicas	10	14
Medicina interna o pediatría	9	12
Radiología	9	12
Tiempo completo en la facultad o en la administración	8	11
Sala de urgencia	6	8
Salud pública o industria	5	7
Otros (alergia, medicina física)	2	3

bían debido afrontar. Por lo menos dos tercios adujeron que esta era la razón principal de su deserción). Desde luego que esto incluía no solo largas horas de labor, sino también la tensión física y emocional de sentirse constantemente atados por su profesión. A pesar de saber que satisfacían una imperiosa necesidad de la comunidad, y que sus prácticas les brindaban infinitas recompensas morales, esto no alcanzaba a contrabalancear los problemas que consignaron en sus respuestas.

Otro problema consistía en el apremio que la práctica primaria ejercía sobre ellos, al exigirles la aptitud de proporcionar un servicio de calidad. Otros mencionaron dificultades con el cobro de honorarios o una insatisfacción respecto de la comunidad. Ninguno citó el aburrimiento o la ausencia de desafíos como una causa del abandono.

Un importante motivo de preocupación era el de que ciertos pacientes se atendían con especialistas y dependían de los encuestados tan sólo en casos de urgencia durante la noche o los fines de semana, cuando no podían conseguir un especialista. Si bien la gran mayoría (93 por ciento) se sentía aceptada por los otros médicos, la mitad de los encuestados advertía una actitud despectiva hacia su papel frente a los profesionales que realizaban práctica de derivación o de consulta. Este también puede haber sido un factor que influyó en su decisión de cambiar de carrera.

POSTERIORES ELECCIONES DE CARRERAS

Se enumeran en el Cuadro 2 las actividades actuales o proyectadas de los encuestados. Las elecciones más populares fueron psiquiatría y anestesiología, pero cierto número de ellos se inició en subespecialidades quirúrgicas, tales como oftalmología u otorrinolaringología. Uno se dedicó a cirugía general. Seis tomaron puestos de tiempo completo como médicos adjuntos a salas de urgencia de hospitales, un campo que va adquiriendo importancia. En la mayoría de los casos, eligieron una nueva carrera que ofreciera una renta adecuada y el control de su tiempo.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA PRACTICA

Una sección final se ocupaba de la percepción que tenían los encuestadores acerca de las estrategias que se han propuesto para realzar la viabilidad y atracción de la práctica primaria. Las respuestas fueron sorprendentemente positivas en casi todos los aspectos (Cuadro 3). Aproximadamente la mitad opinó que un subsidio directo a la comunidad, o una garantía de

pago adelantado, aliviaría esta situación, y casi todos aceptaron la práctica de grupo. Dos tercios de los encuestados consideraron beneficioso el empleo de practicantes de enfermería o médicos ayudantes. Muchos pensaron que los programas de residencia en la práctica primaria mejorarían el rendimiento de médicos y elevarían la condición del practicante primario, mientras que cerca de tres cuartas partes pensaron que la asociación con estudiantes de medicina y personal administrativo tendría efectos beneficiosos generales.

Discusión

En gran medida, el éxodo de médicos del campo de la atención primaria parece ser el resultado de una serie de compromisos insatisfactorios que son comunes en este tipo de práctica. En general, los jóvenes médicos primarios deben ir creando su práctica bajo el auspicio de miembros individuales de comunidades. Como temen que la demanda inicial sea inadecuada, muchos recurren a medidas que más tarde se tornan contraproducentes. A menudo comienzan haciendo visitas a la casa de personas que fácilmente pueden acudir al médico, de manera que atienden en su consultorio durante las primeras horas de la noche y los fines de semana, y responden en forma indiscriminada a los llamados hechos fuera de hora. Cuando logran tener una buena cantidad de pacientes, quizás les resulta difícil retirar estos servicios. De modo análogo, los médicos tal vez encuentren que inicialmente es muy satisfactorio el hecho de colmar las esperanzas y demandas de los pacientes, proporcionándoles una atención personal que bien podría suministrarles una enfermera. Sin embargo, los pacientes acostumbrados a esperar esta dedicación se resisten con frecuencia a que se delegue la atención de rutina, no crítica, a personal paramédico; tampoco quieren sujetarse a un horario; o a otros intentos de sistematizar la relación médico-paciente. Como consecuencia de esto, muchos médicos se ven envueltos en una situación de la que se sienten incapaces de salir. Este proceso parece haber sido la característica más saliente de la experiencia de los encuestados.

Digno también de notar es el hecho de que estos médicos no tenían, o creían no tener, ningún lugar donde solicitar ayuda. Las organizaciones profesionales han hecho muy poco en ayuda de los médicos, a fin de que evitasen estas trampas o para ofrecerles asistencia o una consulta cuando se hallaban en dificultades. Hasta hace muy poco, las facultades de medicina pasaron virtualmente por alto la enseñanza de técnicas de adiestramiento y de un empleo eficiente del per-

CUADRO 3

MEDIDAS QUE LOS ENCUESTADOS CREYERON QUE PODIAN SER BENEFICIOSAS PARA ACRECENTAR UNA PRACTICA DE ATENCION PRIMARIA EN VIRGINIA, EN 1970

	Cantidad*	A favor de la medida Por ciento
Práctica de grupo	68 de 71	96
Programas de residencia en práctica primaria	55 de 68	81
Asociación con personal administrativo y estudiantes de medicina	51 de 69	74
Incentivos impositivos para los médicos que se dedican a la atención primaria	48 de 70	69
Practicantes de enfermería o médicos ayudantes	45 de 69	66
Pago adelantado o renta asegurada	32 de 66	49
Subsidio directo de la comunidad a la práctica	32 de 70	46

* Algunos de los encuestados no contestaron o dieron respuestas inaplicables

sonal paramédico y administrativo, u otras medidas para incrementar la eficiencia y efectividad profesional (16).

La Academia Norteamericana de Práctica General, que aparentemente ha reconocido estos problemas, desarrolló un plan de estudios para residentes que practican con familias, en el que incorporan aspectos tales como la práctica de grupo, el empleo de las comunicaciones modernas, sistemas de administración y archivo, una mayor utilización del personal paramédico, enfoques preventivos, y el adiestramiento en modelos de práctica de atención primaria (17). Estas medidas prometen acrecentar la capacidad y satisfacción de la práctica primaria, pero aún no se han puesto en disponibilidad para los médicos que se dedican actualmente a esa práctica.

A pesar de que los médicos particulares a menudo se oponen a cambios en la actual organización de la atención, los encuestados indicaron suma receptividad frente a las estrategias sugeridas para dar marcha atrás a la declinación de la práctica primaria. Al parecer, hoy por hoy el problema no radica tanto en convencer a los médicos de que acepten las innovaciones, sino en proporcionar practicantes enfermeros, una vinculación con centros médicos, o una fácil transición de la práctica individual a la práctica de grupo.

Quedó evidenciado que las nuevas carreras elegidas por los médicos que antes se dedicaban a la atención primaria fueron las más de las veces aquellas que les permitían un cierto grado de control de su tiempo y actividades. Aún en campos como el de la psiquiatría, donde continúa existiendo una íntima relación médico-paciente, rara vez se pide a estos profesionales que abandonen su casa en medio de la noche o que atiendan regularmente en los fines de semana. Es obvio que ciertas especialidades y subespecialidades ofre-

cen a sus miembros un sentido de seguridad y prestigio, por medio de un conocimiento integral de la materia. Esos campos ofrecen muchas funciones atractivas, con una identidad integrada y un lugar adecuado en el sistema médico. No hay duda de que estos subespecialistas son necesarios a sus colegas profesionales, quienes reconocen la importancia de sus servicios, y sus condiciones de trabajo y niveles de remuneración conducen a una práctica científica estimulante, así como también a una vida familiar adecuada con tiempo disponible para sus ocios. Quizá sea posible una repetición de estas ventajas en la atención primaria, pero habrá que realizar un esfuerzo extraordinario en todo el sistema correspondiente si éste ha de transformarse otra vez en un campo atractivo.

Sumario

Parte de la declinación de los recursos humanos dedicados a la atención primaria es atribuible a los médicos que abandonan este campo para consagrarse a una especialidad. Setenta y tres ex médicos generales, clínicos y pediatras, completaron cuestionarios relativos a las experiencias y razones que los indujeron a abandonar la práctica primaria. La decisión de cambiar de carrera fue producto de múltiples factores, entre ellos el exceso de trabajo, los enfoques no sistemáticos de la atención de pacientes, y la falta de disponibilidad de técnicas para acrecentar las capacidades de la práctica primaria, la creciente disponibilidad de caminos alternativos, que ofrecen gran prestigio, horas y trabajo controlados, y otras ventajas, también fue un factor que influyó en estas decisiones. Esta deserción se puede mitigar substancialmente, incluyendo en el adiestramiento y educación de los médicos aspectos organizacionales, administrativos e interpersonales.

Ya no se sentirán en adelante sollozos de tristeza ni gritos de angustia.
Ni habrá más, allí, recién nacidos que apenas vivan algunos días, o viejos que no vivan largos años. Pues morir a los cien años, será morir joven, y no llegar a los cien será tenido como una maldición.

Harán sus casas y vivirán en ellas, plantarán viñas y comerán sus frutos. Ya no edificarán para que otro vaya a vivir, ni plantarán para alimentar a otro. Los de mi pueblo tendrán vida tan larga como la de los árboles y mis elegidos vivirán de lo que hayan cultivado con sus manos. No trabajarán inútilmente ni tendrán hijos destinados a la muerte...

ISAIAS

CONJETURA Y REALIDAD

"2) Uno de los ejes claves del cambio necesario es el desarrollo destacado a otorgar a la medicina general, dentro de una organización más amplia del nivel primario de atención de la salud. Esto no surge como un truco para obtener medicina más barata. Esto emerge de toda una concepción de la medicina que nos lleva a postular que debe aspirarse a resolver los problemas lo más precozmente posible, cuando no se ha podido prevenirlos; que ello debe hacerse con la mínima aplicación de recursos diagnósticos y terapéuticos; y que la prestación debe ofrecer las mejores condiciones para una relación humanizada y mutuamente responsable entre asistente y asistido. Y aquí la buena doctrina se armoniza totalmente con los dictados de la buena política y de la buena administración. Y en la concreción de tal armonía el nivel primario asistencial se afianza con un protagonismo irremplazable.

¿En qué consiste? Digámoslo brevemente con las palabras ya usadas en otra oportunidad: "La atención oportuna de las patologías agudas más frecuentes, cuya composición varía mucho de un área a otra, pero en todas se caracterizan por no requerir gran especialización para su abordaje; LA ATENCION de las patologías crónicas en su etapa compensada y por lo tanto susceptible de ser asistida ambulatoriamente; la atención de problemas leves

del campo psicopatológico; el diagnóstico precoz de patologías graves poco frecuentes para su oportuna derivación, dado que exigen tratamiento especializado; la aplicación sistemática de medidas de prevención primaria, propias del ámbito de la atención médica (desde la vacuna al consejo oportuno), en la población sana; todo ello en una relación continuada dotada de calidez y confianza entre la gente y los agentes del sistema formal de atención médica, de modo que el continuo salud y enfermedad —tal como se dan en la vida real—, se refleje también y sea acogido por el sistema asistencial. Por otra parte, aparecen ciertos requerimientos básicos para que este último pueda cumplir mejor sus objetivos en la población, tales como: contar con una adecuada estructuración de la atención ambulatoria y domiciliaria, que aproxime los servicios básicos a los usuarios; capacidad de regular la derivación a otros sectores del sistema en el momento oportuno y con orientación racional; coordinar las vinculaciones con otros servicios sociales existentes en el medio, que pueden actuar en mayor o menor grado sobre la etiología social de los problemas médicos; contar con una información centralizada en la historia médico-sanitaria de los integrantes de cada grupo familiar, como requisito básico para ofrecer continuidad en la atención del sano y el enfermo"⁴

Por cierto que no es el médico el único participante de este nivel del sistema. Tan importantes como él resultan la enfermera, el odontólogo, el trabajador social, y otros oficios de salud, y los miembros de organizaciones comunitarias cuya integración debe promoverse. Retomando la cita anterior: "...La gama de profesiones a utilizar, así como las funciones a asignarle a cada una estará condicionada por las disponibilidades existentes en cada país, tanto como por la capacidad de adaptación de su aparato educativo y las tradiciones y preferencias nacionales... Pero lo que tampoco debemos pasar por alto, en este replanteo, es la capacidad potencial de servicio existente en la misma comunidad de beneficiarios.

Esto, en el fondo, no representa otra cosa que ganar, para una actividad racional, la milenaria tradición que va de las acciones curativas ejercidas por los integrantes de cada núcleo familiar al curanderismo más o menos elemental o sofisticado observable en todo el mundo. Significa, asimismo, devolver a la persona y a los grupos sociales el ejercicio de una participación activa en sus problemas de salud que tiende a desaparecer ante los excesos paternalistas de las organizaciones médicos-sanitarias".

Universidad Nacional de Lanús

Extraído del libro "Salud y Política Social" del Dr. Aldo Neri

⁴ Neri, Aldo y García Díaz, Carlos: "Atención médica primaria", mimeo, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, noviembre, 1976.

TALON DE SUSCRIPCION

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL
CASILLA DE CORREO 705

Neuquén

Deseo suscribirme a la Revista **MR** durante el año 1982

NOMBRE.....

DIRECCION.....

PROFESION.....

CARGO ACTUAL.....

DOS FORMAS DE DAR AYUDA PARA LA SALUD



Extraido de "Donde no hay Doctor" de David Werner

SERVICIO BIBLIOGRAFICO

MONICA SOLIS

LIBROS Y REVISTAS TECNICO - CIENTIFICAS

CASILLA DE CORREO 722

8300 - NEUQUEN

NEUQUEN

Realidad de Futuro



Instituto de Salud Colectiva
SEMAFOROS... PAVIMENTO... PUNTES
Universidad Nacional de Lanús
VEHICULARES... FORESTACION...
SON REALIDADES DEL NEUQUEN DE HOY

LA MUNICIPALIDAD CAPITALINA SE
BRINDA EN OBRAS Y SERVICIOS