

MAR



DERECHA:
Hospital de
Area EL HUECU.
ABAJO:
Hospital
de Area
VILLA LA ANGOSTURA



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

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:

Dr. Miguel Irigoyen

SECRETARIO:

Dr. Roberto De Los Santos

TESORERO:

Dr. Marcelo Bortman

DIRECTOR DE

PUBLICACIONES:

Dr. Alejandro González

Vottero

VOCALES:

Dr. Héctor Bonenti, Dr.
Nestor Gerez, Dr. Arturo
Carrillo, Dr. Walter Gon-
zález.

MR

DIRECTOR

Dr. Malcolm Elder

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Miguel Irigoyen, Dr. Jorge Gorosito, Dr. Armando Calá Lesina, Dr. Rodolfo Arienti, Dra. Marta González, Dr. Arturo Garrillo. ASESORES CIENTIFICOS: Dr. Horacio Lores, Dr. Norberto Kurchan, Dr. Julio Raby, Dra. María Elena Chiesa, Dr. Julio Arce, Dr. Daniel Etcheverría, Dr. Carlos Pianciola.

Reg. Prop. Intelectual N° 191116
Dirección Postal - C.C. 705
(8300) NEUQUEN
DISTRIBUCION GRATUITA

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

MIR

**AÑO 2 — N° 8
ENERO - FEBRERO 1983**

SUMARIO

EDITORIAL.....	1
DIEZ MITOS DEL HAMBRE (Frances M. Lappé y Joseph Collins.....	2
TERCERAS JORNADAS DE MEDI- CINA RURAL - Sintesis.....	5
MEDICINA FAMILIAR Dr. Armando Calá Lesina.....	8
LA FAMILIA Y LA SALUD As. Social Mario Calarco.....	15
ANECDOTARIO REFLEXIVO.....	17
OBJETIVO COMUNICARNOS.....	18
COMUNICACION - Dr. Aldo Neri.....	21
LA ATENCION PRIMARIA DE LA FAMILIA RURAL Dr. Rodolfo Arienti.....	22
INFORME EPIDEMIOLOGICO.....	23
SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO.....	25
RESEÑA BIBLIOGRAFICA.....	28
PROPOSITOS DE MR.....	28

EDITORIAL

MR cumple dos años de existencia, tiempo durante el cual hemos logrado consolidar un funcionamiento mínimo. De ahora en más nuestra jerarquización será fruto y evidencia del cumplimiento pleno de los propósitos de la sociedad, incorporando pautas nuevas que permitan profundizar y hasta ampliar aquellos. En consonancia con esto es que nuestra actividad se extiende en todo el ámbito de la provincia, no solamente las áreas rurales, sino penetrando en las zonas periurbanas marginales hasta las urbanas céntricas, reflejando un concepto básico de la atención primaria: La cobertura universal y la accesibilidad irrestricta. Cabe una reflexión en cuanto a nuestra denominación fundacional: **MEDICINA RURAL**. Superficialmente se puede proponer que es resultante de una concepción geográfica del ejercicio de la medicina. Empero, aquel que la ejerce no puede menos que reaccionar firmemente sosteniendo que la elección de esta modalidad con lleva e implica la inclusión de varias **cualidades sustanciales**: formación específica previa..., capacitación continua..., evidencia científica del impacto sobre la salud de la población..., capacidad de trabajo bajo tensión y condiciones desfavorables..., eficaz toma de decisiones..., responsabilidad adjudicada y aceptada hasta sus mayores consecuencias... entrega generosa habitualmente anónima... conciencia de equipo... autoestimulo renovado... estricto sentido ético de la justicia distributiva del bien salud... respeto por los valores de la población rural... y una amplia visión integral del hombre trascendente en su familia, su habitat y su comunidad.

Es con esta imagen horizonte que aquél que la practica en el medio rural supera todo tipo de escollo para demostrar que la estrategia de la atención primaria integrada al sistema de salud debe desarrollarse también en los conglomerados urbanos y periurbanos, donde el fenómeno poblacional cada día es más complejo, y dramática la situación de salud, resultante en parte, de la inacción complaciente de la mayoría médica que acumula su capital intelectual en beneficio de pocos, y que asume un compromiso con el "cuerpo de conocimientos", se limita al "palacio de enfermedades", se enfrenta con o utiliza la estructura de conducción sanitaria, y deja de lado al hombre común y su familia.

La atención médica primaria no acepta restricciones de tipo geográfica ni de selectividad elitista. El médico con experimentado trabajo rural sabrá dar ese paso mayor para superar el obstáculo que se presente, como testimonio del acervo adquirido y de la voluntad ineludible que lo debe gobernar. Y aquí se bifurca el camino: la tentación de acceder al ejercicio de la atención médica secundaria y terciaria como un paso con o sin retorno, o descubrir como despertando nuevamente que existe un campo de prioridades en forma de problemas y necesidades explícitas o no, que requieren un **abordaje científico múltiple, una complejidad intelectual y una calidad humana** que están latentes. Continuemos pues en este esclarecimiento que apasiona y desespera, ofreciendo el trabajo, el talento y el tiempo de los integrantes de nuestra sociedad.

LA DIRECCION

DIEZ MITOS DEL HAMBRE

El texto a continuación es una versión resumida de la obra *World Hunger - Ten Myths*, escrita por Frances Moore Lappé y Joseph Collins, publicada en mayo de 1979 por el Instituto para Políticas de Alimentación y Desarrollo, EE.UU.

Extraído de "Contact"

PRIMER MITO

La gente tiene hambre a causa de la escasez de alimentos.

¡Es un escándalo que el hambre exista en un mundo donde hay abundancia! Si se hace un cálculo global, hay más que suficiente para alimentar a todo el mundo. Tomando en consideración sólo los cereales, se produce suficiente para proporcionar a todos las proteínas necesarias y más de 3000 calorías diarias: aproximadamente lo que consume un estadounidense medio. (La tercera parte o más de estos cereales se utiliza actualmente para la alimentación del ganado). Y este cálculo de 3000 calorías no incluye muchos otros alimentos tales como frijoles, tubérculos, frutas, nueces, verduras y carne de ganado.

Ahora bien, los cálculos globales no significan mucho, salvo para disipar la opinión generalizada de que hemos llegado a los límites de los recursos de la tierra. Lo que realmente desmiente el mito de que la escasez es la causa del hambre es el hecho de que se están produciendo suficientes alimentos, incluso en los países donde muchos están condenados a padecer hambre.

EJEMPLO

En los países del Sahel en Africa occidental, incluso durante el período de sequía y de hambre a principios del decenio de 1970 del que tanto se ha hablado, encuestas realizadas por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, refutadas por gobiernos a los que no convenían pues deseaban recibir ayuda, evidenciaron que cada país del Sahel, exceptuando, quizás Mauritania, rica en minerales, producía en realidad suficientes cereales para alimentar a toda su población. En México, donde por lo menos el 80% de los niños de las zonas rurales están desnutridos, el ganado consume más cereales básicos que toda la población rural del país.

SEGUNDO MITO

El hambre se debe a la superpoblación. La población es, simplemente demasiado numerosa en relación con los re-

ursos disponibles para la producción de alimentos.

Si la "superpoblación" fuera la causa del hambre, sería de esperar que el hambre fuese mayor en países con más habitantes por hectárea cultivada. Pero no conocemos ninguna situación semejante. Comparemos, por ejemplo, China con la India. China cultiva apenas la mitad de la tierra que cultiva la India por habitante. No obstante, en sólo 20 años, los chinos lograron eliminar el problema del hambre del que siguen siendo víctimas tantos indios.

También, en países que cuentan con una gran extensión de tierra cultivable por habitante, se registran, sin embargo, de manera crónica, las más graves situaciones de hambre.

EJEMPLOS

En Brasil hay una superficie de tierras cultivables superior por habitante que en los Estados Unidos; sin embargo, en los últimos años, el porcentaje de personas desnutridas ha aumentado del 45 al 72%.

En Africa, al sur del Sahara, donde se registra una de las peores y más crónicas situaciones de hambre del mundo, hay casi dos hectáreas y media más de tierras cultivables por habitante que en los Estados Unidos o en la Unión Soviética y de 6 a 8 veces más que en China.

Esta considerable e innecesaria subutilización de los recursos para la producción de alimentos nos permite llegar a la conclusión de que la supuesta superpoblación no es la causa del hambre. De todas las tierras cultivables del globo, actualmente menos de la mitad se cultiva. En los países más subdesarrollados la producción media de cereales es la mitad de la de los países industrializados.

Tal situación de los recursos para la producción de alimentos caracteriza a todas las sociedades en las que, como en Bangladesh, la tierra y los sistemas de crédito y de comercio están controlados por unos pocos y los que trabajan la tierra no ejercen sobre la misma un verdadero control. Los verdaderos obstáculos que impiden una mayor producción no son físicos sino políticos y

económicos.

El mito de que la causa del hambre es la "superpoblación" demuestra que todos estamos condicionados a considerar a las personas como un pasivo económico cuando, en realidad, toda la riqueza de un país procede de su población, de su trabajo. La seguridad económica de una nación no depende tanto de la riqueza de los recursos naturales como del grado de eficacia para motivar a sus habitantes y utilizar su trabajo.

Los países que tienen una agricultura próspera como el Japón, cuentan con un número de trabajadores por hectárea dos veces superior al de países como la India o las Filipinas,

Los "marginados", el hambre mismo y las elevadas tasas de natalidad, estos tres elementos son síntomas de una misma enfermedad: la inseguridad y la pobreza de la mayoría de la población debidas a la monopolización de los bienes de producción por unos pocos.

Las altas tasas de natalidad suelen ser una reacción defensiva de la población ante tal sistema: es necesario tener muchos hijos para que trabajen y aumenten, así, el escaso ingreso familiar. También se necesitan muchos niños para garantizar la seguridad de los ancianos y compensar la alta tasa de mortalidad infantil debida a una alimentación y a una asistencia sanitaria inadecuadas.

La elevada densidad de población puede dificultar la labor de reestructuración social y económica necesaria para eliminar el hambre. Pero la causa fundamental de este problema tiene que ver con las relaciones sociales y con la manera de ejercer el control sobre los recursos. Mientras se piense que la causa fundamental tiene otro origen, empeorará la situación de los que padecen hambre. En efecto, es inútil luchar contra altas tasas de natalidad sin atacar también las causas de la pobreza y de la falta de poder de la mujer.

TERCER MITO

Para resolver el problema del hambre, debe darse prioridad al incremento de la producción alimentaria.

La producción total de alimentos por habitante en los países subdesarrollados es superior al nivel registrado hace 20 años. No obstante, en algunos de los países cuya productividad ha sido la más próspera, el problema del hambre es más grave que nunca. ¿Cómo podemos explicar la aparente contradicción que existe entre el aumento de la cantidad de alimentos por persona y la agravación del problema del hambre?

Dondequiera que hay un control privado ilimitado de los recursos y que el productor independiente se opone a otro productor independiente, surgen desigualdades extremas en el control de los recursos. En tales sistemas, los que tienen incluso la más mínima ventaja pueden salir adelante a expensas de los demás. Un caso de desigualdad en el control es el hecho de que, según una encuesta en 83 países realizada por las Naciones Unidas, aproximadamente el 3% del total de los propietarios controla casi el 80% de las tierras. Otro caso de desigualdad es el acceso al

crédito. En un número mayor de países, sólo del 5 al 20% del total de los productores tienen acceso al crédito institucional. El resto está obligado a recurrir a los propietarios de tierras y prestamistas que exigen tasas de interés usurarias hasta del 200%.

Las estrategias que han eludido la cuestión de saber quién controla los bienes de producción, con la única finalidad de producir más, han desencadenado una serie de catástrofes que empeoran en realidad la situación ya lamentable de la mayoría indigente. La productividad potencial que representa la nueva tecnología agrícola atrae a una nueva clase de "agricultores" —prestamistas, oficiales militares, burócratas, especuladores establecidos en las ciudades y sociedades mercantiles extranjeras— que se apresuran a comprar tierras. El valor de la tierra sube vertiginosamente, al igual que los alquileres, dejando sin tierras a los arrendatarios y a los medianeros o aparceros. Ante las nuevas posibilidades de rendimiento, los propietarios expulsan a sus arrendatarios y cultivan ellos mismos la tierra con la nueva maquinaria agrícola.

EJEMPLOS

El porcentaje de la mano de obra rural que no tiene tierras se ha duplicado en la India (actualmente más de la tercera parte de la población) después de la introducción de las innovaciones de la "revolución verde". En el noroeste de México, cuna de la "revolución verde", las dimensiones de una granja corriente han pasado rápidamente de 200 a 2000 acres, y más de las dos terceras partes de la fuerza laboral rural han perdido todas sus tierras.

Y al mismo tiempo que aumenta el número de agricultores que pierde sus tierras debido a la expansión de los cultivadores pudientes, hay menos empleos disponibles. Las grandes sociedades comerciales recurren a la mecanización a fin de aumentar sus beneficios al máximo y evitar "problemas de gestión laboral".

Nuestro propósito al estudiar el "mito de la producción como solución" no es menospreciar el papel que desempeña la tecnología en el desarrollo. No se trata de estar a favor o en contra de la tecnología, sino de saber a quién beneficia. Incluso las llamadas tecnologías apropiadas y de pequeña escala pueden deteriorar aún más la situación de los pobres en una sociedad cuyas estructuras les son desfavorables.

EJEMPLO

Consideremos la biogásificación un método relativamente sencillo de fermentación de las materias primas orgánicas como residuos vegetales y estiércol para obtener combustible y abono. Incluso la más pequeña planta de fermentación de gas requiere una inversión importante y el estiércol de dos vacas. Así pues, sólo agricultores pudientes que poseen vacas y algo de capital para invertir pueden controlar la producción del biogás. Además, el estiércol, que antes era gratuito, ahora tiene un valor comercial. Los agricultores sin tie-

rras ya no pueden procurárselo en los caminos y puesto que no tienen la posibilidad de comprar gas de fermentación, simplemente se quedan sin combustible.

Incluso antes de que se pueda dar el primer paso en la buena dirección, debemos comprender que una estrategia que propugna, una mayor producción, pasando por alto, al mismo tiempo la identidad de quienes la controlan, no es una estrategia neutral. No nos permite "ganar tiempo" — es decir, alimentar a la población mientras se tratan los problemas sociales de control más difíciles. Tal estrategia nos hace dar marcha atrás, causando más empobrecimiento y más hambre.

CUARTO MITO

Incluso si actualmente hay suficientes alimentos, una población más numerosa necesitará una mayor producción alimentaria y esto sólo se puede lograr en detrimento de la integridad ecológica de nuestros recursos para la producción de alimentos. Por ejemplo, se tendrá que intensificar el uso de insecticidas a pesar de que los riesgos sean mayores, y la agricultura se verá relegada a tierras de poco valor agrícola con el riesgo de causar una erosión irreparable.

Nosotros también nos preguntamos si la necesidad legítima y urgente de más alimentos no exigirá una utilización mayor de insecticidas en nuestro medio ambiente. A fin aumentar la producción alimentaria ¿no tendríamos que aceptar los peligros que estos productos químicos mortales representan para la salud y el medio ambiente? Pero, ¿en qué medida depende de los insecticidas la producción actual de alimentos en el mundo? Más de la mitad del total de insecticidas empleados en la agricultura de los Estados Unidos se utiliza para cultivos de productos no alimentarios, mientras que en los países subdesarrollados la mayoría de los insecticidas se utilizan para cultivos de productos destinados a la exportación. Así pues, la cantidad de insecticidas utilizada en el medio ambiente tiene poco que ver con las necesidades alimentarias de los que padecen hambre.

Los substitutos de los productos químicos insecticidas — rotación de cultivos, cultivos mixtos, capas de paja y estiércol, sachadura, manual o con azadón, recogida de los huevos de insectos nocivos, manipulación de predadores naturales, etc. — son numerosos y dan resultados positivos. En primer lugar, hay que asperjar con insecticidas sólo para combatir una plaga específica y no hacerlo programado y ciegamente como lo recomiendan los fabricantes de insecticidas.

No obstante, es evidente que no podrán perfeccionarse técnicas de control de plagas inofensivas para el medio ambiente, ni se generalizará su empleo mientras el problema se siga considerando solamente como un problema técnico que deben resolver las compañías químicas que obtienen un máximo de beneficios.

¿Es realmente la necesidad de alimentos para una población cada vez más numerosa lo que obliga a los agricultores a cultivar tierras de poco valor

agrícola que se agotan fácilmente? Hemos estudiado muchas de las situaciones que tenían más probabilidades de presentar esta característica en el mundo.

EJEMPLOS

Haití ofrece un cuadro impresionante de destrucción ambiental. La mayoría de los campesinos devastan las laderas de montañas que antes eran verdes en un esfuerzo desesperado por cultivar alimentos. ¿La producción de alimentos destinados a los haitianos ha agotado de tal manera la superficie agrícola cultivable que sólo quedan las laderas de las montañas? La respuesta es negativa. Esos campesinos que se esfuerzan por cultivar las frágiles laderas sólo pueden considerarse como despojados de su patrimonio — una de las tierras agrícolas más ricas del mundo. Las tierras productivas de los valles están en manos de una pequeña minoría privilegiada (y sus socios del Primer Mundo) cuya preocupación no son los alimentos sino el dinero en efectivo para pagar un estilo de vida importado. Por consiguiente, estas tierras fértiles se utilizan principalmente para cultivos forrajeros y de poco valor nutritivo (azúcar, café, cacao, alfalfa para el ganado) destinados exclusivamente a la exportación.

En el Amazonas se están talando los bosques rápidamente, no a causa de la escasez de tierras de labranza sino como un medio para desviar las reivindicaciones populares en favor de una redistribución de la tierra y así proteger las más grandes propiedades, que abarcan el 43% de la tierra cultivable del Brasil. Mientras que sólo algunos miles de campesinos han recibido tierras, las empresas multinacionales reciben subsidios masivos del gobierno para explicar con bulldozers cientos de millones de hectáreas de selva y producir carne de ganado, arroz y madera para mercados nacionales y exteriores de elevados ingresos. Los científicos están en desacuerdo únicamente por lo que respecta a la magnitud de las consecuencias que esta devastación tendrá para el medio ambiente.

Por consiguiente, no es la población cada vez más numerosa la que pone en peligro el medio ambiente, sino otras fuerzas: los que monopolizan la tierra y exportan productos no alimentarios y de lujo, obligando a la mayoría rural a explotar tierras de poco valor agrícola; los modelos coloniales de cultivos comerciales que las élites refuerzan actualmente; y un sistema que propicia la utilización de los recursos para la producción de alimentos únicamente según criterios basados en los beneficios. Si mañana se redujera la población mundial a la mitad, ello no detendría ninguna de estas fuerzas.

(Cont. próximo número)

TERCERAS JORNADAS DE MEDICINA RURAL - Síntesis

Se realizó en Villa la Angostura los días 5 al 7 de noviembre de 1982 nuestro tercer evento científico máximo, con la presencia de un centenar de participantes llegados desde todos los rincones de la provincia, en los salones y albergues provinciales. El acto inaugural fue presidido por el Señor Ministro de Bienestar Social del Neuquén, Ingeniero Tulio Ferrareso quien dirigió unas breves palabras a los presentes. También se dirigieron a la concurrencia el Intendente de Villa La Angostura Señor Gensel, y el Presidente de nuestra Sociedad Dr. Miguel Irigoyen. Participó activamente de las Jornadas, el Subsecretario de Salud Dr. Antonio García, quien es a su vez miembro pleno de la entidad. Desde Buenos Aires concurren los Miembros Honorarios, especialmente invitados, los doctores Jorge Molinero e Isabel Plachner de Molinero, anteriores Médicos Rurales de la Localidad, y el Dr. Alberto Manterola de la Sociedad Argentina de Pediatría. La primera jornada se desarrolló con la presentación oficial del Programa de Medicina Familiar por parte del Dr. Fernando Leonfanti, Director de Atención Médica de la Subsecretaría. A continuación expusieron los doctores Sergio Solmensky y Marcelo Mayorga en representación de la Sociedad de Medicina Familiar, presentando las experiencias llevadas a cabo en esta disciplina en Centros de Latinoamérica, Canadá y Estados Unidos. Para finalizar el día hubo un intercambio de preguntas y respuestas que se caracterizó por la intensidad y el calor puesto de manifiesto.

Durante la 2da. jornada se efectuó una evaluación de la Residencia en Medicina General con Orientación Rural que se desarrolla en la provincia desde 1974, que fue coordinada por la Dra. Carlota Perez, con intenso trabajo grupal y a 2da. hora se presentó la mesa sobre "El Sistema de Salud, la Medicina General y la Inserción del Médico de Familia", coordinado por el Dr. Malcolm Elder, y con los panelistas Dres. Julio Raby, Rodolfo Arienti, Adolfo Mantilaro, Armando Calá Lesina, Luis Enrique Olarte y el Asistente Social Mario Calarco. Posteriormente se constituyeron en diez grupos de discusión, coordinados a su vez por los doctores Carlos Brito, Sergio Giavino, Héctor Rodríguez Bay, Roberto Fariás, Alberto Manterola, Luis Barrio, Ricardo López, Walter González, Marta Martins y Carlos Pugliese. Es de destacar la labor de estos coordinadores quienes desarrollaron una intensa actividad durante y después de la discusión con el fin de elaborar una síntesis de las respuestas al cuestionario presentado a los grupos. (Estas conclusiones son presentadas en este mismo número). Finalmente, como el día anterior, se realizó una reunión plenaria con la lectura de las conclusiones y un encendido debate posterior, donde se pudieron presentar todos los aspectos e interpretaciones distintas acerca del tema. El tercer

día la Dra. Marta Martins realizó una ponencia acerca de la labor de grupos interdisciplinarios en dos hospitales capitalinos referente al tema "Alcoholismo".

Como saldo quedan las importantes conclusiones referente a los temas, la participación intensa de la mayor parte de los concurrentes, y el ejemplo de la silenciosa pero efectiva tarea organizativa de los integrantes de la Comisión Directiva, quienes con su esfuerzo sentaron la base para un exitoso encuentro.

SINTESIS DE LOS TRABAJOS GRUPALES REALIZADOS LUEGO DE LA PRESENTACION DEL TEMA "EL SISTEMA DE SALUD, LA MEDICINA GENERAL Y LA INSERCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA"

Se constituyeron diez grupos con nueve integrantes cada uno que trabajaron sobre tres secciones de cinco preguntas, sobre un cuestionario total de quince preparado por el coordinador y los relatores integrantes de la mesa. Se presenta una síntesis de las respuestas, o todas cuando han sido divergentes. Los comentarios que figuran pertenecen a los Dres. Armando Calá Lesina y Malcolm Elder.

PREGUNTA (I) DEFINA un concepto claro de:

- (1) Médico Generalista.
- (2) Médico Especialista.
- (3) Médico de familia.
- (4) Médico Rural.

(1) **MEDICO GENERALISTA:** A) Médico formado en las 4 Básicas, Las Críticas y tareas técnico administrativas que brinda atención personalizada, integral, y continúa o episódica de baja complejidad y alta calidad de atención primaria.

B) Médico capacitado para resolver la mayoría de los problemas que se presentan habitualmente a la consulta médica, disponiendo de elementos de fácil aplicación y bajo costo, extensivo al tipo de modalidad de atención que ofrecen en ocasiones dos de las llamadas especialidades básicas: Clínica y Pediatría.

2) **MEDICO ESPECIALISTA:** A) Es aquel que entrenado específicamente en alguna rama de la medicina, profundizando determinados conocimientos utiliza técnicas de mayor complejidad.

B) Atención parcializada y de alta complejidad.
C) Formando linealmente utiliza normas preestablecidas.

3) **MEDICO DE FAMILIA:** A) Médico generalista que incorpora a su conocimiento y quehacer elementos de ciencias de la conducta y cuyo ámbito primario de trabajo es el seno de la familia y la comunidad.

(4) **MEDICO RURAL:** A) Es un concepto geográfico, definido por su área de trabajo.

(B) Generalista que ejerce en área rural

PREGUNTA II.- Defina la relación entre Aten-

ción Primaria de la Salud y Medicina Familiar.

A) La Medicina de Familia es una modalidad de la APS.

B) El Médico de Familia debe ser el principal efector de la APS.

C) Hay un campo amplio de coincidencias entre APS. y MF pero hay acciones de c/u que escapan a la otra.

COMENTARIO: El médico de familia debe ser el que brinde mayor calidad en el equipo efector de la APS.

PREGUNTA III.- ¿Cuál ha sido el impacto del Programa de Atención Primaria de la Salud sobre la salud de la familia rural?

A) Cuantitativamente hay que referirse por los indicadores de salud.

B) Está referido en los indicadores, cualitativamente ha sido favorable.

PREGUNTA IV

Señala medidas nuevas a adoptar para una mejor atención primaria de la familia rural y urbana.

A) Programas de educación continua para todos los efectores de salud, (Agentes de terreno, odontólogos, enfermeras, etc.) y dentro de la comunidad, tanto rural como urbana, incluyendo conceptos de Medicina Familiar.

B) RURAL: Programa y equipo interdisciplinario.

URBANA: Programa y equipo interdisciplinario, reestructuración del sistema con clara definición de los roles de los integrantes de distintos niveles de atención y las áreas extra-sectoriales que hacen al bienestar comunitario.

PREGUNTA V.

Establezca las materias que incluiría para capacitación en Medicina Familiar.

CIENCIAS DE LA CONDUCTA - Dinámica de grupos. - Terapia Familiar. - Conceptos de Sociología. - Relaciones Humanas. - Conceptos de Antropología Regional. - Dinamizar el aprendizaje de Epidemiología y Saneamiento. - Actualización permanente de los conocimientos médicos y paramédicos.

PREGUNTA VI.- Defina los obstáculos que encuentra el médico generalista en su trabajo:

A) **Con el equipo de Salud (Hospital).**

Desconocimiento de su rol - Falta de equipo interdisciplinario - Falta de recursos - Falta de integración y comunicación entre los distintos niveles de atención - Hasta N III no hay problemas - Nivel IV en adelante: Falta de definición de los roles.

B) **Con la Comunidad:**

Falta de tiempo - Capacitación inadecuada - Actitud del equipo que tiende a volcarse a la alta complejidad - Falta de compromiso de las otras instituciones comunitarias - Barreras culturales - Carencia de elementos técnicos adecuados para una mejor integración con la comunidad - Falsas expectativas de la Comunidad hacia el médico y viceversa - Resistencia a volcarse hacia el médico por la poca permanencia de los mismos en el lugar - Problemas de accesibilidad geográfica y falta de medios.

C) **Con los Especialistas**

- Falta de definición de roles - Competencia

por prestigio médico - Interpretación parcializada de los problemas del paciente - Falta de comunicación e integración (falta de epicrisis y turnos de difícil accesibilidad en cuanto a horarios) - Intereses espúreos.

COMENTARIO: Si bien el médico generalista recibió formación para la APS para atender a todo los integrantes de la familia, sucede que al trabajar en hospitales de nivel superior a III termina parcializando la atención inclinándose a una sola básica, porque no supo defender su rol, o el ambiente de organización institucional impuso que actuara como especialista a pesar de tener una formación generalista (RESIDENCIA)

Referente a la falta de recursos el médico de familia y/o generalista es dentro de las diferentes disciplinas de la medicina el que menos recursos materiales necesita para resolver problemas.

PREGUNTA VII.- Defina los elementos de la Medicina Familiar que necesita la población Neuquina, y en qué se diferencia de la Medicina General.

1) A) Atención personalizada.

B) Responsabilidad integral.

C) Enfoque multidisciplinario e interinstitucional.

2) Las necesidades de la población deben ser definidas por la misma, por lo que proponemos encuestas en los distintos lugares. Nuestra opinión es que se trata de lograr una puerta de entrada idónea que solucione la mayor parte de los problemas.

PREGUNTA VIII

—Cuál es la situación que se desea modificar y/o mejorar con la introducción de la Medicina Familiar?

Es un paso más para llegar a una atención integral de la salud, objetivo éste definido desde el comienzo del sistema de salud provincial. Resaltamos el mayor compromiso de responsabilidad del profesional para con los grupos familiares asignados y la búsqueda de una mayor participación de la familia para el mejoramiento de su salud.

Creemos importante para lograrlo, la implementación de evaluaciones periódicas de objetivos, procesos y efectos.

Lograr mayor eficiencia, cobertura, calidad, aceptabilidad y satisfacción de la población.

PREGUNTA IX

(a) Que condiciones debe reunir un médico para realizar Medicina Familiar?

(b) Analice el grupo si el Médico Generalista actual reúne condiciones adecuadas para ejercer la Medicina Familiar.

(a) I) Vocación y compromiso para con la familia. II) Formación semio-técnica en las disciplinas básicas con énfasis en la patología ambulatoria. Formación en ciencias sociales y psiquiatría (Historia, Etnología, Antropología, manejo de las crisis). III) Poseer, perfeccionar y adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para trabajar con la familia y grupos interdisciplinarios. IV) Autoconocimiento (manejo de las propias limitaciones, posibilidades, y sentimientos).

(b) Posee muchos de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias pero debe capacitar-

se en las ciencias sociales y psiquiatría, y llegar al autoconocimiento, por supuesto después de haber manifestado su vocación explícitamente.

PREGUNTA X

Como delimitaría para la familia "AUTOCUIDADO RESPONSABLE"?

Que elementos técnicos incluiría?

Asumir un rol educador y consejero con especial énfasis en educación para la salud, con evaluación del aprendizaje. Creemos que su instrumentación debe definirse en reuniones regionalizadas de efectores.

Comentario: Entendemos que esta pregunta no ha sido bien entendida, y por lo tanto deberá ser desarrollada la respuesta más profundamente en una próxima oportunidad.

PREGUNTA XI

Considera el grupo que la elección de la Medicina Familiar es la alternativa adecuada para la Medicina General? ¿Por qué?

Señale otras alternativas o posibilidades para la Medicina General.

a) El equipo no está de acuerdo con la formulación de la pregunta y considera que la Medicina de Familia debe complementar, continuar y perfeccionar la Medicina General que se realiza actualmente.

b) Parece ser una modalidad adecuada para el abordaje de problemas de gran difusión en nuestra población: A.P. en Maternidad e infancia. Enfermedades psicósomáticas, Alcoholismo.

Nos parece adecuado por ahora que sea una experiencia piloto.

ALTERNATIVA. Sistema actual con capacitación continua, como generalista y la posibilidad de promoción en tareas de investigación, docencia y administración.

c) Es adecuada porque enriquece los conocimientos que serán aplicados a la comunidad actuando como complemento de la Medicina General. No es sólo una alternativa para el Médico General sino para todo el equipo de Salud. Puede utilizarse como capacitación médica continua del plan de salud con el médico generalista.

No debería ser unicéntrica la formación, sino que pueda realizarse bajo programa en otros centros donde existen médicos generalistas con inquietudes en este tipo de atención.

d) No hay diferencias fundamentales entre Médico Generalista y Médico de Familia. El Médico Generalista siempre fue un Médico de Familia en Neuquén. La diferencia podrá darse en que se otorgue al Médico Generalista algunos elementos de estudio e intervención en dinámica familiar.

ALTERNATIVA: Optamos por familias a cargo del Médico Generalista. El Médico de Familia es el responsable y no el equipo de Salud. Un generalista capacitado puede tomar familias.

PREGUNTA XII

Como se integra el Equipo de Salud con la Medicina Familiar? ¿De qué manera participa de su ejecución?

a) El equipo de salud está implícito en la Medicina Familiar ya que es imprescindible en la actividad sobre la familia.

El Médico de Familia sería el integrador del

equipo de Salud. Actuaría siempre como coordinador y sólo en la tarea médica específica como efector. Para cumplir totalmente el objetivo planteado se debería proveer a todo el equipo de los conocimientos necesarios y adecuados de la medicina con Orientación familiar.

b) Frente al problema y necesidades que se presenten se constituirá un grupo multidisciplinaria y polivalente que dé respuesta a lo planteado, motivando y adiestrando dentro de Técnicas de dinámica de grupos.

PREGUNTA XIII

Cómo se podrá evaluar el efecto (o impacto) de la Medicina Familiar sobre la salud de la población, fuera de los tradicionales Indicadores de Salud, Mortalidad y Morbilidad?

a) Encuesta previas y ulteriores para detectar satisfacción, actitudes y objetivos logrados en educación para la salud. Auditoria de H. Cl. referidos a consultas reiterativas, diagnósticos erróneos o tardíos por falta de marco de referencia de la Flia., Investigación Cooperativa sobre la participación de instituciones comunitarias en acciones de salud, saneamiento ambiental, y educación, etc.

Consultas por integrantes de la flia. (viejos, hombres). Indicadores de saneamiento ambiental, nutrición, sociales del tipo de % de madres solteras. Otros indicadores de enfermedades sociales (TBC. Alcohol).

b) En 1ª instancia se deberá recabar en la población cómo funciona el sist. de salud del que dispone y luego evaluar el grado de participación de una comunidad determinada en la resolución de sus problemas. Ej: ante la inserción de I. de M. Familiar ver la integración de distintos grupos operativos.

c) Si existe el antecedente de una buena M.G. no se modificarán sustancialmente los indicios de morbi-mortalidad, y si los indicadores de calidad de vida y Atención médica. Uno de los indicadores de calidad sería el nivel de satisfacción de la población por aceptabilidad.

PREGUNTA XIV

Con la introducción de la Medicina Familiar, cuáles serían los principales Problemas de Salud factibles de ser atacados?

a) En 1º término las enfermedades sociales TBC Alcohol. Accidentes, Intoxicación, hidatidosis, Chagas, Desnutrición, Caries, Aborto, etc. El mejor y más adecuado manejo de los enfermos psicósomáticos y siquiátricos. Profundización de la educación para la salud y promoción del autocuidado racional. Posibilidad de abordar los problemas de disgregación familiar, de planificación familiar y educación sexual.

b) Nos remitimos a la primera respuesta. (El equipo no está de acuerdo con la formulación...)

No serán atacados problemas de salud distintos a los actuales sino se podrá dimensionar dichos problemas con otra óptica.

PREGUNTA XV

En opinión del grupo cual sería la modificación o mejoramiento cualitativo a obtener con la Medicina Familiar?

a) Mejoramiento del nivel de salud de la población y del nivel de satisfacción de la misma.

b) Como condición previa debe existir una cobertura universal.

Se debe mejorar la calidad de vida de la comunidad a través de:

Personalización de la atención médica.
Continuidad de la atención médica.

Integralidad de la atención médica
Accesibilidad de la atención médica
Eficacia de la atención médica.

c) Mejoramiento en Promoción de la Salud.
Debe existir mayor toma de conciencia por parte de las familias de su responsabilidad para cuidar la propia salud y la de la comunidad.

MEDICINA FAMILIAR

Dr. Armando Calá Lesina

Introducción

La medicina familiar es aquella que brinda **atención primaria** a nivel de la familia a través de un conjunto de actividades realizadas en hospitales, centros de salud en el seno de la comunidad y que tienen por objeto actuando sobre la familia lograr la:

promoción
protección
recuperación y
rehabilitación de la salud y así lograr el bienestar y desarrollo de la comunidad.

La medicina familiar considera al enfermo en forma integral, como un ente total, **biológico y psicológico y social**, tratando de contemplarlo no solo ya como una individualidad sino dentro de un entorno familiar y social comunitario, o sea la interacción del individuo con la sociedad en que vive. Es una filosofía de la consideración de enfermo como ser humano y no como un órgano aislado o como un tipo determinado de enfermedad u objeto de una tecnología especial que se aplica.

El compromiso de la medicina familiar (M.F.) es con la gente más que con el cuerpo de conocimiento. Realizando M.F., logramos la asistencia de las necesidades básicas de la comunidad con referencia a salud. Entendiendo por **comunidad** a todo grupo concentrado o disperso, fijo o migratorio que comparten las mismas características socioculturales, económicas e intereses. La comunidad debe ser comprendida en sus costumbres, debe ser motivada para lograr una transformación.

La M.F. constituye el nivel primario de atención, o sea que constituirá la puerta de entrada y el primer contacto del sistema de salud con el paciente y la familia. Tendría su prioridad en las poblaciones rurales desprotegidas y dispersas y en las comunidades periurbanas y urbanas marginales.

PLANTEO DEL PROBLEMA

La escasez de médicos de familia es común a todos los países cualquiera que sea el grado de su desarrollo. Durante mucho tiempo el médico de familia fue una figura social incorporada al co-

tidiano vivir de las gentes, un miembro más del grupo familiar. Con el avance tecnológico de la sociedad acompañado de desarrollo industrial, concentración urbana, seguridad social etc., hizo que surgiera la especialización, la medicina pasa a ser científicista rodeada del prestigio social que se le otorga a la condición de médico y el manejo de instrumentos eficaces que la tecnología pone en sus manos. Hace que se vea el individuo como portador de un órgano enfermo y no como una persona en su contexto social y familiar.

Una consecuencia de la creciente subdivisión de la ciencia médica en una serie de especialidades ha sido la tendencia a apartarse de la consideración del paciente como un todo indivisible.

La medicina de alta tecnología, aumenta la deshumanización y aumenta el costo. La atención para la salud se ha vuelto fragmentaria y despersonalizada. Actualmente el número de médicos de familia es reducido, se dejó paso al especialista dejándose la familia. Se debe revertir el proceso, ya que los estudios de demanda realizados sobre la base de encuestas de utilización de servicios médicos o información estadística, demuestran que el 90% de las consultas se refieren al amplio campo no especializado de la medicina. Se estima que el 50% del total de los médicos de una comunidad son requeridos como médicos de familia. Debería existir una adecuada proporción entre médicos de familia y especialistas. En nuestro país la mayoría de los profesionales son especialistas, aún médicos recién recibidos sin una práctica general previa, ni formación en la especialidad, realizan una atención parcializada, se atienden órganos enfermos y no seres humanos integrados de una comunidad.

Se ha representado en una forma gráfica estas situaciones, colocando en una pirámide en su base ancha a la M.F., en un inmediato contacto con la familia y comunidad, mientras se ven escalonando hasta la cúspide los niveles especializados de tecnología más completos.

Antes de comentar los objetivos de la M.F. deberíamos definir algunos conceptos, que conviene tener en claro.

Médico generalista: es el médico que recibiendo formación técnica en las cuatro básicas no limita el ejercicio de su profesión a ciertas entidades morbosas y cuyos pacientes tienen acceso

continuo y directo a sus servicios.

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

Especialista: Es el médico que limita parcial o enteramente el ejercicio de su profesión a unas entidades morbosas en particular. Los pacientes se dirigen a él por propia iniciativa o por consejo de otros médicos. Hay que distinguir varios grados de especialización que van desde lo que podría llamarse especialización general (por ejemplo: clínica médica, pediatría) hasta la práctica mucho más especializada (como cardiología, dermatología, etc.) a medida que aumenta esta creciente subdivisión, aparece la deshumanización y se aparta de la consideración del paciente como un todo indivisible.

Hay médicos especialistas que por determinados intereses no se limitan al campo de su especialidad realizando tarea asistencial general sin formación para la misma, sin considerar el enfoque familiar comunitario.

Médico de familia: es aquel que enfoca al enfermo en forma **integral**, como un ente total, biológico, psicológico y social, teniendo en cuenta la familia, comunidad y medio ambiente, realizando una atención personalizada y continua.

El cuidado integral incluye servicios preventivos

diagnósticos terapéuticos rehabilitadores, de mantenimiento de la salud y referencias apropiadas de los pacientes, hacia centros especializados.

El médico de familia debe asumir la responsabilidad de la salud de la comunidad, lo que lleva a un proceso de mutua pertenencia entre la familia y su médico. Debe practicar una medicina humanística y a la vez científica, y técnicamente actualizada.

Estos médicos pueden practicar medicina general pero también como sucede en muchos países pueden ser **internistas o pediatras** (médico general de la edad del desarrollo) que se orienta hacia este tipo de medicina moderna con criterio global, curativo y preventivo que ha de prestarse a las familias en su domicilio, en la consulta médica, ya sea en el centro de salud o en el hospital.

El médico generalista de hoy, debe ser diferente al de ayer. En lugar de ser indiferenciado de la profesión, con falta de entrenamiento especial, tiene un conjunto definido de actividades.

Tanto la medicina general/familiar debe ser una especialidad con formación de postgrado como cualquier otra.

Debería existir en las universidades, profesores en Medicina Familiar (cátedra de M.F.) para que el estudiante de medicina tenga ese modelo de medicina ya en el pregrado; y no solo de las especialidades. El pregrado tiene mucha importancia en la motivación del estudiante, ya que se identifican con sus maestros y deciden la especialidad.

El médico general o clínico general que no pudo especializarse, deseándolo y ejerce la práctica general (por omisión) no es médico de familia (por

formación), le falta la formación científica, psicológica, social, integral.

En Canadá, EE.UU., México existe la medicina familiar como especialidad, con una adecuada formación y una jerarquía científica y social.

Existen en determinados países (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Instituto Mexicano de Seguros Sociales) unidades de Medicina Familiar en una comunidad con 10-12 médicos con jefes de servicios (médico de familia entrenado en administración) trabajando con enfermería, asistente social, etc. como grupo multidisciplinario.

Médico personal: es aquel que integra y da continuidad a todos los servicios médicos que requiere el paciente. Realizará medicina preventiva, teniendo en cuenta factores sociales, emocionales, ambientales que influyen en la salud del paciente y de su familia. Deberá orientar al paciente al mejor servicio que satisfaga sus necesidades.

Médico de Atención Primaria (primer contacto) Es el que ofrece cuidados de salud integrales y continuos, con énfasis en la prevención, cosa que es más difícil que realicen los especialistas y/o el hospital.

La atención primaria debe llegar a tener tanto atractivo para el profesional como una especialidad, no debe ser para el médico el paso o etapa transitoria en su camino hacia la terapia intensiva, neurocirugía, etc. (por el status social y científico que le pueda dar). Está demostrado que es más difícil hacer una buena medicina familiar que manejarse con una especialidad. Lo más complejo no es lo mejor, es sabido que la iatrogenia, los efectos secundarios y los riesgos son mayores en un medio altamente tecnificado y superespecializado. Calidad y complejidad no son equivalentes en medicina. Puede existir baja complejidad pero buena calidad de atención.

Ser médico altamente eficiente en atención primaria requiere formación y la adquisición de habilidades especiales. Por lo cual debe ser una especialidad como cualquier otra.

Algunos consideran que la M.F. trasciende las especialidades porque integra a un todo considerándola una metaespecialidad.

La medicina familiar retoma el problema filosófico del sufrimiento humano como foco de la medicina, el sujeto mismo de este tipo de medicina es la vida y menos la enfermedad.

OBJETIVOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Objetivo general: Es la asistencia médica integrada y completa a los pacientes en la comunidad, dando atención a los problemas de salud, protección del riesgo de enfermedad, tratamiento de patologías más frecuentes y prevención de secuelas.

El médico de familia al igual que el médico generalista son el eje del sistema asistencial basado en la atención primaria.

Para cumplir con dicho objetivo el médico de familia deberá dar:

1— Acceso directo de la familia al mé-

dico y aceptación del mismo de la **responsabilidad** de tratamiento (responsabilidad de la salud de la comunidad asignada).

2— **Continuidad de la asistencia** que no se logra con las especialidades.

3— **Asistencia personalizada** (asistencia del paciente y no de la enfermedad).

4— **Atención integral:** medidas de promoción, protección preventivas y curativas. Nunca podrá decirle al paciente "Lo siento pero su problema no está en mi campo" finalizando así la responsabilidad.

5— Tener en cuenta siempre el **medio familiar y socioeconómico-cultural** en que vive el paciente. Desarrollar en lo posible más tareas preventivas que curativas. La familia es la unidad de atención.

6— Deberá el médico de familia ser el **nexo** e intérprete **entre el enfermo** y otro servicio **especializado** que el mismo requiera en determinada circunstancia, para lo cual debe reconocer sus posibilidades y limitaciones.

7— Deberá realizar tareas de **investigación en terreno**.

8— Actuará con **formación técnica adecuada** para solucionar problemas generales y derivaciones en forma correcta. Teniendo en cuenta las **prioridades sanitarias de las familias** asignadas. Por ejemplo:

A— Atención de la demanda espontánea (Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de las enfermedades y urgencias).

B— Promoción del parto hospitalario. Control de embarazadas.

C— Control del niño sano (hasta el escolar inclusive)

D— Inmunizaciones. Evitar las enfermedades infecciosas y captación (TBC, hidatidosis: Epidemología de enfermedades infecciosas).

E— Enfoque familiar del paciente alcohólico.

F— Saneamiento ambiental.

G— Educación para la salud.

H— Identificación de riesgos.

I— Visitas domiciliarias de las familias de riesgo o vulnerables.

Es importante el contacto con los enfermos y el ingreso al medio familiar del paciente por **intermedio** de la **visita domiciliaria:** en general el exámen de la familia dentro de su propio ambiente, el hogar, ofrece ventajas. Se puede experimentar el clima afectivo del hogar (clima emocional), rápida percepción de la dinámica familiar. Es útil para completar el estudio del caso, avanzar en el tratamiento de una enfermedad y tiene por objeto establecer relaciones cordiales entre familia y equipo de salud.

Suele suceder que el agente de salud llegue a comprobar que en varias ocasiones se encuentra con situaciones familiares desesperantes o críticas y se encuentra impotente en solucionar determinados problemas sociales, económicos, familiares.

Pero a veces, el mantener una actitud de apoyo, comprensión, responsabilidad ante determinada situación familiar es positiva para la ejecución de las acciones de salud programada.

J— Asistencia a enfermos crónicos y agonizantes.

La presencia del médico de familia a la cabecera

de su enfermo moribundo y junto al grupo familiar, será el último servicio prestado de una concepción humana de la medicina.

K— El médico de familia en el grupo de atención primaria tiene como función además, la conducción, supervisión y evaluación de la misma.

Es la medicina familiar, medicina de comunidad (de masa) y no del individuo, con cobertura total a toda la población. Debe existir adiestramiento continuo de todos los integrantes del equipo de salud, que puede ser grupo multidisciplinario orientado hacia una misma problemática con criterios unificados y con la misma filosofía de la medicina.

Esta atención es la aplicación de la medicina a la realidad debido a que la medicina es un hecho social.

Es importante la **actitud** que adopte el médico de familia hacia sus pacientes y ante los problemas que con frecuencia le plantean ciertos casos difíciles o situaciones familiares críticas de inadaptación sociales o de otra índole, no encontrando a veces soluciones satisfactorias ni cambios inmediatos. Deberá tener una actitud especial que le permita actuar incluso en condiciones desfavorables. Ha de reunir en lo posible entre otras cualidades personales la capacidad de aceptar y asumir responsabilidades y tomar decisiones de actuar.

Para realizar medicina familiar los profesionales deberán recibir formación especial:

1 Debe estar técnicamente capacitado para el diagnóstico precoz, pronóstico y adaptación del tratamiento a las condiciones del medio familiar.

2— Psicología médica (Psicodinámica de grupo) teniendo en cuenta a la familia como grupo social, unidad básica de experiencias y desarrollo, de realización y fracaso, de enfermedad y salud, que asegura la supervivencia. Considerando que de situaciones familiares críticas surgen enfermedades y desadaptación sociales. Si la familia se perturba seriamente tiende a aislarse de la sociedad, pues las relaciones mutuas de sus miembros pierden en amplitud y se tornan muy limitadas.

La familia es la estructura básica, célula primordial y membrana de filtración de los afectos, el aprendizaje y la estabilidad del individuo.

Existen numerosas familias en las que hay perturbaciones o conflictos que alteran las relaciones interpersonales las que actúan desintegrando la familia.

Podemos enumerar una serie de familias que requieren una Psicodinámica, agrupados según la patología, las cuales recibirán un tratamiento y/u orientación a su problema.

Ejemplo:

—familia de pacientes alcohólicos.

—familias vulnerables a sufrir un riesgo de enfermar

—familia con crisis vitales y pérdidas familiares, muertes neonatales, suicidios, etc.

—familias psicopatológicas con ruptura del hogar.

—familia con serios problemas socioeconómicos hijos desnutridos

hacinamiento marcado de la vivienda

malas prácticas higiénicas

desocupación

—familia de zonas rurales alejadas (marginadas)

—familias de madres solteras

—familias que tengan pacientes con patología orgánica que crea ansiedad (cardíaco, hipertenso, diabético grave, TBC, discapacitado, demente, sordomudo, ciego, canceroso, etc).

—familias que cuenten con hijos con patología seria, con trastornos de conducta, etc.

Ante determinado problema de familia habrá que:

1— Identificar los problemas de la familia.

2— Análisis de los mismos y de los factores que los producen.

3— Posteriormente elaborar y ejecutar las soluciones a los problemas de salud.

Los problemas los podemos dividir en:

Agudos: (15%) son aquellos en los cuales el médico de familia toma una primera decisión y establece rápidamente si se trata de un padecimiento que pone en peligro la vida del paciente, ver si está capacitado para manejarlo o si debe referirlo a otro especialista (5%). El 40% de las consultas no requieren medicación muchas veces se medica por complacencia (o por el qué dirá otro colega cuando lo vea si yo no le receto?) o por haber abonado el paciente la consulta.

Problemas **crónicos:** 20% del total.

Problemas **autolimitados:** 65%

El médico de familia debe resolver del 70-80% de los problemas de la comunidad, o sea que las metas que se pueden lograr con medicina familiar de buena calidad son amplias.

Hay que examinar en la familia los medios para estudiar y resolver problemas.

Si la familia está en crisis, lo primero que busca es un cambio para salir del problema. La tarea del equipo de salud es la solución a esa problemática. Pero cada familia y no el equipo de salud o médico de familia, debe buscar y elaborar sus propias respuestas a sus integrantes, pues de esa manera podrá cimentar su identidad. Para que la familia conserve su condición de grupo y trabaje en el problema familiar, el médico tiene que permanecer fuera de la familia y limitar su trabajo al tratamiento y orientación, se relaciona con la familia pero no dentro de ella.

Hay que tener en cuenta que la familia con determinada problemática, busca ayuda, está atrapada entre la necesidad de cambiar y la necesidad de preservar su organización presente.

La función del médico o equipo de salud es reducir la ansiedad de todos los miembros de la familia, es fundamental la **entrevista** familiar.

Es frecuente además, la resistencia al cambio en las familias con problemas, cuando estos cambios alteran la interacción familiar y crean ansiedad en los miembros de la familia.

3— Además el médico de familia deberá recibir formación básica en problemas sociales, comunidad, conducta social, manejos 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.

4— Nociones sobre Medicina preventiva.

5— Relación médico-paciente y familia (arte y técnica de la consulta), como uno de los recursos terapéuticos más importantes para lograr el

máximo de efectividad de todos los tipos de terapia / Ciencias del comportamiento.

El médico ha de abandonar a veces su función autoritaria, ejecutiva y decisoria para que el paciente se explye y libere su ansiedad. Siempre hay que saber que detrás de un síntoma banal o una consulta sin motivo aparente hay algo que no marcha bien.

6— Nociones de Metodología de la investigación.

Es tan amplio el alcance de la medicina familiar que no solo da a algunos de los que ejercerán ocasión de emprender determinadas investigaciones, sino que incluso hay circunstancias que la favorecen.

Por ejemplo: estudios epidemiológicos de grupos de población en la investigación.

a) factores etiológicos posibles que intervienen en la génesis de cualquier enfermedad.

b) Estudio de la historia natural de la enfermedad que no puede observarse en el hospital, que a veces llega en una fase avanzada.

c) Correlación de los factores ecológicos que influyen en determinada enfermedad.

d) Estudio de brotes de determinadas enfermedades.

7— Manejo de la historia clínica orientada a problemas.

e) Extensión en la comunidad (terreno) de investigaciones iniciadas en el hospital debiendo existir una fluida interconexión del médico de familia y el especialista para el trabajo de investigación.

Relaciones del médico de familia con el hospital, con los especialistas y otros profesionales

La población, influida por los medios masivos de comunicación y el sistema de atención médica imperante, valora como medicina de calidad la del especialista y mejor cuanto más tecnología utiliza. Se ponen de moda los grandes centros como verdaderas fábricas donde se produce salud. La especialización se convierte en signo de prestigio científico y social. El ejercicio de la especialidades le permite al médico un estilo de vida más cómodo, confortable ya que no debe estar al servicio de la población, le permite desarrollar sus propias aspiraciones personales y de su vida.

Al contrario de la labor de entrega humana, vocación de servicio y generosidad que deberá dar el médico de familia, la especialización no ha dado soluciones a los grandes problemas de salud, que dependen de medidas ecológicas, de medicina preventiva, educación sanitaria, etc.

Esto nos demuestra que es un error concentrar todos los recursos en los hospitales descuidando a la población necesitada de atención personalizada, continua e integral (ya que de 1.000 personas sólo una requiere atención hospitalaria).

El médico de familia deberá tener una actitud de comunicación ante sus compañeros de trabajo, con especialistas a quienes consulte y con auxiliares de la medicina con quienes trabaje en equipo para poder lograr una asistencia médica

y social completa e integrada.

—La especialización puede llevar a una fragmentación excesiva de la asistencia a falta de elementos de enlace entre las diversas ramas de la profesión, teniendo en cuenta la especialización es indispensable para el progreso de la medicina.

Es consecuencia del aumento de los conocimientos científicos que obliga a limitarse a una parte más pequeña del conjunto.

—El médico de familia podría ser el elemento de enlace que haga efectiva la integración de los distintos servicios, siempre que haya recibido formación adecuada y tenga condiciones para establecer buenas relaciones de trabajo con sus colegas, con ciertos profesionales y servicios.

Relación con el hospital

El hospital no deberá continuar con las características actuales, incorporando tecnología más especialidades, sino por el contrario deberá asumir otras características y responsabilidades, de acuerdo a las necesidades más profundas de la población. Poner más énfasis en la atención general y ambulatoria que permitan proveer a la población de atención continua e integral. Un sistema de medicina familiar es atención primaria de la más alta calidad.

Todo esto significa una política de cambio profundo en los servicios. Cambiar el epicentro del hospital por los servicios periféricos. Los Centros periféricos son servicios anexos a un hospital en que puede administrarse tratamiento ambulatorio a los pacientes que no tienen otro acceso directo a la asistencia médica general.

En algunos lugares el médico de familia asume totalmente la responsabilidad del paciente y dispone en el hospital de camas asignadas para su intervención que ve en conjunto con el especialista.

—En la mayoría de los casos la internación es responsabilidad del especialista del sector, en este caso si bien el médico de familia no tiene participación directa en el tratamiento del enfermo hospitalizado, deberá tener libre acceso al hospital, teniendo contactos directos y personales con el jefe de servicio, médicos de planta y residentes.

—De esta comunicación fluida resulta beneficiado el paciente e incluso el hospital porque tendrá una visión más amplia del paciente que tratará, el médico de familia quien tiene un contacto más directo con la comunidad - medio ambiente.

El médico de familia deberá controlar la admisión de sus pacientes al hospital.

El médico de familia conoce las particularidades físicas, mentales y sociales del enfermo y puede, por lo tanto ayudar a esclarecer los problemas que plantean el diagnóstico y el tratamiento contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de la atención médica.

Conociendo la situación familiar del enfermo y recursos de la colectividad, hacen más brusco y más rápido el paso del paciente del hospital al domicilio, con la participación del médico de familia en el hospital se corta el período de hospitalización.

Los contactos directos del médico de familia con el hospital son positivos para el diagnóstico y

tratamiento y además el médico de familia al estar en contacto más directo en la comunidad aporta un conocimiento sobre las condiciones del medio, factores físicos, mentales y sociales que intervienen en la salud y en la enfermedad, introduce en los médicos del hospital las nociones sobre medicina preventiva y atención primaria, que en general no se da con frecuencia.

—De la comunicación fluida entre el médico de familia y hospital surgen proyectos para investigación epidemiológica (Bocios endémicos, hipertensos, diabéticos, desnutridos, etc.).

—El médico de familia ha de ser el vínculo natural entre las instituciones hospitalarias y la población.

—En el hospital ha de tener acceso libre a la utilización del laboratorio, Rx, archivos y deberá recibir en su lugar de trabajo (Centro periférico) la epicrisis detallada de la internación de pacientes dados de alta.

A igual que en caso de internación el médico de familia deberá enviar al paciente con resumen y datos importantes del medio familiar y ambiental en que vive.

Con los especialistas

No se trata en ningún caso de un enfrentamiento entre generalistas y especialistas. La especialización es en definitiva conquista de la medicina. Especialistas y generalistas deben complementarse.

A veces el paciente se pone directamente en contacto con el especialista, en otras circunstancias es derivado por el médico de familia. En algunos lugares el internista y pediatra ejercen una función fundamental en la A.P. trabajando a la par del médico de familia.

La relación del médico de familia y el especialista consultor es semejante a la que ha de mantener con el hospital, porque para que la asistencia médica sea más eficaz se requiere de ambos profesionales. Por lo tanto el médico de familia debe tener acceso y contar con servicios especializados.

Es importante la relación del médico de familia con auxiliares de la medicina, enfermeras, para integrar un verdadero equipo de salud, que puedan volcarse todos a la familia unificando criterios y modalidad de trabajo de grupo.

Es importante mantener buenas relaciones con el personal de otros servicios sanitarios y sociales (obras sociales, donde enviará pacientes para estudios), con funcionarios, otros líderes de la comunidad (curanderas, estancieros, maestros, profesores, organización de asociaciones, sacerdotes, dirigentes sindicales, jefes o encargados de sociedades de fomento de barrios, etc).

Dr. Armando Calá Lesina
Médico Generalista

MEDICINA FAMILIAR

ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD

Tipo de atención

Integral promoción
protección
recuperación
rehabilitación.

Parcializada

Unidad de atención

La familia

El enfermo

Enfoque

Al individuo en su contexto biológico, psicológico y social.

Al individuo biológico

Continuidad de la asistencia

Si

No se logra

Acceso

Directo de la familia

Acceso directo o derivado

Responsabilidad en salud

Mútua pertenencia médico-familia.

Responsabilidad sobre la solución de determinada patología

Predominio de tareas

Preventivas

Curativas

Medicina de

Comunidad (interacción del individuo con la sociedad)

del individuo

Cobertura

Mayor cobertura poblacional

Cobertura parcial

Eficacia

Más eficaz y económica

Menos eficaz y más costosa

Formación del médico

Humanística y científica

Cientificista

Complejidad

Baja pero calidad $\left\langle \begin{matrix} \text{baja} \\ \text{alta} \end{matrix} \right.$

Alto pero calidad $\left\langle \begin{matrix} \text{baja} \\ \text{alta} \end{matrix} \right.$

Prioridad

Poblaciones rurales, periurbanas, urbanas marginales.

urbanas

Atención médica

Primaria

Secundaria y terciaria

MEDICO DE FAMILIA

MEDICO GENERALISTA

	Primaria	Primaria
Atención médica		
Formación técnica	Adecuada	Adecuada
Medicina preventiva	Si	Si
Conocimiento de Psicología médica (dinámica familiar)	Si	No
Manejo de historia clínica orientada a problemas	Si	No
Formación en Conducta social	Si	No
Uso de técnicas para la investigación en terreno	Si	No
Entrevistas Familiares	Si	No
Relación mútua: pertenencia médico-familia	Más fácil de lograr	Se puede lograr

BIBLIOGRAFIA

- Tratado de Medicina Familiar Tomo II —Francisco Martínez López —Vice presidente de la Asociación Latino americana de medicina Familiar y Comunitaria (Editorial Marbet).
- Medicina General -Carlos García Díaz.
- Salud Pública Rev. Jano "Problemas ecológicos del hombre moderno".
- Rev. cit Epidemiología de la Salud y de la enfermedad".
- Médicos del Futuro Crónica de la OMS.
- Servicios Básicos de Salud ATENCION PRIMARIA Oficina Panamericana de la Salud.
- Montoya "Atención médica" Escuela de Medicina Universidad de Chile.
- Atención primaria de la salud OMS.
- Medicina Integral -Medicina preventiva y asistencia en medio rural. Rev. volumen N° 2.
- Bases para una medicina individual, familiar y comunitaria" Tomo 1 Edit. Marban 1982.

- Schottstaed y otros Sociology, Psychology and metabolic observation on Patients in a community of Metabolic Ward.
- OMS Informes técnicos -La medicina general-Formación del médico de familia.
- Promoción del interés de los médicos en medicina preventiva.
- Smith R Family, Medicine and the health care crisis in the United States Int Journal Health Services.
- Acuña, Atención primaria Escuela de Salud Pública de America Latina Río de Janeiro.
- Castellanos Robayo J Situaciones de cobertura niveles de atención y atención primaria OPS Washington.
- Osler W Remarks on specialism Archives of Pediatrics - General Practice in Canadá Int Journal of Health Services.
- ¿Qué es la Medicina Familiar? Dr. Julio Ceitlin.

LA FAMILIA Y LA SALUD

por A.S. MARIO RUBEN CALARCO
Prof. Adjunto Facultad Ciencias
Sociales U.N.C.

1.— LA CARACTERIZACION DE LA FAMILIA

Todo programa, toda planificación, una determinada política debe indudablemente sustentarse sobre un conocimiento serio del área de aplicación con sus características demográficas, económicas, sociales y culturales. El campo de la salud pese a las dificultades de registro es sin lugar a dudas uno de los pocos que tiene un sistema Estadístico que aporta datos invalorable sobre morbilidad, natalidad, letalidad, distribución de patologías por sexo, edad, lugar etc. tasas de incidencia y prevalencia, número de prestaciones etc., en forma permanente, que nos permite contar con datos referenciales mas o menos actualizados para implementar las grandes políticas de salud. Partiendo de lo que sabemos y de lo que tenemos es necesario reflexionar sobre lo que nos falta, para poder tener una idea global que sirva como base para comprender y valorar convenientemente la necesidad de instrumentar nuevas formas de Investigación, en cuanto a la forma, a los contenidos y a su utilización. Para ello debemos partir de la idea de que en Salud hay un nivel de Estudio y Diagnóstico y uno de EJECUCION con un objetivo claro de INTERVENIR EN LA REALIDAD. Es decir que existe un nivel teórico y otro operativo, que debe relacionarse dinámicamente. Si pensamos que el sistema de salud tiende a trabajar con la **FAMILIA**, como Unidad de Atención

donde se engloban enfermos y sanos, jóvenes y viejos, debemos ampliar nuestro conocimiento y modificar nuestra relación Institución —medio social. Lo descriptivo que estaría dado por el conocimiento de la Estructura de una comunidad nos aportaría datos demográficos que servirían de base para planificar eminentemente lo **cuantitativo**. Por Ejemplo: La cantidad de familias, tasas de natalidad, distribución de población por barrio etc. puede servir como base para determinar la ubicación de Centros Periféricos, la cantidad de horas médicas etc.

Estos datos no nos explican lo cualitativo que estaría dado por las respuestas de la población hacia un efecto de salud; los valores, conceptos y conocimiento que son patrimonio de la comunidad, las pautas socio-culturales, las influencias étnicas y las corrientes migratorias, los sistemas de relaciones intrafamiliares y extrafamiliares, las necesidades sentidas; como viven el estado de salud o de enfermedad. Por ende debemos tener

un conocimiento mas profundo de la familia en su medio y una inserción distintas que implica invariablemente contemplar una investigación participante teniendo en cuenta las siguientes premisas:

a.— La Investigación debe contemplar los niveles exploratorio, descriptivo y explicativo de la realidad.

b.— La Institución de Salud debe integrarse a la comunidad a fin de que se vea como parte de la misma y no quede como un ente aislado al que se recurre solamente cuando hay problemas de salud.

c.— Instrumentar la participación de la familia en todas las etapas: investigación, planificación, ejecución y evaluación.

d.— La investigación tiene que tener características de permanente y concurrente a fin de tener una visión dinámica de la comunidad y no estática, lo que no sería compatible con el fenómeno de la aceleración del cambio que sufre la sociedad.

e.— Adecuación de métodos y técnicas a la realidad de cada comunidad a fin de no invadirla y si de comprenderla.

f.— Propiciar el trabajo de Equipo Interdisciplinario e Interinstitucional, a fin de no seccionar en partes a la realidad.

g.— Afianzar los programas de Promoción, Prevención y Educación en salud.

h.— Los profesionales deben insertarse con una actitud de aprender más que de enseñar.

2.— LA PERSPECTIVA SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Como dijera ACKOFF "Debemos dejar de actuar como si la naturaleza estuviera organizada en disciplinas en la misma forma que lo están las Universidades". El hombre es un ser total, único e invisible que establece relaciones primero con su medio inmediato (La Familia) y luego con las múltiples instituciones que configuran el medio social; nos encontramos ante un hombre con un pasado, un presente y un futuro.

Ese hombre que llega al consultorio es algo más que un higado, una taquicardia o una gastritis, no es posible continuar con la concepción etiológica mecanística de la enfermedad, donde al igual que un automóvil el secreto está en reparar o cambiar la pieza que no funciona. Debemos tomar al hombre dentro de su contexto social para poder comprenderlo y lograr descubrir aquellos factores sociales que son causa de múltiples en-

fermedades. A modo de Ejemplo: los estudios de DAVIS Y WILSON que efectuó "OBSERVACIONES DE ULCERA PEPTICA" en 200 casos encuestados al azar en el 84% la úlcera se formó en el momento en que el individuo estaba reaccionando emocionalmente a sucesos externos perturbadores ya sea financieros, ocupaciones o domésticos. (Por supuesto para que tenga validez científica tiene que darse como condición la Persistencia). Si bien es válido el avance científico en el campo de la Medicina y su contribución a la salud del hombre y al fin último que sería prolongar las expectativas de vida, es también válido entender que la humanidad se encuentra en la búsqueda de dar respuesta no solo al concepto de cantidad sino de **CALIDAD DE VIDA**. Este último concepto requiere un conocimiento integral de la comunidad y por sobre todas las cosas abordar enfermedades como la inseguridad, la frustración, el desempleo, la desnutrición, el determinismo; que hasta el momento fueron abordadas por aquellos que incursionan dentro del campo de las ciencias sociales. Es necesario remarcar que los problemas sociales no son patrimonio del ESTADO en General y de los Trabajadores o Asistentes Sociales en Particular, como así tampoco los problemas de salud sean propiedad de los médicos y de los agentes en salud. Se ha departamentalizado la realidad, perdiendo la visión del todo y por ende el conocimiento de la etiología del mal que se quiere combatir. No es posible explicar una tuberculosis o un alcoholismo si se desconocen los factores ambientales inherentes a su realidad pasada y presente y sus implicancias futuras. Es indudable que un hombre enfermo debe ser agente de su recuperación, pero para ello necesita tener **ALGUN MOTIVO PARA VIVIR**. Esto último se sustenta en el concepto de que "La Razón de vivir de una persona modifica profundamente sus reacciones corporales y modos de conducta".

Si se toma como válida las tantas veces mencionada definición de la OMS de que la Salud no es la simple ausencia de enfermedad sino el completo Bienestar físico, mental y social, se deben articular en un programa de salud familiar tanto en el estudio, el diagnóstico y el tratamiento los conocimientos específicos del campo de la salud, con el de las Ciencias Sociales. Solo la inserción del Equipo de Salud dentro de la familia podrá encontrar respuestas a los múltiples interrogantes que se plantean a diario: porque los abandonos de tratamiento en T.B.C.? porque el alcoholismo?, que factores culturales intervienen en los casos de la Hidatidosis y el Mal de Chagas, etc.?

Podremos determinar que implicancias sanitarias surgen del cierre de una fábrica o la apertura de nuevas fuentes de trabajo; o que nuevas patologías nacen con la modernización y el urbanismo de medios rurales (El reemplazo de unas patologías por otras), es correcto enriquecer el conocimiento etiológico de la enfermedad con el aporte de lo social y poder introducir elementos válidos que permitan desarrollar acciones de promoción, prevención y educación en salud. Es fundamental tomar con-

ciencia que lo social no es aleatorio ni referencial sino que integra la etiología de la enfermedad.

3.— EL VALOR SALUD PARA LA FAMILIA

Si se entiende que los valores, ante una necesidad dada, son los que guían la conducta hacia una meta que hacen por los caracteres deseable o apetecible lograr su satisfacción; es posible aseverar que algo vale porque es deseado para o por algo o adecuado a un fin. Los Valores expresan la relación que existe entre la persona que emite juicios de valor y el objeto valorado. En otras palabras los valores son los principios por los que nos regimos, lo que da sentido a la vida. El hombre en su relación con el medio establece una jerarquización de valores lo que se suele llamar tabla o escala de valores. Por ende se puede precisar que la salud sería un valor y la enfermedad un Disvalor. Aquí es donde se debe centrar la atención cuando se quieren desarrollar acciones en salud; pues es necesario saber, dado que el valor no es algo externo sino que es inherente a la persona; como valora la salud, donde la ubica, y que respuestas se plantea para orientar su conducta en pro de su salud.

A modo de Ejemplo se transcriben tres modelos de conducta en salud, que se dan en nuestra Provincia: (Fuente: Trabajo de Miguel Hangel González —Antropólogo— Docente de la UNC).

a) **EL MODELO ABORIGEN:** Conciben la enfermedad como daño inferido mágicamente o por invasión de espíritus del mal. La etiología: la envidia o la ruptura de un tabú. El Diagnóstico por adivinación, brillo de ojos, color de orina etc. el Tratamiento se basa en hierbas, amuletos, ritos y el agente es el brujo, el hechicero. **EL ENFERMO Y SU FAMILIA SON MIEMBROS ACTIVOS EN EL TRATAMIENTO.**

b) **EL MODELO CIENTIFICO:** Etiología: Enfermedad como una ruptura del equilibrio psicósomático-social. Diagnóstico: Investigación. El enfermo y su familia asumen un papel pasivo.

c) **EL MODELO POPULAR:** Participa de los dos modelos anteriores. Implica dos tipos de comportamiento o respuestas frente a la enfermedad, algo así como una división de lealtades al concurrir al médico y al curandero, o bien con la recurrencia al curanderismo casero o la automedicación.

Es improbable el éxito de cualquier cambio que se quiera introducir en el sistema de relaciones familiares— comunitarios si éste parte solamente de un planteo teórico o de la estructura institucional, sino que debe sustancialmente partir de la realidad misma con la participación activa del destinatario de las acciones en Salud. Como dice Vargas-Tenton, si se desea cooperar con la comunidad para mejorar su salud se debe **aprender a pensar como la gente de esa comunidad**. En otras palabras los programas deben nutrirse, enriquecerse y retroalimentarse, desde el seno de la familia misma; que nos brindará el conocimiento de lo que quiere, de lo que le falta, de co-

mo lo quiere y lo que es más importante COMO LO VIVE.

En una primer etapa la salud se constituyó en una necesidad, por lo que el hombre implementó distintas formas para satisfacerla, luego con el avance de ciencia y de las legislaciones sociales en una segunda etapa se consideró UN DERECHO, al que todo ser humano debe acceder por el simple hecho de vivir. Es dable plantearse que en el futuro, tal vez, tengamos que considerar la preservación de la salud en una concepción universal y Humanista como una OBLIGACION, hacia nosotros y hacia los demás que nos rodean. UNA población sana integralmente es el capital básico que necesita toda Nación para crecer, desarrollarse y proyectarse en el futuro.

4.— UNA NUEVA PROPUESTA

A modo de síntesis se cree necesario delinear los principios básicos en que se sustenta ésta propuesta:

- a.— Constituir verdaderos equipos interdisciplinarios y no una simple sumatoria de profesionales.
- b.— Que lo social se entienda como parte inherente a la etiología de las enfermedades.
- c.— Que el destinatario de las acciones en Salud debe ser agente fundamental de su rehabilitación.
- d.— Que se deben instrumentar nuevos esquemas de investigación que permitan un más acabado conocimiento de la realidad.
- e.— Que la Medicina Familiar debe ser el eje

donde puedan desarrollarse las políticas de promoción, prevención y educación en Salud.

f.— Que se tome a LA FAMILIA desde un enfoque sistémico donde englobe al enfermo y al sano.

g.— Tener en claro que la salud es responsabilidad de todos y no la simple sumatoria de médico, demás agentes y centros efectores.

Neuquén, 2 de Noviembre de 1982
A.S. MARIO RUBEN CALARCO

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.— "LOS MAPUCHES ARGENTINOS EN LA ACTUALIDAD" Catalina Saugy- Publicación Instituto Nacional de Antropología del Ministerio de Cultura de la Nación.
- 2.— "SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL" Natalio Kisnerman- Ed. Humanitas.
- 3.— "LA TEORIA DE SISTEMA COMO MARCO DE REFERENCIA PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA" Rev. Steven Preister - Revista Trabajo Social N° 34 publicada por Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 4.— "MEDICINA PSICOSOCIAL" J.L. Halliday - Ed. EUDEBA.
- 5.— "FAMILIA Y SOCIEDAD" Significaciones Antropológica de la Familia en un período de Transición Social— Jorge Schroeder— Ed. T. NUEVA.
- 6.— "SALUD, MEDICINA Y DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL" Abraham Sonis- EUDEBA.
- 7.— "ETICA PARA EL SERVICIO SOCIAL" Natalio Kisnerman- Ed. Humanitas.

ANECDOTARIO REFLEXIVO

EL OXHIDRILO Y LA TELEVISION:

Hace tiempo que tenía ganas de escribir algo con respecto a las propagandas televisivas en general. Si bien es cierto que nuestros creadores publicitarios son premiados con asiduidad en el exterior por la calidad de sus películas, técnicamente impecables, quienes los premian casualmente también sus publicistas que buscan publicidad y así se crea el círculo vicioso. Partiendo de la suposición que realmente están bien hechas, quiero analizar aquí el contenido de las mismas. Ya que no soy siquiatra no voy a hacer interpretaciones exóticas y como tampoco entiendo gran cosa de técnicas (¿o trampas?) publicitarias, quiero considerarlas tal cual las veo.

Ahora bien; de todos los ramos imaginables susceptibles de ser vendidos o mejor dicho comprados, analizaré sólo uno para no caer en la tanda

que en forma continuada ofrece insecticidas, raivoles y automóviles. De cualquier modo, absolutamente todas están preparadas para el gran público que compra, para que la entiendan todos. En una palabra, como para oligofrénicos.

Entonces, dentro de lo relacionado con la salud, separé las referidas a bebidas alcohólicas: desde hace mucho trato de interpretar las imágenes (lamentablemente en blanco y negro ya que no tengo televisor para color), la música y la letra de la de un aperitivo, en cuya propaganda aparece prácticamente una fiesta a bordo de un avión, con la frase repetida: "el interminable sabor del mundo..." ¿Qué quiere decir ésto? ¿Que tome y tome y siga tomando que siempre habrá alcohol disponible? ¿o que tomando conocerá el mundo o imitará a los que lo conocen? O... lo que se le ocu-

rra. En ésta misma película, la mujer que canta entra en éxtasis, gritando el lei-motiv cada vez más fuerte hasta que en un momento casi llora y se interrumpe en lo que parece realmente un orgasmo. De más está decir que en la fiesta citada interviene todo el personal del avión, comenzando por el piloto, por lo que es fácil deducir que todo aquel que trabaje en una compañía aérea tiene la casi obligación de consumir alcohol.

En la de otro aperitivo, se da a entender que uno puede ser lindo, joven y divertido por el solo hecho de consumir ese producto. Muestra mujeres-modelo (preciosas ellas) y hombres-modelo en la playa, jugando alegremente y por supuesto... tomando.

En cuestión cerveza he visto varias y en una de ellas, que no recuerdo ahora bien, el espíritu era de incitar al joven a que comience cuanto antes a tomarla. Cuanto antes me refiero a la edad, ya que mostraba muchachitos de alrededor de 16-18 años. Otra del lúpulo fermentado muestra el hermoso contrasentido de atletas compitiendo, pensando solamente en el trago posterior, no sé si como meta de la justa o como premio o lo que sea. La cuestión que el que corre debe terminar pronto, batir su récord, ganarle a todos los otros, sólo para poder tomar y tomar...

No quiero olvidarme del ambiente que recrea un coñac reserva San Juan hablando de nuestras tradiciones europeas, aristocráticas ellas, con flirteos incipientes, buena música de fondo... y una copa en la mano de una gradación de casi 40°.

Para le época de las fiestas directamente se perdió la vergüenza: que los Reyes Magos le regalan al niño Jesús lo necesario para hacer vino y así conformar un ambiente navideño para lograr la venta, me relajó.

De ese tiempo es la de una sidra (o champaña), que invitaba a todo aquel que la tomara, a "despegar". Si incluso se veía en el momento de beberla, el "viaje" de cada uno, totalmente ausente del resto de los comensales, solamente pensando en sí mismo y en su éxito personal, etc. ¡Muy integrador y constructivo! ¡Hermosa invitación al autismo, la mentira y el vicio!

La lista sería interminable. Sólo a título de ensayo quise volcar al papel éstas impresiones totalmente particulares. Si tuviere que resumirlas (del verbo resumir = condensar, no de tirarlas al resumidero), diría imitando a los mismos realizadores: "Señor; señora (ahora especialmente están dirigidas a la juventud); ¿quiere mentirse a gusto a sí mismo?; ¿quiere destruir más rápidamente a su familia?; ¿quiere hacerse drogadicto en forma más o menos barata?; ¿quiere sentirse alguien que realmente no es? Consuma alcohol... consuma... consuma...".

A fuer de ser sincero habría que agregarle subtítulos de tenor cien tífico, tipo: "déle de comer al pobre siquiatra". O bien: "llene las salas de clínica médica con trastornos de la coagulación; con desnutriciones, hemorragias digestivas altas debidas a várices esofágicas, debidas a hipertensión portal debida a cirrosis hepática debida a... consumo de oxhidrilos".

Para los suspicaces, me veo en la obligación moral de declarar que, efectivamente y tal cual era sospechado desde el título, yo no tomo absolutamente ninguna bebida alcohólica.

De no ser clausurada la revista a sugerencia de la Corporación Viñateros Unidos de Cuyo o similares, la próxima nota la dedicaré cariñosamente a las propagandas sobre tabaco. (fumar, sí fumo).

Dr. RODOLFO

OBJETIVO COMUNICARNOS

El Potrillo 29-9-82

A través de una amiga enfermera universitaria que trabaja en el Chaco me ha llegado la publicación MR. Me interesa la orientación y la línea que llevan y valoro sobre todo la existencia de la misma, sabiendo lo difícil que es trabajar en equipo en nuestro gremio por la formación científica, individualista que recibimos. Ya desde estudiante y residente en Bs. As. tenía noticias de que en Neuquén se estaba trabajando bien y tratando de dar una respuesta acorde a la realidad regional. Creo que en la línea de formación de médicos residentes rurales y atención médica

primaria son la vanguardia a nivel nacional.

Sería interesante con visión de futuro poder interrelacionarnos los grupos que hacemos atención médica primaria para intercambio de experiencias y todo lo que pueda surgir. Tengo entendido que a nivel de jefes de programas provinciales se dan encuentros pero no ocurre lo mismo con los que trabajamos en terreno y un poco creo nos quedamos en esfuerzos individuales. En fin el primer paso sería la comunicación e información.

Nuestra zona tiene cabecera en Ing. Juárez y se extiende por un área extensa de aproximadamente 15 mil Km². Potrillo (donde yo vivo y trabajo)

es zona de monte y población aborígen el 95%. Estamos a 120 Km. de Ing. Juárez.

Trabajo con dos enfermeros de sala y seis agentes sanitarios distribuidos en los parajes y un supervisor intermedio (todos aborígenes, una agente sanitaria es mujer). Disponemos de radio en Quebracho u Potrillo y en los parajes Lote 8, Tucumancito y Santa Teresa que comprenden a otras zonas rurales, todos con comunicación al Htal. cabecera directamente o con puente con Potrillo.

También disponemos de una ambulancia (que todavía no funciona porque nos están por nombrar chofer) y equipar. Hasta ahora venimos bajando con un Jeep.

Nuestra es área de frontera, no existen fuentes de trabajo a excepción de la madera (postes), economía cíclica del monte (cueros de iguana y zorro, pesca, recolección de frutas), quintas de autoabastecimiento, empleados públicos: enfermeros, maestros, encargados de registro, delegados aborígenes. En Potrillo existe una cooperativa aborígen con aserradero que produce durmientes para ferrocarriles (es la única fuente de producción organizada en el monte) y a su vez esta fuente depende de la demanda de ferrocarriles.

Las vías de comunicación son ruta de tierra, sendas, vuelo de fomento semanal y las radios de las salas.

Bueno creo que les pinté un poco la situación geográfica, social y económica y por supuesto muy importante los valores y desvalores de otra cultura, en este caso la Mataka.

Acciones de salud que venimos realizando en la zona: fumigación, Chagas con brigadas comunitarias y agentes sanitarios, seriadas desde el 80. Atención materno infantil (vacunación, control de embarazos y detección de TBC (desde el 75 - 90 casos registrados hasta ahora con tratamiento bajo plan provincial) educación sanitaria (escuela, grupos de mujeres, por barrios).

En fin, creo que el primer paso de la comunicación sería a través del boletín MR al que deseo suscribirme.

Les mando un saludo grande y mi dirección.

Dra. Cristina Mirosson
3636 Ingeniero Juarez
FORMOSA

INVITACION AL DIALOGO

Es habitual en esta época del año realizar algún tipo de balance: personal, profesional, familiar, etc. Tal vez esto unido a los acontecimientos nacionales y locales, ha hecho que en las últimas semanas hayamos conversado con frecuencia sobre la Sociedad de Medicina Rural, nuestro sistema de Salud, nuestros lugares de trabajo, nuestro país y el futuro.

Por otra parte creo adecuado que, periódicamente, analicemos y evaluemos nuestro diario quehacer, como forma de detectar aciertos a repetir

y defectos a superar; es por todo lo dicho hasta ahora que hago llegar estas reflexiones que son una invitación a que juntos intentemos construir nuestro futuro.

Ante todo creo fundamental señalar lo por todos conocido de que nos encontramos en una terrible situación socioeconómico-política, luego de haber vivido dos guerras, que si bien se han definido la una como "sucía" (existen guerras limpias?) y la otra como "anti-imperialista", no se diferencian en su saldo de vidas jóvenes perdidas o malogradas, insoportable soberbia de los vencedores (los hay?) y confusión que no hacen más que ensombrecer el panorama, y sin que estemos seguros de que en la próxima salida política algún grupo haya de reservarse el veto a las decisiones mayoritarias de nuestro pueblo.

Entiendo que lo más importante en este momento es tomar conciencia de que solo saldremos adelante con el esfuerzo y compromiso de **todos**, cada uno en lo suyo. Por esto es básico un análisis y replanteo de nuestra Sociedad y nuestro sistema de Salud.

Respecto del sistema es de señalar que se produjeron novedades que son destacables, una es la revitalización del proyecto de Carrera Sanitaria Provincial, y otra fue la implementación de concursos. Lo lamentable es que luego de varios meses la Carrera sigue siendo un proyecto, y que los concursos —salvo en el caso del Hospital Regional Neuquén— se han efectuado para cubrir cargos de profesionales de planta en lugar de hacerlo para la cobertura de cargo de conducción. Si critico esto último es porque entiendo que de esta manera, en un sistema vertical como el nuestro, el poder sigue en manos de personas cuyos principales antecedentes son las relaciones personales o afinidades y la permanencia o antigüedad.

Lo que agrava el problema es que en este lapso **hubo** vacantes en cargos de conducción, y que estos fueron cubiertos con el procedimiento habitual. De la forma en que se desarrollan los concursos surge otra paradoja, cual es la de que se incorpora personal que debe demostrar capacidad e idoneidad que, pocas veces han tenido que demostrar quienes los eligen y casi nunca debieron probar quienes se desempeñan como jefes o responsables de los sectores a donde acceden.

Además se incorporan al sistema, a veces, especialistas con compromiso de cumplir tareas de generalista, mientras que los egresados de las tres primeras promociones de la Residencia provincial se destacan por ausencia en esos lugares; es por ello que creo necesario analizar la Residencia, redefiniendo y evaluando sus objetivos. Creo que esto último cabe también a los cursos de adiestramiento lineal.

No dudo que las autoridades del sector podrán dar aclaraciones, en general válidas, sobre la política seguida pero el hecho de que estas sean necesarias —como sucedió con el tema de la Medicina Familias— demuestra que el actual sistema vertical de transmisión de los mensajes tiene notables fallas que requieren su pronta y adecuada modificación. Entiendo que en esto último nuestra Sociedad debe cumplir un papel clave, por cuanto es la única que reúne y comunica entre sí a un gran

número de efectores del sistema de Salud.

Para seguir adelante con mis observaciones creo necesario aclarar que todas mis reflexiones, compartidas por varios compañeros de tareas, surgen de la realidad concreta en que me muevo y por ello puede algunas apreciaciones no sean entendidas o compartidas por quienes trabajan en distintas circunstancias y lugares.

Esta aclaración necesaria me da pie para señalar un punto importante que se refiere a las distintas modalidades que asume nuestra tarea a pesar de pertenecer todos a un mismo sistema, y si bien soy partidario de un trabajo y atención personalizados y adecuados a la realidad de cada lugar se me debe otorgar que no todas las diferencias son aceptables.

Como la diaria realidad me plantea a cada paso la superposición de distintas formas de pertenecer al sistema de Salud, es sobre lo relacionado con este punto que deseo señalar algunos hechos.

Lo primero que observamos al analizar los regímenes laborales en el nivel profesional es que existen dos grandes agrupamientos: la Dedicación Exclusiva y el Tiempo Pleno. Considerando que ambas cumplen similares horarios y tienen iguales obligaciones con respecto al sector Salud, uno se pregunta —o por lo menos esta autorizado a hacerlo— cual es el motivo por el que la Subsecretaría paga a muchos profesionales una bonificación en concepto de Dedicación Exclusiva que pareciera constituir un importante porcentaje del magro presupuesto.

Pareciera que tener profesionales con Dedicación Exclusiva correspondería a una forma de favorecer la radicación de profesionales, o bien considerar que este agrupamiento representa un distinto compromiso con el funcionamiento y desarrollo del sector. Esto último podría relacionarse con la aparente antinomia Medicina Pública-Medicina Privada, pero si en esta línea se entroncara la motivación profunda de las autoridades para mantener ambas agrupaciones, no se entiende porqué importantes sectores de nuestro sistema de Salud tienen en los cargos conductivos a profesionales de Tiempo Pleno, cuando muchas veces podrían ser sustituidos **y con beneficio**, por profesionales con Dedicación Exclusiva. Aquí conviene señalar que este comentario se entronca con el de los concursos, por cuanto algunos de los cargos no concursados se encuentran en esta situación.

Podría que nada de lo especulado corresponda alas motivaciones de las autoridades, pero entonces pareciera no poder entenderse cual sea el sustento del regimen de Dedicación Exclusiva.

Un punto que no puede ser pasado a la ligera es lo de Medicina Pública-Medicina Privada, siendo lo primero a aclarar que es una falsa antinomia porque partir del supuesto de que ambas medicinas compiten o sus respectivos profesionales militan en bandos opuestos es tan erróneo como pretender que la Medicina Pública debe ser complementaria de la Medicina Privada asumiendo las tareas poco rentables.

Sin embargo, cuando nos ponemos a observar los hechos comprobamos que, en general la Medicina Pública no ejerce funciones de control o conducción en el sector privado, pero sí sucede a

la inversa, por ello yo me pregunto ¿debe el sector público dejar la conducción en manos de profesionales para quienes el sector no lo es **todo?**, y mi respuesta es negativa porque entiendo que, en cualquier sector, los cargos de conducción deben ser ejercidos por las personas mas motivadas y comprometidas.

Se me podría decir que la motivación no siempre se relaciona, en nuestro sistema de Salud, con el regimen laboral del profesional, sin embargo **he visto y veo** que quien está en ambos sectores dificilmente sacrifica lo privado por lo público, aunque reconozco que no todos los profesionales de Dedicación Exclusiva muestran un real compromiso con el sector. Esto último creo que, en general se debe a dos motivos: en primer lugar a que la Dedicación Exclusiva es muchas veces una etapa de seguridad económica previa al ingreso a la Medicina Privada (que es la meta profesional que tradicionalmente se nos ha mostrado como ideal) y, en segundo lugar, a que para muchos profesionales la Dedicación Exclusiva es una opción que no exige compromiso (a lo que muchas veces contribuye la estructura verticalista con su poder punitivo, que exige valor para actuar de otra manera.

En el terreno de lo concreto se suma otro punto a examinar, el del **real cumplimiento del horario** correspondiente al regimen, aspecto en el que **sé y veo** que las cosas no son de manera alguna parejas, lo que lleva a que en ocasiones los profesionales de Dedicación Exclusiva deban cubrir los "huecos" dejados por profesionales de Tiempo Pleno, con el consiguiente abandono de **tareas que no pueden ser desatendidas** (educación para la salud, educación continúa, reuniones de evaluación, etc).

Todo lo mencionado con respecto a la existencia de una filosofía de la Dedicación Exclusiva, concursos, relación Tiempo Pleno-Dedicación Exclusiva y Medicina Pública-Medicina Privada debe ser claramente definido por nuestra Sociedad con y por las autoridades del sector, lo que de alguna manera se relaciona con la necesidad de participar en la elaboración de las políticas del sector.

Como resumen y propuestas solicito a la Comisión Directiva de nuestra Sociedad que organice reuniones donde se discuta el sistema de Salud, que exija la pronta sanción de la Carrera Sanitaria Provincial y nuestra participación en su reglamentación y funcionamiento, así como bregar con actitud crítica para que se concursen **todos** los cargos, empezando por los de conducción y en condiciones adecuadas para el mejor funcionamiento del sistema. También debemos analizar y replantear la Dedicación Exclusiva, la Residencia provincial y los adiestramiento lineales.

Para ello considero útil que tomen estado público ante las autoridades del sector los problemas y situaciones anómalas existentes, cuyo desconocimiento por parte de ellas no debería poder ser aceptado como motivo de persistencia de las mismas.

En todo esto nuestra revista debe tener un importante papel, por cuanto debe servir de tribuna de debate (creando una sección especial si fuera necesario) y habilitando una sección tipo "Libro de Quejas" que permita a los socios hacer cono-

cer aquellas situaciones que merezcan ser discutidas y/o modificadas.

La finalidad de todo lo escrito no es otra que invitar a la activa participación de todos en la construcción de un futuro mejor.

"Más naide se crea ofendido pues a ninguno incomodo y si canto de este modo por encontrarlo oportuno es para mal de ninguno sino para bien de todos".

WALTER E. GONZALEZ
MP. 632
H.R. ZAPALA

Las Breñas (Chaco), 11.10.82

Sr. Director

En mi carácter de Coordinador Docente de la Residencia de Medicina Rural, que se desarrolla en el Hospital "9 de Julio" de Las Breñas (Pcia. de Chaco), desde el 13 de setiembre del cte. año, me dirijo a Ud. con el fin de solicitar una suscripción a la Revista que Ud. dirige. Motiva este pedido la Necesidad de contar con bibliografía actualizada sobre temas y experiencias respecto a nuestra actividad común.

Asimismo, comprométome a enviarles los trabajos científicos, que surjan de esta residencia.

Sin otro particular, y a la espera de una favorable respuesta, lo saludo atte., felicitándolo por esta publicación.

Juan Carlos BARBERIS
Coordinador Docente-Residencia
Medicina Rural
HOSPITAL 9 DE JULIO-LAS BREÑAS (CHACO)

Sr. Dr.
Malcolm Elder
DIRECTOR DE LA REVISTA MEDICINA RURAL
Neuquén

De mis consideraciones:

Por la gentileza de uno de sus asociados, he recibido dos números de la revista, la misma que las he leído con mucha avidez. Estuve en esa ciudad en un programa otorgado por la Segunda Cátedra de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires y auspiciado por la Secretaría de Salud Pública de la Provincia del Neuquén, por lo que muchas de las cosas observadas en sus artículos, tienen relación con personas que conozco y estimo. Por estos antecedentes, deseo asociarme a la suscripción. Si mantiene este tipo de socios, deseo conocer su respuesta a vuelta de correo. Aún más estoy interesado, por lo grato que me resultará visitar amigos, de ser posible por mi trabajo, viajar en una de sus Jornadas anuales e incluso participiarp si así fuese aceptado.

DR. WILSON CELLERI C.

COMUNICACION

Tomado de Medicina y Sociedad

EL DESCUBRIMIENTO DEL HAMBRE

Aldo Neri

En el Boletín N° 1, Vol. LXXVIII, de enero/75, de la Oficina Sanitaria Panamericana, puede leerse un trabajo de investigadores del INCAP, titulado "Ingestión calórica y trabajo físico de obreros agrícolas en Guatemala".

El artículo aludido sintetiza una investigación descripta en su epígrafe, resumiéndolo como sigue: "El estudio de dos grupos comparables de obreros agrícolas que hacía tres años diferían en ingesta calórica por la suplementación alimentaria que recibió uno de ellos, indicó que el grupo suplementado tenía una composición corporal superior a la del grupo no suplementado. Asimismo, tenía mayor capacidad de trabajo físico, laboraba en el campo con mayor intensidad y permanencia activa aún después de sus faenas. La estimación del balance calórico y de los costos energéticos en ambos grupos, sugiere que la ingestión calórica limita la actividad y productividad de ambos sectores de obreros agrícolas".

Se desarrolla luego una concienzuda descripción comparativa de las características anatómico-fisiológico-nutricionales de ambos grupos, así como de su rendimiento en la actividad laboral y extralaboral, llegándose a la documentada y sorprendente conclusión de que el grupo no suplementado —claramente subalimentado— tenía "performances" considerablemente inferiores al otro, así como era más flaco y apático. Se extrae también,

atrevidamente, una conclusión de carácter social, que prefiero citar con las propias palabras de los autores: "Este trabajo sugiere también que una ingesta calórica inadecuada establece un lími-

te en la actividad total del individuo por unidad de tiempo y, lógicamente, en su productividad. En esta forma el déficit calórico relativo puede ser un impedimento en el desarrollo económico. Una mayor ingesta calórica podría resultar en un aumento de la productividad y en un mejor nivel económico del individuo de su familia y de su comunidad. Si éste fuera el caso, la inversión en un suplemento calórico para el trabajador agrícola en países en desarrollo, ya sea suministrado por los gobiernos, por las empresas productoras, o por ambos, podría traducirse en diversos beneficios, todos ellos conducentes a una mejor calidad de vida, sobre todo si dicho suplemento va acompañado de un componente educativo".

Meses después, aún no repuesto del impacto de la novedad, leí en el American Journal of Public Health, de octubre de 1975, un artículo del profesor Milton Terris, conocido y merecidamente reconocido epidemiólogo norteamericano, sobre "Approaches to an Epidemiology of Health", donde se cita al estudio aludido como modelo en el género de investigaciones que miden rendimiento humano, y se deduce la ubicación de la desnutrición en-

tre los problemas prioritarios de la humanidad, contemporánea.

El segundo impacto ya fue tan intenso que me obligó a reflexionar más seriamente sobre el asunto, y como la ironía suele ser apenas un manto que mal cubre la indignación o el desencanto, prefiero enunciar objetivamente en los puntos siguientes el tema de mis pensamientos:

1) La investigación aludida constituye un redescubrimiento, cuantificado y metodológicamente intachable de lo obvio, una manera de extremar hasta el absurdo la legítima repetición verificadora del resultado de estudios ya realizados, o de comprobar hechos ostensibles que ofrece la realidad.

2) Lo que sí realmente sorprende es que tal indagación consume tiempo e intelecto de gente en condiciones de recorrer caminos mucho más promisorios, y más aún que obtenga el reconocimiento eventual de alguien que es indiscutiblemente idóneo para juzgarla.

3) La hipótesis que parece convincente es que lo que anda fallando —en éste como en otros muchos casos— no es tanto la ciencia, entendida como método de indagación y saber ordenado, sino sus objetivos, sus para qué, la conciencia realista de sus prioridades de trabajo.

4) Mucho de lo que se lee y se oye de la investigación en Salud Pública de todos los países padece de esta carencia de rumbo cierto, y con demasiada frecuencia parece responder más a pequeños intereses del grupo profesional que la ejerce que a la detección de áreas significativas de estudio.

5) Se escucha con frecuencia la queja de que los

estudiosos de la Salud Pública son poco atendidos en sus opiniones y aportes a los problemas de la salud comunitaria, y que otros grupos de interés definen las cosas a contrapelo de la racionalidad científica; y no cabe duda de que esto es cierto en muchos casos.

Pero uno se pregunta si no estaremos subestimando el olfato social para percibir la inconsistencia de cierta actividad pseudocientífica, que poco o nada ayuda a un mayor realismo en las decisiones; una actividad que olvida que ella es investigación aplicada, tendiente a obtener resultados concretos que operen como fuerzas de cambio, en un nivel por lo menos equiparable al de los muchos intereses, buenos o malos, que juegan en el rumbo de las cosas.

Será interesante saber cuáles son las variables relevantes que condicionan el desarrollo de cierta patología en la población; será también interesante verificar si determinados tratamientos que usamos resultan mejor o peor que no hacer nada; o que determinada norma administrativa que aplicamos —con inherente repercusión financiera y social— es realmente preferible a otras distintas; resultará, por el contrario, poco interesante redescubrir que el trabajador de todo el mundo necesita un mínimo calórico y una composición balanceada en su dieta, y que eso hace a la felicidad humana y al desarrollo social global.

En el largo y difícil camino que va de la opinión subjetiva a la evidencia científica hay muchos senderos que, inevitablemente, primero nos tentan y después nos desilusionan, pero al menos podemos evitar los que, demasiado claramente, no llevan a ninguna parte.

Presentación efectuada en las Terceras Jornadas de Medicina Rural, Villa La Angostura.

LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA RURAL

Reflexión del Médico generalista que trabaja en terreno.

Para encuadrar este enfoque de la atención comunitaria, vamos a tomar una sola vertiente: la atención médica. Dentro de la programación de actividades que tiene que cumplir el médico generalista en el interior de la provincia, hay una serie de programas y subprogramas que van cubriendo todo el espectro de promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud de cada uno de los componentes del núcleo familiar. Ahora bien, todas estas pautas que a primera vista pueden parecer inconexas, están integradas en la identidad y el perfil del médico generalista. Lo quiero narrar, brevemente, para luego ejemplificarlo.

El programa de atención materno-infantil, la atención escolar, salud rural, educación para la salud, saneamiento ambiental, Programa Integral de Lucha Antihidatídica y anti TBC, etc., sumado a la atención de la demanda espontánea, son todos ejecutados con la coordinación de un médico jefe del equipo de salud. Todo ello tiende a abarcar por lo tanto, el completo bienestar de cada uno de los integrantes del núcleo familiar, con las limitaciones de nuestro ámbito de influencia. Esto no contempla el bienestar económico, por la definición de salud de la OMS, que todos conocemos. Según García Díaz, como la APS es una técnica adaptada a los requerimientos concretos de la comunidad a la

cual va dirigida, los principios fundamentales y generales van a cobrar características especiales y distintas para adaptarse a cada una de esas necesidades. Con esto quiero decir que a veces las mismas técnicas no funcionan, aún con los mismos problemas, en comunidades distintas.

Empero, esto se puede refutar muy fácilmente diciendo que no se puede crear un programa para cada comunidad, por supuesto; de cualquier modo lo que sí es innegable, nosotros mismos en el terreno nos hemos visto en la necesidad de adecuar las formas para llegar al mismo fin. Citaré nuevamente a García Díaz, que dice que lo fundamental en la atención primaria es que los servicios ofrecidos sean luego realmente aceptados e incorporados a los hábitos y costumbres de los pobladores buscando siempre la participación comunitaria para llegar al autocuidado responsable de la salud.

Ahora quiero ir a un ejemplo tangible, no anecdótico, es una pequeña disquisición sobre Aluminé, un Departamento donde he trabajado durante 5 años, que según el censo de 1980 posee una población de 4382 habitantes, de los cuales el 65% vive en el área rural y el restante 35% nucleado dentro del ejido municipal. Está en un rectángulo relativamente pequeño de 100x60 Km.

De la población que vive en la zona rural, excepto algún puesto de estancia, la gran parte está nucleada en pequeñas comunidades en 11 parajes de los cuales cuatro son reservas aborígenes. De esas reservas, cito como ejemplo a la de Ruca Choroí, la más grande, que según nuestro propio censo de los agentes sanitarios, tiene 112 viviendas y 830 personas. La forma de cobertura es la habitual para nuestros programas: la visita médica-odontológica mensual programada.

El resto del mes debería quedar cubierto por la recorrida del agente sanitario asignado al sector, más las llamadas de emergencia que recibimos en el hospital. Estas actividades que están integradas todas en la tarea del médico generalista, ¿realmente cubren a una familia tipo inmersa en el medio rural? Vamos a ver: estamos controlando el embarazo de la madre, a la vez estamos controlando el crecimiento y desarrollo de la seguramente extensa prole menor de 5 años, inmunizándola, apo-

yando el aporte alimentario, y luego efectuando el seguimiento en edad escolar a esos chicos y a esas chicas que rápidamente entran en la edad fértil y comienzan a reciclar en el sistema. Estamos controlando a la insuficiencia cardíaca de la abuela, la hipertensión arterial de las tías, operando de algún quiste hidatídico a otro pariente cercano; a los hombres que habitualmente son los que menos consultan en la zona rural, les reducimos una fractura o luxación o le suturamos una herida producida en una riña o en una tarea pesada, para no mencionar las intoxicaciones etílicas tan frecuentes.

Penetramos en su casa a través del agente sanitario que es el pilar del programa de salud rural, para lograr cambios de conducta referidos a temas ecológicos que mencionábamos ayer: eliminación de excretas, tratamiento de residuos, en ocasiones logramos construir letrinas sanitarias, a costa del erario público, les proveemos bidones para almacenar agua potable, desparasitamos sus perros y eventualmente estamos concurrendo ante cualquier tipo de pedido de auxilio.

Todo esto que suena como una enumeración de tareas netamente asistenciales, conlleva un profundo conocimiento integral de la sociedad donde se trabaja, al cual yo particularmente le asigno una importancia capital, sino mayor del mismo nivel que la tarea netamente técnica. El respeto humano; el respeto a la tradición que es totalmente distinta a la nuestra, que, cuidado, no se aprende leyéndola sino viviéndola. Los conceptos de tiempo, de espacio, de causalidad, de vida y de muerte no son antiguos ni prehistóricos, ni atrasados, son sencillamente distintos; por lo tanto antropológicamente merecen respeto. Como colofón quiero citar a una frase del Profesor Alberto Riu que dice que "nuestra profesión es una de las profesiones humanísticas y más ricas en servicios a brindar".

Dr. RODOLFO ARIENTI
Médico generalista
Ex Médico Residente Rural
Ex Director del Hospital Rural
de Aluminé
Actual Médico del Hospital
Bouquet Roldán

INFORMACION PARA EL PERSONAL DE SALUD EN RELACION CON EL BROTE DE POLIOMIELITIS QUE OCURRE ACTUALMENTE EN EL NORTE DEL PAIS

En los últimos meses de 1982 y en lo que va del presente año se ha producido casos de poliomielitis (parálisis infantil) en algunas provincias del norte argentino, siendo la más afectada la del Chaco.

La aparición de la enfermedad está vinculada indudablemente a bajas coberturas de vacunación, situación que hace que una alta proporción de la población infantil sea susceptible a la enfermedad.

En 1981 las jurisdicciones que obtuvieron las

más altas coberturas de vacunación fueron Neuquén (84% de terceras dosis en menores de 1 año), Chubut (70%) y Tierra del Fuego (91%). El resto de las provincias llegó a coberturas insuficientes, menores de 70% y en algunos casos muy pobres como en Chaco (34%), Formosa (23%), Santiago del Estero (12%) y Santa Fe (16%). Los datos mencionados corresponden a programas regulares. En la realización de **operativos** algunas provincias consiguen elevar sus coberturas pero en general se observa

que la mayoría de las jurisdicciones que tienen programas regulares débiles tampoco logran muy elevadas coberturas con los operativos. Solo Córdoba, que basas su vacunación en los operativos, y Tucumán, superan el 80% de terceras dosis en menores de un año aplicando esta mecánica operativa.

Es indudable que Neuquén está en una muy buena situación y que es sumamente improbable que aquí puedan producirse casos de esta enfermedad. Sin embargo no debe dejarse de considerar la permanente amenaza que implican los desplazamientos de contingentes de personas por razones turísticas o laborales predominantemente.

Por otra parte se producen numerosos casos de poliomiélitis en algunos países limítrofes (Brasil, Paraguay, Bolivia).

Todo esto obliga a estar alerta, a revisar los esquemas de vacunación de los niños y las coberturas que se van obteniendo en cada área. Es necesario además intensificar la búsqueda de susceptibles en grupos vulnerables por razones socioeconómicas, de accesibilidad, culturales, etc., ya que en éstos existe el riesgo de enfermar por falta de inmunidad.

A continuación se resumen los principales aspectos de la situación actual y las recomendaciones para el personal de salud y, por intermedio de éstos, para la comunidad:

a) En la Provincia del Neuquén no ocurren casos de poliomiélitis desde hace diez años.

b) Ello se debe a que existe un programa continuo de vacunación que se realiza en todos los servicios de salud en forma gratuita.

c) La poliomiélitis ocurre cuando bajan las coberturas de vacunación, es decir cuando hay una proporción de niños sin vacunar o insuficientemente vacunados, lo que hace que sean susceptibles a la enfermedad. Si esta proporción de niños es muy grande la enfermedad se produce entre ellos y aparecen las epidemias.

d) En la Provincia del Neuquén la cobertura de vacunación anti-poliomielítica es muy buena (la más alta del país). Esto hace que no tengamos casos de la enfermedad.

e) La única defensa contra la enfermedad es la Vacuna Sabín Oral. Esta se aplica en tres dosis durante el primer año de vida y una dosis de refuerzo en el segundo año.

f) Se debe recomendar a las madres que verifiquen en sus certificados o mediante la consulta a su médico si sus niños están correctamente vacunados. De no ser así o en caso de cualquier duda, es aconsejable que consulten al servicio de salud más cercano para asesorarse.

Al respecto, el personal de salud debe constatar la vacunación en los certificados o en las fichas clínicas de los niños. Si no es seguro que el niño esté bien vacunado debe proceder a iniciar o completar el esquema según corresponda.

Mientras dure la actual situación se recomienda vacunar a los niños que ofrezcan dudas, hasta los seis años inclusive. Sin embargo, dada nuestra situación epidemiológica, no se considera necesario hacer ninguna promoción especial para este grupo (2 a 6 años) sino actuar únicamente por demanda espontánea. Nuestro grupo prioritario y al que hay que seguir volcando todos los esfuerzos

del programa regular es el de menores de dos años.

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

N° DE CASOS DE ENFERMEDADES CONTENIDAS EN EL PROGRAMA DE VACUNACIONES DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN DENUNCIADOS DURANTE EL AÑO 1982

POLIOMIELITIS: Cero. DIFTERIA: Cero. TETANOS: 1 (Hospital Neuquén). SARAMPION: 6 (1 Hospital Neuquén, 1 Hospital Piedra del Aguila, 1 Hospital Las Lajas, 1 Hospital Andacollo, 2 Hospital San Martín de los Andes). COQUELUCHE: 35 (6 Hospital Neuquén, 3 Hospital Centenario, 5 Hospital Cutral C6, 1 Hospital Piedra del Aguila, 3 Hospital Zapala, 2 Hospital San Martín de los Andes, 10 Hospital Aluminé, 1 Hospital Villa La Angostura, 2 Hospital Las Coloradas y 2 Hospital El Chocón).

Estas cifras demuestran indudablemente el impacto del Programa Regular de Vacunación que se realiza con continuidad desde hace 14 años.

Constituyen asimismo una responsabilidad de todos los niveles y un desafío para intentar llegar a eliminar de nuestra provincia en el corto plazo afecciones como sarampión y tétanos.

Al respecto recordamos los conceptos de **control**, **eliminación** y **erradicación** de enfermedades:

Control de la enfermedad: es el uso de medidas dirigidas a la comunidad con el objetivo de **reducir** la morbilidad y la mortalidad causada por las enfermedades.

Eliminación de la enfermedad: en este nivel ya no existen casos de la enfermedad pero aún persisten las causas que potencialmente pueden producirla.

Erradicación de la enfermedad: se alcanza cuando no solo se han eliminado los casos clínicos sino también las causas que potencialmente pueden producir la enfermedad. Erradicación es un concepto con implicancia universal. El único ejemplo actual de erradicación es la viruela.

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
SUBSECRETARIA DE SALUD



SECCION PARA EL AGENTE SANITARIO

Tomado de "Donde no hay Doctor"
de David Werner

¿Quién es el trabajador de salud rural?

Un trabajador de salud rural es una persona que ayuda a guiar a la familia y a sus vecinos hacia una salud mejor. Frecuentemente él o ella ha sido escogido por otros campesinos como persona sumamente capaz y amable.

Algunos trabajadores de salud rural reciben entrenamiento y ayuda de un programa organizado. Otros no tienen un puesto oficial. Pueden ser personas de la comunidad que saben curar o que tienen conocimientos de la salud. Muchas veces aprenden observando, ayudando y estudiando por su cuenta.

En el sentido más amplio, **un trabajador de salud rural es cualquiera que colabora para que su pueblo sea un lugar más sano. Esto quiere decir que casi todos pueden y deben ser trabajadores de salud:**

- Madres y padres pueden enseñarles a sus hijos cómo mantenerse limpios.
- Los campesinos pueden trabajar juntos la tierra para producir más alimentos.
- Los maestros pueden enseñar a los niños cómo prevenir y curar enfermedades y heridas comunes.
- Los niños pueden compartir con sus padres lo que aprenden en la escuela.

Los vendedores pueden informarse del uso correcto de las medicinas que venden y dar consejos a los compradores.

Las parteras pueden aconsejar a las madres acerca de la importancia de alimentarse bien durante el embarazo, y de dar leche de pecho a su bebé.

Este libro fue escrito para los trabajadores de salud rural en el sentido más amplio. Es para cualquiera que desee conocer y hacer más por sí mismo, por su familia o por el bienestar de su pueblo.

Si usted es un trabajador de salud rural, una enfermera auxiliar o quizás un médico, recuerde: este libro no es sólo para usted, es para **toda la gente.**

Use el libro para ayudar a explicar a otros lo que usted sabe. Tal vez puede reunir pequeños grupos para leer un capítulo a la vez y discutirlo.

Este libro trata principalmente sobre las **necesidades de salud** de la gente. Pero para ayudar a que su gente sea más sana, también hay que tomar en cuenta sus **necesidades humanas**. Su interés y cariño por las personas son tan importantes como sus conocimientos de medicina e higiene.

Aquí hay unas sugerencias que pueden ayudarle a servir a su pueblo, tanto en sus necesidades humanas como en las de salud:

1. **SEA AMABLE.** Una palabra de amistad, una sonrisa, una mano en el hombro u otra señal de

afecto quiere decir más que cualquier otra cosa que usted pueda hacer. **Vea a todos como sus iguales.** Aún cuando usted tenga prisa o esté preocupado, trate de considerar los sentimientos y necesidades de los otros. A veces ayuda preguntarse a uno mismo —¿Qué haría yo si esta persona fuera de mi propia familia?

Trate a los enfermos como personas. Sea especialmente amable con los que están muy graves o muriendo, y sea amable con sus familiares. Hágales ver que a usted le importa.

2. **COMPARTA SUS CONOCIMIENTOS.** Como tra-



EL TRABAJADOR DE SALUD RURAL
VIVE Y TRABAJA AL NIVEL DE SU
GENTE. SU TRABAJO PRINCIPAL ES
COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS.

bajador de salud rural, su tarea principal es enseñar. Esto quiere decir ayudar a la gente a aprender más sobre cómo evitar enfermedades. También quiere decir ayudar a la gente a reconocer y vencer sus enfermedades, y usar con cuidado los remedios caseros y medicinas modernas.

No hay peligro en enseñar a otros lo que usted sabe. Sólo debe estar seguro de que todo se explique bien. Algunos doctores dicen que es peligroso curarse sin médico. Tal vez desean que la gente dependa de sus costosos servicios.

Pero en realidad **las enfermedades más comunes pueden ser tratadas más pronto y muchas veces mejor en casa por uno mismo.**

3. RESPETE LAS IDEAS Y TRADICIONES DE SU GENTE.

El hecho de que usted aprenda algo de la medicina moderna no quiere decir que por eso debe despreciar las costumbres y maneras de curar de su gente. Con frecuencia la sensibilidad humana se pierde al llegar la medicina moderna. Esto es una lástima porque...

Si usted puede usar lo mejor de la medicina moderna junto con lo mejor de la medicina tradicional, la combinación puede ser mejor que cualquiera de las dos por separado.

En esta forma usted estará agregando a la cultura de su gente y no disminuyendo su valor.

Claro, si usted ve que alguna costumbre casera es dañina (por ejemplo, poner caca en el ombligo de un recién nacido), usted va a querer hacer algo para cambiarla. Pero hágalo cuidadosamente, con respeto hacia las personas que creen en esas tradiciones. Nunca diga a alguien que sus creencias son falsas. Ayúdele a entender POR QUE debe hacer algo diferente.

La gente tarda bastante en cambiar sus actitudes y tradiciones, y con mucha razón. Defiendan lo que creen correcto. Esto se debe respetar.

La medicina moderna también tiene sus fallas. Ha ayudado a resolver algunos problemas pero ha traído otros. Pronto la gente se vuelve dependiente de la medicina moderna y de sus expertos, usa demasiadas medicinas y se olvida de como curarse a sí misma.

Por eso, vaya tanteando su camino, y siempre mantenga un profundo respeto por su gente, sus tradiciones y su dignidad humana. Ayúdelos a aprender más, utilizando los conocimientos y habilidades que ya poseen.



BUSQUE MANERAS DE COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS.

4. CONOZCA SUS LÍMITES.

Por grande o pequeño que sea su conocimiento y habilidad, usted puede hacer un buen trabajo si conoce y trabaja dentro de sus límites. Esto quiere decir: **Haga lo que usted sabe hacer.** No trate de hacer cosas cuando le falta conocimiento o experiencia, especialmente si pueden dañar

SABEMOS QUE EL CENTRO DE SALUD QUEDA LEJOS, PERO AQUÍ NO LE PODEMOS DAR EL TRATAMIENTO QUE NECESITA. VOY CONTIGO.



CONOZCA SUS LÍMITES.

a alguien o ponerlo en peligro.

Use su juicio.

Muchas veces la decisión sobre lo que debe hacer depende de la distancia que tenga que recorrer para conseguir ayuda más efectiva.

Por ejemplo, una madre acaba de dar a luz y está sangrando más de lo que parece normal. Si usted se encuentra a sólo media hora de un centro de salud, sería correcto llevarla allá. Pero si la madre está sangrando demasiado y está muy lejos del centro de salud, usted puede decidir sobarle la matriz o inyectarle un oxitócico, aunque nunca se lo hayan enseñado.

No tome riesgos innecesarios. Pero hay ocasiones en que si no se hace nada, el peligro es mayor. No tenga miedo de intentar algo que muy probablemente ayudará.

Conozca sus límites pero también use la cabeza. Siempre proteja más al enfermo que a usted mismo.

5. SIGA APRENDIENDO. Aproveche cada oportunidad para aprender más. Estudie cualquier libro o información que llegue a sus manos y que le ayude a ser un mejor trabajador, maestro o persona.

Siempre esté listo para hacerles preguntas a los médicos, higienistas, técnicos agrícolas o cualquiera de quien pueda aprender.

Nunca pierda la oportunidad de tomar cursos o entrenamiento adicional.

Su tarea principal es enseñar y si no sigue aprendiendo, llegará el día en que no tendrá más que enseñar.

6. PRACTIQUE LO QUE ENSEÑA

La gente se fija más en lo que usted hace que en lo que dice. Como trabajador de salud, vale la pena poner cuidado en su vida personal y en sus costumbres, y así dar un buen ejemplo a sus vecinos.

Antes de pedirle a la gente que haga letrinas, esté seguro de que su propia familia tenga una.

Igualmente, si usted ayuda a organizar un grupo de trabajo, por ejemplo para hacer un basurero, esté seguro de que usted trabaje y sude tanto como los demás.

7. TRABAJE POR EL GUSTO DE TRABAJAR

Si usted quiere que otras personas participen en el desarrollo de su comunidad y en el cuidado



SIGA APRENDIENDO—

No permita que le digan que hay cosas que no debe aprender o conocer.

de la salud, usted mismo tiene que hacerlo con gusto. Si no, ¿quién va a seguir su ejemplo?

trate de hacer agradables los proyectos de la comunidad. Por ejemplo, un trabajo duro como cercar la fuente de agua pública para que no se metan los animales, puede ser divertido si se hace en forma de fiesta. La "fiesta de trabajo" se puede hacer alegre con música o aguas frescas. Los niños trabajan con muchas ganas una vez que el trabajo se convierte en juego.

A veces nos toca trabajar sin que nos paguen. Lo importante es que nunca dejemos de preocuparnos por la gente, principalmente por aquellos que son pobres y no pueden pagar. Con esa actitud usted ganará el respeto y confianza de su gente. Estos valen más que el dinero.

8. PIENSE EN EL FUTURO — Y AYUDE A OTROS A HACER LO MISMO.

Un buen trabajador de salud no espera a que la gente se enferme. Trata de prevenir las enfermedades antes de que comiencen. Anima a la gente a actuar ahora para proteger su salud y bienestar en el futuro.

Muchas enfermedades pueden ser prevenidas. Su trabajo, entonces, es ayudar a la gente a entender las causas de sus problemas de salud y luchar para evitarlos.

La mayoría de las enfermedades tienen más de una causa; una conduce a la otra. Para resolver

el problema por completo, hay que buscar las causas más profundas y luego corregirlas.

Por ejemplo, en muchos pueblo la diarrea es la causa más común de la muerte en los niños. La diarrea es causada en parte por la falta de limpieza. Esta se puede mejorar haciendo letrinas y enseñando sobre el aseo.



TRABAJE PRIMERO POR LA GENTE, NO POR EL DINERO.
(La gente vale más.)

Pero los niños que más sufren y mueren por la diarrea son los mal alimentados.

Sus cuerpecitos no tienen la fuerza para combatir las infecciones. Así que para prevenir la muerte por diarrea también hay que prevenir la mala alimentación.

Y ¿por qué tantos niños sufren de la mala alimentación?

—¿Será porque la madre no sabe cuáles alimentos son más importantes para los niños (por ejemplo: leche de pecho)?

—¿Será porque la familia no tiene suficiente dinero o tierra para producir los alimentos necesarios?

—¿Será porque unas pocas personas controlan la mayor parte de la tierra y riqueza?

—¿Será porque los pobres no saben aprovechar bien la poca tierra que tienen?

—¿Será porque los padres producen más hijos de los que pueden alimentar?

—¿Será porque el papá pierde la esperanza y gasta el poco dinero que tiene en alcohol?

—¿Será porque la gente no planea para el futuro? ¿Será porque no se dan cuenta de que trabajando juntos y compartiendo pueden cambiar las condiciones en que viven y mueren?

Usted puede encontrar que muchas, si no todas, de estas causas están relacionadas con la muerte de niños en su región. Quizás encontrará otras causas. Como trabajador de salud su responsabilidad es ayudar a su gente a entender y a hacer algo para resolver la mayor cantidad posible de estas causas.

Pero recuerde: para prevenir la muerte por diarrea no basta proveer letrinas, agua potable y centros de nutrición. Puede encontrar que a la larga, el mejor uso de la tierra y una distribución más justa de riquezas, tierra y poder son más importantes.

Las causas principales de mucha enfermedad y sufrimiento humano son el egoísmo, la corrupción y el no pensar en el futuro. Si su interés es el bienestar de la gente, debe ayudarles a aprender a compartir, trabajar juntos y pensar en el futuro.

RESENA BIBLIOGRAFICA

SALUD Y POLITICA SOCIAL

— ALDO NERI —

Hachette - 1982

Cuando los interesados en el tema de la Salud buscamos algún libro que nos ayude a ubicarnos mejor en la realidad que vive nuestra sociedad es muy probable que no hallemos ninguno. Existe la tendencia de perderse en discusiones muy técnicas, y si alguien nos sobresalta con un artículo al respecto, generalmente lo hace apenas y con un enfoque parcializado. Pareciera que lo mejor es no comprometerse demasiado con la sociedad, para evitar ser identificado, y consecuentemente marginado.

No obstante, irrumpe en el escenario adormecido por cuestionamientos económicos un libro que resume todo aquello que deseábamos nos contara alguien con la experiencia del Dr. Neri.

Dentro de su Panorama mundial, el capítulo I tiene mucho condimento: Salud e ideología. El poder médico. La crisis de la Medicina General. Con los criterios de la economía (II), Evolución

de los sistemas de atención médica en el mundo (III) y Estado y Política social (IV), nos introduce en el campo de lo misterioso, reservado hasta no hace mucho a las autoridades. En la segunda parte, con El caso argentino, nos pone frente a las virtudes y defectos nacionales, recordando El papel de la educación y Algo sobre tecnología y medicamentos - ¿cuál está primero?—. Como si esto fuera poco, se tira a la piletta con un Epílogo político:

"...resumiendo mucho las cosas, digamos que de lo que se trata es de la distribución de los beneficios, la participación en las decisiones y del problema de los incentivos..."

"... como el impulso se impone, y hay que seguir adelante —aunque sea con la confianza muerta y los valores perdidos— todo se resuelve con proyectos personales, en aventuras más o menos narcisistas de corto plazo, que sólo sirven en términos históricos, para agravar los dilemas y realimentar las exasperaciones..."

Nuevamente, la solución pasa por las personas integradas a su sociedad, a la que pertenece técnica, profesional, científica y humanamente el Dr. Aldo Neri.

L.E.O.N.

1— Propósitos de MR

Los propósitos de la Revista serán:

a— Publicar artículos referentes a:

1— Atención Primaria de la Salud, incluyendo en esto a la Atención Médica Primaria:

1— Medicina Rural

2— Medicina General

3— Medicina Familiar

4— Medicina Comunitaria

2— Administración en Salud

3— Actualización Médico-Científico-Técnico

4— Investigación en Salud.

b— Promover la investigación científica por parte de los miembros de la Sociedad, publicando los artículos producidos por los mismos.

c— Promover la generación de debate en torno a los temas tratados con el fin de su enriquecimiento, contribuyendo a mejorar la comunicación entre los miembros de la Sociedad.

d— Abarcar la formación cultural de los asociados publicando artículos de índole sociológico, antropológico, histórico, artístico, etc.

e— Promover el acercamiento e intercambio de experiencias con otras entidades científicas afines.

SERVICIO BIBLIOGRAFICO

MONICA SOLIS

LIBROS Y REVISTAS TECNICO - CIENTIFICAS

CASILLA DE CORREO 722

8300 - NEUQUEN



biochemicals.a.c.i.f.i.

cirugia • química • ortopedia

AL SERVICIO DEL

PROFESIONAL

Instituto de Salud Colectiva

MINISTRO GONZALEZ 221 - TEL. 24103-25992-23998

CP. 8300 - NEUQUEN

PREPARESE PARA

EL INVIERNO

CHAPELCO

LO ESPERA

CON LA MEJOR NIEVE



ADHESION DE:



LOTERIA

LA NEUQUINO