

EL MÉDICO: ¿OPERARIO... O ARTESANO DE LA SALUD?

Olindo Martino (1)

En verdad todo surgió como consecuencia de mis insistentes preguntas a los responsables de la formación del modelo de médico que debería formar nuestra universidad. Acerca de las verdaderas necesidades sanitarias que existen en nuestro país y, todavía más, conforme a la geografía médica prevalente en sus diferentes regiones.

Para quien lo haya vivido, es cierto que toda opción de excelencia hacia un crecimiento personal conlleva siempre un desafío, más aún si tal reto se traslada al magno ejercicio de la ciencia asclepiana. Surge entonces la vacilante pregunta ¿por qué decidirse hoy a ser médico?; y tras esta importante interpelación suelen sucederse otras: ¿La carrera de medicina es elegida acertadamente? ¿Qué anhela el médico para sí?; ¿Qué desea la sociedad de él?; ¿Qué pretende el estado con el ejercicio de su profesión?

A modo de prólogo reconforta evocar aquellas ilustres corrientes científicas que desde inicios del siglo XIX y partiendo de Francisco Javier Muñiz, conformaron el prestigio del ejercicio de la medicina argentina. También es bueno recordar, con legítimo orgullo, la indudable prosapia legada por la escuela médica francesa. Basta apenas regodearse ante la pulcritud de aquella semiótica y el virtuosismo del razonamiento clínico ejercidas por los galenos de la "belle époque". En verdad fuimos herederos históricos de una artesanía, sin par, en el ejercicio de la ciencia médica.

Sin embargo, es dudoso aceptar que aquel soberbio modelo de la medicina de antaño pueda satisfacer a pleno las exigencias que debe enfrentar hoy el profesional de la salud. Responsabilidad que se profundiza aún más toda vez que este calificado operario debe encarar a la enfermedad, y además propender a la salud de un individuo, en un enmarañado entorno ecológico, soportando hasta crueles cambios socio-culturales, económicos y políticos que bajo la forma de sutil complicidad, viene tramando la imparable globalización. Se hace entonces necesario formularse esta sincera pregunta:

¿Apuntamos, en la Argentina, a formar un modelo de médico conforme a la dimensión biológica, biogeográfica y ética del individuo? Para responder con acierto a esta trascendente cuestión debemos, en primer término, estar seguros sobre el candidato que, ni bien egresado, se ocupará del complicado tema que representan la enfermedad y la salud. Volvamos para ello a la pregunta inicial: ¿La carrera de medicina es elegida en forma acertada?

Hoy día todo joven que aspira a ser médico seguramente ha pasado por el "test" de orientación vocacional. Aún así, existen otros argumentos que lo inclinan a optar- o desistir - por el trascendente paso. Es habitual escuchar al candidato decir: me gusta más biología que exactas;...me motiva ayudar al prójimo cuando sufre;...en mi familia mi abuelo era médico y mi padre también lo es;...me apasiona la cirugía;...veo una segura salida laboral, sobre todo en el interior del país;...me gusta la pediatría; ...me fascina la cirugía pero me desmayo cuando veo sangre;... es apasionante curar pero no soporto ver sufrir a una persona y menos aún asistir a su muerte, etc.,etc. Es así como muchas veces la elección es acertada pero en otras se tropieza con un ríspido trenzado de vacilaciones e incertidumbres que terminan por agobiar la capacidad para decidir. Pero además creo que esta conducta dubitativa se debe en gran medida a la insuficiente formación curricular previa – escuela primaria y secundaria - que contribuye a limitar el horizonte de búsqueda hacia una educación superior. Ya no puede ocultarse la caída del nivel de exigencia en la enseñanza, sobre todo en materias básicas como lenguaje y matemáticas, realidad que a la postre perjudica el nivel del educando y limita su pretensión de situarse en niveles de formación superior.

Si el candidato ha elegido acertadamente, cabe esperar un futuro profesional, eficiente y comprometido para cumplir con una labor en beneficio del individuo y la comunidad; Un médico cuya vocación anhelará culminar en un genuino y calificado operario de la salud. Pero ¿en realidad su formación de pregrado es suficiente para permitirle un desempeño profesional con destreza y fortaleza necesarias para enfrentar a la enfermedad y a la salud, conforme a la ya referida magnitud biológica, biogeográfica y ética del individuo en su comunidad? Veamos:

Partamos de la conocida definición de la Organización Mundial de la Salud que considera a ésta como "el completo estado de bienestar, físico, psicosocial y espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez." Más allá del sostenido concepto de "completo estado de bienestar ..." como un auténtico privilegio, aunque poco menos que utópico, es evidente que la salud de un individuo se halla insertada en una constelación de situaciones que lo enfrenta al ineludible "Yo en mi circunstancia". Significa que tal estado de bienestar depende, además, del medio que rodea al sujeto. Carlos Pose (2), referente del pensamiento de X. Zubiri, sostiene: "El ser humano, debido a su inteligencia, no solo elige el medio, sino lo transforma. Su adaptación a él no sólo es libre y voluntaria, sino también inteligente" (3). Es cierto! El hombre elige el medio para vivir, se adapta a él, lo transforma si lo desea y también, si le cae en gana, lo destruye. Posee así un

magnífico atributo intelectual con facultad, para trasladar a su digna especie desde la magnificencia creativa hasta el desequilibrio total para, finalmente, hundirlo en el desperdicio. Hay suficientes pruebas epidemiológicas que demuestran, por ejemplo, que el desequilibrio y los desechos ecológicos, producto de insanos y tiznados procedimientos de "Homo sapiens" sobre el medio ambiente, conllevan el riesgo de aparición o reemergencia de variadas patologías.

En el difícil capítulo histórico que nos toca vivir, la experiencia me ha enseñado que la comprensión integral del ser en su contexto biológico (salud-enfermedad), psicosocial (historia de vida en su medio ambiente) y ético (conducta individual frente a la sociedad), permite al profesional de la salud un mayor rendimiento personal, a la vez que lo fortalece en el ejercicio médico y social, sobre todo en aquellas regiones donde el infortunio sanitario es tan pesado de sobrellevar. Personalmente creo que si hay algo difícil de llevar adelante es la práctica de la medicina a pleno campo - rancho, picadas, barro, viento, frío, insectos, soledad, silencio - . Sí, sobre todo el silencio, ese vacío de comunicación que agobia tanto en los momentos más difíciles que debe enfrentar un médico rural, porque su único interlocutor es apenas su aliento hecho criterio o apenas intuición. Es por ello que cuanto más preparado egrese el médico del claustro universitario mejor comprenderá el dolor humano, que más allá del quejido físico siempre viste un impredecible ropaje psicosocial.

Frente al innegable desafío que entraña el ejercicio cotidiano de la medicina, elevar el nivel de conocimiento es también dignificar la preciada y benemérita labor de curar, aliviar o propender al bienestar del ser. ¿Quién, sino el médico, amerita con mayor derecho ese noble atributo?

Es atinado concebir que el médico de las recientes "horneadas" aspire con merecido derecho a la prosperidad como ser inteligente y como profesional. Tras una larga y esforzada carrera que extendida a la necesaria residencia médica es cercana a los diez años, recién a partir de entonces tiene asegurada su libertad para decidir. Ha llegado por fin al merecido y tan deseado momento de insertarse a la estructura asistencial y académica que lo formó. Sin embargo es habitual que tal inserción le sea denegada, debido a falta de cupo, a razones presupuestarias o vaya a saber por qué impedimento administrativo. Surge, entonces, una gélida marginación que lo empuja a la deriva. La incertidumbre de futuro lo obliga por momentos a deambular en forma humillante, impulsándolo a aceptar salidas laborales sujetas a una flagrante explotación, hoy claramente identificada. Es así como no pocas veces se apela a decisiones extremas: huir al interior y rastrear fuentes de trabajo en regiones poco accesibles y alejadas de centros asistenciales; o bien probar suerte en América del Norte, Europa o países africanos. Prueba de esto, durante mi estadía en Ruanda (África), me reencontré con dos de mis ex residentes del hospital Muñiz y otros tantos jóvenes colegas argentinos. Ellos decidieron arriesgarse a trabajar en el país considerado más caliente del continente africano, debido a las horribles matanzas acaecidas durante la despiadada guerra civil de 1994. Y lo hicieron porque más allá del permanente riesgo sobre sus vidas, la remuneración los alentaba a seguir luchando por subsistir.

Considero oportuno describir en forma sucinta la rica experiencia de vida recogida por estos temerarios profesionales. Recuerdo que fue indescriptible la emoción y el asombro que experimenté cuando los vi por primera vez. Se desempeñaban como médicos internistas en el hospital de Muhororo, situado a doscientos kilómetros de Kigali, la capital ruandesa. Un hospital que absorbía en su mayoría a refugiados de la etnia "hutu". Juntos, en un encuentro fortuito nos hallábamos muy lejos de nuestra patria, hogares, y amigos.

Apartados del confort y de la generosa mateada y frente a una cruda realidad: la miseria, el dolor físico, el odio tribal... la muerte en cualquier lugar. Ellos y yo pisando la ardiente y sangrienta tierra africana donde la vida y la muerte estaban valorizadas en igual cotización. Una cruda enseñanza frente al dolor y la orfandad humanos. Una extraña calle de tierra colorada con tantas vidas depreciadas, sin futuro y sin destino. La calle que según el escritor Roberto Arlt es la "...escuela que deja siempre el paladar agrí dulce y que enseña todo aquello que no dicen los libros" (4).

Fueron meses en que trabajamos juntos, hombro con hombro, sudor con sudor, aliento con aliento, fortaleza con fortaleza. Además, como era de esperar, soportando habituales e insuficientes suministros y una infraestructura precaria.

Tanto como pudimos aportamos lo mejor de nuestros conocimientos, equivocándonos y aprendiendo en cada momento del día. Mancomunados en largos diálogos de reflexión tras las duras jornadas de labor médica y apoyo humanitario. No importaba el calor, los mosquitos, la inseguridad o la amenaza de ocultos francotiradores. Había que aliviar el dolor, salvar en lo posible vidas y, frente a la impotencia, ayudar también a morir... y hasta sepultar.

Aquellos jóvenes médicos argentinos que, frustrados en sus iniciales propósitos de crecimiento profesional y en procura de un digno bienestar culminaron, con arriesgada decisión y venciendo inimaginables obstáculos, una ejemplar y valerosa tarea. Aprendieron así cuánto de grande es el dolor físico donde existe hambre, pobreza, desnutrición e indiferencia hacia la vida. Aprendieron a reconocer las severas patologías tropicales de la región; también disfrutaron el bello colorido del folclore africano con sus danzas y rituales. Pero sobre todo aprendieron a comprender el profundo dolor del espíritu de una raza maltratada con el penoso saldo de negritos huérfanos, a la deriva, con mirada siempre suplicante y una vencida mueca de impotencia tribal. Porque es cierto que "el dolor psíquico es más difícil de sobrellevar que el corporal..." simplemente porque es "incomunicable" (Poniatowska E, 2003. (5)

Aprendieron todo eso, que no les fue enseñado en la facultad y tampoco se acostumbra a mostrar a las nuevas generaciones como un capítulo más de la tragicomedia de la vida.

Con gran orgullo debo decir que al despedirme de mis queridos ex residentes experimenté un alentador céfiro de optimismo al comprobar en ellos la vocación médica renovada. Se fueron por necesidades económicas y encontraron su verdadero destino. Quizás porque la adversidad también los hizo crecer como seres humanos.

Como addenda me resulta grato agregar que uno de ellos actualmente ejerció en un hospital regional de Kenia y el otro desarrolló tareas humanitarias en Angola. Mientras tanto, un ex- alumno de la Cátedra de Parasitología Médica, dependiente de la facultad de Medicina del Salvador, Pablo Goetz, luego de obtener su reválida médica en Inglaterra, hoy ejerce como neurocirujano en un Hospital de Londres(6)

A lo largo de mi vida como médico itinerante tuve la oportunidad y una envidiada regalía de conocer con suficiencia mi bella y vasta patria. Con sus irisados bosques, extensas praderas; sus extensos y anchurosos ríos, la imponente y rigurosa pre-cordillera... las espumantes cascadas. Y toda esa magnificencia bajo el amparo del celeste y diáfano cielo de esta querida tierra.

Conocí entonces el sentir, el pensar y también el sufrir de muchos de mis conciudadanos que habitan extensas regiones del país, muchas de ellas alejadas y hasta marginadas de la sociedad. Ello me permitió acumular aleccionadoras vivencias vinculadas con los viejos pesares que, como pueblos, siguen arrastrando todavía. El aislamiento, la carencia educativa, la alimentación y nutrición deficientes, la vivienda precaria, los ingresos insuficientes, la escasa llegada sanitaria, etcétera. Tengo aún presente el breve diálogo mantenido con aborígenes " wichi " de una olvidada comarca de la provincia de Formosa, donde trabajé durante meses como médico rural.

- - Aquí nadie viene para escucharnos- dijo medio desconfiado el líder del grupo indígena.
- - Y cuando vienen - continuó diciendo - nos sacan fotografías, nos regalan leche en lata, a veces ropa y zapatillas y después se van; y no vuelven más- Pero nosotros seguimos mal de aquí y aquí (señalando varios sectores de su cuerpo)
- - Entonces, terminé preguntando: ¿Para qué vino Usted, paisano?

A pesar de la justificada desconfianza, logré quedarme con otros colegas para realizar, hasta donde fue posible, un relevamiento epidemiológico que permitiera un diagnóstico de situación sanitaria de aquella población. Era la primera vez que se acercaba una misión sanitaria con seriedad. La primera vez que un médico, con verdadero sentido humanitario, se ocupaba de ellos.

Para sorpresa nuestra tuvimos que ocuparnos, además de sus padecimientos físicos, también de sus reclamos sociales. Hubo que aprender parte de las costumbres y folclore para conquistar su confianza. Así, conseguimos que utilizaran la letrina, quitarles los piojos y enseñar a las parturientas los primeros cuidados del recién nacido. También la utilidad de labrar la pequeña chacra. Hasta fuimos el paño de lágrimas en sus míticas penas; y cuando morían les enseñamos cómo debían enterrar a sus seres queridos. En todas esas cosas tuvimos que ocuparnos. Porque ese grupo humano postergado y desdeñado era tan argentino como nosotros. Acaso más que nosotros porque estaba impregnado con ese aroma a palo santo que solo surge de la pachamama. La tierra de ellos. Su legítima patria!

Como argentino y como médico tuve así la oportunidad de conocer y apreciar a esa humanidad sufriente que, como otras tantas vigentes aún en la Argentina de hoy, necesitan del ineludible compromiso ciudadano para redimirlos e integrarlos a la comunidad civilizada. Por cierto que lo sucedido fue hace tiempo, pero desde entonces sigo preguntándome: En aquellas regiones de nuestro suelo donde persiste el difícil acceso y la marginación y decadencia sociales alientan el constante riesgo sanitario, ¿llega con igual eficiencia y adecuada cobertura profesional una básica asistencia sanitaria? Y, además, ¿sería oportuno alentar la formación de un modelo de médico generalista abocado al ejercicio de una medicina integrada?

Situado en esta propuesta de presente y de futuro, y frente a la realidad sanitaria por la que transitamos, el joven postulante al magno sacerdocio médico tendrá igual derecho a preguntarse ¿hacia dónde debería orientar mi vocación en el ejercicio de la medicina?; ¿me sentiría realizado en mi tarea específica asistiendo al padecimiento apenas físico del individuo?; y lo más preocupante para el hoy por el que transitamos: ¿Qué espera de mi la sociedad?

Las acertadas respuestas a tamañas interpelaciones exigen la previa distinción de los niveles a que se llega con la práctica médica. Ellos son:

- 1) El médico corriente trata la enfermedad. El alcance de su ejercicio es a través del uso de la semiótica médica que abarca el examen físico, la analítica clínica y el recurso imagenológico. Suficiente es llegar aquí a un diagnóstico, proponer una terapéutica adecuada y fijar las medidas preventivas del caso. En consecuencia, el alcance de su tarea profesional es abarcativa del " sujeto orgánico "

- 2) Está el médico que viste su guardapolvo blanco con sensitiva actitud profesional y considera al paciente como un ente tridimensional. Su ética profesional lo orienta a enfocar el padecimiento orgánico, psíquico y

anímico del sujeto. No es necesario redundar aquí sobre la incomprensible burocracia del poder sanitario actual que torna cada vez más difícil este enfoque plurivalente y caritativo de la praxis médica. Por lo menos contrarresta a esta despótica postura el apoyo que en forma constante brinda, a la loable conducta médica, la definición universal de la Organización Mundial, a la cual ya se ha hecho referencia.

- 3) Existe un mejor médico. Es aquel que trata al sujeto como parte de su comunidad. Considera al paciente en función de su medio ambiente. Representa, así, el legítimo sacerdocio médico pues encara el mal del sujeto dentro de su contexto social.

De acuerdo con el interesante estudio sobre la personalidad, realizado por Jean Claude Filloux (7) y vinculado con los determinantes constitucionales y la influencia del medio ambiente, el autor define a " Natura " como la naturaleza total del sujeto- es decir lo innato -, y " Nurtura " todo aquello que lo rodea y vincula con el medio ambiente.- De forma tal que así como el individuo tiene opciones para modificar su entorno ecológico, de igual forma el medio ambiente ejerce influencias sobre él creando una personalidad que puede definir su conducta futura. En términos de salud ello significa que el ser humano en su interacción con " Nurtura " y desde su condición prenatal puede exponerse a diferentes influencias climáticas, nutricionales, socioculturales, de comunicación, etc. que lo exponen al riesgo de enfermar.

Si bien la prueba que vincula a los factores climáticos como determinantes de patologías orgánicas todavía está *sub judice*, el eminente ecólogo, médico y bacteriólogo René Dubos sostiene, por ejemplo, que " el frío, el calor y la humedad influyen naturalmente sobre la salud y la enfermedad de muchas y variadas maneras..." (8). Frente a esta reflexión y más allá de forzar a una dialéctica especulativa cabe preguntar: ¿desde el punto de vista de una medicina basada en una concepción holística de los hechos naturales, este aporte al conocimiento no asegura acaso un diagnóstico de situación – en términos de salud-enfermedad.- mucho más criterioso que considerar al sujeto-objeto en forma aislada?

Expuestos así los hechos y brindadas las opciones, le cabe al médico elegir. ¿cuál es en realidad su caudal de conocimientos, empatía y predisposición para enfocar o, más aún, para abrazar el digno y honorable ejercicio de la medicina?

En verdad sólo su conciencia le responderá, pero a la postre no hay duda que será la incorruptible vocación su necesaria y fiel compañera.

En un acápite de su interesante y realista artículo, los doctores Leopoldo Kulesz y Daniel Flichtentrei mencionan: " La incertidumbre de lo desconocido y la zozobra ante el dudoso futuro. Naturalmente, entonces, aparece la figura del maestro " (9). Una acertada asociación de los autores que buscan, en el ejemplo citado, el milagro catalizador que permita encontrar el camino seguro. Sin embargo, me pregunto si la luminosa figura del maestro se encuentra siempre presente. A propósito me viene a la memoria una emotiva vivencia que me tuvo como observador allá por la década del ' 60 cuando ingresé, por primera vez, a la imponente Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Fuerte fue mi impresión al observar en el hall central, estampadas en sus paredes, las figuras de los ilustres y preclaros profesores que encumbraron esa prestigiosa casa de estudios. Agregó, con orgullo, la misma donde tuve el privilegio de ser su becario de posgrado. Estaba claro que, día tras día, toda persona que ingresaba a dicha facultad tenía frente a sus ojos un digno y gigante álbum científico. Porque de esa forma y cotidianamente esos eruditos recibían el homenaje de quienes con apenas elevar sus miradas brindaban, a su eterno silencio, el merecido homenaje.

Por supuesto que no ha ofrecido siempre el mismo espectáculo nuestra querida casa de estudios. Con frecuencia su frontispicio y hall de entrada han sido vapuleados con pancartas pintarrajeadas con múltiples aforismos, advertencias, citas y fórmulas electorales salvadoras que obstruían el acceso a sus dependencias. Si bien muchos de los preclaros maestros de nuestra medicina se hallan expuestos en la marmolada galería del primer piso de la facultad, son también muchas las ausencias.

Salvo el recuerdo de algunos médicos brillantes que dejaron su prístino discurso hipocrático y una honorable actitud de vida, debemos admitir que las nuevas generaciones poco conocen de la vida y obra de aquellos genuinos pioneros y mentores de ejemplares capítulos de la historia de nuestra medicina. Sin embargo, ¿Hasta dónde existen diálogos de reflexión en torno a la vida y al legado científico dejado por muchos de ellos? ¿ Para qué sirve hacerlo? Al respecto creo atinado subrayar que no sólo sirve como bagaje histórico y cultural. Sirve hacerlo porque en sus magnas obras han quedado seguramente mojones altamente instructivos y humanistas, testimonios exultantes de sus prósperas existencias. No debemos olvidar que las generaciones que les suceden representan la necesaria posta del recambio científico, único argumento para aspirar a un merecido progreso científico y cultural. En definitiva, si no sabemos quienes fueron los que nos precedieron, cómo pretendemos, entonces, ser sus continuadores?

.....

Atento a ciertos acontecimientos ecológicos inesperados que se vienen sucediendo en regiones de nuestro país con persistente riesgo sanitario, se hace necesario estimular la formación del recurso humano en medicina asistencial con un diferente perfil del operador en salud. En tal situación: ¿Cuál es el perfil de médico que el estado necesita para neutralizar tal emergencia sanitaria?

Referiré a continuación la propuesta que generó la formación de médicos capacitados para resolver y prevenir la enfermedad, y a la vez, promover la salud a nivel comunitario. El objetivo principal señalaba la necesidad de

desarrollar fortalezas y habilidades que permitieran aplicar procedimientos y técnicas acertadas en todos aquellos niveles de complejidad sanitaria que demandase el área operativa.

¿Cómo surgió la idea?

Corría el año 1991. Acababa yo de regresar de Perú donde había estado trabajando en la impensada y asoladora epidemia de cólera, junto a mis colegas infectólogos del hospital Muñiz, apoyando la ardua y penosa tarea que les cupo a los colegas del país hermano. Describir tamaña y trágica experiencia excede el motivo del presente artículo. Sólo deseo expresar la sensación de tremenda impotencia experimentada frente a ese descalabro epidemiológico donde, en pocas horas, las muertes se sucedían por centenares dejando el macabro espectáculo de filas de cadáveres bajo cobertizos improvisados, mostrando sus reseca y casi momificadas figuras, producto de la abrupta deshidratación ocasionada por la imparable "canilla colérica", capaz de exopiar más de un litro fecal por deposición y dejando al paciente sumido en un colapso irreversible. Quedó así y para siempre estampado en mi memoria de clínico el trágico semblante vibriónico al que llamé "la facies sumida del cólera", que exhibía los ojos hundidos y casi perdidos en las cuencas orbitarias. Como si la cara de la muerte se anticipara, irónica, cubriendo el desfalleciente hálito de vida.

Con tamaña experiencia y presintiendo que el flagelado "*vibrium cholerae*" podría ingresar de incógnito al país, consolidé las bases para una propuesta tendiente a la formación del recurso humano en el **primer nivel de asistencia sanitaria**. La misma se hallaba justificada debido a la imperiosa necesidad de adiestrar a médicos generalistas en aquellas regiones del noroeste argentino, en constante riesgo sanitario y frente a la posibilidad de ingreso del cólera al país, vehiculizado por los corredores hídricos contaminados procedentes de Perú y Bolivia.

Inspirado en la declaración de Alma Ata (Kazajstán-URSS), (1978) (10) que estimulaba la necesidad de una asistencia sanitaria básica, **verdaderamente rastreadora**, y afirmada en "métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables..." propuse que la formación de dicho recurso fuese debidamente consolidada e institucionalizada

Fue así como el 21 de septiembre de 1993 fue creada la Comisión para el Estudio de la Patología Regional (CEPRA) cuyo objetivo primordial era estimular el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud (APS), y fijando como marco operativo el área ecológica del noroeste de la Argentina, allí donde la geografía médica se hallaba en constante alerta sanitario (11)

Tal como lo había previsto, el cólera debutó en la provincia de Salta a fines del '91, acometiendo con su característica violencia a las pobrísimas regiones de Santa María y Santa Victoria Este, y más tarde a la localidad de

Salvador Mazza, comarcas situadas en el extremo norte de la citada provincia. Pero a decir verdad el ecosistema noroestino también representaba un cómodo habitat de otras endemias regionales – tuberculosis, leishmaniasis, leptospirosis, hantavirus, tripanosomiasis cruzi, desnutrición, enteroparasitosis, paludismo, bocio endémico, hidroarsenicismo crónico endémico, dengue -poco tiempo después-, sobre las cuales era primordial ampliar la eficiente cobertura sanitaria en cantidad y en calidad de servicios.

En el mes de octubre de 1994, comenzó su entrenamiento de campo el primer contingente de Médicos Residentes en APS con sede operativa en el hospital Regional "Joaquín Castellanos", sito en el departamento de General Güemes, provincia de Salta. Ingresaron a la residencia, con duración estipulada en tres años, siete médicos generalistas.

¿Cuál era el perfil de estos primeros candidatos? ¿Por qué decidieron ser los protagonistas de ese novedoso enfoque de la medicina asistencial?

La entrevista personal evidenció que todos ellos pertenecían a familias de recursos económicos aceptables; ninguno con profesionales de la salud en su contexto familiar. Era llamativa su vocación de servicio la cual no se hallaba satisfecha debido a que la opción laboral les ofrecía apenas guardias semanales en instituciones sanitarias privadas, por demás opresivas y sin posibilidades de augurarles un crecimiento profesional.

Además, veían trabadas sus posibilidades de acceder a unidades asistenciales y académicas concentradas en hospitales regionales. Algunos apenas tenían acceso a centros de salud periféricos.

Además, dicha entrevista permitió evidenciar la notoria predisposición de estos jóvenes hacia las patologías de la primera infancia, las cuales se hallaban notoriamente identificadas en el marco de referencia de la pobreza y la desnutrición. De acuerdo con sus propias palabras "...eran comunes de encontrar en los ranchos olvidados y alejados de los centros poblados"

Como médicos y ciudadanos noroestinos, sus máximas preocupaciones se centraban en los penosos padecimientos socio-económicos y culturales, como el etilismo, la violencia familiar y la precoz maternidad en las adolescentes, de acuciante incremento en la región del Noroeste Argentino.

Finalmente, era unánime el deseo de estos jóvenes por mejorar los conocimientos adquiridos en la universidad, de forma tal que les permitiese afianzarse como profesionales y alcanzar una digna calidad de vida.

De esa forma y ante nosotros, jurado signatario de aquella primera selección de médicos residentes de medicina general con especialización en atención primaria, se congregaba un pequeño y entusiasta grupo de noveles médicos procedentes de las provincias de Tucumán, Jujuy y Salta, dispuesto al aprendizaje y ejercicio

de una **medicina abierta a la comunidad. Es decir, una medicina basada en el primer nivel de contacto con los individuos, las familias y los vínculos comunitarios con el enfoque de una " doctrina apeseísta "**. Como justo reconocimiento debo mencionar aquí, que fue precisamente en el Noroeste de la Argentina, identificado por un ecosistema como fuera ya señalado en continuo riesgo sanitario y alentado sobre todo por el complejo patogénico del paludismo endémico, donde el eminente y casi olvidado médico ruralista Carlos Alberto Alvarado elaboró en el año 1966 – doce años antes de la proclama de Alma Ata! – un Programa de Salud Rural basado en premisas que aún hoy sostienen la doctrina de la atención primaria(12) En mi opinión, ese magnífico proyecto que permitió controlar el paludismo regional endémico en el área noroestina, constituyó la genuina simiente de la futura disciplina y la savia inspiradora de nuestro accionar como médicos de terreno . Su estrategia se apoyaba en los axiomas siguientes:

- El problema de la salud existía donde estaban las personas.
- El servicio de salud debía ser accesible a toda la población
- Con acciones simples y básicas se podía evitar gran parte de las enfermedades y muertes.
- Debía darse participación a la gente. Con este criterio resultaba útil capacitar a un " agente sanitario " (13) salido de la propia comunidad. Hoy día es él quien continúa realizando las acciones básicas de prevención y promoción de la salud
- Toda acción sanitaria significaba utilizar recursos públicos. En consecuencia debía mostrar resultados. Por ejemplo, la disminución de la morbimortalidad por una determinada causa.
- La cobertura sanitaria de la población debía ser total. La protección parcial se consideraba injusta, éticamente inadmisibles, económicamente ineficiente y epidemiológicamente inútil.
- No debían existir barreras geográficas, culturales o económicas que impidieran el acceso a las acciones curativas, preventivas o de rehabilitación de la salud.
- El estado era, por fin, el responsable de la salud de la gente.

¿Cuáles fueron, entonces, los pilares esenciales que sustentaron el programa de salud rural de Carlos Alvarado? :

- 1) El rastreo e identificación del padecimiento debía realizarse en el mismo escenario donde acontecía el suceso sanitario.
- 2) La asistencia médica debía ser igualitaria para toda la población
- 3) La atención primaria de la enfermedad y de la salud debía llegar, en forma equitativa, a todos los rincones del país.
- 4) Dentro de la estructura de la APS, la figura del agente sanitario representaba una virtual posta sanitaria, esencial para concretar las acciones de rastreo epidemiológico; además como apoyo a las acciones curativas, preventivas y de rehabilitación.

Fue así como siete comprometidos profesionales iniciaron la aventura apeseísta. Una novedosa propuesta encauzada a la asistencia del individuo, la familia y la comunidad e inspirada en las pioneras enseñanzas que, desde la perspectiva de la salud rural, nos legara ese gran epidemiólogo de terreno que fue Carlos Alberto Alvarado.

Menciono a continuación la metodología de aprendizaje aplicada durante los tres años de la residencia médica en atención primaria. La misma fue dividida en tres áreas básicas de conocimientos con desarrollo simultáneo:

- **Área asistencial:** Rotaciones por las cuatro Clínicas Básicas (Médica, Quirúrgica, Pediatría y Tocoginecología) y las Especialidades Críticas (Neurología, Traumatología, Urología, Emergentología)
- **Área de Salud Pública:** Administración, Epidemiología, Estadística, Disciplinas orientadas al trabajo sobre terreno (Rondas Sanitarias; tareas en Puestos de Salud)
- **Área de Atención Primaria de la Salud:** Entrenamiento basado en el trabajo en terreno y con la comunidad, meollo donde deben converger todas las fortalezas y destrezas del médico residente para no divorciarlo de la realidad

En su condición de esenciales e irremplazables operarios de la salud en terreno, estos profesionales se

abocaron a estas principales actividades:

- Prácticas Asistenciales, orientadas al diagnóstico de las enfermedades, propuestas terapéuticas, enfoque de los pacientes desnutridos, cumplimiento de los programas de inmunización, abastecimiento de medicamentos, detección de la tuberculosis, ETS, e infección por HIV.
- Prácticas de Promoción y Prevención, dirigidas al control prenatal, del niño sano, control del recién nacido, toma de PAP, planificación familiar, charlas educativas, comportamiento sexual y procreación responsable, detección precoz del cáncer del cuello uterino.
- Vigilancia Epidemiológica de las patologías infecciosas agudas: respiratorias altas, diarreicas, transmisibles, crónicas (censo de pacientes con diabetes, hipertensión, mal de Chagas, tuberculosis y enfermedades por transmisión sexual)
- Administración del Servicio de APS
- Educación Sanitaria, en cada consulta médica y, fundamentalmente, en coordinación con el agente sanitario y el supervisor social.

__Por fin y al cabo de tres años de ímproba lucha, seis de los siete profesionales egresaron como médicos apeseístas. Tras ellos vinieron otros para impregnarse con igual doctrina. Hoy, luego de diecisiete años (2011) de actividad de la Residencia en Medicina General con especialización en Atención Primaria de la Salud (R.E.M.G.A.P.S.), cumplieron su residencia 68 médicos generalistas. En su mayoría fueron absorbidos por el sistema de salud provincial (Salta, Tucumán y Jujuy) en tareas vinculadas con la medicina comunitaria. Cabe destacar que 6 de los formados en esta disciplina fueron becados para incorporarse al Plan de Médicos Comunitarios (14)

La tarea de formar ese imprescindible recurso humano en salud fue sin duda ardua, no pocas veces trabada por la desidia incomprensible interpuesta por la infaltable burocracia de turno. Pero ninguno se amilanó. Una vez más el sabio axioma del filósofo racionalista holandés del siglo XVII, Benedict de Spinoza se cumplió: " Solo se llega a la excelencia por el camino de la dificultad "

Pero también preocupaba – y no cabe ocultarlo- la deficiente formación de pregrado que poseían los médicos que accedían a la residencia, circunstancia que entorpecía el cumplimiento del programa de actividades específicas en APS . Además, existieron otros imponderables que dificultaron el desarrollo curricular: los escasos recursos financieros, las tareas administrativas no articuladas adecuadamente, la dificultad para acceder al material bibliográfico particularmente referido a Internet, por falta de conexión propia, y la dificultad de comunicación con centros de producción de material científico.

En definitiva, la Residencia Médica en APS ha logrado conformar .un arquetipo de profesional para la salud con las siguientes fortalezas:

- Adecuada formación **interdisciplinaria**, abarcadora de la medicina general, la salud pública y la socio-antropología.
- Capacidad para liderar equipos de salud, dentro del ámbito de la atención primaria.
- Capacitación suficiente para transformarse en educador sanitario.

Importa destacar que la óptima capacitación del Médico Apeseísta lo ha jerarquizado para evaluar, proponer y elaborar un **proyecto de desarrollo sustentable** basado en los parámetros siguientes:

- Indicadores de Educación (Alfabetismo)
- Indicadores y Cobertura en Salud
- Indicadores de Producción (Mini emprendimientos para mejorar la calidad de vida)
- Necesidades Básicas Insatisfechas (tipo de vivienda, provisión de agua potable, disposición de excretas, escolaridad del grupo Infantil, ingresos del jefe de familia)
- Composición del Grupo Familiar
- Mapa Geográfico de riesgo sanitario
- Presencia de las noxas transmisibles
- Presencia de Reservorios y Vectores potenciales.
- Población susceptible

A modo de colofón surge esta pregunta: ¿Para la realidad sanitaria que soporta el país, vale el esfuerzo de transformar a un médico generalista en un profesional de la salud con realidad sociográfica? Creo que sí. Porque este modelo personifica a un calificado operario de la salud con destreza interdisciplinaria que lo amerita para llegar donde vive la gente; conocer su entorno ecológico e identificar problemas y necesidades.

Sentirse además competente para brindar soluciones. Un médico apto para ejercer esta disciplina resulta también idóneo para educar a la comunidad.

Ajustada la reflexión del Dr. Alberto Agrest (15) cuando alude al médico de APS: "...y una de sus primeras funciones es educar a la comunidad para que lo considere como primera fuente de información con respecto a las condiciones que, para ser interpretadas y corregidas, requieren del conocimiento médico". Y en otro párrafo de su obra dice: "...además, debe ver a su paciente no solo como individuo, sino también como un emergente en el problema de salud de la comunidad, prestando atención a la posibilidad de que su afección sea expresión de condiciones infecciosas o tóxicas del medio ambiente". Y su idea final que expresa: "El médico de APS es un factor esencial en el mantenimiento de la salud y la prevención primaria", y "...mediante su actividad docente con sus pacientes y la comunidad en general".

Por ser médico con un ya largo transitar, me atrevería a decir que, dentro de su ecosistema de vida, el sujeto no es culpable único y total de un padecimiento. Si como asevera Thomas Anz, "la salud y la enfermedad dependen de la higiene medioambiental" (16), y de acuerdo con Hans Schaefer: "la salud en una sociedad siempre supone que las personas se relacionan entre sí de forma saludable", entonces, "... la enfermedad, por el contrario, sería la consecuencia de conductas sociales inadecuadas" (17).

En consecuencia, toda actitud tendiente a lograr la cura o el mantenimiento de un aceptable estado de salud, dependerá de la oportuna y efectiva eliminación de aquellas formas de conducta y tendencias sociales viciadas que actúan como nutrientes de enfermedad. De esta forma parece claro que ella siempre tiene algo que ver con la cultura de un pueblo. A propósito, vale como ejemplo el testimonio inexcusable de la emergencia de brotes de leptospirosis, acaecidos en sendas regiones de nuestro país, tras copiosas lluvias que acometieron sobre poblaciones socialmente carenciadas, con basurales abandonados en superficie, viviendas precarias y presencia de abundantes roedores. En este sentido quién puede negar que la Naturaleza, como sostiene Schaefer, "sanciona con la enfermedad todo aquello que contradiga su voluntad..." (18).

Decía el reconocido médico de Lausanne, Simon Andre Tissot (1770)

"cuando ajustamos nuestras necesidades a sus preceptos, la Naturaleza nos recompensa con un cuerpo fuerte y sano" (19). De esta manera el Dr. Tissot justificaba "las costumbres de la vida campesina" que la propia Naturaleza, según él, había prescripto.

Frente a esta constelación multifactorial que identifica la salud y la enfermedad, en la medida que una sociedad normativa evoluciona - decía Michael Foucault - "la Medicina, ciencia de lo normal y lo patológico, se convierte en la reina de todas las ciencias" (20). Más que deseable sería, entonces, vislumbrar un nuevo modelo de médico cuya destreza metodológica y su fortaleza en el accionar le permitiese asumir el merecido protagonismo de un ilustrado delfín.

...Por mi parte, me sentiría muy reconfortado si en un futuro no muy lejano pudiese asistir al surgimiento del ambicioso paradigma de una medicina integrada. El otrora esforzado operario transformado ahora en un **avezado artesano de la salud. Entonces, con el fuerte apretón de manos que simboliza la posta del digno ideal asclepiano, le diría con esperanzada emoción: joven colega, rescate del pasado lo que él encierra como vital herencia, pero también procure tomar del futuro todo aquello que encierra de inconmensurable promesa. Se sentirá así orgulloso de regar con su obra el inagotable jardín del conocimiento humano.**

Notas y Referencias Bibliográficas:

1 – Adaptado del artículo publicado en el texto "¿ Por qué ser médico hoy?. Puentes entre la formación y la práctica de la medicina. Editorial Libros del Zorzal, 2009 : pags.:151 -176. Buenos Aires Argentina.

2 - Pose, C., " La filosofía de Zubiri y la ética de la responsabilidad ", ponencia presentada en la Fundación X Zubiri de Madrid, en el curso académico 2007'08.

3 - Zubiri X (1991) Inteligencia y Realidad, Alianza Editorial Madrid, págs. 69 y ss.

4 - Arlt, R. (2007), "Aguafuertes Porteñas ", Biblioteca Clásica y Contemporánea, pág.94, Editorial Losada.

5 - Poniatowska, Elena (2003), "El Dolor y la Muerte ", Artículo Periodístico, Revista Dolor Clínica y Terapia, vol. 1, Nº 12.

6 – Correspondió al periodo que transitó desde 1980 hasta 1995, lapso en el cual me desempeñé como Profesor Titular de Parasitología Médica de la Facultad de Medicina dependiente de la Universidad del

Salvador, al inicio durante el Decanato del Profesor Dr. Raúl Garbugino y, posteriormente, durante el Decanato del Profesor Dr. Julio Gonzalez Montaner.

7 - Filloux J C (1969) "La Personalidad ", Capítulo II, pág.19, Editorial Universitaria de Buenos Aires.

8 - Dubos, René (1975), "El Hombre en Adaptación "Capítulo VII, pág. 61, Fondo de Cultura Económica, México.

9 – Kulesz, L, Flichtentrei D.(2009), "Por qué ser médico hoy ", artículo leído el 20 de febrero del 2009, perteneciente a la Editorial "Libros del Zorzal".

10 - Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, Kazajstán, Rusia, 6- 12 de diciembre de 1978.

11 –Dicha Comisión fue creada e institucionalizada con el aval de cuatro signatarios: La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires; La Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación; La Facultad de Medicina de la UBA y el Ministerio de Salud de la Nación. La primera camada de Residentes en Atención Primaria de la Salud, elegida por concurso, inició su tarea en octubre de 1994 con asiento operacional en el Hospital Regional "Joaquín Castellanos" en la localidad de Güemes, distante 58 Km, de la ciudad de Salta.

12 - Martino, O. " Carlos Alberto Alvarado, Avezado Epidemiólogo" (2004), Boletín de la Academia Nacional de Medicina, 82(2), 227-234

13 – Este operario de la salud constituye el nexo cotidiano y esencial entre el reclamo de la comunidad a su cargo y el médico apeseista en compañía de la enfermera comunitaria y la asistente asociada.

14 – Desde el año 2003 al 2011, dos Médicos Residentes de tercer año cumplieron con rotaciones, entre cuatro y doce semanas, en diferentes unidades académicas – Pediatría, Patología Regional, Medicina Tropical, Zoopatología Médica, Dermatología, HIV-SIDA, - en el Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J Muñoz " y en el Hospital " Baldomero Sommer" destinado a la asistencia integral del paciente con la enfermedad de Hansen. Además, durante los años 2010, 2011 y 2012, dos Residentes obtuvieron becas de capacitación en Medicina Tropical, disciplina dictada por el Núcleo de Medicina Tropical, en la Universidad de Brasilia. Las mismas fueron otorgadas por la Fundación Roemmers.

15 - Agrest, Alberto,(2008), " Ser médico ayer, hoy y mañana " Capítulo II: Ser Médico Hoy," pags. 53-76. Libros del Zorzal, Buenos Aires.

16 - Anz, Thomas (1989) "Argumentos Médicos e Historias Clínicas para la Legitimación e Institución de Normas Sociales ",págs. 29-45. En "Literatura, Cultura y Enfermedad ", Espacios del Saber (2006), Editorial Paidós, Buenos Aires.

17 – Hans Schaefer , citado por Ezequiel Castillo Solano en "La salud que los hombres anhelan" <http://www.sjsocial.org/crt/articulos/766Castillo.htm>

18 – Schaefer , H "Salud " en SM., Herder. Barcelona 1976; pags.: 190-196.

19 - Tissot, Simon André (1770), 'De la santé des gens de lettres, Ginebra: Slatkine, 2000.

20 - Foucault, Michael, citado por Thomas Anz, pág. 29.

Bibliografía Complementaria:

- Ministerio de Salud Pública de Salta, (1997), "Programa de Atención Primaria de la Salud: Manual del

Agente Sanitario", Tomo I y II ...OMS/UNICEF (1978) "Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, Ginebra. Organización Mundial de la Salud, (Serie "Salud para Todos", N° 1).

- Kroeger, Axel et. al., (1992) "Atención Primaria de la Salud, Principios y Métodos" OPS/OMS, Editorial Pax México.
- Durana, Inés et. al. (1984), "Estrategias de Enseñanza AOPS/OMS, México. Aprendizaje en la Atención Primaria".