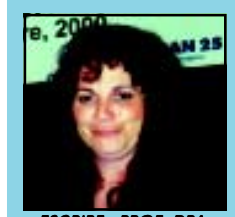


Medicina Familiar y Participación Comunitaria

"La salud se expresa cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver la situación física, mental o social en la que vive, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones". Floreal Ferrara¹



ESCRIBE: PROF. DRA. GRACIELA SAN MARTÍN MÉDICA DE FAMILIA.

Frente a la acuciante crisis que atraviesan nuestros países, de la que el sector salud no escapa; la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) toma aún mayor vigencia y resulta ser cada vez más necesaria.

Recordemos los ocho componentes de esta estrategia, citados en la edición de marzo del 2001 de "EL DIARIO MÉDICO":

- *Cobertura total.
- *Recursos humanos adecuados.
- *Articulación intersectorial.
- *Programación integrada por necesidades.
- *Nuevas modalidades de organización.
- *Tecnología apropiada.
- *Reorientación del financiamien-

to sectorial.

*Participación comunitaria.

Vamos a detenernos en algunos de estos componentes, cuyo análisis profundizaremos y que considero de relevancia para el momento actual.

COBERTURA TOTAL

La crisis socioeconómica agudiza aún más la indefensión de algunos sectores de la población, extremando las diferencias en la satisfacción de necesidades. La cobertura de la salud, por ser un derecho inalienable al que aspira todo ser humano, debe ser garantizada siempre, y con mayor esfuerzo aún en momentos críticos como el presente.

REORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO SECTORIAL

La asignación de mayor cantidad de recursos al primer nivel de atención, donde se resuelven entre el 85 y el 90 % de los problemas de salud, y se le otorga un importante peso a la prevención y mantenimiento de la salud con un fuerte énfasis en la educación (coincidente con la concepción de salud de la cual partimos), implica que las personas pasen de ser receptoras de curación a ser generadoras de salud.

De esta manera, se logra no sólo una población más sana, sino que además favorece el ahorro de recursos destinados a la curación de problemas evitables.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ES UNO DE LOS COMPONENTES SUSTANCIALES DE LA APS

La Medicina Familiar, basada en principios teóricos mundiales, presenta distintas características de aplicación locales, acordes a la realidad de cada país. En Uruguay, desde sus inicios en 1988, se le dio especial énfasis a la Participación Comunitaria, hecho que se sintetizó en el año 2001 cuando se crea la especialidad y se la denomina "Medicina Familiar y Comunitaria".

PARTICIPANDO SE EJERCEN LOS DERECHOS Y SE CUMPLEN LOS DEBERES

Participar es una forma de ejercer nuestros derechos y de cumplir nuestros deberes como ciudadanos. Es una manera de apropiarnos del espacio público, a la vez que lo construimos. Es... ejercer la democracia.

Ahora bien, si releemos el documento de Alma-Ata, allí se distinguen dos acepciones del concepto de Participación. Por un lado, como capacidad individual, asociada al autocuidado, al conocimiento y actitudes que implican que las personas puedan tomar la salud en sus manos a la vez de poder conocer,

exigir, y controlar el derecho a la salud, a los servicios y a su calidad. Por otro lado, se asocia la participación a una acción colectiva con el objetivo de satisfacer necesidades o presentar demandas que individualmente no pueden ser satisfechas.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA

Se habla de participación activa cuando las personas se involucran en la toma de decisiones, en la planificación, en la ejecución, en la evaluación y en el control de las acciones. De esta manera, la participación comunitaria como acción colectiva implica la identificación y resolución de necesidades a través de la autogestión, cogestión o la demanda al Estado. Si la participación es importante en todos los casos, con más razón, cuando las carencias son de tal magnitud que sin una acción colectiva serían muy difíciles de resolver.

MAHLER Y LOS CONCEPTOS DE PARTICIPACIÓN

Mahler² describe de esta manera ambos conceptos de participación: "Las personas deben comprender que la enfermedad no es inevitable, que para mejorarla es necesario ocuparse de factores de diversa índole: políticos, sociales, económicos, culturales, ambientales, ideológicos. Con conciencia de esto, las personas podrán actuar sobre las causas de la enfermedad (...). Las comunidades deben asumir más responsa-

bilidad en cuanto a definir sus necesidades, identificar soluciones, movilizar recursos locales y desarrollar sus organizaciones (...). La participación comunitaria puede tener una influencia que rebasa la atención de salud local para influir en los gobiernos de forma de que éstos introduzcan y sostengan las reformas requeridas".

LA POBLACIÓN RECUPERA SU CAPACIDAD DE ACCIÓN

Tanto a través de la educación como de la participación, se logra un "empoderamiento" en donde la población recupera su capacidad de acción, asumiendo los conocimientos y servicios como propios, y ubicándose en el lugar que le corresponde en la defensa de sus derechos. En la práctica cotidiana de la Medicina Familiar Comunitaria, eso sucede a través de la relación constante con los técnicos, la formación de Agentes Comunitarios, Comisiones de Salud, quienes participan en la gestión y evaluación del funcionamiento de los consultorios que les pertenecen. Así lo sienten, por ello los defienden.

Bibliografía Consultada: Declaración de Alma-Ata. OMS, 1978. Ministerio de Salud Pública, Revista de APS. N° 9, 1990. VVAA: Acción y participación comunitaria en salud. Nordan-Comunidad, Mvdeo. 1993. Weinstein, Luis: Salud y Autogestión. Nordan-Comunidad, Mvdeo. 1990.

TAMBIÉN ENTRÓ EN CONFLICTO

La Sociedad Uruguaya de Médicos de Familia

La Ley 15903 creó la figura del Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud a nivel público. En su artículo 270 define que los médicos de familia no son funcionarios públicos presupuestados ni contratados.

De hecho todos los médicos de familia debimos declarar ejercicio libre de la profesión a la Caja para poder facturar la venta de nuestros servicios al M.S.P.

Desempeñamos nuestras tareas en consultorios que NO pertenecen al M.S.P. sino que son propios o pertenecientes a las comunidades que asistimos.

Por una inadecuada interpretación de la Ley sobre funcionarios públicos (TOCAFF), en varias ocasiones se ha retrasado el pago de haberes de los médicos de familia que desempeñan algún cargo público.

En este momento, se adeudan los honorarios de mayo y junio/02, y se les ha comunicado a los médicos antes mencionados que se los cita-

rán en A.S.S.E., para que opten por uno de los dos empleos, renunciando al otro.

Es por esta situación que en la Asamblea del 10/7/02, resolvimos por unánimidad entrar en conflicto.

El día 17/7/02, la Cámara de Diputados, votó por amplia mayoría de las 4 bancadas, una aclaración a la Ley, donde se declara que no existe incompatibilidad entre los cargos, debido a que el de médico de familia NO es un cargo público.

Debido a las declaraciones públicas, y en entrevista con nuestros delegados, que posteriormente a estos hechos realizare el Director de A.S.S.E. Dr.F. Repetto, la Asamblea del 19/7/02 resolvió:

- 1) Ratificar lo decidido el 10/7/02,

en cuanto a que seguiremos asistiendo regularmente a nuestros pacientes, informando a las comunidades de la situación, y no aceptando visitas evaluatorias por parte de colegas, hecho éticamente inadmisibles en el marco de un conflicto.

- 2) Continuar con las medidas de lucha y exigir el pago de los haberes adeudados.

- 3) Intensificar las movilizaciones junto a los equipos de salud y las comunidades. Coordinar con la Federación Nacional de Agentes y Promotores de Salud y la Coordinadora de Comisiones de Salud.

- 4) Tomar conocimiento de la decisión de la Cámara de Diputados, según la cual la razón nos asiste.

- 5) Apoyar al Sr. Ministro de Salud Pública en su esfuerzo por destruir el conflicto y sus declaraciones de compromiso con el desarrollo del sistema de Medicina Familiar

- 6) Observar con indignación las declaraciones públicas del Director de A.S.S.E. Dr. F. Repetto, que contradicen lo expresado por el Sr. Ministro e ignoran lo decidido por la Cámara de Representantes.

- 7) Agradecer el apoyo que desde siempre y hoy más que nunca, nos brindan las comunidades a las que asistimos.

- 8) Solicitar a la Coordinadora Integregal de la Salud, el acompañamiento solidario de nuestro conflicto.

- 9) Denunciar ante el S.M.U., F.E.M.I. y otras gremiales que correspondan, a las personas que obstaculicen nuestro conflicto.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY

A la opinión pública

Ante la situación de público conocimiento, planteada en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, de acuerdo a su Ley de Creación (art. 2° inc. 2.3), expresa su profunda preocupación por la crisis asistencial, docente y de investigación que genera severas consecuencias sobre la salud de nuestra población, la actividad curricular universitaria y el desarrollo de la tecnología médica.

Por estos motivos exhorta a las autoridades competentes para que con carácter grave, y urgente puedan alcanzar una solución satisfactoria.

Montevideo, 23 de julio de 2002.

Ac. Elbio Zeballos (Secretario General)

Ac. Roberto De Bellis (Presidente).

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA HIPERSECRECIÓN ÁCIDA GÁSTRICA: NUEVO ESTÁNDAR

Luego de años de haberse establecido el estándar de tratamiento en el conjunto de enfermedades relacionadas con la hipersecreción ácida gástrica, el mismo ha sido superado.

Durante los últimos años la industria farmacéutica desarrolló varias moléculas, que pretendiendo desplazar al Omeprazol de su papel de "Gold Standard", no lo han conseguido.

Recientemente, y sólo con el desarrollo del primer inhibidor de la bomba ópticamente activo, el Esomeprazol, se ha alcanzado dicho objetivo.

Los resultados de ensayos clínicos multicéntricos comparando al Esomeprazol con los demás inhibidores de la bomba de protones en pacientes con enfermedad por reflujo gastro-esofágico han mostrado resultados estadísticamente significativos en el porcentaje de pacientes curados y en el acortamiento de los tiempos de tratamiento. Se ha logrado una cicatrización de la esofagitis por reflujo en el mismo número de pacientes a las cuatro semanas de tratamiento con Esomeprazol que con los demás Inhibidores de la Bomba de Protones a las ocho semanas de tratamiento. Una vez lograda dicha cicatrización, la alta eficacia de Esomeprazol permite su uso a demanda como tratamiento sintomático de la enfermedad por reflujo gastro-esofágico, siendo el primer Inhibidor de la Bomba de Protones con el que se logra un control adecuado de la sintomatología con éste abordaje terapéutico.

La rápida resolución en la sintomatología, agregado al acortamiento en los tiempos de tratamiento y en la posibilidad de su uso a demanda, resultan en una mejoría en la calidad de vida de éstos pacientes y en una clara disminución en los costos de tratamiento.

Bibliografía consultada: Edwards J, Lind T, Lundell L. Systematic review of proton pump inhibitors for the acute treatment of reflux oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1729-1736.

