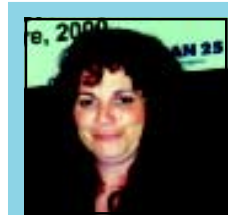


MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Las organizaciones populares en la crisis nutricional

Habría que entender qué significa en Uruguay una situación de crisis nutricional, pues una característica de la crisis, es que tiende a poner en lugar de difícil acceso, las causas permanentes que la determinan.



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

En un país que produce alimentos, la emergencia nutricional está indicando un gran desorden en la distribución de la riqueza, con una marcada restricción en la actuación del Estado a través de políticas sociales y el descenso en la capacidad adquisitiva de la población.

LAS ORGANIZACIONES POPULARES NO SON RECIÉN LLEGADAS

Las organizaciones populares, no son recién llegadas a este tema. Desde hace mucho tiempo vienen sosteniendo una larga lucha por garantizar, que aquellas familias que por distintas razones requieren de algún sistema complementario de alimentación, lo tengan asegurado (merenderos, comedores comunitarios, ollas populares, con larga his-

toria en nuestro país).

En estos momentos, en que se profundiza aguda y bruscamente la crisis económica, aparece en las organizaciones populares una reacción de enorme contenido solidario, pero éstas a su vez deben enfrentar una suerte de encrucijada: tienen que soportar la presión de quienes propician caminos de desesperación y aislamiento, de dispersión y salidas individualistas.

LO PREDOMINANTE: LAS REDES SOLIDARIAS

Moviéndose en esta difícil situación, lo predominante parece ser el fortalecimiento de las redes solidarias organizativas, apelando a los mecanismos más primarios y elementales de respuesta, ofreciendo un modelo de distribución equitativa como puede ser "la olla" donde generalmente acceden, los que más necesidades tienen.

En los sectores populares, la gravedad de la crisis ha conducido básicamente a buscar algún tipo de contemporización de sus efectos a través de la organización. Hubo un tiempo donde seguramente la representatividad de una organización estuvo muy ligada con cuánto obtenía de una negociación. Esto, seguramente subsiste, pero no parece ser el dato principal. Por el contrario, fortalecen su representación social aquellas organizaciones que

sostienen una actitud digna de intercambio y construcción; exigen al organismo público asumir sus responsabilidades, pero a la vez cuestionando el control y el modelo asistencial que se brindaba.

ESTÁ EN JUEGO LA DIGNIDAD DE NUESTRO PUEBLO

No es casual que estemos en un momento donde la recuperación del discurso ético, de la transparencia y la honestidad tiene especial significación. Aquí está en juego un elemento muy importante, que es la dignidad de nuestro pueblo. Una dignidad que no es un disfraz que se pone o se saca, sino que es el aspecto más relevante, más histórico de nuestra identidad.

Esta experiencia de movilización y organización no está vacía de contenido político. Esto sería desconocer la génesis de la política. Ésta se construye en la necesidad de los hombres, en su protagonismo y el de las comunidades que adoptan determinadas formas de actuación, pautas y experiencias donde se concretan acciones, se construyen instrumentos de trabajo, metodologías e ideas. Esta construcción debería ser rescatada por las expresiones político-partidarias. Si bien en nuestro país, salvo excepciones, no pareciera ser el campo esencial de dónde éstas se nutren. Pareciera que se inclinan más por mirar a éstos como respuestas espontáneas conducidas por la necesidad, que incluso estarían privadas de ideas y que no contribuyen a la construcción de una estrategia de proyecto político.

Grave error, que se profundiza cuando las expresiones partidarias pretenden instrumentalizar estos movimientos sociales no reconociéndoles su propia identidad, su propia línea de construcción cultural y política.

Desde la experiencia, la gente lo vive, poniendo en discusión los mismos elementos que se necesitan debatir para crear las bases de un proyecto político: los por qué, los cómo, los cuándo, los quiénes de esta crisis. Valores como los de justicia social, representación protagónica, independencia económica, son recuperados desde el lugar de la experiencia, que es el gran estímulo para reconstruir el campo popular. Ojalá así sea.

ROL DE LOS SERVICIOS FORMALS DE SALUD FRENTE A LA CRISIS

Nadie puede dudar que en los últimos meses, el tema de la salud, fundamentalmente en los barrios periféricos y el interior del país ha girado alrededor de respuestas a la emergencia nutricional.

Sin embargo, no parece que todos los servicios de salud lo vean de esta manera. Los servicios que se basan en la atención de la demanda por enfermedad, no parecen sentirse totalmente involucrados, más aún, no parecen tener los instrumentos técnicos necesarios para favorecer la organización comunitaria, respetándola como tal.

Frente a esto me parece que se debe hacer una reconsideración del lugar de los técnicos, de los servicios de salud y del modelo de traba-

jo predominante en estos servicios.

Hoy, existen 3 grandes desafíos para los trabajadores de la salud:

El primero: poder sostener desde un lugar colectivo y solidario, nuestros derechos como trabajadores, tanto en el sector público como en el privado, descartando el discurso liberal que exige jerarquización y condiciones de privilegio social y así recuperar derechos laborales que estén claramente conculcados: básicamente salario y condiciones laborales.

El segundo: la necesidad de nuevos enfoques técnicos. No basta con cuestionar nuestras formaciones surgidas de niveles académicos que en general plantean una construcción científica no preparada para actuar como interlocutora de las necesidades de la gente. Se requiere la construcción de nuevos instrumentos técnico-científicos que permitan una relación adecuada entre los profesionales, la gente y sus organizaciones en la lucha por sus derechos. En este aspecto, sigue siendo muy fuerte el mensaje tradicional hegemónico en el campo de la salud, que aún tiene un gran poder de penetración, y que se disfraza con nuevas formas de presentación.

Y el tercer desafío: es el reconocimiento, por parte de los profesionales, del lugar que ocupan las organizaciones populares en materia de producción de salud. El poder entender que la salud muy pocas veces comienza cuando llega la túnica blanca.

En la resolución de estos desafíos, quizás se encuentre la punta del ovillo que nos lleve a retomar caminos que alguna vez se sembraron.

CUENTOS PEDIÁTRICOS (IX)

Una extremada urgencia oncológica. Poliserositis blastomatosa aguda

Una noche de domingo fui llamado por el doctor Gonzalo Etcheverry para ver en consulta un niño en el Sanatorio Británico. Se trataba de un varón de un año y medio, sano hasta esta enfermedad, que el viernes anterior había comenzado con dolor abdominal y fiebre, por lo que fue visto y medicado como un trastorno banal, pues el examen era totalmente normal.



ESCRIBE: PROF. DR. MANÉ GARZÓN

El sábado nuevamente se quejó (se le suministró medicación analgésica), tuvo falta de apetito y algún vómito. El domingo por la mañana le notaron el abdomen distendido y tenso, aunque no dolorido, signo que se acentuó con el correr de las horas y que motivó la consulta.

Cuando lo vi, el paciente estaba totalmente lúcido, sin fiebre, jugaba, pero había vuelto a vomitar y el

vientre era francamente grande, con el ombligo desplegado. Había movilizado el intestino y la orina era clara. Se trataba de un abdomen mate a la percusión con onda líquida y no se palpaban vísceras. Ya se le habían hecho varios exámenes de laboratorio, todos inconducentes, así como las radiografías de abdomen y tórax.

Quedé perplejo ante esta signología tan inusitada y formulé el diagnóstico semiológico anatomoclínico de ascitis aguda: vientre grande, mate, onda líquida. Inmediatamente quise descartar un origen extrabdominal, es decir por bloqueo circulatorio, suprahepático, una descompensación brusca por una pericarditis, por el hecho excepcional de pre en forma tan aguda y a esta edad. Lo llevamos de inmediato a la pantalla de rayos X y el corazón era totalmente normal y latía con toda libertad. Era casi obvio que debía ser así pero antes de proseguir la investigación diagnóstica era mandatorio estar seguro. Quedaron

las siguientes posibilidades muy diferentes: podía ser y ojalá lo fuera un exudado inflamatorio (peritonitis tuberculosa principalmente) pero lo más probable es que fuera una siembra peritoneal metastásica de un linfoma, ya fuera linfoblástico o un linfoma de Burkitt.

Coordinamos inmediatamente la laparoscopia, que se realizó a las siete de la mañana del día siguiente, en la que estuve presente. La apertura abdominal dio salida a abundante líquido claro, cetrino, y por el laparoscopia pudimos ver todo el peritoneo, tanto parietal como visceral, sembrado de pequeños nódulos blanquecinos, de los que pudimos extraer algunos. Yo mismo llevé el líquido al doctor Daniel Pien y la biopsia a la doctora Carmen Gutiérrez: se trataba de un linfoma indiferenciado tipo Burkitt.

El enfermo siguió agravándose tormentosamente. El vientre se hizo enorme con signos de oclusión intestinal mecánica; fue necesario puncionar para evacuar el líquido. Se colapsó por una caída brusca del gasto cardíaco, lo cual motivó su ingreso a un centro de tratamiento intensivo. Cuando lo volví a ver allí su estado era gravísimo. Tenía una poliserositosis blastomatosa: un derrame pleural bilateral y un de-

rrame pericardiaco con toda la signología que vemos en las pericarditis agudas (alejamiento de ruidos, roces pericárdicos e incluso en un momento ruidos de aspas de molino).

Ya había planeado con los hematocólogos Daniel Pien y Agustín Dabiez el tratamiento, como extremo de una urgencia neoplásica: hidrocortisona, ciclofosfamida, vincristina. El tratamiento se inició al mediodía del lunes, a menos de doce horas de la consulta inicial.

La respuesta fue espectacular. En pocas horas se fundió la sintomatología. No se reabsorbieron los derrames pleurales y la ascitis, la función respiratoria se normalizó en el día, el vientre se hizo depresible y el tránsito intestinal se normalizó y empezó a orinar normalmente.

Salvada la urgencia tumultuosa de la siembra blastomatosa, el adecuado tratamiento oncológico lo llevó

a una remisión clínica casi inmediata y con un plan terapéutico adecuado el paciente está ya, hace de esto diez años, fuera de todo peligro.

Referimos este caso por dos motivos especiales: la rapidez con la que logramos el diagnóstico y la extrema urgencia con la que agresivamente iniciamos el tratamiento. A este paciente, cualquier consideración diagnóstica, o demora de cualquier tipo en emprender la terapia oncológica, le hubiera costado la vida. Esta vida se jugó en pocas horas, y en pocas horas logramos vencer riesgadamente, es cierto, a un enemigo implacable. Muchos tratamientos de base pueden haberse realizado después, planes o protocolos, todos eficaces, todos con sus limitaciones tanto vitales como tóxicas o secueles, pero lo que lo salvó fue la solución rápida de la emergencia oncológica.