

Experiencia de un Servicio de cirugía en El Impenetrable, Chaco

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.

Dr. Ramón Carrillo (1906-1956)

Al analizar el sistema curricular de la carrera de grado en las principales universidades nacionales, se observa que son pocas las asignaturas dedicadas a una faceta importante del médico: “el rol social”. Dentro de los objetivos del programa de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se plantean, entre otros: “Esté capacitado para la asistencia al hombre sano y comprometido con la protección y la promoción de la salud de las familias y las comunidades y haga hincapié en la medicina preventiva y participe en la concientización médica en su comunidad”. Si bien muchas universidades (mayormente del ámbito privado) actualizan sus sistemas curriculares incorporando asignaturas como Salud y medicina comunitaria, Promoción de la salud, Antropología médica, Ciencias humanas, etc., los programas de muchas de ellas continúan siendo los mismos que hace décadas y los objetivos antes planteados claramente no se cumplen ni teórica ni prácticamente. La poca aplicación de las metas de la educación y de la práctica reflexiva, la construcción del conocimiento y la conservación intacta de un sistema educativo médico hegemónico llevan a pensar fuertemente en la necesidad de un cambio. *¿Es necesario que el médico tenga un “rol social”? ¿Es necesario que el médico, como figura social, se involucre en el lado humano y de ayuda humanitaria?* Muchos piensan que el sistema de residencias es el que aportará el lado humano o el “rol social” de compromiso con la comunidad, pero lamentablemente no ocurre así. Algunos hospitales o universidades incluyen cursos que tratan de aproximarse a otro punto de vista de la medicina, como Bioética médica, error en medicina y seguridad del paciente, que ven otra solapa del sistema. Así también en algunas entrevistas para ingreso al sistema de residencias se interroga sobre actividades previas de participación comunitaria y compromiso social, pero son una minoría. Con lo antedicho no queremos decir que la formación biológica no sea necesaria e importante para la formación de grado y de posgrado, sino que no es el único perfil que debemos cultivar. Lamentablemente, al momento, ningún sistema de grado y posgrado tiene una actividad social de ayuda humanitaria en zonas de gran vulnerabilidad de nuestro país, obligatoria e incluida como asignatura en el sistema de formación médica.

La formación médica se basa en tres pilares: la actividad asistencial, la docencia y la investigación. En el sistema de residencias, por ejemplo el quirúrgico, las características buscadas son la destreza manual, la actitud proactiva, el

liderazgo, la camaradería, la seguridad y el espíritu crítico, entre otras. *¿No debería ser el “rol social” solidario del médico una característica buscada o un pilar más en la formación médica?*

Desde hace tiempo, la pobreza y la desigualdad son las realidades más marcadas de nuestro país y de ello deviene la grieta más profunda entre las sociedades. El deterioro de los sistemas de salud, la falta de acceso a dichos sistemas, el desgaste médico constante, el hambre, la falta de oportunidades, la injusticia son una realidad conocida, pero aun así continúa profundizándose.

A continuación analizaremos diferentes aspectos.

1. *¿Cuándo y cómo surgió el proyecto?*

Todo comenzó en el mes de octubre del año 2014. Uno de los residentes de nuestro Servicio se vio involucrado en esta tarea junto a su padre (desde su infancia) y un día, en la vorágine de la tarea asistencial, nos contó su experiencia. Desde muy pequeño viajó con su familia a El Impenetrable chaqueño con el objetivo de transformar, desde sus mínimos aportes, la realidad de desigualdad social y falta de oportunidades de esta región olvidada de nuestro país. Año tras año aproximadamente nueve o diez veces por año (casi una vez por mes), con frío o calor, cansancio, postergando muchas veces a su propia familia, han viajado de forma ininterrumpida por más de dos décadas. Fue así como formaron una fundación llamada S.O.S Aborigen, y a través de expresarnos su experiencia surgió una semilla en nuestra residencia, la semilla del *¿Por qué no comprometerse con la realidad social?*, la semilla del “rol social” del Servicio.

A pesar de la vorágine diaria, de la gran carga asistencial, el número de guardias y la actividad quirúrgica, logramos organizarnos y presentar un proyecto al Servicio de Cirugía General con objetivos claros y precisos. El proyecto se adaptó bien al espíritu del Servicio, fue aceptado y tuvo apoyo institucional a través de la Secretaría de responsabilidad social. Eran muchas las expectativas con respecto al destino; si bien teníamos una hipótesis del escenario que encontraríamos, temíamos que la realidad superara el hipotético.

2. *Inicio del proyecto y propósito del viaje.*

Comenzamos con la inquietud de realizar un viaje asistencial a fin de conocer otra realidad social, efectuar un diagnóstico de campo y crear un plan sanitario para implementar políticas sencillas en las poblaciones objetivo. Una vez obtenida la aprobación por parte del Servicio y de nuestro hospital y, luego de proponerlo, discutirlo entre el cuerpo de residentes y lograr su apoyo, emprendimos el primer viaje en el mes de octubre del año 2014, el segundo en noviembre de 2015 y el último en noviembre del año 2016 (viajaremos nuevamente a fines del corriente año, como todos los años). Las tres experiencias efectuadas transcurrieron de la mano de la Fundación S.O.S. Abo-

rigen, organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro que, como mencionamos anteriormente, trabaja en forma activa e ininterrumpida desde hace más de 20 años en la región.

3. *¿Cuándo nace la fundación y cómo está constituida?*

La Fundación S.O.S Aborigen es una asociación sin fines de lucro que comenzó su actividad en El Impenetrable en el año 1994. Los integrantes pertenecen a diferentes credos, ideas políticas, profesiones, etc., que viven en diferentes lugares de nuestro país, unidos en una red de voluntades solidarias paralelas. A dicha fundación y a nosotros nos convoca el deseo de ayudar a potenciar a sectores postergados de nuestra sociedad, a partir de la consolidación de proyectos sustentables que puedan ser desarrollados, profundizados y transformados por las comunidades a quienes van dirigidas nuestras acciones. La conforman profesionales de diversas ramas: médicos, odontólogos, estudiantes, veterinarios, asistentes sociales, constructores y colaboradores que viven en diferentes zonas del país.

4. *¿Hubo coincidencia de objetivos entre la fundación y nuestro servicio?*

El primer punto para dilucidar fue comparar los objetivos de la fundación y nuestros objetivos y establecer el sinergismo entre ellos. Pudimos apreciar que los objetivos de la fundación eran muy similares a los nuestros y que poder realizar un viaje con ellos potenciaría las cualidades de ambos grupos y, sin lugar a dudas, el beneficio sería mucho mayor para nuestra población objetivo.

A estos objetivos se suman objetivos individuales, propios de nuestro grupo. Principalmente obtener otra visión de la realidad y observar el impacto de la experiencia para nuestro grupo de trabajo, evaluar cómo se desenvuelve el grupo en un ámbito distinto del hospitalario habitual, en un abanico de formación que discurre entre cirujanos de planta y médicos residentes de primer año.

5. *¿De qué nos sirvieron las experiencias previas? Conformación del equipo de trabajo.*

Nuestra primera experiencia en el año 2014 permitió realizar un sencillo diagnóstico de campo, establecer prioridades y necesidades de la comunidad aborigen, conocer costumbres socioculturales, formas de interacción y la dinámica del equipo de trabajo. Las sucesivas experiencias se llevaron a cabo con mayor consistencia y seguridad, más armónicos y sólidos como grupo. Desde el planeamiento y gestión del viaje nos basamos en las necesidades derivadas del diagnóstico situacional establecido en la primera y/o segunda experiencia y direccionamos las campañas principalmente hacia ciertos recursos (útiles escolares, medicamentos o alimentos no perecederos). El grupo se consolidó y se organizaron y clasificaron los recursos. Nuestro equipo de trabajo (principalmente el mismo que participó en la

primera experiencia) estaba compuesto por 21 integrantes: 4 médicos residentes de cirugía general, 1 residente de ortopedia y traumatología, 1 pediatra, 5 cirujanos jóvenes, 1 jefe de residentes de cirugía general, 1 asistente social, 2 coordinadores de la Fundación S.O.S Aborigen (uno de ellos cirujano), 1 licenciado en kinesiología, 3 médicos veterinarios y 2 estudiantes de medicina del Instituto Universitario de nuestro hospital. Se incorporaron al grupo los referentes locales (caciques) de las distintas comunidades aborígenes de la región, que facilitaron enormemente la llegada a las diversas poblaciones.

6. *Distribución de tareas.*

Un subgrupo se ocupó de las tareas sanitarias trabajando directamente con los aborígenes, realizando las giras sanitarias, organizando la limpieza de terrenos y el saneamiento-vacunación de animales, la fumigación, etc. Otro subgrupo se limitó a tareas no médicas distribuyendo (de acuerdo con la necesidad de cada comunidad) vestimenta, alimentos y medicamentos. A la vez organizaba los recursos para distribuir o se ocupaba de su transporte, logrando así que las tareas fueran dinámicas y organizadas (distinto de la primera experiencia y mejor que en la segunda).

Las visitas sanitarias al monte y a las diferentes comunidades (wichí, criolla, por ejemplo) eran coordinadas por el grupo médico y se trató de cubrir la Atención Primaria de la Salud (APS), atendiendo y entregando los medicamentos para cumplir su tratamiento completo. Se realizó el control de las embarazadas, muchas veces el primero y probablemente el único durante el embarazo, y se atendió a niños y ancianos. El itinerario de las visitas fue coordinado por la fundación y los caciques para que las comunidades se congregaran en las escuelas (Imagen de tapa, "Escuela TECHAT") o los centros comunitarios para recibir atención. La escena se repite día tras día y año tras año, desde el amanecer hasta la noche; a pesar de las temperaturas extremas y la falta de agua, se llega a atender a gran cantidad de personas en 5 días.

Una camioneta, un tablón, dos caballotes, lonas atadas a un par de postes debajo de la copa de algún árbol conformaron los consultorios de nuestro grupo de trabajo. En el monte, niños conversando con la muerte por diarrea o tuberculosis, embarazadas con hambre de varios días, hombres que rechazan la jeringa porque creen que la jeringa les roba algunos años son algunos de los miles de escenarios con los que nos encontramos.

7. *Análisis del trabajo en campo.*

Recorrimos 5310 km en total desde la Capital Federal hasta el Chaco, incluidos los km realizados hasta cada paraje. Se visitaron más de 12 parajes, de los cuales los más poblados fueron Media Luna, TECHAT 1 y TECHAT 2. Se atendieron 156 pacientes en los distintos puestos sanitarios, 84 adultos (53,8%) y 72 niños (véase imagen de

tapa). En el paraje Campoflores y otros más pequeños no se atendieron pacientes. Los motivos de consulta más frecuentes en la población infantil fueron: cuadro de vía aérea superior (CVAS), pediculosis, micosis y diarrea, a diferencia de los adultos en quienes la HTA (hipertensión arterial), la lumbalgia y la epigastralgia fueron los motivos más prevalentes. Muchos de los pacientes realizaron solo control de salud para la edad.

Totalizaron 141 las familias que recibieron donaciones; los parajes de TECHAT 1 y TECHAT 2 fueron los más numerosos, totalizando 75 (53,2%) las familias que recibieron donaciones. Las donaciones se detallan en el cuadro 1 para cada paraje (principalmente alimentos, útiles escolares y vestimenta). Se donaron en total 1500 kg de alimentos.

Todos los parajes recibieron pastillas potabilizadoras (72 frascos con 220 pastillas cada uno) y un set de higiene dental. Se explicó a través de un taller práctico animado la manera correcta del aseo dental.

En el paraje Media Luna se donaron dos tanques de 1000 litros para recolección de agua: uno de ellos para una comunidad de 6 familias (con 15 niños en total) y otro para una familia de 6 niños, sin aljibe.

Los parajes Media Luna, TECHAT 1 y Lote 58 poseen escuela (Fig. 1-Cuadro 1), adonde acude numerosa cantidad de niños. En esos parajes se donó la mayor cantidad de útiles escolares y libros, pósters y banderas nacionales.

Algunas reflexiones. Proyección.

Nos encontramos con una realidad hostil y rígida que ampliamente superó lo hipotético, sin recursos indispensables para el día a día, ni fuentes de agua potable, viviendas, sistema de cloacas y recursos de atención médica plasmando la ausencia clara de oportunidades y la gran grieta social de nuestro país. Transitamos 5 días en el monte chaqueño (ya tres veces 2014-2016), lapso en el cual el tiempo transcurrió de forma veloz, entre diálogos, actividades y consultas médicas. Sentimientos encontrados oscilan en el grupo de trabajo. Por momentos, cansancio por los días de trabajo duro y que deja una bruma de insatisfacción; sin embargo, por otros, una simple fogata y diálogos con los lugareños nos hicieron sentir más satisfechos que nunca. Volvimos sintiéndonos más endeudados pero trayendo mucho más de lo que pensábamos que habíamos llevado. Nos sentimos orgullosos, ya que a través de nuestro proyecto pudimos motivar otras actividades de ayuda humanitaria en el hospital y el Instituto Universitario. En el mes de mayo de 2017 se firmó un proyecto, el Convenio Social Universitario, establecido con el Ministerio de Salud de

Salta. Este convenio prestará ayuda en Santa Victoria del Este, ubicada a 263 km de Tartagal y a 500 km de Salta, a la vera del río Pilcomayo, muy cerca de la triple frontera entre Argentina, Paraguay y Bolivia.

Asumimos un compromiso y tenemos un plan de gestión establecido de acuerdo con las necesidades de la “población objetivo”, con proyección hospitalaria y sostenido en el tiempo.

El sistema universitario y de residencias médicas es una oportunidad de formación de gran valor para incorporar y promocionar la responsabilidad social del equipo médico. Así como en El Impenetrable la llegada de los aborígenes a los puestos de APS era un punto de encuentro y oportunidad de atención médica, vacunación o educación, estos sistemas formativos también lo son ya que reúnen a los estudiantes de medicina y especialidades médicas y por ende permiten realizar cursos o actividades que fortalezcan el espíritu de ayuda que todo médico debe llevar consigo. La actividad social extrahospitalaria entre integrantes de un mismo servicio médico y aplicado a un sistema de residencias médicas permitió, en nuestra experiencia:

a) *Una visión diferente del equipo médico de trabajo diario y de la realidad social del país.*

b) *Descontextualizar un equipo de trabajo con una actividad diferente de la diaria.*

c) *Aumentar el diálogo entre diferentes escalafones de formación (Ejemplo: médicos de planta versus médicos residentes en formación).*

d) *Integrar la atención médica con un equipo multidisciplinario e interdisciplinario (aplicable a la actividad asistencial diaria) y verificar que los equipos multimodales con objetivos en común tienen excelentes resultados.*

Por todo lo dicho, creemos fehacientemente que la incorporación de actividades con espíritu solidario y de “rol social” del médico en formación y del médico residente mejora la actividad laboral diaria, solidifica las relaciones interpersonales, permite conocer otras realidades sociales y potencia, sin lugar a dudas, las cualidades necesarias que debe tener un buen médico.

**Luis A. Boccalatte, Juan A. Montagné,
Matías Nicolás y Alejandro Montagné**

Servicio de Cirugía General (L.A.B., J.A.M.).
Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Servicio de Cirugía General (M.N.),
Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Buenos
Aires, Argentina. Servicio de Cirugía General (A.M.),
Hospital las Rosas, Santa Fe, Argentina.