"DE LA OMA AL HOMA: PROSCRIPCIÓN DE LA LIBERTAD"

AUTORA: SCHOLZ, Natalia. Estudiante de la Carrera de Medicina. Práctica Final Obligatoria UNLP.
MAIL: n_scholz@hotmail.com
TUTORAS DOCENTES: ZANCHI, Soledad (Médica Generalista); BÓ, Ana (Médica Generalista).
INSTITUCIÓN: CAPS "El Porteño", Chascomús. Provincia de Buenos Aires. DIRECCIÓN: Mansilla esquina Calle n° 3.
TELÉFONO: 02241-437044. CÓDIGO POSTAL: 7130.
TIPO DE TRABAJO: Relato de Experiencia con abordaje cualitativo interpretativo. Inédito.
CATEGORÍA TEMÁTICA: Clínica ampliada/Atención de problema de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c).
AÑO: 2018.

XXXIII Congreso de Medicina General, Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad.

TÍTULO: "DE LA OMA AL HOMA: PROSCRIPCIÓN DE LA LIBERTAD"

AUTORA: SCHOLZ, Natalia. Estudiante de la Carrera de Medicina. Práctica Final Obligatoria UNLP. **MAIL:** n_scholz@hotmail.com **INSTITUCIÓN**: CAPS "EL Porteño" **DIRECCIÓN**: Mansilla esquina Calle n° 3. Chascomús. **TELÉFONO**: 02241-437044. **CÓDIGO POSTAL**: 7130 **Relato de experiencia** con abordaje cualitativo interpretativo. Inédito. **CATEGORÍA TEMÁTICA**: Clínica ampliada.

Momento descriptivo: ¿Puede la acción de diagnosticar ser una potencial fuente de daño? ¿Es un objetivo altruista el de "restituir la salud"? Si el sufrimiento está referido a las medidas terapéuticas, ¿son éstas "saludables"?, ¿Resulta *más difícil decidir no intervenir*? A partir de la rotación de pregrado por el Primer Nivel de Atención, surgen la reflexión sobre la responsabilidad del acto médico a conciencia y la posibilidad de acompañar y/o paliar el daño efectuado previamente desde el sistema de salud.

Momento explicativo: La percepción de salud es inherente a la singularidad del ser, por lo que la aplicación de "medidas terapéuticas" sistematizadas e impuestas desde un conocimiento único dominante, pueden llevar al "fracaso terapéutico", e inclusive a un *daño*. Se intentó abordar la *real* problemática referida por la persona, buscando el reencuentro con espacios de placer, identidad y libertad, *proscriptos* por un accionar intervencionista desmesurado.

Síntesis: Resulta indispensable sensibilizar a los integrantes de equipos de salud, sobre la importancia de *no hacer* con el objetivo de *cuidar*. La vivencia del perfil médico generalista, propició una oportunidad de autodescubrimiento y determinación. **(180 palabras).**

Palabras clave: Viejismo, No dañar, Libertad y Medicina General

Soporte técnico: Cañón multimedia, equipo de audio.

INTRODUCCIÓN

"La cultura es el ejercicio profundo de la identidad". Julio Cortázar.

El nombre de fantasía del presente trabajo ***"De la Oma al HOMA: proscripción de la Libertad"***, sufrió varias transformaciones, hasta finalmente alcanzar el propósito de transmitir un mensaje, un pedido de ser visible y audible, buscando a través de una analogía folclórica, expresar la importancia de la **identidad** de una persona y la manera en que su erosión es causa de sufrimiento. La experiencia vivenciada en el marco de la rotación por el primer nivel de atención en un área semirrural del Partido de Chascomús, provincia de Buenos Aires, proporcionó el escenario de encuentro con quien será la protagonista del presente relato, "Doña M L", mujer inmensa que en su carácter de adulta mayor supo transmitir con sencillez sus sentipensares, a la vez de brindar una oportunidad inigualable de autodescubrimiento, como del perfil de la especialidad de Medicina General (MG).

Historizando un poco: "**La Oma**", así apodaban a Marta H, (hija de inmigrantes alemanes) habitante de la ciudad de San Bernardo, provincia del Chaco, era una mujer mayor, trabajadora y orgullosa de su estirpe. Realizaba todo tipo de tareas rurales entre las que se encontraban la siembra y la cría de ganado. En 1975, el mendocino Daniel Altamirano llegó a San Bernardo conociendo a "La Oma", tras lo cual escribió la poesía que lleva su nombre, que posteriormente se transformó en el tan difundido *chamamé* que perdura en la música popular en nuestros días.

Por otra parte, **el HOMA** (también conocido como HOMA-IR) es un índice de laboratorio que utilizando dos simples parámetros, la glucemia y la insulinemia en ayunas, resulta útil en la evaluación de la resistencia a la insulina, fenómeno metabólico caraterístico de la diabetes no insulinodependiente (DBT Tipo II). HOMA representa las siglas en inglés: ("homeostatic model assessment"). Durante el desarrollo del relato se intentará transmitir cómo el accionar médico, en su afán de intervenir obligadamente, culminó por distorsionar de manera lamentable y evitable la percepción personal de salud.

El título hace referencia al modelo médico dominante, como responsable de la prohibición de hacer, la restricción de ser. El cuerpo del prójimo como territorio de acción incuestionable. Las palabras que lo componen intentan, ilustrar la mirada reduccionista,

medicalizante y conquistadora de la identidad de la persona, dejándola a la suerte de nombres duros y anónimos: *los diagnósticos*. Quedando así el individuo, reducido a un término científico, carente de vida, debiendo duelar "lo que alguna vez fue".

La identidad es un componente elemental de la salud autopercibida y se basa en el ejercicio de la autonomía, y la ejecución de la voluntad. Las medidas implementadas en este contexto, como consecuencia directa de un rótulo clínico, tienen un gran poder: cuentan con el total respaldo de "El Poder". De ser necesaria la autorización para ser, para percibirse y manifestarse, nos encontramos frente a una grave situación*: la opresión de la ciencia, la proscripción de la Libertad.*

Nota: Se decide el empleo de terminología de un lenguaje no sexista e igualitario según recomendaciones de la HCDN (Honorable Cámara de Diputados de la Nación) Argentina.

MOMENTO DESCRIPTIVO

"Ya no te pido Vida un cuerpo "normal", ahora quiero un cuerpo amado,
un cuerpo aceptado, un cuerpo reconocido desde mí…
un cuerpo que vuele, que ría, que viva,
en el que mi alma cante y baile cómoda, libre y feliz"
Sandra Payán.

La experiencia en terreno transcurre en el marco de la rotación de pregrado como parte de la Práctica Final Obligatoria de la Carrera de Medicina, Área de Atención Primaria de la Salud (APS) de cuatro meses de duración, con sede en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) "El Porteño", donde además funciona la Residencia de Medicina General (RMG) de Chascomús.

OBJETIVOS GENERALES:

- **Visibilizar** la existencia de situaciones que, naturalizadas como terapéuticas incuestionables, también tienen enorme posibilidad de causar *daño.*

- **Validar** las distintas formas de percibir *la salud* así como *la vida,* desde la singularidad de la persona y el contexto en que desarrolla su existencia.

- **Problematizar** sobre la responsabilidad profesional inherente a la hora de comunicar un diagnóstico, y la observación y acompañamiento de la persona en el proceso posterior.

<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>:

- **Acompañar y asistir** a M L según las necesidades que refiera de manera integral, para garantizar su derecho a la salud autopercibida.
- **Validar la Voluntad** del adulto mayor, proporcionando herramientas que favorezcan la recuperación de su autonomía.
- **Propiciar estrategias** para el reencuentro con actividades que forman parte de su identidad, bienestar y disfrute.

Surge una oportunidad personal de transformación en la mirada para ampliar la manera de acompañar a las personas: Desde el modelo médico hegemónico (MMH), en relación al cumplimiento con determinadas modificaciones de vida o indicaciones de tratamientos, se tiende a rotular a la persona como "adherente" *(¿obediente?)* vs. "no adherente" *(¿desobediente?)*, como una polarizada, única e inmodificable verdad de la cual pareciera no haber alternativa. El diagnóstico médico que pueda realizarse a lo largo de la vida de una persona puede no ser percibido como un "problema" por sí mismo y sí ser una fuente de sufrimiento *evitable*. Surgen así los siguientes cuestionamientos: *¿Puede la acción de diagnosticar ser una potencial fuente de daño? ¿Puede ser "peor el remedio que la enfermedad"?¿Es un objetivo altruista el de "restituir la salud" de una persona? ¿Y si la dolencia está referida a las acciones tomadas por el personal de salud, éstas siguen siendo "saludables"? ¿Resulta más difícil* ***DECIDIR NO INTERVENIR****?...*

Un profundo desafío se halla representado por *desaprender* modelos de atención impartidos de manera unidireccional y desarrollar el pensamiento crítico, el reconocimiento de las personas en su singularidad, autonomía, con absoluto poder sobre su cuerpo, siendo sujeto de derechos, portador/a de una historia de vida y una identidad. Para ello resulta necesario interpretar sus deseos y necesidades, preguntándose de qué manera se le puede acompañar, siendo testigo y parte de un auténtico **proceso vital.** Finalmente discernir si la mejor intervención a realizar, pueda ser ***no intervenir***. Mucho se ha escrito en el contexto de la

medicalización de la vida acerca de la libertad de prescripción médica, pero nada sobre la ***"proscripción de la libertad".*** La premisa "es mejor prevenir que curar", aplicada sistemáticamente y sin criterio es causante de sufrimiento: (…) "***Hay que iniciar las "cascadas" preventivas, diagnósticas y curativas que vale la pena empezar, y no empezar las que llevarán a provocar más daños que beneficios".*** (Gérvaz, 2012). "**Ayúdame a *no hacer* algo**: (…) **¿Cuántos me ayudarán a no hacer?**" (Monsalvo, Payán, 2009)

CONTEXTO DE ESTUDIO

El partido de Chascomús se ubica hacia la margen Este de la provincia de Buenos Aires, en el borde de la Bahía de Samborombón, y dentro de la cuenca deprimida del Río Salado. Se ubica en la cuarta corona del Conurbano Bonaerense. (Ver información ampliada en sección ANEXOS)

BARRIO "EL PORTEÑO" (Ver mapa en sección ANEXOS)

Ubicado aproximadamente a 3km al este del casco urbano de la Ciudad en un área semirrural, conformado por 8 manzanas con aproximadamente 1000 habitantes. Según datos del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del año 2016, se registró un predominio de personas jóvenes con una población de adultos mayores con tope entre los 60 y 64 años. Constituido además por familias mayoritariamente nucleares y monoparentales, con más de 5 años de permanencia en el mismo. El nivel educativo predominante de los adultos es el primario completo. La mayoría de las viviendas son casas de material. No hay sistema de cloacas, la eliminación de excretas se realiza a través de pozos ciegos. El agua llega a través de conexión de red aunque la mayoría no dispone de la misma, empleando perforaciones. Cuenta con servicio eléctrico, algunos con medidores y a su vez otros con conexiones precarias. En cuanto al suministro de gas, la garrafa es el medio para sustituir la carencia de este servicio. Cuenta en su mayor parte con servicio de alumbrado público. La mayoría de las calles son de tierra, siendo la principal (que corresponde al acceso al Barrio) la única asfaltada aunque con importante deterioro. No existe el acceso de líneas de colectivo (no existe el trasporte público en la Ciudad) siendo el auto propio, motocicleta, bicicleta o el remis los medios de transporte. El CAPS debe

su origen a la propia comunidad del Barrio quien a través de un esfuerzo conjunto impulsó su construcción, el cual además, es sede de la Residencia de Medicina General (RMG). Actualmente cuenta con un médico especialista y dos residentes de (MG), dos enfermeras, dos psicólogas, una trabajadora social, y una promotora de salud.

SUJETOS DE PARTICIPACIÓN:

- Autora, estudiante de la Carrera de Medicina. Práctica Final Obligatoria UNLP.
- Equipo de Salud del CAPS "El Porteño" y RMG de Chascomús.

CONDICIONANTES, DETERMINANTES Y SITUACIONES QUE PODRÍAN RESULTAR PROBLEMATICAS SEGÚN QUIEN ENTREVISTA:

- Dificultad para el acceso a efectores de salud por falta de transporte, características del barrio (calle sin asfaltar) y condiciones climáticas que limitan la movilidad.
- Falta de Redes de apoyo. Contención familiar concentrada en una sola persona "económicamente activa" (K su hija menor). *(Familigrama y descripción del mismo en sección ANEXOS)*
- Analfabetismo funcional. (Nivel de escolarización: Primario incompleto).
- Dificultades visuales: Visión monocular izquierda. Agudeza visual (Optotipos "E"): 7/10. Reconoce figura y orientación.
- Alumbrado público ausente.
- Ausencia de asfaltado en calle principal.

-SITUACIONES PERCIBIDAS COMO PROBLEMÁTICAS POR M L:

- Modificaciones realizadas en su "estilo de vida" **sin su consentimiento ni participación** tras el diagnóstico de DBT, *reforzadas posteriormente luego de la amputación quirúrgica* de segundo dedo del pie.
- La dificultad de sostener los costos de la dieta recomendada.
- Disminución de la capacidad visual.
- Limitación (por fatiga y dolor) de la actividad física propuesta por médico de cabecera.

- Imposibilidad de cubrir el gasto de remís para acceder a controles de salud.
- Mal estado de la calle principal (Ausencia de asfaltado).
- Falta de alumbrado público.

La disquisición expresada arriba en relación a las situaciones potencialmente problemáticas, tiene por objeto visibilizar las diferencias en cuanto a la percepción particular de cada ser humano y validarlas.

DESCRIPCIÓN, CARACTERIZACIÓN Y CONTEXTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMA QUE SE INTENTA ABORDAR:

"El progreso de la medicina nos depara el fin de aquella época liberal en la que el hombre aun podía morirse de lo que quería".

Stanislaw Jerzy Lec, escritor y poeta polaco.

M L de 83 años de edad, vive al final de un camino, sobre una entrada lateral en el Kilómetro 122 de la Autovía Nacional 2, región semirrural perteneciente al área programática del CAPS "El Porteño". Durante los meses cálidos se la puede encontrar en la puerta de su casa, sentada bajo la sombra de un enorme sauce al que aprecia "como a un familiar". Convive con su pareja, H. Al costado de la vivienda cuenta con una pequeña porción de terreno delimitada por alambrado que destinó para sus aves de corral. Convive además con su pequeña perra "Sofi" a quien se refiere como "compañera de la vida" y diversas aves coloridas ubicadas en pilas de jaulas sobre el frente de la casa. Su hogar cuenta con división de ambientes a través de paredes y techo de material, aberturas, conexión de agua en el interior de la vivienda con perforación propia, baño instalado en el interior con descarga. La cocina y calefacción son a leña y con gas envasado, contando con buena ventilación. En el terreno lindante funciona un taller mecánico automotor que aumenta el tránsito incluso de vehículos pesados, dificultando el mantenimiento de la calle de entrada a su casa, que no se encuentra asfaltada. Al preguntarle sobre la conformidad en relación a las características arquitectónicas y/o el deseo de realizar modificaciones en la casa responde: -*"Somos jubilados. Estamos bien. ¿Para qué más?".*

M L trasmite una vivencia serena frente a su realidad. Expresa placer de encontrarse al aire libre, bajo el sol de mediatarde y simplemente "estar". Al observar su semblante, resulta inevitable fusionarse con su sentir durante la entrevista. En su relato cuenta que volvió a estar "de novia" en la tercera edad, al conocer a su actual pareja y que en el presente está pudiendo

disfrutar de la compañía de un varón. Existen marcas de dolor en su historia de vida, habiendo experimentado violencia en su matrimonio anterior, por lo que su actual percepción de pareja según deja ver, podría resultar sanadora. Relata que durante su tiempo de ocio se dedicaba a "mirar los patitos"… "hablar con los perros"… sentada en la entrada de su hogar con su compañero, el señor H. Expresa de manera casi permanente el bienestar que siempre halló al encontrarse en contacto con "el aire libre" y "los animalitos". Es madre de cinco hijos, dos varones y dos mujeres fruto de su situación anterior y otra mujer, su hija menor a quien adoptó legalmente a la edad de ocho meses, con quien tiene una estrecha vinculación.

Podría decirse que M L es resiliente. Que habita su espacio, habita su cuerpo. Que busca activamente soluciones concretas a las problemáticas que percibe. Que está *consciente*, en el más amplio sentido de la palabra. Un tema de conversación frecuente suele ser "el mundo de hoy", connotando melancolía en su discurso. Evoca en su espontaneidad, al "*Sumak Kawsay*" terminología utilizada por los pueblos originarios andinos que representa: *Sumak* (ArmoníaPlenitud) *Kawsay* (Convivir-Vida), un modo de existencia que está en equilibrio con todos los demás elementos de la *pacha* (espacio-tiempo), que incluye a los demás seres, animales, plantas, minerales, astros, espíritus y divinidades. Se rige por los principios de **relacionalidad, complementariedad, correspondencia, reciprocidad y ciclicidad** (Carpio, 2015; Estermann, 2013, 2015; Rodríguez, 2016).

En el transcurso de múltiples entrevistas domiciliarias, se recabaron datos sobre su situación de salud actual, documentada según los cánones académicos formales, los cuales siento que me alejan cada vez más de aquello que verdaderamente representa "cómo se siente" o "qué necesita" M L. Dejo constancia de *antecedentes de salud de importancia* (palabras que se utilizan pero creo que no comunican) y realizo un exámen físico detallado. Escribo entonces, lo que más me conmueve:

-Tristeza. Duelo. "Extraño mi vida de antes".

Habilitando tras cada encuentro, una pizca mayor de confianza en el diálogo, me permito preguntarle la razón del cese de esas actividades tan naturales en su día a día.

-*"¡Por la diabetes!",* me reponde. La angustia me invade y me anula. Mientras por fuera se oían sólo pájaros cantar, en mi interior ya no hubo silencio. El tiempo necesario para poder

repreguntar sobre la situación del diagnóstico, llevó días hasta que logré apostar a la empatía, y proponer un nuevo acercamiento. Lo registré de la siguiente manera: -*"Análisis del impacto ¿de la enfermedad?: Análisis del diagnóstico".*

M L comparte la experiencia de haber sido diagnosticada como diabética en el año 1990, vivenciando el suceso con angustia, como si fuese "su culpa". La experiencia que relata connota cierta responsabilización por parte del profesional, recibiéndolo como una sentencia. La medidas terapéuticas fueron percibidas como bruscamente *impuestas*, generando cierto temor a la familiar acompañante. La implementación de una dieta hiposódica, aplicada desde el miedo, fue experimentada por M L como una forma de "castigo". Vivencia una intensa revictimización ante las dificultades vinculadas a "cambios en el estilo de vida". Usa frases como "me retan", "Mi hija me escondió el salero". "El médico me dijo que *no me puedo enfermar* porque adonde vivimos no llega la ambulancia". El desarrollo de actividades como la jardinería, la siembra de hortalizas y el cuidado de sus aves, representaban una **forma de vida** y parte de su **identidad**. Las modificaciones que debieron realizarse en la vivienda, en los hábitos y en las actividades recreativas causaron una fuente de tristeza profunda, ya que muchos de los espacios de placer fueron arrebatados por temor a posibles exposiciones a noxas tras la amputación quirúrgica dactilar de su pie derecho en el año 2014. M L asocia esta situación que se supone "de acción preventiva" (de la que se siente *no protagonista*), con la **inevitable amputación** tras la cual, **por indicación de médico especialista**, debió **abandonar definitivamente el ejercicio del cuidado de su huerta**. En sus palabras: *"me sacaron mi libertad". "En una promoción de la salud (PS) instrumental al mercado, se puede identificar entre otras prácticas, la construcción de imaginarios y contenidos doxáticos en agentes sociales individuales y colectivos, que desplazan sus intereses, objetivos y proyectos y los alejan de sus prácticas habituales saludables tradicionales"* (Chapela, 2011).

Pese al difícil duelo que debió atravesar luego de una decisión de cambios radicales en su vida de la cual no formó parte, se encoje de hombros y pregunta *"¿y yo qué podía hacer?, somos dos viejos solos"…* Dejando a la vista la infantilización de una persona de la tercera edad, la falta de escucha a sus percepciones y necesidades psico-espirituales y el atropello en ejecutar contra su voluntad medidas llamadas "preventivas" *(…) "el viejismo es una conducta compleja,*

determinada por la población para devaluar consciente e inconscientemente el estatus social de la ancianidad" (…) Salvarezza (2002). La pérdida de la autonomía en la toma de decisiones en relación a lo que se considera *salud formal*, supongo lógico pueda verse asociado con cierta "resistencia" por parte de quien debe "acatar" indicaciones que provienen de una entidad *externa,* ajena a su *percepción del mundo*. El *juicio* que se emite sobre la persona que registra esto como *daño*, la cataloga como "no adherente", un rótulo que *difícilmente pueda resultar transformador* en el proceso de salud: Refiere que durante un control médico en el posoperatorio mediato de la amputación dactilar se le dijo que "*esto* (la amputación) le había pasado *por ser caprichosa*". En contraposición, la persona que es victimizada en el contexto de un diagnóstico puede naturalmente no necesitar "solicitar permiso" al profesional para continuar con su vida habitual, pudiendo simplemente *"no adherir"* porque *elije preservar y ejercer su libertad*. "Desacatando" así, siendo "no adherente", *ante la proscripción de la Libertad*. "Las limitaciones sensoriales, psicológicas, físicas, el deterioro del rol proporciona en el prejuicioso un elemento de lectura de una realidad deforme y errónea. El prejuicio prevalece sobre el anciano al que se culpa de sus problemas. Estos sesgos construyen una vejez inexacta, falsa, fatalista y retrógrada."(Fernández-Ballesteros, 1992).

MARCO CONCEPTUAL

Definición de *SALUD* por la Dra. Sandra I. Payán, Provincia de Formosa, Argentina: "Es un proceso dialéctico, biológico, social, singular e interdependiente, dado por las relaciones del ser vital con el cosmos, en un proceso de adaptación en una sociedad con sus relaciones culturales, políticas, económicas, de producción, vitales e históricas propias, que finalmente aparece como una sensación de bienestar en la vida, no definido únicamente por normas o modelos prefijados, masivos o estadísticos: el proceso vital por medio del cual uno se acepta a sí mismo."

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) es referido por Eduardo L. Menéndez, como "el *conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado"* (Menéndez E. L,

1988). En otras palabras, dadas las caracacterísticas de **biologicista, ahistórico, asocial, individualista, de eficacia pragmática,** en el MMH*, "el concepto de salud – enfermedad está asociado al de mercancía: existe una asimetría entre el profesional y el "paciente". La enfermedad es un desvío, la práctica es curativa a fin de eliminar el síntoma. El paciente es considerado ignorante o poseedor de un saber equivocado y responsable de su enfermedad.* La profesionalización es formalizada, no se toman en cuenta aquellas prácticas que están por fuera de la medicina" (Menéndez 1988). "E*l hecho de que el concepto de enfermedad tenga un componente ideológico, no quiere decir que sea falso, sino que es parcial, eso implica, que no deja ver más que una parte de la problemática*" (Laurell, Asa Cristina, 1981). La dominación MH silenció concepciones ancestrales de los grupos subordinados históricamente; tales como las cosmovisiones, las prácticas indígenas y las mujeres, quienes tradicionalemente adquirían, preservaban y transmitían generacionalmente, el saber en salud favorable al control del orden social (López, Chapela, Cerda, Hernandez, Outón, 2011).

Por otro lado, es interesante comprender que el concepto de salud – enfermedad del MMH está relacionado con la **producción**: "En la sociedad capitalista (…) el concepto de enfermedad se refiere a la incapacidad de trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía y, eventualmente, con la posibilidad de acumulación de capital" (Del Pino, Santiago; Ermili, Silvia; Fernández, Romina; Rodríguez Badone, Diana, 2008.)

Resulta imprescindible destacar que la experiencia en la que se centra el relato tomó lugar en un área semirrural, alejada de la urbe, conformando un sitio idóneo para desplegar un abordaje comprometido y favorecedor del ejercicio de las relaciones interpersonales. Según el aporte de Jaime Breilh, en el paradigma dominante de la modernidad, se impuso la comprensión de "*dos mundos prácticamente contrapuestos: la ciudad como rectora, cosmopolita, avanzada y pujante, y lo rural como un mundo atrasado, local, más simple y secundario.* En el marco de ese paradigma, pervivió la tendencia, sobretodo en políticas y entidades de gestión, de *asumir el desarrollo como el paso de lo atrasado a lo moderno, de lo rural a lo urbano, de lo agrícola a lo industrial; una visión desde la que lo rural es residual y dependiente de las demandas industriales y dinámicas urbanas"*. (Breilh, 2010).

Uno de los objetivos principales del presente trabajo consiste en visibilizar una situación determinada, tristemente gestada de la mano del sistema de salud vigente, haciendo protagonista a una persona que **se autopercibía saludable hasta entonces (si bien conocía los diagnósticos médicos que se le habían efectuado)**. Mostrando que *"el cuerpo material se convierte en cuerpo-territorio, en el sitio objetivo del ejercicio del poder"* (Chapela, 2011). La **prevención cuaternaria** se caracteriza por tener como fin *aminorar* las consecuencias del exceso del accionar médico. Puesto que una premisa fundamental en las ciencias de la salud es el *"primum non nocere"* (del latín, primero no dañar), la prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier intervención sea esta con objetivo de prevención o de curación. "Es prevención cuaternaria la resistencia frente al intervencionismo médico, ante la medicalización de la vida, y ante el abuso respecto a la definición de *salud, factor de riesgo y enfermedad*. Obliga a resistir ante las modas, ante la corporación profesional-tecnológica-farmacéutica, e incluso ante la opinión pública. Implica compromiso ético y profesional.

La prevención cuaternaria es una cuestión social que interesa al conjunto de la población." (Gérvaz, 2012) "El uso irresponsable de la medicina de la prevención llega hasta extremos como la mutilación de los pechos para no desarrollar cáncer, o eliminación de las pecas para prevenir el melanoma", (Gérvaz, 2018). Propone a través de la siguiente formulación Marc Jamoulle: "La salud es una resistencia. La resistencia a la enfermedad en sí misma. También a la violencia y el acoso, a las drogas, a la explotación, a la comida basura, a la contaminación, a las condiciones de vivienda desastrosa, al mercado farmacéutico, incluyendo la resistencia a la mercantilización de la salud y por lo tanto a veces la resistencia a la propia medicina." Hago referencia al a continuación a Pablo Koval, impulsor de la terapia neural, a través de lo siguiente: "Consideramos que la salud, como proceso vital, no es medible, comparable, ni controlable, es la sensación profunda de bienestar, es el sentirse bien físicamente, consigo mismo y con el entorno. Depende del funcionamiento en equilibrio armónico de todos los componentes interactuantes que constituyen la persona singular, en su relación con la sociedad y la Naturaleza: la salud no puede quedar limitada por valores normatizados."

Intentaré profundizar en el concepto de *normal* y escindirlo del de *saludable,* con la exposición de diferentes aportes y perspectivas en la construcción del proceso de la salud. Lo comúnmente conocido como "normal" es un punto de corte arbitrario que se decide por entidades con carácter de "expertas", o a través de estudios que indican cuanto más riesgo podría tener un individuo de enfermar. El rótulo de *anormal*, determinado desde una mirada cientificista, antropocéntrica (según Monsalvo, el término más adecuado sería *androcéntrico*, por su cualidad sexista patriarcal de dominación), puede sin duda ser el inicio de un estado evitable de sufrimiento e incluso dar inicio a las ya mencionadas "cascadas de intervenciones" a las que hace referencia el Dr. Juan Gérvaz. Agrega Monsalvo: "Afortunadamente nos hemos encontrado, en nuestro dialogar con pueblos originarios y comunidades campesinas, con otras maneras de entender la Vida y la salud (…) De esta sabiduría popular surge la propuesta de considerar a la *Alegremia (Significa literalmente "alegría que circula por la sangre")* como indicador de salud personal y de salud colectiva. Concebir la salud como Alegremia es superar las relaciones de dependencia y sumisión para asumir valientemente la libertad y recuperar el sentimiento de pertenencia a la Vida". Tomando conceptos de Adriana Marcus sobre la epidemiología, expresa que es la rama médica que busca respuestas en resúmenes estadísticos, censos y encuestas y sus análisis, considerando que hay determinantes sanitarias, que determinan el estado de salud dados por sus *condiciones de vida*. Estas están vinculadas con el tipo de sociedad en que vivimos. Las enfermedades que padecemos como consecuencia de las condiciones de vida interpelan a la sociedad política y socialmente, lo cual no siempre es tolerado por los sectores de poder." Así se **responsabiliza a cada cual por sus elecciones**. La acción de **patologizar las conductas otorga más poder al sistema de control de la medicina hegemónica.** (Marcus, 2007). (…) "Los pueblos originarios mantienen su cosmovisión, dentro de la cual los pueblos andinos hablan del "buen vivir", el pueblo mapuche llama al comer "tomar fuerza" y casi todos incluyen la dimensión espiritual del alimento. (Marcus, 2012).

Abya Yala es el nombre dado al territorio correspondiente al continente americano previo a la conquista española. Desde la profundidad de las cosmovisiones de los pueblos que siempre la habitaron construyendo un paradigma biocéntrico, surge la "concepción de que pertenecemos a una fuerza superior que al mismo tiempo nos constituye". (Marín, Bobatto

2017). Las culturas originarias han mantenido ancestralmente un estado de armonía con la Tierra, como de sus productos que alimentan, cobijan, recrean y participan en procesos de profunda sanación. Resulta penoso el manejo avaro y falto de respeto por la Vida del que somos testigos a diario. A esto se le suma el lineamiento de trabajo que peca de soberbio del sistema de salud médico hegemónico. "Cada cultura tiene sus propios saberes (no reconocidos como "ciencia" por el mundo occidental) (…) La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del libro de G.M.A. Foster reconoce **diez sistemas médicos tradicionales**" (Monsalvo, Payán 2009)

Sobre el *impacto del diagnóstico*, me surge la pregunta: ¿es *inevitable* experimentarlo como una sentencia, una condena?: "*El **veredicto** del médico puede determinar que las consecuentes acciones que se tomen se encaminen en una dirección terapéutica o rehabilitadora, o que se acompañen de efectos iatrogénicos. **Ningún diagnóstico carecerá de repercusiones emocionales***".** (César Carvajal, 2017). El diagnóstico en sí mismo puede significar una experiencia terapéutica, una posibilidad de alivio, un desafío profundo, de un nuevo camino por recorrer, o representar una experiencia netamente traumática. Se debe intentar ser cauto y respetuoso en la manera de comunicar. **El acto médico (la intervención consciente) no culmina luego del acto de comunicar: ¡Quizás sea el inicio!**

Tipo de estudio: Relato de Experiencia con abordaje cualitativo interpretativo. Inédito.

Unidad de análisis: Palabra registrada *ad litteram* de la expresada oralmente por cada sujeto muestral así como la expresada por quien entrevista.

Recolección de datos: Registro *ad litteram* de lo referido por la persona entrevistada.

ESTRATEGIAS INTERDISCIPLINARIAS E INTERSECTORIALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO:

-Conversar con M L sobre su autopercepción integral, a la escucha de sus necesidades.

-Proponer el espacio para CPS (control periódico de salud) en CAPS situado en su barrio de residencia como posibilidad alternativa (realiza seguimiento con su médico de cabecera).

-Si se hallaran dificultades en el traslado, solicitar al Servicio Social para garantizar un medio de transporte adecuado (Remís).

-Articular con Trabajo Social para solicitar al Departamento de Obras Públicas de la Municipalidad de Chascomús concluir con el alumbrado público de los 200mt de extensión de la calle de entrada desde la RN2 al domicilio e igualmente asfaltar o en su defecto mejorar temporalmente el camino de entrada del Km122.

-Promover el fortalecimiento de redes sociales de contención.

-Contactar con Técnicos del Programa PRO Huerta del INTA (nacional y gratuito) que pudieran brindarle facilidades en el desarrollo de actividades de jardinería, horticultura y/o cría de aves de corral.

-Promover a través del diálogo, el ejercicio de dichas actividades de manera segura, con protección de la piel, buena iluminación, precaución con la exposición a temperaturas extremas, etc.

-Reforzar la importancia de conocer las propiedades nutricionales de los alimentos, y sus características organolépticas, además de proponer la siembra de distintas variedades de hierbas aromáticas para uso culinario, entre otros..

-Hacer extensivas las actividades de participación local como los talleres (siendo todos *no arancelados*) que toman lugar en sitios próximos a su domicilio, que abarquen temáticas de su interés (Ej.: "Plantas para la Salud" del Taller Rompiendo el Silencio).

-Ofrecer información sobre los beneficios del uso de ***plantas saludables (PS)**** con conocido efecto hipoglucemiante, antihiperglucemiante y/o antihipertensivo, cuyos efectos varían según género y especie, parte utilizada, modo de preparación y cantidad empleada, las cuales a su vez pueden ser recolectadas o autocultivadas por ser pertenecientes a nuestra área geográfica. Algunos *ejemplos* son: *Estevia (stevia rebaudiana); Diente de León (taraxacum officinale); Eucaliptus (eucaliptus globulus); Cebolla (allium cepum); Ajo (allium sativum); Pezuña de Vaca (bauhinia caudicans); entre otras.*

*** "Las plantas no son sólo medicinales sino más bien *"plantas saludables" (PS)*, puesto que son alimento, aromáticas, ornamentales; al formar parte del ambiente de una persona, son un factor constitutivo de la identidad." (Marcus, 2012).**

MOMENTO EXPLICATIVO

(…) "Ahora piso yo el suelo de mi bosque,

otra vez el verde de la libertad.

Estoy viejo, pero las tardes son mías,

vuelvo al bosque, estoy contento de verdad".

Verso de la canción "El oso". Autor: Moris.

A través de sucesivos encuentros, pudo entablarse un vínculo entre M L y quien escribe, en el que hubo lugar al autodescubrimiento profundo, al despertar del análisis crítico, a la observación decontaminada de conceptos preestablecidos e ideas adoptadas de manera inconsciente en la formación académica y por qué no, también de lo sociocultural. A partir de esta experiencia se generó la posibilidad de algo tan saludable como infravalorado como es la capacidad de "estar". El lugar físico donde tomaron lugar una gran cantidad de encuentros fue el hogar de la persona entrevistada, en ocasiones en compañía de sus afectos, con el beneficio del silencio en un área semirrural con amplios cielos. Con un regalo que lamentablemente a veces dejamos escapar, el tiempo. Las conversaciones con M L me llevaron a tomar registro de situaciones problemáticas y discernir cuáles de ellas eran percibidas como tales desde su mirada, y así intentar un accionar eficaz, respetuoso, digno de su confianza.

RESULTADOS

La acción de comunicar un diagnóstico es una fuente potencial de daño, por lo cual resulta indispensable promover acciones concretas para sensibilizar al personal de salud sobre esta capacidad nociva invisibilizada. La aplicación de la prevención cuaternaria, cuyas medidas intentan proteger a las personas del exceso de intervenciones médicas, infiero absolutamente necesaria dado el modo operativo del *sistema de salud* vigente, en el que se abolen por excelencia las características socio culturo espirituales, estando al servicio de objetivos centrados en la sociedad económicamente productiva, consecuencia obligada del sistema capitalista.

La decisión de *no hacer*, en la actual *medicalización* de la vida, se deduce como más difícil de tomar. Se evidencia una gran resistencia por parte de los actores en salud para entender el acto de *omisión* como forma de cuidar, preservar, asistir.

En relación a las propuestas de intervención, los resultados fueron altamente positivos, generándose espacios para el reencuentro de M L con el trabajo manual. Se lograron brindar herramientas para el ejercicio seguro de las actividades al aire libre, sugiriendo tomar las precauciones respectivas en cuanto a hidratación, temperaturas extremas, uso de calzado y guantes en la manipulación de herramientas de trabajo, recolección de vegetales y demás actividades en su huerto y jardín. La experiencia de trabajo interdisciplinario e intersectorial permitió el tejido de estrategias para alcanzar metas personalizadas, acondicionadas a los deseos y necesidades de M L y su familia. A través del contacto con el Programa PRO Huerta ejecutado por el INTA se lograron obtener diez gallinas ponedoras, además de semillas de hortalizas de estación, y facilidad en el acceso a información técnica, en caso de requerirse.

Se redactaron y presentaron en la Municipalidad de Chascomús, dos Cartas solicitando al Sr. Intendente, Javier Gastón, el alumbrado público y asfaltado de los 200mt de camino desde la RN 2 hasta la entrada al domicilio, una desde el Equipo de Salud del CAPS "El Porteño" portando la firma de todos sus integrantes, y otra confeccionada desde la inquietud de los vecinos M L y su compañero H, en la que expresan *con sus palabras* las problemáticas que motivan el pedido.

Durante los encuentros en el domicilio, se conversó sobre saberes en relación a PS, evidenciando la diferencia entre brindar información, compartir un saber, y construir un conocimiento. El desarrollo de la perspectiva, el sostén de la mano y la mirada resultaron habilidades poderosas y reconfortantes, generadoras de vínculo, de improntas, de memorias.

SÍNTESIS. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

"La primera justicia, es la conciencia."

Víctor Hugo.

La vivencia que motiva el presente relato, abrió paso a una ampliación en la mirada para con las personas y sus percepciones, que hoy me resulta indispensable en la tarea asistencial. Me surge como propuesta, hacer uso de escenarios en los que podría trabajarse con la finalidad de sensibilizar a los integrantes de equipos de salud, del impacto potencialmente dañino que tiene el intervencionismo y la importancia de *no hacer* con el objetivo de *cuidar*.

Por otro lado, la promoción a nivel local de redes de apoyo a la población adulta mayor, centrada en necesidades y deseos de quienes la componen, podría representar un mayor bienestar en el marco de la salud integral por lo que se propone su planificación.

IMPACTO PERSONAL DE LA EXPERIENCIA.

"La Libertad no es algo dado, sino una conquista y colectiva".

Pierre Bordieu.

El proceso de acompañamiento de M L me posibilitó tomar dimensión de la responsabilidad, no siempre asumida por el profesional de salud, que conlleva el acto médico a conciencia. También me permitió descubrir la facilidad de la creación de mundos ilusorios, fruto de la vulnerabilidad a lo largo de los años, en los que un agente desconocido pero ciertamente *poderoso* puede tomar la potestad sobre la vida como fue concebida hasta entonces, sustrayendo, limitando, *proscribiendo* algo tan propio como es *la Libertad.* Siendo una experiencia enormemente enriquecedora en mi formación, me atrevo a expresar el eterno agradecimiento que tendré hacia todas aquellas personas que a modo de *los fueguitos* de Galeano, acompañaron en mi profunda búsqueda, alimentando con su cómplice brisa la llama de mi vocación. Me esperaron y contuvieron. El hallazgo de referentes, representó para mí, la "olla de monedas al final del arcoíris". Fueron todos estos seres quienes me guiaron en este complejo y transformador proceso cognitivo-espiritual en el que hoy me encuentro *generalista.* Finalmente es a M L a quien digo: ¡GRACIAS!... Fue *su* "intervención", la cual me permitió encontrar en mí, aquello que tanto buscaba.

BIBLIOGRAFÍA

-Alonso, J. Curso Anual de Fitomedicina. Módulo nro. 33: Metabolismo I, Diabetes.

-Aranda-González, I; Segura-Campos, M.; Moguel-Ordoñez, David Betancur-Ancona, D. (2014). "Stevia rebaudiana Bertoni. Un potencial adyuvante en el tratamiento de la diabetes mellitus" CyTA - Journal of Food, 12:3, 218-226.

-Benavides, V.; Pieruzzini, S.; Ramallo, M. (2015-2016). “¿Mejor prevenir que curar? Prevención cuaternaria a través de un caso clínico”. HOSPITAL COMUNITARIO GENERALISTA EVITA Santa Rosa, La Pampa

-Breilh, J. (2010) “La epidemiologia crítica: una nueva forma de mirar a la salud en el espacio urbano”. Salud Colectiva, Bs As, 6(1):83-101.

-Carvajal, C. “El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones” (2017) REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(6) 841-848. Santiago, Chile.

-Cerda, A.; Chapela, M. (2011) “Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud”. México. UAM-X.

-Chapela, M. C.; Cerda, A. (2011) “Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo territorio y la exigibilidad de derechos”. México: UAM-X.

-Cornejo, M.; Mendoza, F; Rojas, R “La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico” (2008). PSYKHE Vol. 17 n°1, 29-39.

-Cortéz, D. (2010) Genealogía del “buen vivir” en la nueva constitución ecuatoriana, in: Raúl Fornet-Betancourt (Hg.) Gutes Leben als humanisiertes Leben. Vorstellungen vom guten Leben in den Kulturen und ihre Bedeutung für Politik und Gesellschaft heute”. Dokumentation des VIII. Internationalen Kongresses für Interkulturelle Philosophie. Denktraditionen im Dialog. Studien zur Befreung und Interkulturalität. Band 30. Wissenschaftsverlag Main, 227-248.

-Del Pino, S.: Ermili, S.; Fernández, R.; Badone, D. (2008).“La Atención De La Enfermedad: El Sistema De Curación Argentino”. Facultad de Trabajo Social UNLP.

-Desmarchelier, C.; Alonso, J.; Sánchez Villarreal, L.; Golberg, H. “Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones”.

-Gallego Muñoz, C.; Ferreira Alfaya, F. (2015) “Plantas medicinales en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2: una revisión”

-Gérvas, J. (2006) “Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España”.

-Gérvas, J. (2012) “Prevención cuaternaria en ancianos” Rev Esp Geriatr Gerontol.

-Guía para el uso de un lenguaje no sexista e igualitario de la HCDN (Honorable Cámara de Diputados de la Nación) República Argentina.

-Gutiérrez, A. (1988) “Pierre Bordieu, las prácticas sociales”.

-Koval, P. "Medicina para el Ser Singular con Dolor Persistente u Otros Problemas Complejos. Fundamentos para la Terapia Neural Moderna."

-La Valle, R. “Prevención Cuaternaria o la Medicina sin corbata” (2015). Archivos de Medicina Familiar y General 12(2): 5-6

-Laurell, A. C. (1981). “La salud-enfermedad como proceso social”. Revista Latinoamericana de Salud, 2(1): 7-25.

-Ledesma, R; Nava, C. “Yuyos bien comidos” (2009). Ediciones INTA - EEA Rafaela

-López Moreno, S; Chapela, M.; Hernández Zinzun, G; Cerdá García, A.; Outón, M. “Concepciones sobre la salud, la enfermedad, y el cuerpo durante los siglos XIX y XX”. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 2011. pp. 51-90 ISBN 978-607-477-556-3

-Marcus, A. (2007) “Germinación del camino” Ediciones de la Bruja, Neuquén, Argentina.

-Marcus, A. (2012) “Plantas que nos alimentan”.

-Marín, S.; Bobatto, M. (2017) “Aproximaciones al Buen Vivir, Sumak Kawsay, Sumaj qamaña, Ütz. ´K.´aslemal, Lekil kujlejal, Küme Felen, Yvy mará éy, La tierra sin males-Vida en plenitud, Tinemi sujsul Yek,, T´banil chunclal”. Ecuador.

-Menéndez E. L. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud”. Buenos Aires. Pág. 451- 464.

-Moreno Toledo, A. “Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicancias sociales” (2010). Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» ISSN 1692-0945 Nº 19.

-Payán, S; Monsalvo, J. (2009) “Salud de los ecosistemas” Formosa, Argentina

-Rapoport, E.; Marzocca, A.; Drausal, B. (2009) “Malezas comestibles del cono sur y otras partes del planeta”. INTA.

-Salvador Reyes, B. Scientia (2014) “Estudio de la Stevia como edulcorante natural y su uso en beneficio de la salud”. Agropecuaria 5: pág 157-163.

-Salvarezza, L. (1998) "La vejez: una mirada gerontológica actual", Paidós, Buenos Aires.

ANEXO 1.

-DATOS OBTENIDOS A PARTIR DEL ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) DEL PARTIDO DE CHASCOMÚS, REALIZADO POR EQUIPO DE SALUD DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL DE CHASCOMÚS.

El partido se extiende entre los ríos Samborombón y Salado, siendo atravesado en sentido Norte – Sur por la Ruta 2, que corre al Este de la ciudad de Chascomús. Limita con los partidos de Brandsen, Punta Indio, Castelli, General Belgrano, General Paz, Lezama, Magdalena y Pila. Se ubica aproximadamente a 120Km de la Ciudad de Buenos Aires y a 80Km de la Ciudad de La Plata. Tiene una superficie de 4.225 km2 y alberga al sistema de encadenadas, constituido por 7 lagunas: Vitel, Chascomús, Adela, Del Burro, Chis- Chis, Tablilla y Las Barrancas, las cuales desembocan en el Río Salado.

DEMOGRAFIA

Debido a la cercanía a la capital Provincial y Nacional es una de las ciudades de la provincia que muestra tasas de crecimiento altas en los últimos 2 periodos intercensales siendo este cercano al 20%.

Según datos del Censo Nacional de Población realizado en el año 2010 Chascomús tiene aproximadamente 42277 habitantes, 20707 varones (49%) y 21570 mujeres (51%). Muestra una estructura etaria similar a los partidos del interior de la Provincia, particularmente se observa un fuerte crecimiento de la población potencialmente activa entre 15 y 64 años. Así, la pirámide de población muestra una ancha base, donde se observa que el 51% de la misma tiene menos de 30 años, mientras que aproximadamente el 15,5% tiene más de 60 años. Dicha población se asienta a lo largo de 30 barrios, configurando zonas urbanas y semirurales.

Cabe señalar que nuestra ciudad presenta una tasa de natalidad del 19%, una tasa de mortalidad en general del 9% y del mortalidad infantil de 8,7%.

SITUACION SOCIAL

***-Vivienda y Servicios**:* Existen en el partido, 11240 hogares de los cuales 10480 viven en casas, 228 en ranchos, 156 en casillas, 324 en departamentos y 52 se reparten entre piezas de inquilinato, piezas de hotel o pensión, locales no constituidos para habitación o viviendas móviles. De acuerdo con la información del censo se puede estimar el déficit habitacional desde dos dimensiones: según características de habitabilidad y según régimen de tenencia. De acuerdo a la primera dimensión se observa un déficit de 1812 viviendas, de las cuales cerca de un tercio son situaciones irrecuperables. Del total de hogares el 80% presentan una ocupación regular.

En cuanto a los servicios públicos, en el área urbana los servicios están a cargo del municipio, que es el que brinda tanto la provisión de agua potable como la conducción y tratamiento de líquidos cloacales. Asimismo el municipio se encarga de la recolección de residuos domiciliarios, escombros y ramas, del barrido de calles, del alumbrado público, del mantenimiento de calles urbanas, suburbanas y caminos rurales. La Provisión de energía eléctrica está a cargo de la empresa EDEA S.A.

El 57% de los hogares habita viviendas que cuentan con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, el 16% con descarga de agua y desagüe a cámara séptica y pozo ciego, otro 16% sin descarga de agua y desagüe a cámara séptica, 10% habita viviendas sin inodoro o con inodoro sin descarga de agua.

El 88% de la población cuenta con provisión de agua por medio de cañerías dentro del hogar, el 10% obtienen el agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno, mientras que el 1% lo obtienen fuera del terreno. Así, el 75% de los hogares están conectados a la red pública de agua potable, el 15% obtiene agua a través de perforación con bomba a motor y el 10% lo obtiene por otros medios.

Tan solo el 53% de los hogares está conectado a la red de gas, el resto utiliza como combustible para cocinar gas a granel, en tubo, garrafa, electricidad y carbón o leña.

Según datos del INDEC, el porcentaje de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Chascomús, es de 10,9 % y se encuentra por debajo de los promedios provinciales (15,8%) y de la región sanitaria XI (14,7%).

-Educación:

Chascomús es cabecera de la región educativa 17, encontrándose en ella la jefatura de región, la sede de inspectores y la jefatura de región de inspectores, así como varias sedes de inspectoría educativa: especiales, educación física, superior, preescolar, media, primaria, psicología y algunas extensiones de sedes como artística y de adultos.

En la ciudad, los establecimientos escolares se concentran fuertemente en el centro de la ciudad, y cuentan con todos los niveles educativos (maternal, inicial, primario, secundario y superior).

El nivel inicial cuenta con 10 establecimientos públicos: 1 municipal y 5 privados. Con respecto al nivel primario existen 34 escuelas rurales (en todo el partido), 10 públicas, 3 municipales y 3 privadas; mientras que para el nivel secundario, se cuenta con 3 publicas, 1 municipal y 2 privadas. Además se cuenta con 5 establecimientos públicos para educación de adultos y formación profesional, 5 públicos de educación especial y 5 públicos de educación artística.

En este sentido, es importante señalar que en Chascomús, la población mayor de 10 años es de 35087 siendo 34728 los alfabetizados y 355 los analfabetos (1% de la población). Así mismo, según datos obtenidos de la Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires, existe una gran deserción escolar en la franja etaria de 15 a 19 años con abandono del secundario.

-Salud:

Chascomús pertenece a la región sanitaria XI. El sistema público de salud es municipal y cuenta en el primer nivel de atención con 7 Centros Integrales Comunitarios (CICs) ubicados en los barrios El Porteño, Gallo Blanco, Villa Jardín, Ipora, Escribano (Carranza), 30 de mayo y recientemente incorórado, La Noria. Cabe aclarar que el espacio donde dichos efectores funcionan, en su mayoría, depende de las sociedades de fomento.

En cuanto al recurso humano que trabaja en los CICs, la mayoría pertenece al programa nacional de médicos comunitarios y ofrece atención en pediatría, clínica, ginecología, obstetricia, enfermería, psicología de niños y adultos, educación física, odontología y agentes sanitarios. Además, todos los CICs cuentan con Licenciad@s en trabajo Social que dependen de la Secretaría de Desarrollo Social.

Desde 2011 a la fecha, se incorpora el trabajo de la Residencia de Medicina General.

El segundo nivel de atención público se da desde el Hospital San Vicente de Paul que posee 54 camas para la internación y 6 de terapia intensiva. Ofrece la atención en emergencia las 24hs y ambulatoria en las especialidades de clínica, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, urología, traumatología, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, psiquiatría, psicología infantil y de adultos, cardiología infantil y de adultos, nutrición, neurología, neumonología, kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, estimulación temprana, trabajo social, gastroenterología, laboratorio, farmacia e imágenes. Este sector, atiende el 64% de las consultas médicas del partido. En este sentido cabe destacar que la cantidad de población sin cobertura de obras sociales y/o prepagas, asciende al 40%.

En el Sector privado existen 2 establecimientos: la Clínica Privada Chascomús con 30 camas aproximadamente y el Hogar Luminares, con internación para pacientes con alguna discapacidad. Dicho sector, ofrece la atención médica ambulatoria desde varios establecimientos entre los que se pueden mencionar el SUIM, Centro Médico, Centro de Salud, Centro de Diagnóstico Quintana y los consultorios particulares de cada profesional. Del total de las consultas médicas en el partido, este sector atiende al 36%, aproximadamente.

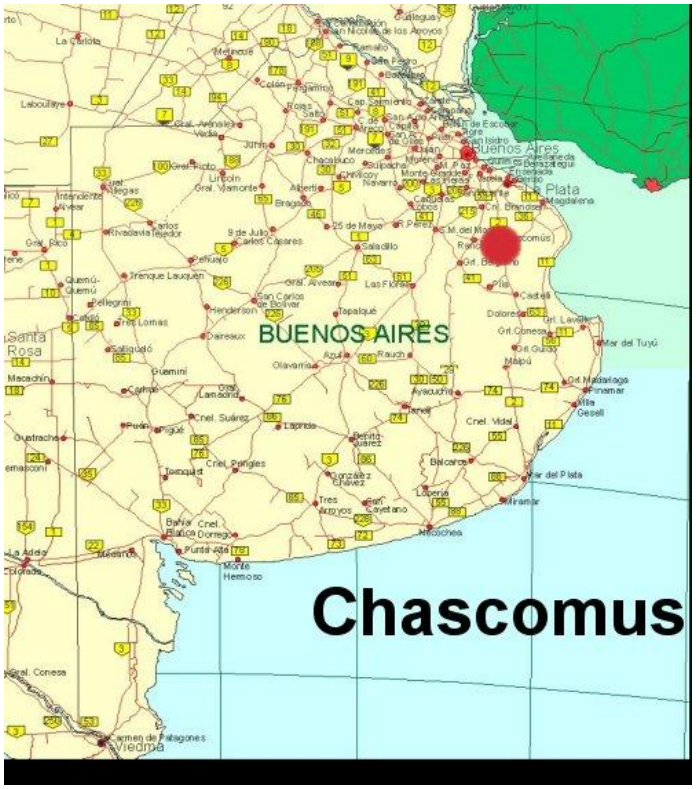
Además del hospital municipal, clínica y demás consultorios, existe un Hogar Municipal donde viven aproximadamente 76 ancianos, a quienes se les brinda atención médica y de enfermería. En el sector privado hay 5 hogares para adultos mayores. Mientras que, para el acompañamiento y asistencia de personas con discapacidad, funciona la entidad “ASID” (Asistencia integral al discapacitado), un centro de día al cual acuden aproximadamente, 20 personas con diferentes discapacidades.

ACTIVIDAD ECONOMICA

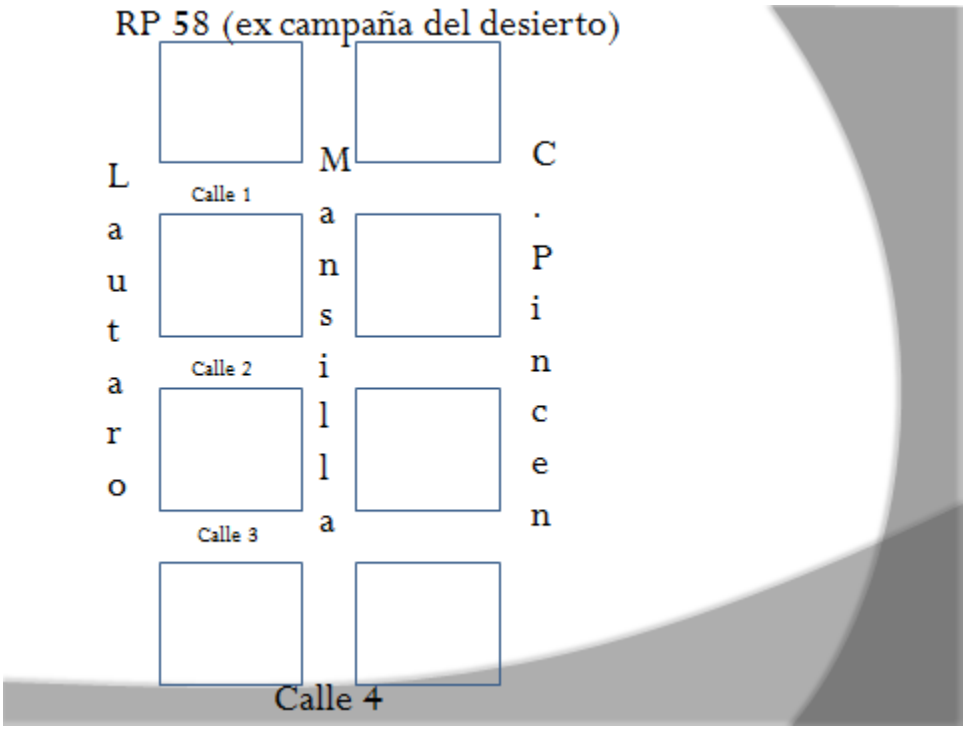
A diferencia de lo que sucede en la región, el partido de Chascomús tiene una fuerte presencia de actividades industriales, especialmente del sector agroalimenticio –en particular elaboración de productos lácteos-, el sector textil y la fabricación de maquinaria y equipos agrícolas. Posee una importante actividad ganadera principalmente orientada a la cría de ganado vacuno y

cabañas de reproductores bovinos. También tiene fuerte peso la actividad tambera, cuya producción es absorbida por la industria láctea asentada en la zona.

La actividad agrícola tiene poca presencia y se orienta al cultivo de maíz, avena, cebada, sorgo y soja, a la vez que existe una importante actividad apícola distribuida en todo el territorio del partido. La laguna y el sistema de las encadenadas, ha generado una actividad tradicional de turismo receptivo de fin de semana lo que ha generado un gran desarrollo de los servicios ofrecidos al turismo.



-UBICACIÓN DEL CAPS "EL PORTEÑO"



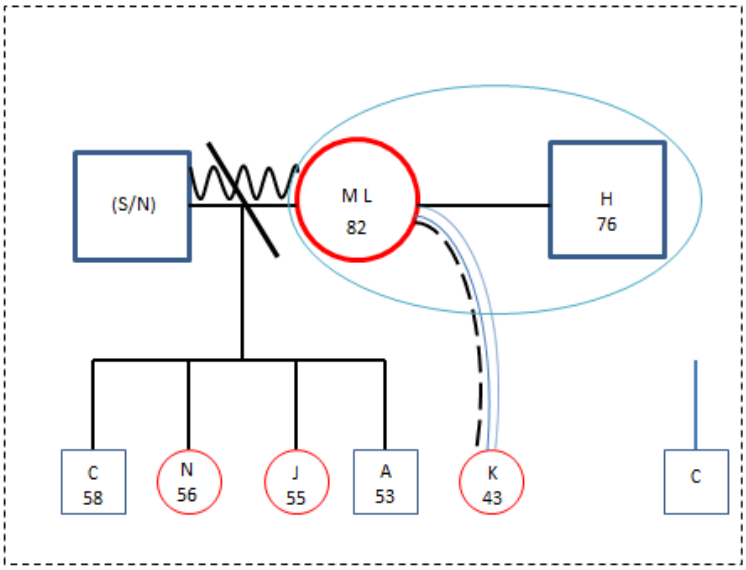
-La señalizción con flecha y circulo rojos corresponden a la ubicación del CAPS "El Porteño" el cual se halla ubicado en la intersección de calles Mansilla y Cacique Tubichamini (ex calle n° 3).

-IMÁGENES FOTOGRÁFICAS DEL BARRIO “EL PORTEÑO”

PLAZA
SAN ANTONIO

ANEXO 2. FAMILIA:

CONFECCIÓN DE FAMILIGRAMA



DESCRIPCIÓN DEL FAMILIGRAMA:

M L convive hace más de diez años con su pareja H, conformando un hogar binuclear. La fuente de ingresos está constituída por la jubilación de ambos.

Refiere sostener un vínculo afectuoso y repleto de compañerismo, alegando un gran disfrute en la presente etapa de la vida. Esto, en contraposición con situaciones del pasado en las que se vió forzada a convivir bajo un mandato violento durante años, y habiendo sufrido amenazas frente a su vida (intento de apertura de fuego con arma, entre otras) y presenciado conductas autolíticas (intento de degüello incompleto) por parte de su pareja anterior.

Fruto de ese matrimonio nacieron C de 58 años, N de 56, J de 55 y A de 53 con quienes tiene una relación con cierto distanciamiento. No esclarece razones puntuales que den respuesta a esta situación afectiva, más que inferir que "son cosas que pasan".

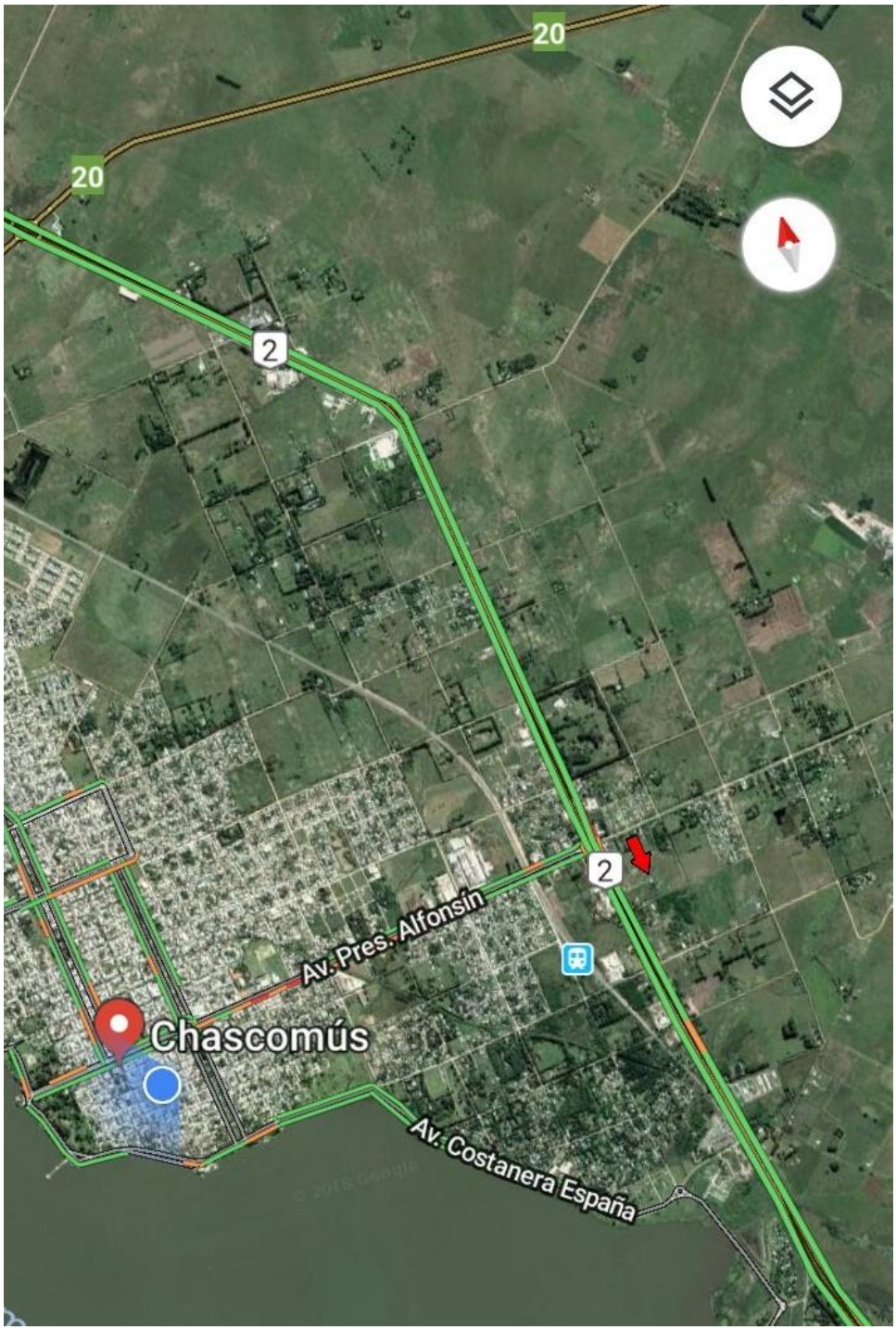
Existe una relación de intenso apego con su quinta hija K de 43 años, quien se encuentra laboralmente activa, a quien adoptó legalmente a los de ocho meses de vida. Es a ella a quien

acude ante las dificultades, y quien provee cuidados y ayuda en el desarrollo de las actividades cotidianas, tanto como acompañamiento y medio de trasporte en la atención médica. Reside en la cercanía de su domicilio, facilitando asi acciones concretas destinadas al seguimiento de su situación de salud y cuidados personales como son la alimentación, el baño, la accesibilidad a los controles periódicos o atención médica durante intercurrencias, adquisición de víveres y leña, insumos del hogar y pago de servicios y otros trámites personales o tercerizados.

Una figura controversial está representada por C, su “sobrino”, a quien solía dar albergue y proporcionar comida. C estaba a cargo de realizar el cobro de pensión y jubilación. Tras un acto manifiesto de deshonestidad, según interpreta M L, fue menester poner fin a la relación. Se percibe un sentimiento de angustia en consecuencia, más la incomprensión.

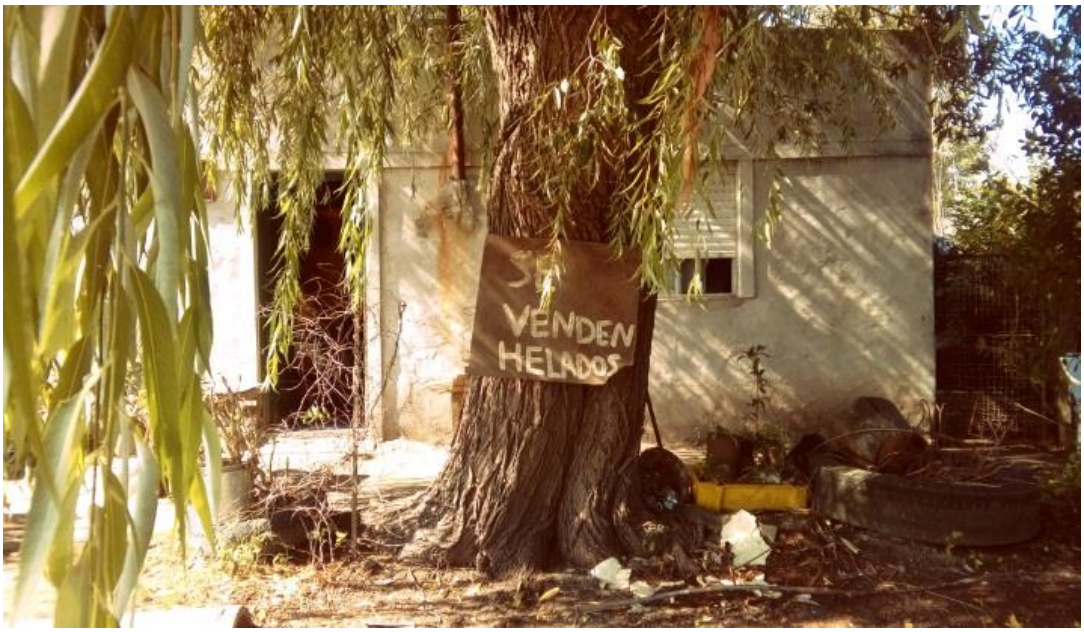
ANEXO 3.

-MAPA SATELITAL 1. (Google Maps). La flecha roja señaliza la ubicación del Km122 área programática del CAPS "El Porteño" Chascomús, zona en que se ubica el domicilio de M L, a 200mt de distancia de la Autovía Nacional 2, sin asfaltar.



-<u>MAPA SATELITAL 2. (Google Maps</u>) El interlineado rojo representa la distancia desde el domicilio al CAPS "El Porteño".

-IMÁGENES FOTOGRÁFICAS DEL KM122.


VENDEN
HELADOS

ANEXO 4.

Sentipensares.

Cuento "El Diagnóstico". AUTOR: Alberto Valente

El médico cuando vio a mi mamá se recostó hacia atrás en su enorme sillón del escritorio y tosió muy suavemente.

—Veamos, veamos —dijo mientras se tocaba la pera con la mano izquierda—. Según usted su madre tiene su memoria algo averiada.

Se levantó, la tomó por un brazo, la sentó frente a él y comenzó con un interrogatorio interminable *¿cómo se llama? ¿qué día es hoy? ¿cuántos años tiene? ¿dónde vive? ¿tiene hijos, ropa, automóvil, casa, reloj pulsera, heladera con freezer?*
Las respuestas fueron confusas. Veía a mi mamá con ese sudor que le humedecía toda la cara. Las preguntas se hicieron más rápidas y compulsivas. Llegó un momento de tanta tensión que interrumpí:

—¡Por favor basta!

—Aquí el médico soy yo. Sé lo que tengo que hacer.

Y seguía *¿A qué colegio fue en la primaria?*

Oí a mamá segura, firme, sin las dudas e inseguridades y para mi alivio, ya sin sudores: que había ido al colegio Primera Junta en Rivadavia 5082, que entraba a las 8.30 y salía a la 13 incluyendo los días sábados. Agregó además los nombres de todas sus maestras de primero a séptimo.

Vi al médico escribiendo una receta mientras me indicaba en qué única farmacia conseguiríamos el preparado conveniente para el Alzheimer.

Al tercer día de administrar esa medicación mi madre comenzó a recordar todo lo vivido. Al cuarto día empezó a hablar ininterrumpidamente. Durante un año completo la oíamos día y noche contar la historia completa de su vida desde que nació hasta el día trescientos sesenta y seis, cuando calló.

Habíamos encontrado el diagnóstico a sus ochenta y nueve años de edad. Murió a los noventa. ¿Había ido a consultar al médico preciso?

Ejercicio a partir de frases de "Funes, el Memorioso", de Borges.

Alberto Valente. Buenos Aires, Argentina.

ANEXO 5. POESÍA: "La Oma"

AUTOR: Daniel Altamirano.

La Oma es una mujer
De setenta y pico de años
Vive en el monte Chaqueño
Cerquita de San Bernardo

Tiene los ojos azules
Como el agua de los mares
Porque vino de muy lejos
Y el cielo quedó en su sangre

Hay que andar por la picada
Para llegar a su rancho
De barro y apuntalado
Con quebracho colorado

Llenó de árboles el patio
Y herramientas de trabajo
Una volanta, un arado
Y el paisaje de su Chaco

La Oma es feliz con poco
Digamos que mejor con nada
La Oma era rubia y se ve
Que era una linda Alemana

Que sola que está la Oma
Pero ella no piensa en nada
Como pensar en la muerte

Si la Oma es toda una hada

En su ranchito de barro
Calentando bien su pava
Conversa con un lorito
Que es con el único que habla

Hay que andar por la picada
Para llegar a su rancho
De barro y apuntalado
Con quebracho colorado

Llenó de árboles el patio
Y herramientas de trabajo
Una volanta, un arado
Y el paisaje de su Chaco

La Oma es feliz con poco
Digamos que mejor con nada
La Oma era rubia y se ve
Que era una linda Alemana.

ANEXO 6.

MICRO RELATO "UN MAR DE FUEGUITOS"

"Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.
A la vuelta contó. Dijo que había contemplado desde arriba, la vida humana.
Y dijo que somos un mar de fueguitos.
-El mundo es eso -reveló- un montón de gente, un mar de fueguitos.
Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás.
No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores.
Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tanta pasión que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca se enciende".

Eduardo Galeano, "El libro de los abrazos".