



Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal
Vol. 1 - N° 2 - Rosario, Agosto - Diciembre de 1998

Investigación en Salud



Secretaría de Salud Pública Municipal
Investigación en Salud

Índice

Editorial	3
Datos edición Volumen 1 N° 2	4
Descripción de portada	6
Artículos	
O dentro e o fora. Transcender os limites dos "Muros Manicomiais". Relato de situaciones sobre la relación entre el Servicio de Salud Mental Dr. Cândido Ferreira y la comunidad.	7
R. Rodrigues, P. Pires de Oliveira, M. Chakkour y E. Merhy.	
Recuperación de sangre intraoperatoria en cirugías de emergencias. Nuestra primera experiencia.	14
S. Bonetti, A. Roldán, L. González, E. Nosti, M. Pollastri y R. Verrone.	
La creación de Teoría: una reciente aplicación de la Grounded Theory.	20
N. R. Pandit	
Caracterización de los pacientes que concurren a la Campaña de Prevención de Cáncer de Piel, 1997.	34
R. Tomasini, M. Terrile, M. Luraghi, L. Ruiz y L. Balparda.	
Proceso Interactivo y subjetividad del paciente internado. Análisis cuantitativo y estrategias de intervención.	42
M. Belfiori y B. Cagna.	
Discursos y representaciones acerca de la salud de la mujer: permanencias y cambios.	62
María Eugenia Garma	
Investigación comunitaria. Desafíos y alternativas en escenarios de alta conflictividad.	70
Alfredo Ghiso	
Ética en la relación médico-paciente.	78
Francisco Maglio	

Editorial

Quizás nunca como antes en la historia, el Siglo XX será recordado por haber alcanzado al mismo tiempo la máxima ilusión y la mayor desilusión. La máxima ilusión en cuanto a la demostración inequívoca del poder creador de la Ciencia y la Tecnología, y la mayor desilusión en cuanto a la evidencia ineludible de la impotencia de la Ciencia para garantizar el acceso equitativo de la Humanidad a los beneficios que ellas producen.

Al tiempo que el conocimiento científico logró desactivar las pestes que asolaban las poblaciones, permitió sofisticar al extremo el instrumental de las guerras que "crean desiertos" allí donde había vida, daños colaterales mediante...

Allí donde el desarrollo científico consiguió lo impensable, con la generación de una monstruosa red planetaria de comunicación al instante, se provocó al mismo tiempo el más extremo de los aislamientos, desde el momento que la tecnología permite hoy prescindir del encuentro con otros, tornando deseable esta prescindencia porque ahorra tiempo y riesgos.

Al tiempo que la Ciencia desarrolló hasta el infinito la tecnología necesaria para "aliviar" el trabajo del hombre, se generaron simultáneamente legiones de desocupados porque por la misma lógica, el hombre sencillamente es prescindible para realizar la mayoría de los trabajos.

Decía Umberto Eco: " Así, este siglo supo hacer de lo mejor de sí lo peor de sí (...) El siglo del descubrimiento tecnológico fue también el del descubrimiento de la fragilidad (...) El siglo está estresado porque no sabe de quién se debe defender, ni cómo (...) Encontramos el medio de eliminar la suciedad, pero no los residuos. Porque la suciedad nació de la indigencia, que podía ser reducida, mientras que los residuos (incluso los radiactivos) nacen del bienestar que nadie quiere perder ..."

Nunca más evidente por tanto, la relación que señalara Foucault entre saber y poder; no hay saber que se sostenga sin anclaje en algún dispositivo de poder.

Reconocer esta articulación, como necesaria e inevitable, implica un posicionamiento a la vez ético y político, distante de una mirada ingenua. Porque de lo que se trata es de preguntarse ¿a qué poder esta ligada una determinada producción de saber? ¿a quién "sirve" este saber? ¿qué otros saberes está "velando" este saber?

Por eso no se trata de la renuncia o la denostación al poder, sino de reconocer como punto de partida la no neutralidad del conocimiento, y desde este reconocimiento pretender sí, generar un espacio de poder, como condición de posibilidad para la producción de un saber significativo. Un saber significativo es, por sobre todas las cosas, un saber con capacidad transformadora del contexto del cual surge. Es por otra parte un saber no totalizante ni totalitario; que interroga y se interroga, y que encuentra su legitimidad sobre la base del consenso.

Si entendemos consenso como la posibilidad de "compartir el sentido", nos encontramos en el núcleo de la estrategia del Área de Investigación y en la razón de ser de esta Revista.

En tiempos posmodernos de quiebre de las utopías, la publicación de la Revista es la metáfora de nuestra pequeña utopía, nuestro modo particular de crear consenso, que no es otra cosa que crear un universo de lenguaje compartido en el cual cada trabajador de salud es un actor legítimo del campo de lo público.

Pero hay que enfatizar que no es sin condiciones la pertenencia a este campo, porque si algo la hace posible, es el compromiso, al decir de Foucault, de hacer de la libertad un problema estratégico, y de hacer de la circulación del conocimiento una práctica democrática. En esta circulación que favorece el libre acceso al saber, es donde a nuestro entender radica el poder, con esta lógica por la cual nadie lo tiene pero todos pueden ejercerlo.

Comité Editorial

Investigación en Salud

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal

Datos de Publicación Vol. 1 N° 2 - Rosario, Agosto - Diciembre de 1998.

Comité Editorial

Editor

Zulema C. Torres de Quinteros

Editor Asistente

Mónica M. Liborio

Editores Asociados

Alicia Aronna

Adriana Huerta

Dora Mantello

Patricia Morin

Juan Carlos Paradiso

María Cristina Rasini

Beatriz Tavano

Secretarias

Alicia Maltaneres

Colaboró en este número el Dr. Carlos Battagliotti

Asesores Científicos

BELMARTINO, Susana (Argentina)

BONAZZOLA, Pablo (Argentina)

BRICEÑO LEON, Roberto (Venezuela)

BRONFMAN PERTZOVSKY, Mario N. (México)

CALABRESE, Alberto E. S. (Argentina)

CARROLI, Guillermo (Argentina)

CASSANHO FORSTER, Aldaisa (Brasil)

COHN, Amelia (Brasil)

COIMBRA, Carlos E. A. (Jr.) (Brasil)

DE MENDOZA, Diego (Argentina)

DE SOUSA CAMPOS, Gastao W. (Argentina)

FELDMAN, Noel (Argentina)

FORNI, Floreal (Argentina)

FRANCO AGUDELLO, Saúl (Colombia)

FUKS SADOVSKY, Saúl I. (Argentina)

GALENDE, Emiliano (Argentina)

GOLDBAUM, Moisés (Brasil)
KOIFMAN, Sergio (Brasil)
LATTES, Alfredo E. (Argentina)
LEDE, Roberto L. (Argentina)
LITVOC, Julio (Brasil)
MENDEZ DOMINGUEZ, Alfredo A. (Guatemala)
MENENDEZ SPINA, Eduardo L. (México)
MENIN, Ovide (Argentina)
PANTELIDES, Edith A. (Argentina)
PROIETTI, Fernando A. (Brasil)
ROHLFS BARBOSA, Izabella (España)
RUFFINO NETTO, Antonio (Brasil)
SANCHEZ CABACO, Antonio (España)
SANTHIA, Miguel A. (Argentina)
SCHAPIRA, Marta V. (Argentina)
STOLKINER, Alicia I. (Argentina)
TRONCOSO, María del Carmen (Argentina)
ZALDUA, Graciela (Argentina)

Autoridades

Dr. Hermes Juan Binner
Intendente Municipal

Dra. Mónica H. Fein
Secretaria de Salud Pública

Dr. Miguel Angel Cappiello
Subsecretario de Salud Pública

Dra. Zulema C. Torres de Quinteros
Coordinadora Area de Investigación en Salud

Imprenta: Talleres Gráficos Brown

Cantidad de ejemplares: 1.200.

Cantidad de páginas por ejemplar: 83.

Fecha de edición: agosto de 1999

Diseño gráfico: Silvia Armentano - Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal



Oleo, 87 x 16 cm

Donación de la Dirección Municipal de Cultura, 1938.

"Composición" es un bellissimo exponente de una etapa ya célebre en la conocida producción artística de Antonio Berni, este cuadro ofrece al espectador una visión generosamente provista de atributos plásticos relevantes. Frontalidad decidida, central, dominio de los recursos plásticos y armonía del conjunto caracterizan el contrapunto de la tierna presencia de la figura femenina con el transfondo de un interior austero. Una intensa trama de tensiones hábilmente estructurada. Es indudable que el pintor ha sabido obtener mediante éstas el equilibrio y la síntesis de lo clásico. Puede afirmarse que la crítica especializada concuerda en asignar a Berni el rol fundacional del arte moderno en la Argentina. Avalan este reconocimiento la excepcionalidad de Berni, su potencia estética así como la enorme capacidad de cambio en un itinerario que excedió todo lo previsible. Siempre con sorprendente contemporaneidad y gran talento, evolucionó de un depurado clasicismo al exceso barroco. Nacido en Rosario, Antonio Rerni vivió varios años formativos en Europa y a la vuelta a nuestra ciudad funda la Mutualidad, junto con otros artistas de la talla de Gambartes, Grela, Ouvrard y 'danzo. Su arte, comprometido siempre con la realidad social del momento, fue apreciado en todo el mundo como una expresión única dentro de la escena pictórica. Berni falleció a los 76 años de edad aún en el zenit de su maestría.

Agradecemos al Prof. Miguel Ballesteros, Director del Museo Municipal de Bellas Artes "Juan B. Castagnino", por facilitarnos esta obra de la colección.

O dentro e o fora. Transcender os limites dos "Muros Manicomiais": o relato de situações sobre a relação entre o Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira e a Comunidade

"Preciso me Encontrar"
Deixe-me ir, preciso andar
vou por aí a procurar
rir pra não chorar
quero assistir ao sol nascer
ver as águas dos rios correr
ouvir os pássaros cantar
eu quero nascer, quero viver
deixe-me ir, preciso andar
vou por aí a procurar
rir pra não chorar
se alguém por mim perguntar
diga que eu só vou voltar
quando eu me encontrar
quero assistir ao sol nascer
ver as águas do rio correr
ouvir os pássaros cantar
eu quero nascer, quero viver
deixe-me ir, preciso andar
vou por aí a procurar
rir pra não chorar.

(Samba de Candeia)

Rodrigues, R.A; Pires de Oliveira, P. C.; Chakkour M.; Merhy E. E.(*)

Resumo

Neste texto descrevemos uma faceta do agir anti-manicomial de um modelo de atenção baseado nos pressupostos da reforma psiquiátrica italiana: o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). Destacamos, dentre outras atividades

desenvolvidas, a investigação feita sobre a relação extra-muros. Tal investigação foi feita através de entrevistas realizadas com os atores sociais envolvidos: dirigentes e trabalhadores do SSCF, usuários e membros da comunidade. Através dessas entrevistas buscamos levantar as representações que cada agrupamento pos-

(*) LAPA do DMPS/FCM/UNICAMP

sui dessa relação, enquanto um espaço gerador de problemas.

Palavras Chave

saúde mental - planejamento - gestão - comunidade - usuários

Summary

We describe our engagement in a Mental Health Service "Serviço De Saúde Dr. Cândido Ferreira" (SSCF), where an Assintance Model, based on The Psychiatry Reform, is adopted and is being developed. In this paper we report a research we conducted about the outdoors relationship of this institution and the community. The research was conducted through interviews with the social actors involved: the managers and workers of the SSCF, users and community members. From these interviews we observed the representations of each about this relationship as a problem causing factor.

Key words

mental health - management - community - users - planning

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e o movimento antimanicomial

A data de maio de 1990, quando é assinado o convênio de co-gestão entre a entidade e a Prefeitura Municipal, marca o início de um processo que acarretou, entre outros, na ruptura da lógica das bases do modelo de atenção até então praticado, tendo como referencial os pressupostos da reforma psiquiátrica italiana, tomando o devido cuidado para adaptá-los a realidade em questão, e para não confundir e repetir as ações de alguns países que resumiram suas reformas a mera desospitalização.

Segundo Rotelli, "Desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples desmantelamento de sua estrutura física; significa o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas construídas em torno do objeto doença mental, com a conseqüente re-construção da

complexidade do fenômeno existência sofrimento que implica a invenção de novas e sempre novas, formas de lidar com os objetos complexos" (1).

O objeto da psiquiatria não se restringe mais ao paradigma racionalista causa / efeito, "o problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa" (2).

Com a "queda dos muros manicomial", os usuários passaram a circular mais frequentemente pelo interior do espaço público da comunidade ao redor. Pudemos perceber, de um modo muito imediato, a existência de um "abismo interacional" entre os moradores de Sosas e os usuários do serviço, o que, como conseqüência, criou várias "situações problemas" expressas em queixas de parte dos integrantes desta comunidade, quanto ao comportamento de alguns usuários que eles consideraram como inadequado.

Procuramos, então, investigar melhor esses "ruídos", tentando compreender qual a representação do problema que cada ator envolvido possuía. Assim, definimos alguns atores considerados estratégicos para serem entrevistados, sobre a percepção que teriam dessa relação enquanto geradora de problemas e as possíveis soluções. Para tal, os atores foram divididos em quatro grupos: dirigentes do SSCF, trabalhadores do SSCF, comunidade e usuários.

Buscando uma compreensão do "extra-muro" como problema

Esse projeto recebeu o nome de "Extra-Muro", pelo fato de focalizarmos o nosso objeto de estudo para o espaço físico fora do estabelecimento, pois concluímos que a reorganização estrutural interna do serviço que representou um grande avanço no processo de desinstitucionalização, é apenas o começo, marcando o início de um constante processo de reconstrução.

Analisando o conteúdo das entrevistas referentes aos dirigentes e trabalhadores do serviço, constatamos que as percepções que possuem a respeito da relação com a comunidade convergem para pontos similares.

Quando questionados a respeito da relação

extra-muros, colocam a necessidade de se diferenciar a inserção no espaço urbano da inserção na comunidade. A primeira diz respeito as questões concretas de instalação do "louco" no urbano, legitimando-se principalmente a partir da instalação de moradias extra-hospitalares e da livre circulação dos usuários. Já, a segunda pode ser considerada como o passo a ser dado, inclusive a partir de uma certa acumulação dada pelo conjunto das ações antimanicomiais a partir do "de dentro" do estabelecimento, pois naquela segunda inserção estão presentes várias redes institucionais, que exigem uma relação de troca muita intensa, primordiais para o processo de produção da vida desses indivíduos. A necessidade dessa diferenciação pode ser identificada através de uma das falas dos entrevistados "...É um pedaço do hospício lá fora.". Dizem que essa questão só é discutida quando surgem situações problemas, trazidas através de reclamações por parte da comunidade, "... A gente não sabe, não se mediu ainda, a relação da comunidade com os pacientes que saem. Os problemas a gente sabe, outras coisas a gente não sabe, uma medida é essencial."

Para dar conta dessas situações problemas, ressaltam que várias medidas são tomadas, porém sempre de forma imediatista, não havendo uma reflexão aprofundada se tais medidas realmente são suficientes para dar conta da complexidade dessa relação. O fato de o modelo ser muito para dentro é identificado como um dos principais fatores, privilegiando apenas ações intra-muros.

Em relação aos comportamentos da comunidade, esses são percebidos como complacentes ou contrários ao projeto. "... Ninguém aderiu, não porque não querem, porque não sabem, porque nunca a gente fez um trabalho ativo... Os complacentes poderiam até serem adeptos se a gente fizesse alguma coisa mais incisiva."

Apesar das trocas serem consideradas insuficientes nessa relação, é possível dizer que existe um reconhecimento por parte de algumas instâncias da comunidade, que colaboram de formas diferenciadas para a manutenção do serviço, como por exemplo, a doação de uma parte da renda da tradicional "Festa do Peão de Boia-deiro de Sosas", ou auxílios logísticos por parte da Sub-Prefeitura. O festejar de algumas datas

comemorativas também contribuem para esse reconhecimento, como é o caso do carnaval em Campinas, onde o SSCF possui um bloco. Mesmo assim, não consideram esse reconhecimento uma ação conjunta com a comunidade, "...Mesmo o carnaval, o povo do Cândido vai e volta. Quando muito algumas pessoas se incorporam no momento, mas não tem nada construído junto..." Ao refletirem sobre como se construir uma relação conjunta com a comunidade, levando em consideração tal complexidade e a necessidade de trabalharem todos os vértices envolvidos, lançaram algumas idéias. Consideram que a atividade de acompanhamento terapêutico, para fazer essa interface, é fundamental, "... temos que desenvolver um trabalho mais específico, utilizando o acompanhamento terapêutico que é uma forma de assistência anti-manicomial que possibilita estar junto com o paciente auxiliando-o a administrar os seus desejos..." Outros pontos levantados, seriam: o jornalzinho do SSCF circular mais pela comunidade, reuniões com a comunidade organizada (igreja, clubes, associações) para se discutir assuntos de interesses em comum, e um maior investimento no projeto do NOT, já que esse pode acarretar em uma inserção específica, através do trabalho. Ressaltam que essas idéias deveriam ser contempladas em um programa específico de integração entre tais instâncias, para que todas as ações possíveis fossem objetivadas, provocando maior impacto sobre tal problemática.

No que diz respeito as entrevistas dos usuários, foram selecionados dois moradores que circulam pela comunidade com frequência e que estiveram envolvidos em situações problemas. Um deles, devido aos longos anos de consumo de álcool somado a sua idade avançada, tem chamado a atenção da equipe quando este tem retornado constantemente de Sosas alcoolizado, com ferimentos e descontrolo das necessidades fisiológicas, correndo riscos de vida, como por um atropelamento. O outro, que possui uma deficiência mental leve, estabelece vínculos de forma procedente em suas interações, não se envolvendo em situações problemas com exceção de um episódio em que um morador da vizinhança o perseguiu até as dependências do serviço com a intenção de agredi-lo, alegando que o mesmo havia mexido em seu carro. A si-

tuação foi contornada com a intervenção de um técnico de plantão.

A partir disso procuramos investigar com mais detalhes tais vivências através do olhar dos próprios usuários envolvidos.

No relato do primeiro, fica explícito que os lugares mais freqüentados por ele são estabelecimentos comerciais especificamente bares, onde diz comprar cigarro, mortadela e coca-cola. A freqüência de tais contatos tornou a relação personalizada, pois chega a citar o nome de vários proprietários de bar. Geralmente, quando precisa comprar alguma coisa, o faz depois do jantar e sempre sozinho retornando em seguida para o SSCF. Tal fato, é identificado pela equipe como um facilitador para que o mesmo consuma álcool.

Comenta que conhece tudo em Sousas (3), que já andou por tudo lá e que também é muito conhecido. Às vezes aos domingos sai para dar uma volta, vai até o clube para ver as moças tomarem banho de piscina ou para assistir jogo de futebol, sempre pelo lado de fora, pelo fato de ter que pagar ao porteiro para entrar.

Quando questionado se já teve algum problema com alguém em Sousas, diz que não, que nunca ninguém encencou com ele, ressaltando que as pessoas tem que saber conversar e que todo mundo ali na cidade o quer bem e o conhece. Em relação ao fato de outras pessoas já terem tido problemas com alguém da comunidade, diz não saber de ninguém que tenha esse tipo de problema.

No geral, o entrevistado relatou apenas aspectos positivos de sua relação com a comunidade e em nenhum momento assumiu que consumia bebida alcoólica e as possíveis consequências que estariam ligadas a esse fato.

No relato do segundo caso, o entrevistado coloca que costuma freqüentar Sousas com freqüência, especificamente para comprar cigarros e ver amigos. Diz que nunca teve problemas nessa relação com exceção de um acontecimento recente, referindo-se ao homem que o perseguiria até as dependências do serviço alegando que teria mexido em seu carro, o que é negado pelo usuário. Sobre esse acontecimento, coloca que ficou com medo da reação agressiva daquele homem e correu em direção ao SSCF.

Durante a entrevista, ao comentar sobre as suas estadias na casa de seu irmão compara a sua relação com os vizinhos de lá. Diz que os vizinhos o adoram e que perguntam a seu respeito. Quanto ao problema que teve em Sousas, alega que isso aconteceu porque esses vizinhos são muito ignorantes e enjoados e que devido a essa situação os outros vizinhos da rua deixaram de cumprimentá-lo.

Questionado sobre a intervenção feita, diz que o SSCF deveria "...tirar uma providência... Conversar com as pessoas, tudo isso aí..." Devido ao medo que sentiu diante da situação, seguiu as orientações da equipe de não passar pela rua desse morador durante alguns dias e se sentiu aliviado por ter uma licença marcada naquele final de semana, decorrente.

Ao perguntarmos se sabia de outros colegas do SSCF que freqüentavam Sousas, citou outras duas, sendo que uma delas era o outro entrevistado: "O N. quando ele vai, vem acharcado de pinga. Essa pessoa, que não pode ir para Sousas, bebi pinga." Questionamos então, porque ele achava que essa pessoa não devia ir para Sousas e ele nos respondeu " Porque enche a cara, estraga a saúde. Fumar um cigarro, tudo bem, até concordo... O cigarro não é tanto como a pinga, a pinga estraga a saúde da pessoa."

Observamos que o segundo entrevistado, além de ressaltar os aspectos positivos dessa relação, reconhece através de sua experiência que tal relação não é tão tranqüila assim, apresentando uma linha explicativa para esse fato.

No que diz respeito as entrevistas realizadas na comunidade, constatamos de uma forma geral que quando questionados sobre a relação com os pacientes do SSCF enquanto geradora de problemas, responderam que não, dizendo que eles poderiam sair do hospital sim, não incomodam ninguém e que sempre se deram bem com eles.

No decorrer da entrevista, alguns apontam algumas restrições com relação a liberdade de ir e vir desses indivíduos, eles podem sair do hospital, mas deveriam ter um acompanhamento.

Quando questionados do por quê do acompanhamento, o conteúdo das respostas se distinguiram de acordo com o papel que cada um ocupa na comunidade. Na fala da comerciante a questão passa pelo consumismo excessivo,

dizendo que deveria ser ensinado a eles que não precisam pedir esmolas, ensiná-los a apreciar outras coisas, como a natureza e também pelo alcoolismo, onde certos comerciantes seriam em parte responsáveis por este problema, ao servirem bebida para os pacientes, pois um dia precisou segurar um paciente que estava muito agitado, chegando a virar uma das mesas. A mesma sugere que para amenizar esse problema, alguém deveria conversar com esses comerciantes.

Já na fala da moradora, a questão passa mais pelos vínculos que estabeleceu com alguns pacientes, inclusive com o serviço, ou seja, sua relação com eles é personalizada, citando seus nomes sempre que relatava as vivências, tanto no espaço da comunidade, como no interior do SSCF participando de muitas festas que lá se realizam. Comenta o fato do atropelamento de Z., um paciente que veio a falecer após o acidente no final de 1996, para justificar sua percepção de que não são todos os que tem condições de sair, referindo-se à eles como pessoas boas, mas que são "coitados", "meio perdidos", diferenciando-os daqueles que chegaram até mesmo a trabalhar fora. Apesar de suas restrições, comenta que não é comum se ver um hospital como esse em outros lugares, comparando-o com outro hospital da região, que utiliza um regime de tratamento fechado.

Nas entrevistas realizadas com os feirantes, notamos que o conteúdo das colocações se restringem a um território onde se estabelece esta relação que é a feira, comentando que alguns pacientes costumam frequentar o local acompanhados por alguém do hospital, que sempre procura orientar o paciente no que ele deve ou não fazer, já alguns devem possuir uma condição melhor estando sempre sozinhos. Relatam que tais pacientes vão até a feira para passear, vender coisas, conversar com os feirantes nas barracas e ver se alguém tem alguma coisa para dar à eles.

Quando questionados sobre a relação que possuem com estes pacientes, dizem que nunca tiveram problema algum, que a relação é tranquila e se já houve algum problema com algum deles, desconhecem.

No decorrer da entrevista, dizem que conseguem facilmente identificar no público quem é

paciente do Cândido Ferreira, pelo aspecto geral, pelo jeito de olhar e pelo tipo de conversa deles. É interessante que na fala de um dos entrevistados, ele coloca que mesmo "vivendo no mundo da lua" eles vêm para a feira, e que neste contato, apesar de certas limitações, existe a possibilidade de estabelecer com esses indivíduos um vínculo social, o que para ele é positivo não só para os pacientes, pois tal contato o faz refletir sobre a própria realidade, dizendo que todos devem possuir um certo grau de loucura.

Quanto a opinião deles sobre o fato dos pacientes circularem pela feira, dizem ser favoráveis, que os pacientes não devem ficar presos, amarrados, fechados e nem merecem ser mal tratados, pois isso dificulta a integração deles na sociedade e que é bom eles saírem para conviver com o público a sua volta.

Outro ponto interessante na fala desses feirantes é que ambos possuem uma percepção sobre os pacientes na condição de necessitados, coitados, inclusive um deles chega a comentar que sempre procura dar alguma coisa a eles quando eles pedem e sente-se bem por poder ajudar uma pessoa "necessitada", além disso, dá "ibope" perante os outros clientes da barraca.

Nas entrevistas realizadas com os taxistas, estes comentam que os pacientes do Cândido Ferreira não costumam frequentar o local, e que os únicos que de vez em quando passam por ali é o J.C. e o N., que acabam parando para "bater papo". Dizem nunca terem tido problema algum com os pacientes, que vivem fazendo brincadeiras com a pessoa do J.C. e que conhecem o N. há muito tempo, mencionando a relação dele com a bebida, enfatizando que atualmente o mesmo tem "ficado na dele", vai, toma a sua cervejinha no Bar Central e vai embora, sem se meter em confusões. Relatam que a única experiência que tiveram foi com pacientes que fugiram do Hospital Tiberiça e que eles fizeram o resgate levando-os de volta, nesse momento fazem uma comparação com o Cândido Ferreira, dizendo que lá no Tiberiça, a coisa é "brava".

No que diz respeito ao conteúdo obtido durante as entrevistas realizadas com membros da comunidade, percebemos que tais membros não mencionaram em nenhum momento dados de o como o Cândido Ferreira está funcionando atual-

mente, quais as atividades assistenciais que são oferecidas, como os pacientes são tratados, ou seja, qual é o modelo assistencial que está sendo desenvolvido. A imagem que concebem é que, hoje, os pacientes que possuem determinadas condições físicas e não oferecem perigo à comunidade, podem sair do hospital e circular pelo espaço social, sem precisar ficarem presos, fechados dentro dos limites do espaço físico do hospital, o que é visto como um aspecto positivo. Tal imagem, pode estar relacionada com os longos anos de práticas manicomializadas dentro e fora dos serviços de Saúde Mental, bem como ao espaço intercessor que se dá apenas no momento do encontro entre os usuários e a comunidade, limitado a territórios que se constroem de acordo com o papel que cada membro da comunidade ocupa, definindo o Cândia apenas como um lugar onde os pacientes podem circular no dentro e fora, no máximo atravessando a "pontezinha", desde que voltem, o que pode demonstrar a existência, no imaginário social, dos limites dos muros manicomializados.

Conclusão

No que diz respeito a percepção que os trabalhadores do SSCF possuem sobre os ruídos gerados nessa relação, constatamos que estes os sentem como "problemas" a serem trabalhados, mas são pouco protagonistas nessas situações, devido ao fato de que seu território de competência está muito restrito quanto ao que é o espaço da clínica antimanicomial.

Ao expandirem esse território para o interior da comunidade, na tentativa de solucionar as "situações problemas" que chegam ao conhecimento do serviço, acabam amenizando os conflitos, problematizando-os sobre uma ótica restrita dessa relação. Como exemplo disso, podemos destacar a situação que ocorreu quando tal serviço tenta efetivar a implementação de um equipamento de moradia extra-hospitalar no interior da comunidade de Sousas. A reação dos moradores próximos ao local escolhido, se manifesta através de um documento do tipo "abaixo assinado" contrário a instalação na localidade. Diante do fato, o serviço decidiu produzir um texto para distribuir na comunidade, falando a respeito do funcionamento e propostas de inter-

venção desenvolvidas pelo Cândia e convidando-a para uma reunião com o objetivo de se discutir tal problemática. Não havendo adesão, tal reunião não teve êxito. Se pensarmos na resposta da equipe diante de tal fato, produziu-se uma reação à rejeição, não houve um exercício auto-analítico que permitisse uma reflexão ampliada diante de tal ruído, o que reforça a existência de uma certa cegueira e a constituição do serviço enquanto um gueto.

Pensar tal tema, implica ampliar a reflexão do que significa o agir antimanicomial, permitindo pensar a necessidade de se criar novas modalidades para incluir esses outros territórios que não se esgotam nas práticas assistenciais a nível do equipamento, ou seja, estar voltado muito exclusivamente para essa ação restrita da assistência, apesar de necessária, tem diminuído a capacidade criativa de ampliar o próprio campo da prática. O primeiro passo para se ampliar tal reflexão é viabilizar a construção de um projeto de parceria entre a comunidade e o serviço. Para evitar que as demandas sejam definidas à priori sob um único olhar, se faz necessário a participação das várias esferas representativas (usuários, trabalhadores de saúde do Cândia, trabalhadores do Centro de Saúde, trabalhadores da Escola, membros da comunidade, entre outros) nesse processo, para que possam definir suas demandas e as ações que as contemplem, sempre tendo como parâmetro principal a importância dessa relação mais próxima no processo de ressocialização e, conseqüentemente, no exercício de cidadania desses usuários.

Quando pensamos em um projeto de parceria, nos referimos a uma prática conjunta que possibilite constantemente o reconstruir de territórios para não correremos o risco de cristalizarmos ações, definindo-as como paradigmas suficientes em si mesmo para tal problemática. A tentativa de relacionar e decifrar os vieses que perpassam as relações no ponto de intersecção das esferas participantes é um desafio que deve se fazer presente no agir em saúde, pois nos direciona na busca de uma produção de novos sentidos de vida.

Essa perspectiva, atravessa tanto a área assistencial como as áreas de apoio administrativo e planejamento, assumindo características e propostas diferenciadas no âmbito do que é o

limite do território das práticas clínicas em serviços de saúde.

Com essa visão, tem se buscado criar dispositivos, disparadores de novos processos de subjetividades que venham à intervir no interior dos já instituídos, construindo novos imaginários que permitam a desterritorialização das produções manicomialis, responsáveis pelas relações segregatórias. Como é o caso da proposta de parceria entre o Cândido Ferreira e o Centro de Saúde de Sousas, que se propõe a desenvolver espaços de troca não só relacionados aos aspectos de saúde mental, mas em relação a todas as áreas de intervenção em saúde. Atitudes como essa, possibilitam a construção de um novo imaginário em relação ao Cândido no interior da comunidade, onde este se vincula a produção de solidariedade e não mais a de segregação. É através desse tipo de agenciamento, com espaços de escuta que consideram os fluxos instituintes como produção de novas possibilidades, que aumenta o potencial criativo das equipes em busca de novos agenciamentos¹.

Assim, tais "situações problemas" que se apresentam como ruídos na relação da instituição com a comunidade, devem ser entendidas dentro de uma outra perspectiva, não apenas com uma conotação negativa à priori, mas como produtos emergentes de uma relação que vem se consolidando através de uma nova proposta de saúde mental, onde estes possibilitam a busca de novos caminhos norteadores do agir antimanicomial.

Bibliografia

- Amarante, P.; Rotelli, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. B. Bezerra / P. Amarante (org.). Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992.
- Amarante, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- Bandeira, M. et als. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V.42, N.9, outubro de 1993. p.p. 491-498.
- Baremlitt, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: 3^o ed. Rosa dos Tempos, 1996.
- Basaglia, F. (coord.). *A instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- Cecilio, L.C.O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. 2^a edição.
- Cunha, M. C. P. *Cidades da ordem: a doença mental na república*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- Cunha, M. C. P. *O espelho do mundo: Juqueri, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- Foucault, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- Merhy, E. E.; Onocko, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Semeghini, U. C. *Do café à indústria : uma cidade e seu tempo*. Campinas, S.P.: Editora da Unicamp, 1991.

1- O referencial teórico no qual nos norteamos para a elaboração desta análise e conclusão, é, em grande parte, decorrente do pensar esquizoanalítico, produzido por Felix Guattari e Gilles Deleuze. Não citamos aqui uma obra específica destes autores com a complexidade deste novo olhar, mas indicamos para uma leitura inicial, o *Compêndio de Análise Institucional* (citado na bibliografia deste trabalho), que contém as devidas indicações bibliográficas para aqueles que se decidirem por um maior aprofundamento no tema.

Recuperación de Sangre Intraoperatoria en Cirugías de Emergencia. Nuestra Primera Experiencia.

Intraoperative blood recovery in emergency surgery

Bonetti, S.*; Roldán, A.*; González, L.*; Nosti, E.**; Pollastri, M.**; Verrone, R.**

Resumen

La recuperación de sangre intraoperatoria durante la emergencia se mostró como una alternativa terapéutica eficaz para reducir el uso de sangre homóloga, especialmente en pacientes con pérdidas de sangre importantes como hemoperitoneo o hemotórax masivo. Se demuestra la utilidad y eficacia de este método, que permite prescindir del uso de sangre homóloga en un gran porcentaje de casos, reduciendo así los riesgos de contraer enfermedades como SIDA, Hepatitis C y B, e incompatibilidad transfusional. Se analizaron 31 pacientes que requirieron cirugía de emergencia, en los que se realizó recuperación de sangre intraoperatoria (RIO), que ingresaron desde febrero de 1994 hasta febrero de 1998; para la RIO se utilizó un procesador celular de flujo discontinuo, que succiona la sangre del campo quirúrgico a través de un aspirador, obteniendo de cada 800 mL de sangre entera recuperada, 250 mL de glóbulos rojos autólogos lavados, aptos para reinfundir. El 64% de los pacientes en los que se le realizó RIO en la emergencia (20 pacientes), no requirió transfusión homóloga; mientras que en el 36% restante (11 pacientes) requirió sangre homóloga además de la autóloga debido a su gran compromiso hemodinámico. El promedio de sangre autóloga recu-

perada fue de 3500 mL por paciente. El trabajo interdisciplinario entre el servicio de cirugía de emergencias y medicina transfusional, permite indicar adecuadamente la realización de recuperación de sangre intraoperatoria; suprimiendo o reduciendo significativamente el uso de sangre homóloga.

Palabras clave

recuperación sangre intraoperatoria - emergencia

Summary

The recovery of intraoperative blood during an emergency proved an effective therapeutic alternative to homologous blood, especially for patients with significant blood loss due to hemoperitoneum or massive hemotorax. To show the usefulness and effectiveness of this method which can help to avoid the use of homologous blood in a large number of cases and thus reduce the risk of transfusion-acquired diseases such as AIDS, Hepatitis C and B, and transfusional incompatibility; 31 patients admitted to this center between February 1994 and February 1998 for emergency surgery and in whom intraoperative blood recovery (IOR) had

(*) Servicio de Medicina Transfusional

(**) Servicios de Cirugía General - Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez- Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

been performed were studied. A discontinuous flow cell processor which aspirates the blood in the surgical field was used for IOR, yielding 250 mL autologous washed red cells suitable for retransfusion out of every 800 mL of whole blood recovered; 64% (20 patients) with IOR during the emergency did not require homologous transfusion; whereas the remaining 36% (11 patients) required both homologous and autologous transfusion because of the great hemodynamic involvement. The average autologous blood recovered for each patient was 3500 mL. The interdisciplinary work between the Departments of Emergency Surgery and Transfusional Medicine allows to clearly show the fulfillment of IOR, avoiding or reducing the use of homologous blood significantly.

Key words

Intraoperative blood recovery - emergency surgery

Introducción

Los problemas surgidos a nivel mundial en relación al SIDA, así como la posibilidad de contraer otras enfermedades como Hepatitis A virus B, C, infección por Citomegalovirus han sido los

principales factores desencadenantes de nuevas discusiones acerca de los peligros asociados a la transfusión de sangre (1)(2)(3)(4). Considerando además otros riesgos del uso de sangre homóloga como incompatibilidad, aloinmunización, inmunomodulación, disponibilidad limitada y rechazo por parte de algunas comunidades religiosas, se produce un crecimiento de los programas de donación de sangre autóloga (2)(5)(6)(7).

La Recuperación Intraoperatoria (RIO) de sangre, como una de las alternativas que ofrece la autotransfusión, es usada fundamentalmente en cirugías programadas por patología cardiovascular, vascular, ortopedia, neurocirugía, trasplante hepático y con menor frecuencia en cirugía ginecológica y urológica (8)(9)(10)(11)(12).

En trauma y emergencia, el RIO se plantea como práctica muy útil en heridas que comprometan tórax y en traumas abdominales, en pacientes cuyo sangrado se produce por lesiones vasculares o de vísceras macizas hacia cavidades, sin que medie contaminación bacteriana, ni procesos neoplásicos, siguiendo un esquema de trabajo basado en un protocolo establecido. La RIO exige un programa sostenido por el trabajo interdisciplinario de cirujanos, anestesistas y hemoterapeutas (8)(13)(14)(15)(16)(17).

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente

(1) Procedimiento clínico de la Transfusión Autóloga. Clínica de Anestesiología del Hospital de Rehabilitación de Ulm. *Anästhesiologie und Intensiv Medizin*, 28: 235 - 241. 1987

(2) OMS - WHO Iniciativa mundial para la seguridad hematológica. Pautas para la utilización adecuada de sangre. - CPA / INF. 89-18

(3) Transfusion Medicine Issues in the Practice of Anesthesiology. *Transfusion Medicine Reviews*. Vol. IX, (Nº 1): 60-78, 1995

(4) Alternativa de Transfusión Autóloga en la paciente quirúrgica electiva. *Revista Cubana. Cir.* 36 (3). pag. 197-201, 1997.

(5) Simposio II Congreso Iberoamericano de Anestesiología. La Habana. Cuba. Octubre 1995.

(6) Manual Técnico AABB. 2ª Edición. 1996

(7) A Review of Presurgical Autologous Blood Donation by High-Risk Patients. *Transfusion Medicine Reviews*. Vol. VIII. (3 July), 1994.

(8) Guidelines for blood salvage and reinfusion in surgery and Trauma. AABB. 1993

(9) Annual Meeting Scientific Program. American Academy of Orthopedic Surgeons February 1990.

(10) The Use of Autologous Blood. The National Blood Resource Education Program Expert Panel. *JAMA*. Vol. 263. (3), January 19, 1990.

(11) Conservation of Blood During Cardiovascular Surgery. *The American Journal of Surgery*. Vol. 170. (6, A Suppl December), 1995.

(12) Alternativa de Transfusión Autóloga en la paciente quirúrgica electiva. *Revista Cubana. Cir.*; 36 (3): 197-201, 1997

(13) Emergency autotransfusion in hypovolemia. Blansfield. 1990.

(14) Symbas P-Extraoperative autotransfusion from hemothorax. *Surgery*, 1978.

(15) Ozmen, V. ; Mc Swain, N.E. Jr. ; Nichols, R.L. ; et. al. Autotransfusion of potentially culture positive blood in abdominal trauma : Preliminary data from a prospective study. *J. Trauma*. 32 : 36 _ 9, 1992

(16) Jacobs, L.M ; Hsieh, J.W. A clinical review of autotransfusion and its role in trauma. *JAMA*, 251 : 3283-3287, 1984.

(17) Timberlake, G.A. ; Mc Swain, N.E. Autotransfusion of blood contaminated by enteric contents : A potentially lifesaving measure in the massively hemorrhaging trauma patient ? *J. Trauma*, 28 : 855-857, 1988.

Alvarez (HECA) es un centro de derivación regional de alta complejidad, que recibe pacientes con patología referente a trauma, emergencia y otras, para lo cual cuenta con 7 consultorios de guardia, 4 quirófanos y 133 camas (12 para Unidad de Cuidados Intensivos, 6 para Unidad Coronaria y 115 camas para internación general). Consideramos de vital importancia proveer hemo-componentes cuali y cuantitativamente adecuados a aquellos pacientes que ingresen con severas lesiones cuyas pérdidas sanguíneas requieran rápido tratamiento, sin embargo el hecho de brindar la alternativa del uso de sangre autóloga constituye, ante la emergencia, un desafío para el equipo interdisciplinario, ya que conlleva una forma de decisión rápida pero que a la vez procure ser efectiva.

Objetivos

-Demostrar la factibilidad de realizar RIO de sangre en cirugías de emergencia.

-Comprobar la eficacia de la RIO para restringir la transfusión de sangre homóloga (13), en pacientes que en condiciones de emergencia han perdido más del 20% de la volemia estimada,

-Corroborar que los riesgos de emplear la RIO de sangre en situaciones quirúrgicas de emergencia son menores que los beneficios que de ella derivan.

Material y métodos

Fueron evaluados en el periodo comprendido entre febrero de 1994 y febrero de 1998 los pacientes que ingresaron al área de guardia del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez de la Ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe, con traumatismos de diversa etiología donde fue evaluada la intervención quirúrgica y la transfusión de sangre de urgencia.

Al ingreso del paciente, el equipo médico del Area de Emergencias Primarias realizó la evaluación general, maniobras diagnósticas y terapéuticas según las normas de cursos ATLS del Comité de Trauma del American College of Sur-

geons asegurando la permeabilidad de las vías aéreas, accesos vasculares, evaluación cardiovascular, reposición de volumen con control de hemorragias y evaluación neurológica (18).

En casos de traumatismo toracoabdominal se realizó ecografía inmediata para determinar la presencia de líquidos en cavidades, lesión de vísceras macizas y posibilidad de ruptura de vísceras huecas.

Según la estabilidad hemodinámica del paciente también se pudo realizar Tomografía Axial Computada y lavado peritoneal para completar el diagnóstico.

Ante la presencia de líquido cavitario con predicción de sangrado de más de 1000 mL, sin probable contaminación bacteriana, el cirujano de guardia, junto al médico del Servicio de Medicina Transfusional evaluaron la indicación de RIO. En este procedimiento se utilizó un procesador celular que se trasladó al quirófano en el momento requerido. (Equipamiento : Procesador celular DIDECO STAT).

Se procedió en los casos indicados a realizar la succión de sangre del campo operatorio, utilizando como anticoagulante ACD-A en una proporción aproximada de 1 mL para 10 mL de sangre recuperada, y se lavó el líquido recolectado con 1000 mL de solución fisiológica estéril. Se programó en el equipo una presión negativa de aspiración entre 80 y 100 mm de mercurio. Los pacientes fueron monitoreados intraquirúrgicamente por el Servicio de Anestesiología mediante electrocardiografía, medición de tensión arterial, presión venosa central, flujo urinario, hematocrito y gases en sangre. En caso de registrar hipotensión severa sin respuesta a la reinfusión de expansores plasmáticos como poligelinas, dextran u otros, aumento de la frecuencia cardíaca detectada por monitoreo, disminución de la saturación arterial de oxígeno o sangrado incoercible, fue indicada la transfusión de hemocomponentes homólogos.

Resultados

En el período comprendido entre febrero de 1994 a febrero de 1998 ingresaron a la guardia

(18) Manual de Trauma. Comisión de Trauma de la Asociación Argentina de Cirugía.

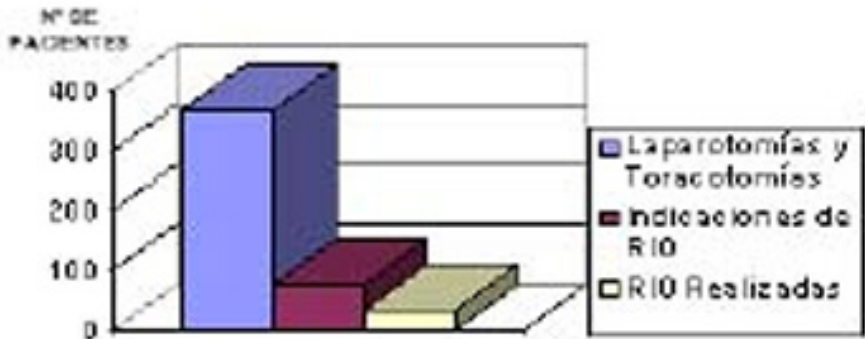
del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez 39304 pacientes con traumatismos de diversas etiologías, de los cuales 345 requirieron laparotomía de urgencia y 20 toracotomía. De los 365 pacientes intervenidos, 78 tuvieron probable indicación de RIO, pero en sólo 31 de ellos se realizó la misma (40%) y en los 47 restantes (60% de 78) no se llevó a cabo por falta de precisión diagnóstica en la emergencia, interconsulta tardía con el hemoterapeuta o desconocimiento de los riesgos y / o beneficios del método en este tipo de situaciones.

Además hubo períodos en que no se contó con material descartable y otro de 8 meses en el cual la máquina no funcionó por desperfectos

técnicos.

De los 31 pacientes a los que se les practicó RIO, 22 (71%) fueron varones y 9 (29%) mujeres. La edad promedio fue 21 años (rango entre 15 y 63 años). Del total de los hemoperitoneos registrados, 12 correspondieron a rupturas esplénicas, 6 a rupturas hepáticas, 5 a causas ginecológicas y 1 a traumatismo de pelvis. Los hemotórax se debieron a heridas por arma de fuego en aorta ascendente, en corazón y herida por arma blanca en corazón. Los 4 casos restantes correspondieron a 3 pacientes con by pass aortobifemoral y 1 con laceración de carótida por herida de arma de fuego.

Gráfico 1



Cuadro 1

HEMOPERITONEO
(24 casos = 77%)

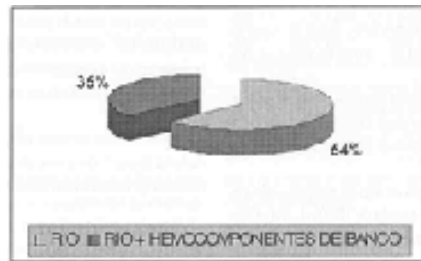
HEMOTORAX
(3 casos = 10%)

Otras
(4 casos = 13%)

Traumatismo de pelvis (1 caso)
Ruptura hepática (6 casos)
Ruptura esplénica (12 casos)
Ginecológicas (5 casos)
HAF aorta ascendente (1 caso)
HAB corazón (1 caso)
HAF corazón (1 caso)
By Pass Aortobifemoral (3 casos)
HAF laceración carotida (1 caso)

HAF:
Herida de Arma de fuego
HAB:
Herida de Arma Blanca

Gráfico 2



El volumen de suspensión de hematíes lavados reinfundidos promedio fue de 979 mL con un rango que osciló entre 500 y 3000 mL. Excluyendo 3 casos (3/31=9%) en los que no se reinfundió el producto obtenido (2 casos de por recolección escasa y 1 por víscera hueca rota) el promedio se eleva a 1084 mL por paciente. De los 31 pacientes, 20 (64%) no requirieron transfusiones homólogas intraquirúrgicas y 11 (36%) requirieron además de sangre autóloga, hemocomponentes de banco. Este último grupo de pacientes presentó pérdidas sanguíneas severas con compromiso hemodinámico desde el ingreso a la guardia.

Seis de los 31 pacientes fallecieron, 2 intraquirúrgicamente y 4 en el postoperatorio inmediato (antes de las 48 horas posteriores a la cirugía), por causas inherentes a su situación patológica de base. En 1 paciente se constató anomalías de la coagulación durante el postoperatorio, comprobándose que las mismas estaban relacionadas a hepatopatía previa. En el resto de los pacientes no se detectaron efectos indeseables, derivados de la RIO.

Comentarios

Las indicaciones de la RIO de sangre en cirugías de emergencia que consideramos son hemotórax, hemoperitoneo sin ruptura de víscera hueca y heridas vasculares que comprometan otras regiones corporales. La etiología de las lesiones es diversa, heridas por arma de fuego, arma blanca, laceración o desgarramiento de órganos

macizos por traumatismo cerrado, ruptura espontánea de embarazo ectópico y de grandes vasos (19).

Se suspende la reinfusión de la sangre rescatada cuando se verifica que el líquido se encuentra con contaminación bacteriana, no detectada por los procedimientos diagnósticos previos (ecografía, tomografía axial computada, lavado peritoneal), o si el paciente presenta enfermedad hematológica (leucemia, mielodisplasia, anemia de células falciformes, otras) o diseminación neoplásica en la zona quirúrgica (3).

Actualmente se discuten algunas contraindicaciones como la contaminación del campo operatorio por lesión intestinal o infección del sitio de aspiración de sangre, la presencia de células malignas detectadas previamente, así como la presencia de fluido amniótico, orina, materia fecal, bilis, enzimas pancreáticas (20).

La reinfusión de sangre recuperada del campo operatorio se asocia a una serie de efectos indeseables potenciales, a saber(8)(10)(21):

- hemólisis por presión de aspiración mayor a 100 mm de mercurio o grandes turbulencias debido a la mezcla de sangre con aire durante la succión.

- presencia elevada de hemoglobina libre o estromas celulares por lavado inadecuado, con posible lesión renal.

- coagulopatía dilucional o por déficit previo de factores de la coagulación (hepatopatía previa).

- embolia de aire por inconvenientes técni-

(19) Stepic V. B et al. Autotransfusion in thoracic war wounds. Journal of Emergency Surgery and Intensive Care. 4. (19): 221-223, 1996

(20) Intraoperative Blood Salvage : Medical Controversies. Transfusion Medicine Reviews. Vol. IV, (3 July): 208-235, 1990

(21) Intraoperative Autologous Transfusion. Mayo Clin. Proc. February 60, 1985

cos y embolia grasa.

-sepsis o diseminación de tumores malignos por contaminación del campo quirúrgico con bacterias o células malignas.

Los riesgos asociados a la transfusión, a punto de partida en los problemas relacionados con las enfermedades de transmisión transfusional así como las dificultades crecientes en la disponibilidad de hemocomponentes por las dificultades en el reclutamiento de donantes de sangre, constituyen la principal razón para que se produzcan planteos alternativos acerca de métodos y técnicas de ahorro de sangre fundamentalmente en intervenciones que implican grandes pérdidas.

El hecho de que todo el personal médico, técnico y enfermeras participantes posean un buen conocimiento de los diferentes procedimientos y metodologías de Autotransfusión conlleva a resultados favorables considerando la ejecución de esquemas de trabajo o protocolos establecidos (4).

Resulta de especial interés comentar consideraciones acerca del costo/beneficio, aunque todavía permanece controvertido. En general se indica que es costo/efectiva a partir de la reinfusión de al menos 2 unidades (21)(22). También interesa considerar el costo por morbilidad debido al uso de sangre homóloga en comparación al uso de sangre autóloga, ya que en este último caso es fundamental la evaluación correcta del paciente candidato. En nuestra experiencia, considerando que un 64% (20/31) de pacientes en los que se realizó RIO en emergencia, se autoabasteció y en el 36 % restante (11/31), a pesar de haber requerido sangre homóloga, se evitó la transfusión masiva, habiéndose recuperado en la mayoría más del 20% de su volemia, con ausencia de complicaciones, resultó ser costo/efectiva.

La experiencia de otros grupos que trabajaron en trauma, no parece ser alentadora, ya que observaron en más del 60 % de los casos inadecuada recuperación de sangre, contaminación por lesión intestinal y muerte antes de la rein-

fusión (23). Respetar el algoritmo de inclusión para ingresar al protocolo de RIO es un punto clave a partir del cual se reflejan los resultados. Pulir las especificaciones técnicas, en base a la permanente comunicación del equipo interviniente, en nuestro caso cirujano-anestésista-hemo-terapeuta, minimiza los riesgos y aumenta la eficacia del procedimiento.

Conclusiones

La Recuperación Intraoperatoria de sangre es factible de ser realizada en pacientes que requieren cirugías de emergencia, habiendo consensuado la indicación en base a protocolos establecidos.

Se registra una reducción del 64%, de los pacientes que requirieron sangre homóloga, autoabasteciéndose con la propia sangre, ante pérdidas de más de 1000 mL. El resto de pacientes utilizó hemocomponentes de banco además de la sangre autóloga, evitando la transfusión masiva.

No se detectaron efectos indeseables que deriven directamente de la RIO. El único caso en que se registraron trastornos de la coagulación, estuvo relacionado a hepatopatía previa del paciente (insuficiencia hepática por alcohol).

(22) Henaiz, A. P. Consideraciones sobre la Recuperación Intraoperatoria de Sangre. Rev. Arg. Transfusión. Vol. XVIII. (2), 1992

(23) Autotransfusion in Trauma. A Pragmatic Analysis. The American Journal of Surgery. 148, 1984.

La creación de Teoría: una reciente aplicación de la GROUNDED THEORY(1)

Pandit, N.R.

Resumen

En este artículo, Naresh R. Pandit² muestra un abordaje particular a la teoría construccionista³ empleada en su reciente proyecto de investigación doctoral (Pandit, 1995). Tres aspectos usados en conjunción indican la novedad del proyecto: 1. la sistemática y rigurosa aplicación del método de la Grounded Theory (GT)⁴; 2. el uso de una base de datos computarizada on-line⁵ como fuente primaria de datos; 3. el uso de un software de análisis cualitativo de datos para ayudar al proceso de la construcción de la G.T. En la próxima sección se repasan los elementos de la GT; a continuación se ofrece una detallada descripción de los procedimientos y lógica de la construcción de la GT tal como se emplea en este proyecto. Luego se revisa la teoría gene-

rada de la crisis organizacional⁶ y finalmente se presenta una reflexión sobre la experiencia de investigación⁷.

Summary

This paper outlines a particular approach to building theory that was employed in a recent doctoral research project (Pandit, 1995). Three aspects used in conjunction indicate the project's novelty: firstly, the systematic and rigorous application of the grounded theory method; secondly, the use of on-line computerised databases as a primary source of data; and, thirdly, the use of a qualitative data analysis software package to aid the process of grounded theory building

1- Traducción: Dr. Paradiso J. C. y Psic. Meneghini B. Este trabajo se ha traducido con la aprobación del profesor Pandit, a quien le agradecemos su deferencia. (1996): The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method¹. The Qualitative Report, Volume 2, Number 4, December, 1996 www.nova.edu/ssss/QR/QR2-4/pandit.html

2- Naresh R. Pandit, MSc, PhD, Catedrático en Economía en Manchester Business School. E-mail N.Pandit@fs2.mbs.ac.uk

3- Orig.: building theory

4- Grounded Theory deberá traducirse como "Teoría en tierra" o, menos literalmente, como teoría basada en los datos. Pero es muy frecuente usar directamente la expresión inglesa, o su abreviatura (GT) que es lo que proponemos en este trabajo.

5- En castellano puede traducirse por "tiempo real" aunque muchas veces es usado en el idioma original

6- La expresión en inglés (corporate turnaround) no tiene una traducción literal, indicando una caída o rodada de la organización o colectivo. Hemos traducido por "crisis", pero observando que se trata de procesos prolongados y graves.

7- A pesar de que la investigación toma un ejemplo de gestión de empresas (management) resulta útil en cuanto describe con detalles la Grounded Theory actualizada, además de su similitud con los problemas de gestión en las instituciones de salud.

Introducción

El principal objetivo de este artículo es revelar cómo se aplica el estilo de investigación cualitativa conocido como "abordaje de Grounded Theory (GT)" a un proyecto de investigación (Pandit, 1995) que intentó generar un encuadre teórico de crisis organizacional. Dos objetivos auxiliares son: a) valorar la utilidad de la base de datos computarizada on-line como una fuente primaria de datos para este tipo de investigación y b) valorar en qué medida el software QDA (Análisis de Datos Cualitativos computarizados) puede ayudar en este tipo de investigación.

Los elementos de la GT

Los tres elementos básicos de la GT son los conceptos, las categorías y las proposiciones.

Los conceptos son las unidades básicas de análisis, dado que la teoría se desarrolla a partir de la conceptualización de datos, no de los datos reales en sí mismos. Según Corbin & Strauss (1990, pag 7):

"Las teorías no pueden construirse con los incidentes o actividades reales, tal como son observados o informados, es decir, a partir de los datos "crudos". Los incidentes, eventos, hechos, son tomados o analizados como potenciales indicadores de los fenómenos, a los cuales se les da por lo tanto etiquetas o rótulos conceptuales. Si un encuestado dice al investigador: «Cada día yo distribuyo mis actividades a lo largo de la mañana, descansando entre que me afeito y me baño» luego el investigador podría etiquetar este episodio como "moviéndose sin apuro". Cuando el investigador encuentra otros incidentes y después los compara con el primero, si ellos se parecen a este mismo fenómeno, por lo tanto éstos también pueden ser etiquetados como "moviéndose sin apuro". Sólo comparando incidentes y nombrando similares fenómenos con el mismo término, puede el teórico acumular las unidades básicas para la teoría".

El segundo elemento de la GT, las categorías, son definidas por los mismos autores como: "Las categorías son superiores en nivel y más

abstractas que los conceptos que representan. Son generadas a través del mismo proceso analítico - hacer comparaciones para resaltar las semejanzas y diferencias - usado para producir conceptos de menor nivel. Las categorías son las piedras fundantes del desarrollo de la teoría. Ellas proveen los medios a través de los cuales puede integrarse la teoría. Podemos mostrar cómo el agrupamiento de conceptos forma categorías, con el ejemplo presentado más arriba. Además del concepto de "moviéndose sin apuro" el analista podría generar los conceptos de "autome - dicándose", "descansando", "cuidando la dieta". Mientras codifica, el analista puede notar que, a pesar de que estos conceptos son diferentes en cuanto a su forma, parecen representar actividades dirigidas hacia un proceso similar: mantener una enfermedad bajo control. Ellas podrían ser agrupadas bajo un encabezamiento más abstracto, la categoría: "Autoestrategias para controlar la enfermedad".

El tercer elemento de la GT son las proposiciones que indican relaciones generalizadas entre una categoría y sus conceptos y entre categorías separadas. Este tercer elemento fue originalmente denominado "hipótesis" por Glaser y Strauss (1967). Se piensa que el término "proposiciones" es más apropiado como lo puntualiza Whetten (1989), ya que las proposiciones comprenden relaciones conceptuales, mientras que las hipótesis requieren relaciones mensurables. Dado que la GT produce relaciones conceptuales pero no mensurables, el término proposiciones es preferible.

La generación y desarrollo de conceptos, categorías y proposiciones es un proceso interactivo. La GT no es generada a priori y luego verificada. Más bien: "inductivamente se deriva del fenómeno que representa. Esto es: se descubre, desarrolla y provisionalmente se verifica durante la recolección sistemática de datos y el análisis de los datos que pertenecen al fenómeno estudiado. Por lo tanto, la recolección de datos, análisis y teoría deberían sostenerse en recíprocas relaciones⁸. Uno no comienza con una teoría y luego la prueba. Más bien, uno comienza con un

8- En una traducción de un trabajo anterior de Glaser y Strauss (1967) se califica ello como "muestreo teórico"... "proceso de recolección de información controlado por la teoría emergente...". Creemos que mejor traducción en nuestro idioma sería: "Muestreo guiado teóricamente o "muestreo basado en la teoría" (nota del traductor).

área de estudio y se permite que emerja lo que es relevante para esa área". (Strauss & Corbin, 1990)

El proceso de la construcción de la GT

Analíticamente se han identificado 5 fases en la construcción de la GT (no estrictamente secuenciales):

- diseño de la investigación
- recolección de datos
- ordenamiento de los datos
- análisis de los datos
- confrontación con la literatura

Dentro de estas fases, se siguieron 9 procedimientos o pasos⁹. Estas fases y pasos fueron evaluados según cuatro criterios de calidad en investigación:

-validez del constructo: la cual aumenta especificando claramente los procedimientos operacionales.

-validez interna: aumenta estableciendo relaciones causales en donde ciertas condiciones muestran conducir a otras condiciones, distinguiéndolas de relaciones espúreas. En este sentido la validez interna conduce a la credibilidad del "verdadero valor" de los hallazgos del estudio.

-validez externa: requiere establecer claramente el dominio en el cual los hallazgos del estudio pueden ser generalizados. Aquí la referencia se hace a una generalización analítica y no estadística y requiere extrapolar un grupo determinado de hallazgos a una teoría más amplia y no a una población más amplia.

-confiabilidad: requiere demostrar que las operaciones de un estudio, tales como los procedimientos de recolección de datos pueden ser repetidas con los mismos resultados.

La Tabla 1 provee una revisión de estas fases, pasos (o escalones) y tests y sienta las bases para la discusión subsiguiente, que va desde un informe normativo o prescriptivo de activida-

Fase	Pasos	Actividad	Lógica
Diseño de la investigación	1- Definición del problema de investigación	Revisión de literatura técnica. Definición de constructos a priori.	Focaliza esfuerzos. Descarta variaciones irrelevantes y agudiza la validez extrema.
	2- Selección de casos	Muestreo teórico (guiado por los datos), no aleatorio.	Focaliza esfuerzos en casos teóricamente útiles (ej.: que sirven de test o para extender la teoría)
Recolección de datos	3- Desarrollo de un protocolo riguroso de recolección de datos	* Crear base de datos para estudio de casos * Emplear múltiples métodos de recolección de datos * Datos cualitativos y cuantitativos	* Aumenta la confiabilidad, mayor validez del constructo * Fortalece raíces de la teoría por triangulación de la evidencia. Aumenta validez interna
	4- Abordando el campo	* Imbricar colección de datos y análisis * Métodos flexibles y oportunistas de recolección	* Acelera análisis y revela los ajustes que ayudarán en recolección * Permite aprovechar temas emergentes y rasgos únicos del caso
Ordenamiento de datos	5- Ordenando los datos	* Disponer los eventos en forma cronológica	* Facilita un análisis de datos más precoz * Permite examinar los procesos
Análisis de datos	6- Analizando datos relativos al primer caso	* Codificación abierta * Codificación axial * Codificación selectiva	* Desarrolla conceptos, categorías y proposiciones * Desarrolla conexiones entre una categoría y sus subcategorías * Integra categorías para construir el marco teórico
	7- Muestreo guiado por datos	* Replicación literal y teórica a través de casos (ir a paso 2- hasta saturación teórica)	* Todas las formas de codificación aumentan la validez externa * Confirma, extiende y agudiza el marco teórico

9- En el total de 5 fases, existen 9 pasos: 2 en la primera fase, 2 en la segunda, 1 en la tercera, 3 en la cuarta y 1 en la quinta: se muestra más claramente en la tabla 1 (nota del traductor)

des recomendadas hacia un informe descriptivo de cómo estas prescripciones son aplicadas en el estudio.

Fase de diseño de la investigación

Es definida por Easterby-Smith et al (1990) como: la configuración global de una pieza de investigación: qué clase de evidencia se obtiene, de dónde, y cómo esta evidencia es interpretada con miras a proveer buenas respuestas a el (o los) problema(s) básico(s) de la investigación¹⁰.

1º paso. Definir problemas:

Lógicamente, el primer paso es definir las preguntas básicas de investigación. Éstas deberían ser definidas en forma suficientemente delimitada, de modo que la investigación pueda focalizarse y suficientemente amplia en forma como para permitir la flexibilidad y el serendipismo¹¹.

Una buena fuente de preguntas de investigación en los estudios de GT es la "literatura técnica" (es decir informes de estudios de investigación y escritos teóricos y filosóficos característicos de la profesión y disciplina en el área problemática general) (Strauss y Corbin, 1990).

2º paso. Selección de casos:

Una vez generadas las preguntas básicas y focalizada la investigación, el próximo aspecto del diseño de investigación y el segundo paso es seleccionar el primer caso. Los casos son las principales unidades de datos en esta investigación; deberían ser seleccionados de acuerdo con el principio de muestreo guiado teóricamente:

"El proceso de recolección de datos para generar teoría ... (es aquél) por medio del cual el analista a la vez recolecta, codifica y analiza sus datos y decide qué datos coleccionar después y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que ella emerge" (Glaser y Strauss, 1967, p 45).

De acuerdo a ello, a diferencia del procedimiento utilizado en las investigaciones cuantita-

tivas, el muestreo guiado teóricamente no puede ser planeado antes de embarcarse en un estudio con la GT. Las decisiones específicas del muestreo evolucionan durante el mismo proceso de investigación (Strauss y Corbin, 1990).

Durante la colección inicial de datos, cuando las principales categorías están emergiendo, es necesaria una completa profunda cobertura de los datos. Subsecuentemente, el muestreo requiere solamente recolectar datos en categorías, para el desarrollo de las propiedades y proposiciones. El criterio para juzgar cuándo parar el muestreo, es la "saturación de la categoría o saturación teórica"¹². Glaser y Strauss (1967, p 65) con ello se refieren a la situación en la cual: "No se están encontrando datos adicionales por los cuales el investigador puede desarrollar propiedades de la categoría. Cuando el encuentra similares instancias una y otra vez, el investigador adquiere empíricamente la confianza de que una categoría está saturada, no quedando nada más que continuar con nuevos grupos para buscar datos en otras categorías, e intentar saturar también estas categorías".

Salta a la vista una calificación, por el hecho de que no todas las categorías son igualmente relevantes, y de acuerdo con ello, la profundidad de la búsqueda en cada una no debería ser la misma. Como regla general, las categorías nucleares¹³, aquellas que tienen el poder explicativo mayor, deberían ser saturadas tanto como sea posible. Una teoría está saturada cuando ella es estable al enfrentar nuevos datos y rica en detalles.

El muestreo guiado teóricamente se traslada en términos prácticos en dos eventos de muestreo. Uno es la selección del caso inicial y, sobre la base del análisis de los datos obtenidos de ese caso, y de la consiguiente teoría emergente, son seleccionados los casos adicionales.

El caso inicial (unidad de datos) en este estudio fue la literatura técnica sobre el tema crisis organizacional. Strauss y Corbin (1990, p52) sostienen este abordaje: "La literatura puede ser usada como fuente secundaria de datos.

10- En inglés question puede ser traducido como pregunta, pero aquí sería más correcto hablar de problema

11- Serendipity: permitir encontrar cosas que no se buscaban originalmente, como "por azar" (Nota de JCP)

12- Véase paso 8

13- (Core categories en inglés)

Las publicaciones de investigación a menudo incluyen material textual de entrevistas y notas de campo y estas publicaciones pueden ser usadas como fuentes secundarias de datos para vuestros propios propósitos. Las publicaciones también pueden incluir materiales descriptivos concernientes a eventos, acciones, contexto y perspectivas de los actores, que pueden ser usadas como datos usando los métodos descritos".

El análisis del primer caso (obtenido de la literatura) desde la GT condujo a la generación del primer marco teórico de la crisis organizacional. Casos adicionales ("empíricos") fueron luego seleccionados, uno por vez, para verificar y extender este marco.

Para recapitular, de acuerdo con el principio del muestreo basado teóricamente, cada caso adicional debería servir a propósitos específicos dentro de la mira general de la investigación. Estas opciones son identificadas por Yin (1989, 53-54):

- elija un caso para llenar las categorías teóricas, para extender la teoría emergente y/o,
- elija un caso para replicar previos caso (s) para verificar la teoría emergente, o
- elija un caso que sea el polo opuesto para extender la teoría emergente

Lógicamente, esto implica que cada caso adicional debe ser cuidadosamente seleccionado de manera que produzca resultados similares (una replicación literal: opciones (a) y (b) expresadas más arriba) o bien produzca resultados contrarios pero por razones predecibles (una replicación teórica: opción (c) de más arriba).

El segundo caso o unidad de datos, la compañía Fisons, que experimentó una crisis durante el período 1975-84, fue seleccionado con el propósito de replicación literal, esto es, para saturar las categorías teóricas y para verificar la teoría emergente. El tercer caso, British Stoll Corporation (BSC) que experimentó una crisis durante el período 1975-89 fue otra vez elegido con propósitos de replicación literal.

Después del análisis de los tres casos, el mejoramiento marginal del marco teórico fue

pequeño. Lograda la saturación teórica vía replicación literal se tomó la decisión de concluir la investigación. Esta experiencia es corroborada por Martin & Turner (1986, p 149) que afirman: "Cuando tres de cuatro conjuntos de datos hayan sido analizados, la mayoría de los conceptos útiles se descubrirán".

Fase de recolección de datos

3º paso. Desarrollo de un protocolo de recolección:

El abordaje de la GT preconiza el uso de múltiples fuentes que convergen en el mismo fenómeno y llama a ello "cortes"¹⁴ de datos. Glaser & Strauss (1967, p 65) establecen:

"En el muestreo guiado, ninguna clase de datos sobre una categoría ni ninguna técnica para su recolección es necesariamente apropiada. Diferentes clases de datos dan al analista diferentes visiones o miradas desde las cuales comprender una categoría y desarrollar sus propiedades; a esas diferentes visiones le hemos llamado cortes de datos. Mientras el investigador puede usar una técnica de recolección de datos primariamente, el muestreo teórico para saturación de una categoría permite una investigación multifacética, en la cual no hay límites para las técnicas de recolección de datos, la forma en que ellas son usadas o los tipos de datos adquiridos."

Similarmente, Eisenhardt (1989, p 538) afirma: "... una investigación de estudio de casos puede comprometer datos sólo cualitativos, sólo cuantitativos, o ambos ... Más aún, la combinación de tipos de datos puede ser altamente sinérgica."

Se asume que la sinergia (o "triangulación de datos") funciona como sigue: los datos cuantitativos pueden indicar directamente relaciones observables y corroborar los hallazgos de los datos cualitativos. Los datos cualitativos pueden ayudar a comprender la lógica de la teoría y las relaciones subyacentes.

El uso de fuentes de múltiples datos, por lo tanto, aumenta la validez y confiabilidad del constructo. Esta última es aún mayor a través

14- (Slices of data). Una traducción literal sería "tajadas". Indica que son deseables diferentes cortes, diferentes puntos de vista acerca del objeto de estudio.

de la preparación de una base de datos de los casos de estudio, que es una reunión formal de evidencias claras obtenidas del informe del estudio de casos. Yin (1989, 98-99) afirma: "Cada proyecto de caso de estudio debería conducir a desarrollar una base de datos formal, recuperable, de manera que en principio, otros investigadores puedan revisar la evidencia directamente, y no limitarse a los informes escritos. De esta manera, la base de datos incrementará marcadamente la confiabilidad de todo un caso de estudio (agregado el énfasis).

En resumen, el tercer paso es desarrollar un protocolo de recolección de datos riguroso, a través del empleo de múltiples métodos de recolección de datos, usando ambos tipos de datos - cualitativos y cuantitativos - y estableciendo sistemáticamente una base de estudio de casos.

4º paso. Abordando el campo

La principal fuente de datos en este estudio para los dos casos "empíricos" (Fisons y BSC) fue material de archivo en la forma de informe de diarios, revistas de negocios, publicaciones del gobierno, revisiones, documentos anuales de la compañía y diversos informes de prensa. Estos datos fueron extraídos en forma computarizada (archivos ASCII) a partir de Reuter Textline y base de datos Predicasts PROMT15.

Hay más de 600 fuentes de información activa que contribuyen a Reuter Textline, de las cuales 200 son fuentes primarias y más de 400 son fuentes asociadas provistas por contribuyentes de tercer grado. El material inicial de Reuter Textline data de 1980. Predicasts es la más grande fuente de información sobre negocios on line dentro de su tipo. La familia de bases de datos complementarios de Predicasts contiene más de 5.000.000 de resúmenes de artículos, previsiones, series estadísticas y registros de texto completo provenientes de un amplio rango de negocios, industria y fuentes gubernamentales. El material más temprano de PROMT se remonta a 1975.

De la lectura de un escrito de Turner (1983, p.342) nació la idea de desarrollar Grounded Theory a partir de este tipo de datos. En aquél

proyecto de investigación, "...las fuentes documentales fueron tratadas como grupos de notas de campo. El análisis y la generación de categorías fue comenzado con el primer párrafo del informe, y se generó un marco teórico que podría manejar los aspectos percibidos como de interés en cada párrafo".

La base de datos de casos de estudio fue construida dentro del paquete de software para análisis de datos cualitativos, llamado ATLAS. Una discusión completa de los procedimientos seguidos se provee.

El cuarto paso fue, por lo tanto, asegurar que los datos fueran colectados y analizados simultáneamente y que se mantenga la flexibilidad. Esta imbricación permite realizar ajustes al proceso de recolección de datos, a la luz de los hallazgos emergentes. Eisenhardt describe esta flexibilidad como "oportunisto controlado".

Fase de ordenamiento de datos

5º paso. Ordenar los datos:

El quinto paso es ordenar los datos. Siguiendo a Yin (1989, p. 119) los datos para los dos casos "empíricos" fueron ordenados cronológicamente: La alineación de eventos en forma cronológica permite al investigador determinar eventos causales a través del tiempo, porque la secuencia básica de una causa y su efecto no puede ser invertida temporalmente. No obstante, a diferencia de otros abordajes más generales seriados de acuerdo al tiempo, la cronología (en nuestro caso) es probable que cubra muy diferentes tipos de variables y no estar limitada a una variable singular independiente o dependiente.

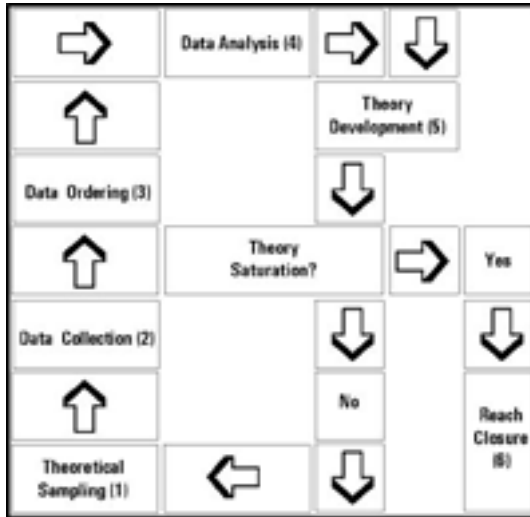
Fase de análisis de datos

6º paso. Analizando datos del caso:

Una vez que los datos han sido ordenados, el sexto paso es analizarlos. Esta fase es central para la construcción de la investigación en la GT. Para el estudio como un todo, la colección de datos, su ordenamiento, y el análisis están interrelacionados como se aprecia en la figura 1:

15- Sigla que significa: Predicasts Overview of Markets and Technology (nombre comercial)

Figura 1: Los procesos interrelacionados de la recolección, ordenamiento y análisis de datos para construir la G. T.



Dentro de este marco general, el análisis de datos para cada caso incluyó la generación de conceptos a través del proceso de codificación, que:

... representa las operaciones por los cuales los datos son desagregados, conceptualizados y puestos nuevamente juntos en nuevas formas. Es el proceso central por el cual las teorías son construidas a partir de los datos (Strauss & Corbin, 1990, p. 57)

Hay tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. Son tipos analíticos, de una secuencia no estricta. Por lo tanto, no necesariamente se debe pensar que el investigador se mueve en una forma estrictamente consecutiva desde la forma abierta, a través de la axial, hasta la selectiva.

La codificación abierta se refiere a aquella parte del análisis que tiene que ver con los rótulos (o etiquetas) y categorizaciones de los fenómenos como está indicado por los datos. El producto de rotular y de categorizar son los conceptos - los ladrillos básicos de la construcción en la GT.

La codificación abierta requiere aplicación

de lo que es conocido como "método comparativo", esto es, la formulación de preguntas y la realización de comparaciones. Los datos son inicialmente desagregados por medio de preguntas simples tales como qué, donde, cómo, cuando, cuánto, etc. Subsecuentemente, los datos son comparados y similares incidentes son reunidos y agrupados, dándoles el mismo nivel conceptual. El proceso de agrupar conceptos a un nivel más alto, más abstracto, es llamado categorización.

Mientras que la codificación abierta fractura los datos en conceptos y categorías, la codificación axial pone esos datos otra vez juntos de otras maneras diferentes, al establecer conexiones entre una categoría y sus subcategorías¹⁶. Quiere decir que la codificación axial se refiere al proceso de desarrollar las categorías principales y sus subcategorías.

La codificación selectiva comprende la integración de las categorías que han sido desarrolladas para formar el marco teórico inicial.

En primer lugar, se genera o se hace explícita una línea de historia¹⁷. Cuando es analizada, la línea histórica se convierte en la categoría

16- (esto es, no entre categorías discretas, lo que se hace en la codificación selectiva)

17- Una historia es simplemente una narración descriptiva acerca del fenómeno central, mientras que una línea histórica es la conceptualización de esta historia, efectuando abstracciones.

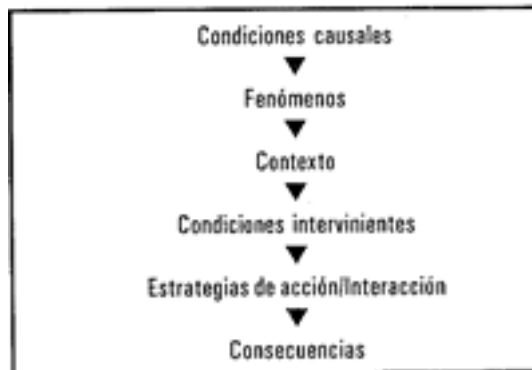
nuclear:

La categoría nuclear debe ser el sol, estando en relaciones sistemáticamente ordenadas con sus planetas (Strauss & Corbin, 1990, p. 124).

Las categorías subsidiarias están relacionadas a la categoría nuclear de acuerdo con el modelo del paradigma, cuyo propósito básico es habilitar al investigador a pensar sistemáti-

camente acerca de sus datos y correlacionarlos de manera compleja. La idea básica es proponer asociaciones y mirar a los datos para validación (moverse entre formular preguntas, generar proposiciones y hacer comparaciones). Los rasgos básicos del modelo son desarrollados en la figura 2:

Figura 2: El modelo del Paradigma



-La categoría nuclear (esto es la idea, evento o suceso central) es definida como el fenómeno. Otras categorías son luego relacionadas a esta categoría nuclear de acuerdo con el esquema.

-Las condiciones causales son los eventos que conducen al desarrollo del fenómeno.

-Contexto se refiere al conjunto de condiciones particular.

-Condiciones intervinientes, se refiere a un conjunto de condiciones más amplio, en los que el fenómeno es acunado.

-Las estrategias de acción/interacción se refieren a las acciones y respuestas que se generan como resultado del fenómeno.

-Finalmente, se consideran consecuencias a los efectos, ya sea buscados o no queridos de estas acciones y respuestas.

Una actividad importante durante la codificación es escribir memos. Corbin & Strauss (1990, p.10) sostienen que:

Escribir memos teóricos es una parte integral de la confección de la GT. Dado que el analista no puede guardar en su memoria todas las categorías, propiedades, hipótesis y preguntas generadoras que evolucionan durante el proceso analítico, tiene que haber un sistema para hacerlo. Tal sistema consiste en el uso de memos. Los memos no son simplemente "ideas". Ellos están involucrados en la formulación y revisión de la teoría durante el proceso de investigación.

Al menos tres tipos de memos pueden ser distinguidos: memos de código¹⁸, teóricos y operacionales. Los memos de código se relacionan con la codificación abierta y por lo tanto se centran en etiquetar conceptualmente. Los memos teóricos se relacionan con la codificación axial y la selectiva, y por lo tanto se centran en los rasgos del paradigma e indicaciones del proceso. Finalmente los memos operacionales contienen direcciones relativas a la evolución del diseño de investigación.

En el pasado, las herramientas usadas para

18- Code memos en el original

ayudar en el tipo de análisis de datos descrito, fueron simplemente tijeras, copiador, y pilas de papel en blanco. En este proyecto de investigación, los datos fueron analizados usando el programa ATLAS, que es un software para análisis de datos cualitativos, que también facilita la construcción de bases de datos para los casos en estudio. El uso de programas de computación para ayudar en el análisis de datos cualitativos es una innovación reciente: ... ha habido un progreso considerable en el análisis de datos cualitativos usando una variedad de programas de computación especialmente diseñados ... Al momento hay alrededor de una docena en el mercado o en desarrollo, cada uno con diferentes características y facilidades (Lee & Fielding, 1991, p. 1).

La principal ventaja de usar un programa de éstos, es que simplifica y agiliza los aspectos mecánicos del análisis de datos, sin sacrificar la flexibilidad; por lo tanto libera al investigador para concentrarse en mayor medida en los aspectos más creativos de la construcción de teoría:

El pensar, juzgar, decidir, interpretar, etc. son todavía realizados por el investigador. La computadora no toma decisiones conceptuales, tales como qué palabras o temas son importantes para focalizar, o qué paso analítico debe tomarse luego. Estas tareas analíticas son todavía enteramente dejadas al investigador (Tesch, 1991, p. 25-26)

Lee & Fielding (1991, p.6) lo resumen así:

Es probable que las computadoras traerán reales beneficios a los investigadores cualitativos, haciendo su trabajo más fácil, más productivo y potencialmente más completo.

Hay dos tipos de análisis de datos dentro del ATLAS:

-en primer lugar, el "nivel textual" que focaliza en los datos "crudos" e incluye actividades tales como segmentación del texto, escritura de memos y codificación.

-en segundo término, el "nivel conceptual" que se focaliza en las actividades de construc-

ción de un marco teórico, tales como interrelacionar códigos, conceptos y categorías para formar redes teóricas. En general, nosotros encontramos que los procedimientos que posee el ATLAS son a la vez eficientes y firmemente basados en los principios de la generación de la G.T.

Paso 7°. Muestreo guiado por los datos:

Una vez que un marco teórico referido al primer caso ha sido generado, el próximo paso en la investigación de casos y construcción teórica es verificar y desarrollar este marco teórico a través de la selección de casos adicionales, de acuerdo con el principio del muestreo guiado, esto es con la idea de extender y/o aguzar la teoría emergente a través del llenado de categorías que pueden necesitar posterior refinamiento o desarrollo. Se vuelve al paso 2 hasta lograr la saturación teórica.

Paso 8°. Saturación teórica:

El paso 8, casi llegando al cierre, es tomado de acuerdo con el principio de saturación teórica, esto es, cuando el valor marginal de los nuevos datos es mínimo.

Fase de comparación de bibliografía

Paso 9°. Comparación

El paso 9 y final es comparar la teoría emergida con la literatura existente y examinar qué es similar, qué es diferente, y porqué. Eisenhardt (1989, p. 545) establece:

Sobretudo, relacionando la teoría emergente a la literatura existente aumenta la validez interna, la capacidad de generalización y el nivel teórico de la teoría construida a partir de la investigación por estudio de casos... porque los hallazgos a menudo descansan en un muy limitado número de casos.

La teoría emergente de crisis organizacional fue comparada con las teorías existentes en el más amplio campo del management¹⁹ estratégico. Esto reveló que la teoría descubierta se asemeja en muchos aspectos al modelo de cambio estratégico de Pettigrew (1987): el llamado

19- Las traducciones más aceptadas para management suelen ser: gerenciamiento, gestión o manejo. Pero es bien conocida la palabra inglesa, que nos parece bastante adecuada.

"proceso contenido-contexto".

Una mirada a la G.T. de crisis organizacional

A través del proceso de codificación abierta y axial en ATLAS un número de conceptos y categorías se han generado y desarrollado. Durante la codificación selectiva (esto es, la integración de categorías) la categoría nuclear fue definida y etiquetada como "contenido de la estrategia de recuperación". Las otras categorías superiores fueron luego referidas a ella.

El contenido de estrategias apropiadas de

recuperación se halló que es dependiente de seis conjuntos de factores contextuales:

- causas de la declinación
- severidad de la crisis
- actitud de los accionistas²⁰
- características de la industria
- cambios en el ambiente macroeconómico
- estrategia histórica de la empresa

El contenido de estrategias de recuperación fue descompuesto en forma utilitaria en:

Figura 3: Un marco teórico de crisis organizacional

FACTORES CONTEXTUALES
<ul style="list-style-type: none"> * Causas de la declinación * Severidad de la crisis * Actitud de los inversores * Características de la industria * Cambios en el contexto macroeconómico * La estrategia histórica de la firma
CONTENIDO DE LA ESTRATEGIA DE RECUPERACION
<p>Nivel operacional</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cambios en el management * Mejores controles * Reducción de los costos de producción * Inversiones en planta y maquinaria * Descentralización * Mejora del marketing * Reestructuración de las finanzas
<p>Nivel estratégico</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reducción/eliminación de partidas * Reorientación de productos/mercado
IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES/PROCESO DE RECUPERACIÓN
<p>(estadios)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cambios en el management * Atrincheramiento o achicamiento * Estabilización * Crecimiento

20- La palabra original del inglés es stakeholders que se traduce como apostador, pero para la comprensión en nuestro contexto podríamos usar también inversionistas.

-acciones de nivel operacional (cambios en gerenciamiento, mejores controles, reducción en costos de producción, inversiones en planta y maquinaria, descentralización, mejoras en el marketing y reestructuración de las finanzas) y

-acciones de nivel estratégico (reducciones o supresiones de activo en determinadas partidas) y reorientación producto/mercado.

También se descubrió una dimensión de implementación o proceso. Las acciones exito-

Tabla 2: Una muestra de Proposiciones generadas por los casos de la bibliografía y sustentado por los casos de la investigación22

Proposición generada por caso de literatura	Casos de Fisons		Casos de BSC	
	Explícitamente confirmadas	Implícitamente confirmadas	Explícitamente confirmadas	Implícitamente confirmadas
Sostenido deterioro en performance es resultado de causas internas y externas	X		X	
Las firmas exitosas en recuperarse están más afectadas en su performarce financiera en la fase de caída que las que no logran recuperarse	X		X	
Si las causas de declinación son primariamente internas, para producir recuperación deberían enfatizarse acciones que mejoren eficiencia operacional		X		X
Si las causas son primariamente externas, deberían enfatizarse acciones estratégicas	X			X
Las acciones apropiadas de recuperación varían según el estadio de la industria	X		X	

sas con respecto a la recuperación cayeron en cuatro estadios, distintos aunque imbricados21: cambio de gerenciamiento, atrincheramiento o achicamiento, estabilización, crecimiento.

Un diagrama de este marco se despliega en la figura 3.

Cincuenta y tres preposiciones relacionando los conceptos y categorías dentro del marco se generaron y verificaron. La tabla 2 enumera una muestra de cinco (V. Pandit, 1995, 227-278 para la lista completa).

Reflexiones

Con respecto a los dos objetivos auxiliares, menores de este estudio, yo encontré primero, que las bases de datos que pueden obtenerse a

partir de "On-line databases Reuters Textline" y "Predicasts PROMT" son extremadamente apropiadas para este tipo de investigación. Los cientos de artículos extraídos proveyeron una rica y diversa fuente de información para los dos casos "empíricos". Los eventos fueron fácilmente seguidos a través del tiempo, los puntos de vista discrepantes proveyeron mucha estimulación intelectual, y las entrevistas reportadas con informantes-clave - efectuadas en el momento, más que retrospectivamente-, proveyeron valiosas comprensiones y sirvieron como un sustituto eficiente y efectivo de entrevistas conducidas personalmente por nosotros. Finalmente, mi afirmación de la calidad de los datos es un tributo a la calidad del periodismo mercan-

21- V. Pandit, 1995, para una descripción

22- (Fisons y BSC)

23- Se refiere a publicaciones especializadas en negocios

til23 en el Reino Unido, USA y Europa continental (donde la mayor parte de los informes que nosotros analizamos fueron originados).

Mi segundo objetivo auxiliar era establecer la utilidad de los programas de software informáticos para el análisis de datos cualitativos, cuando son usados en conjunción con datos on-line, en una investigación que siga el marco de la G.T. En general, había encontrado que estos paquetes son de uso limitado (más que facilitar el proceso ellos tienden a complicarlo) con demasiado desarrollo requerido antes de que ellos puedan provocar un impacto significativo en la conducción y calidad de la investigación cualitativa. No obstante, he encontrado que el paquete que elegí (ATLAS) es mucho más que la excepción a la regla. Un número de atributos lo distinguen entre otros alternativos. En primer lugar es muy "amigable" y opera en una manera similar al más ampliamente usado paquete Windows desarrollado por Microsoft. En segundo término, es poderoso. Dado el inmenso volumen de datos a ser analizados, se esperaban problemas, pero por suerte nunca se materializaron. En tercer término, está enteramente basado en los principios de la generación de G.T. y por lo tanto tuvieron que hacerse pocas adaptaciones.

En este estudio se encontraron cinco problemas: Cuatro se referían al proceso de investigación y uno, más fundamentalmente, al abordaje de la investigación.

-En primer término, el proceso de investigación de GT consume tiempo en extremo. El gran volumen y la complejidad de los datos generados para este estudio fue casi decepcionante, a pesar de que el uso del ATLAS facilitó considerablemente las cosas.

-En segundo término, la investigación de GT comprende largos períodos de incertidumbre. Sin una previa hipótesis para verificar y un protocolo establecido para seguir, la mayor parte de la primera mitad del período de estudio, requirió una buena medida de fe y esperanza. Por suerte, llegó un momento después de mucha paciencia, persistencia y perspiración cuando las cosas se pusieron más claras.

-En tercer término, los datos extraídos a partir de las dos bases de datos resultaron a veces incompletos. A menudo, y particularmente

con artículos largos, sólo los sumarios y no el texto completo estuvo a disposición. Esto fue particularmente decepcionante, dado que los artículos más largos son usualmente los más informativos y, por lo tanto, potencialmente de mayor utilidad. Estimé que alrededor del 10% de los datos extraídos fueron achicados de esta manera. Tampoco los gráficos correspondientes a los artículos son reproducidos en forma computarizada dentro de las bases de datos. Nuevamente, se pierde información valiosa.

-Cuarto, la recolección de datos a partir de una base de datos es costosa. Por suerte, mi acceso a "Reuters texline" fue logrado a tasa preferencial (usado con fines promocionales) y mi acceso a "Predicasts PROMT" fue sin cargo debido al hecho de que se trataba de un período corto de ensayo. Sin estas dos contingencias nuestras incursiones (que superaron con creces las 100 horas de tiempo on-line) habrían costado muchos miles de libras esterlinas.

-Vayamos al quinto y fundamental problema con el abordaje global de este estudio. La investigación de GT requiere ciertas cualidades del investigador. En particular, confianza, creatividad y experiencia (tanto en realizar investigación como del contexto a ser investigado) son de gran beneficio. De acuerdo con esto, el abordaje no favorece al investigador novato que puede estar justamente comenzando a desarrollar estas cualidades. Esto no es para decir que los investigadores noveles no deberían embarcarse en estudios de la GT, sino más bien que: (a) es probable que encuentren el abordaje más difícil que metodologías más convencionales, y, (b) los investigadores más experimentados (probablemente postdoctorados) es probable que produzcan mejor teoría.

Bibliografía general

- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13, 3-21.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Lowe, A. (1991). *Management research: An introduction*. London: Sage.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14, 532-550.

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine.

- Lee, R. M., & Fielding, N. G. (1991). Computing for qualitative research: Options, problems and potential. In N. G.

Fielding & R. M. Lee (Eds.), Using computers in qualitative research, 1-13. London: Sage.

- Martin, P. Y., & Turner, B. A. (1986). Grounded theory and organisational research. *Journal of Applied Behavioural Science*, 22, 141-157.

- Muhr, T. (1993) ATLAS Release 1.1E Users Manual. Berlin: Technical University of Berlin.

- Pandit, N. R. (1995). Towards a grounded theory of corporate turnaround: A case study approach. Unpublished doctoral thesis, University of Manchester, UK.

- Pettigrew, A. M. (1987). Researching strategic change. In A. M. Pettigrew (Ed.), *The management of strategic change*, 1-14. Oxford: Blackwell

- PROMT users manual. (1989). Cleveland, OH: Predicasts.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.

- Tesch, R. (1991). Software for qualitative researchers: Analysis needs and program capabilities. In N. G. Fielding & R. M. Lee (Eds.), *Using computers in qualitative research*, 16-37. London: Sage.

- Textline reference guide. (1993). London: Reuters.

- Turner, B. A. (1983). The use of grounded theory for the qualitative analysis of organisational behaviour. *Journal of Management Studies*, 20, 333-348.

- Whetten, D. A. (1989). What constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review*, 14, 490-495.

Yin, R. K. (1989). *Case study research*.

Caracterización de los pacientes que concurren a la campaña de prevención de Cáncer de Piel de 1997*

Tomasini, R. **, Terrile, M. ***, Luraghi, M.R. ****, Ruiz, L. *****, Balparda, L. *****

Resumen

Se realizó un análisis de 123 voluntarios que concurren a la Campaña de Prevención Nacional de Cáncer de Piel en la ciudad de Rosario, en el año 1997. Se detectaron 8 pacientes (6,5%) con cáncer de piel: 5 epitelomas basocelulares y 3 melanomas. La edad promedio de los que consultaron fue de 49 años y el 63% eran mujeres. El 30,9% de los pacientes presentaban al menos dos factores de riesgo para desarrollar cáncer cutáneo, mientras que 9,7% tenían tres factores de riesgo. Un 3,3% presentaba antecedentes personales y 7,3%, antecedentes familiares de cáncer de piel. Los medios de difusión que más influyeron para concurrir a la Campaña fueron TV y radio.

Palabras clave

cáncer de piel - prevención - campañas de detección - factores de riesgo

Summary

This paper presents the results of a research on 123 volunteers that took part in the National Skin Cancer Prevention Campaign in Rosario, in 1997. 8 patients (6,5%) suffering from skin cancer were detected: 5 basal cell carcinomas and 3 melanomas. The volunteers' age mean was 49 years old. The 63% of the patients were women. The 30,9% had at least two skin cancer risk factors, while 9,7% had three of them. It has been found a 3,3% with personal antecedents and a 7,3% with familiar antecedents of skin cancer. TV and radio were the most influential media in the campaign.

Key words

skin cancer - prevention - screening - risk factors

Introducción

Los datos de la bibliografía mundial indican, en todos los países donde se registran, un aumento en las tasas de incidencia y mortalidad

* Proyecto elaborado en el marco de los Cursos de Introducción a la Metodología Científica que desarrolla el Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública, y que contó con la asesoría de las Est. Mónica Liborio y Alicia Aronna.

** Médico dermatólogo. Servicio de Dermatología. Hospital I. Carrasco. Avellaneda 1402. Rosario. TE.: 4804155 int. 146.

*** Médica dermatóloga. Libreta sanitaria.

**** Bioquímica. Hospital I. Carrasco.

***** Estudiantes de 5º año. Licenciatura en Estadística. Facultad de Cs. Económicas U.N.R.

de los casos de cáncer cutáneo. Se estima que la depleción de la capa de ozono atmosférica aumentará aún más estas tasas, debido al incremento de la radiación ultravioleta (1) (2) (3).

Los cánceres cutáneos más comunes consisten en melanoma maligno y cánceres de piel no melanoma: carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular.

Datos exactos acerca de la incidencia de los cánceres de piel son difíciles de obtener, ya que la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, no registran estos tumores. De todas maneras, para tener una idea aproximada de su elevada frecuencia, consideremos que los tumores cutáneos representan nada menos que la tercera parte del total de todos los cánceres diagnosticados en el ser humano y que en Estados Unidos anualmente se diagnostican más de 500.000 cánceres de piel no melanoma y más de 30.000 melanomas.

Las tasas de mortalidad de los cánceres de piel no melanoma son muy bajas. El carcinoma basocelular es de crecimiento habitualmente lento, destruye localmente y excepcionalmente da metástasis. El riesgo de metástasis del carcinoma espinocelular es de 1 a 2% (4).

En el caso de los melanomas, la mortalidad de los mismos supera el 20% (1). Además, el melanoma afecta frecuentemente personas más jóvenes que en los cánceres de piel no melanoma, por lo que la trascendencia es mayor. Debemos también considerar que las tasas de incidencia de esta patología están registrando un importante incremento en las últimas décadas, estimándose que para el año 2000 van a padecer un melanoma en el curso de su vida 1 de cada 75 norteamericanos (1). Si bien las tasas de mortalidad se han incrementado, lo han hecho de forma más baja que las tasas de incidencia, circunstancia atribuible a la mayor educación de

la población y de la comunidad médica, permitiendo así lograr que muchos tumores sean detectados tempranamente y se curen en forma definitiva.

Las tasas de mortalidad en la ciudad de Rosario durante 1995 fueron, sobre 7764 muertes no violentas en mayores de un año, 7 por melanoma maligno de piel y 3 por cáncer de piel no melanoma (5). En 1997, de 7299 muertes no violentas en la ciudad, 14 ocurrieron por melanoma y 5 por cáncer de piel no melanoma (6).

La probabilidad de desarrollar un cáncer de piel depende en parte de una predisposición constitucional, siendo más sensibles las personas de piel clara. El mayor factor de riesgo ambiental para todos los tipos de cáncer es la exposición solar. Hay que considerar que la misma es acumulativa a través del tiempo y se asocia con cáncer de piel no melanoma, especialmente el carcinoma espinocelular. En el melanoma existe un riesgo importante en caso de quemaduras solares que ocurrieron en la infancia, así como también el presentar una historia personal y/o familiar de melanoma o nevos atípicos, antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma y presencia de numerosos lunares y/o pecas. El riesgo de melanoma es mayor en los que trabajan en interiores que en quienes lo hacen al aire libre, quizás a través de una combinación de quemaduras solares intermitentes y total de radiación solar acumulada (7).

Los medios de comunicación emiten mensajes contradictorios, ya que así como muchas veces dan lugar a la difusión de la información científica y a las campañas de prevención del cáncer de piel, por otra parte estimulan el "bronceado" y la vida al aire libre sin protección adecuada.

A fin de conocer la situación en nuestro país y de realizar educación sanitaria, la Sociedad Ar-

(1) Marks, R. An overview of Skin Cancers: incidence and causation *Cancer* 1995; 75 (Suppl 2): 607-612.

(2) Russell Jones R. Ozone depletion and cancer risk. *Lancet* 1987; 2:443-446.

(3) Fears TR, Scotto J. Estimating increases in skin cancer morbidity due to increases in ultraviolet radiation exposure. *Cancer Invest* 1983; 1:119-126.

(4) Moller R, Reyman F, HouJensen K. Metastases in dermatological patients with squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1979; 115:703-705.

(5) Anuario Estadístico de la ciudad de Rosario, año 1995. Dirección General de Estadística. Municipalidad de Rosario.

(6) Datos disponibles en el Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública, brindados por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario.

(7) Marks R, Whiteman D. Sunburn and melanoma, how strong is the evidence. *Br Med J* 1994; 308:75-76.

gentina de Dermatología decidió llevar adelante una campaña denominada "Semana Nacional de Prevención del Cáncer de Piel", que se realiza en la primavera de cada año, a la cual se invita a participar en forma voluntaria a todos los dermatólogos, siendo absolutamente gratuita para los pacientes.

Esta campaña se viene desarrollando regularmente desde 1994 y sus objetivos son:

a) Concientizar a los médicos en particular y a la población en general respecto del cáncer de piel.

b) Llevar a cabo actividades educativas dirigidas a la población acerca de la prevención del cáncer de piel, a través de notas en los medios de difusión, carteles y volantes en los hospitales, centros de salud, escuelas, negocios, etc.

c) Detección y registro de tumores cutáneos mediante la labor asistencial en el período señalado.

Resultó de interés realizar un análisis de los pacientes que concurrieron a examinarse en la semana de desarrollo de la Campaña de Prevención del Cáncer de Piel de 1997, en el ámbito de lo que ocurrió en el Hospital Carrasco de Rosario y en la sede local de LALCEC. El propósito fue utilizar este análisis para mejorar la difusión y eficacia de campañas posteriores.

Objetivos

1- Caracterizar a los los pacientes que concurrieron a la Campaña de Prevención del Cáncer de Piel en base a las siguientes variables: edad, sexo, color de ojos, color de cabello, tipo de piel, exposición solar, antecedentes de quemadura solar, antecedentes personales o familiares de cáncer de piel y nivel de instrucción de los pacientes.

2- Describir los pacientes a quienes se les diagnosticó cáncer de piel en el transcurso de la campaña como también evaluar la importancia relativa de los distintos medios de comunicación.

Material y métodos

En la Campaña de Prevención del Cáncer de Piel desarrollada entre el 17 y el 21 de noviem-

bre de 1997 en el Hospital Carrasco de Rosario y en la sede local de LALCEC se registraron 123 voluntarios que componen el grupo bajo estudio.

En los días previos y durante el desarrollo de la campaña se llevó a cabo un intenso programa de difusión en diarios, radio y TV, afiches en el Hospital Carrasco, LALCEC y en negocios vecinos.

Cada paciente fue interrogado por un médico o estudiante de medicina a través de un cuestionario confeccionado ad hoc por los organizadores de la campaña a nivel nacional (Sociedad Argentina de Dermatología) y posteriormente fue examinado por un médico dermatólogo, quien consignaba la existencia o ausencia de lesiones cutáneas compatibles clínicamente con cáncer cutáneo. Las variables registradas en el cuestionario fueron:

- Edad
- Sexo (M - F)
- Domicilio
- Color de ojos (Oscuro - Claro)
- Color de cabello (Moreno - Castaño - Rubio - Pelirrojo)
- Tipo de piel (Siempre enrojece, nunca broncea - Enrojece casi siempre, broncea poco - Enrojece poco, siempre broncea bien - Enrojece raramente, broncea chocolate)
- Exposición solar (Diaria - Fin de semana - Ocasional)
- Quemaduras solares antes de los 15 años (Sí - No)
- Antecedentes personales de cáncer de piel (Sí - No)
- Tipo de antecedente personal (Melanoma - Otros tumores cutáneos)
- Antecedentes familiares de cáncer de piel (Sí - No)
- Tipo de antecedente familiar (Melanoma - Otros tumores cutáneos)
- Medios de comunicación por el cual se enteró de la campaña (Radio TV Diarios - Carteleras - Médicos Otros)
- Presencia de lesión (Sí - No)
- Tipo de lesión (Epitelioma Basocelular - Epitelioma Espinocelular - Melanoma)
- Localización de la lesión (C. Cabelludo-Ca-

ra- Cuello-Tórax-Espalda-Abdomen-Glúteo-Brazo-Ante brazo-Muslo-Pierna-Mano-Pie-Genitales-Boca)

Al cuestionario original se agregó una variable más: · Nivel de instrucción (Ninguno - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Terciaria o universitaria incompleta - Terciaria o univ. completa).

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas descriptivas, test de asociación Chi cuadrado, test exacto de Fisher y razón de odds.

Resultados

1- Caracterización del grupo en estudio

Se consideró como grupo en estudio a los 123 voluntarios que concurren a la Campaña de Prevención del Cáncer de Piel entre el 17 y el 21 de noviembre de 1997, examinados en el Hospital Carrasco de Rosario y en la sede local de LALCEC.

Los concurrentes presentaron una edad promedio de 49 años, con un error standard igual a 1,71 años. El rango de edades fue de 3 a 82 años, con un valor de la mediana de 52 años. La distribución de frecuencias presentó una clara asimetría hacia la izquierda, opuesta a la asimetría de la distribución de edades de la ciudad de Rosario, lo que evidenciando una concurrencia mayor de gente adulta que la correspondiente a la distribución poblacional. El 50% de los concurrentes tenían entre 39 y 63 años. Se encontró una superioridad del sexo femenino (63% vs 37%) y la mayoría (81,3%) de los pacientes que concurren a la campaña viven en los barrios de la ciudad de Rosario.

Al caracterizar a los voluntarios por sus variables fenotípicas se halló que el 63,4% tenían ojos oscuros y el 36,6% ojos claros, mientras que presentaron cabello castaño un 61,8% y sólo el 15,5% cabello rubio o pelirrojo, siendo estos últimos el grupo de mayor riesgo de contraer cáncer de piel.

Al analizar los factores de riesgo, se los agrupó como grupo de mayor riesgo ("Enrojece casi siempre, broncea poco" y "Siempre enrojece, nunca broncea"), con un 53,6% y grupo de menor riesgo ("Enrojece raramente, broncea

chocolate" y "Enrojece poco, siempre broncea bien"), con un 45,5%.

A los fines de estudiar los factores de riesgo inherentes a la persona, se halló un 30,9% de pacientes con al menos dos factores de riesgo y un 9,7% con los tres factores de riesgo. El 77,2% de los pacientes se exponen ocasionalmente al sol, el 8,9% de los pacientes se exponen diariamente al sol y el 13,8% lo hacen durante los fines de semana. La mayoría de los pacientes (65%) no sufrieron quemadura solar importante antes de los 15 años de edad. Sin embargo se presenta un alto porcentaje de falta de respuesta (5,7%).

Cabe destacar que solamente 4 personas (3,3%) declararon haber sufrido con anterioridad cáncer de piel: uno sufrió un melanoma, dos sufrieron otro tipo de cáncer de piel y el cuarto no respondió esta pregunta.

Del total de pacientes, 9 (7,3%) declararon tener antecedentes familiares de cáncer de piel, siendo 2 de ellos no melanomas y los restantes 7 no supieron contestar qué tipo de cáncer de piel sufrieron sus familiares.

No presentaron ningún antecedente personal ni familiar 106 pacientes y no se presentó ningún caso con ambos antecedentes.

Al indagar acerca del medio de comunicación por el que se enteró de la Campaña, para la mayoría de los pacientes fue la TV (33,3%) y en segundo lugar la radio (22,8%), seguida por las carteleras (17,9%). Se observó que algunos pacientes contestaron más de una categoría, por ejemplo 5 personas (4,1%) manifestaron haberse enterado por radio y TV. En total, 9 personas (7,3%) se enteraron por más de un medio de comunicación.

Para evaluar la importancia relativa de cada medio de comunicación con respecto a los demás se calculó el porcentaje de pacientes que se enteró al menos por cada uno de ellos. Así, el 39,8% al menos se enteró por TV, el 29,3% al menos se enteró por radio, el 18,7% al menos por medio de las carteleras, el 4,9% al menos lo leyó en los diarios, el 4,1% al menos por medio de los médicos y el 9,7% se enteró por otro medio. Sólo un 2,4% de los pacientes no contestó esta pregunta.

A partir de estos porcentajes se puede apreciar que los medios de comunicación orales y vi-

Cuadro 1: Clasificación de los pacientes según medios de comunicación

Medios	Pacientes	
	Cantidad	%
TV	41	33.3
Radio	26	22.8
Carteleras	22	17.9
TV y Radio	5	4.1
Diarios	4	3.3
Médicos	4	3.3
TV, Radio y Diarios	2	1.6
TV y Carteleras	1	0.8
Radio y Médicos	1	0.8
Otras	12	9.8
NSNC	3	2.4
TOTAL	123	100

suales (TV, Radio, Carteleras y Médicos) tienen mayor penetración que los medios escritos (Diarios) como forma de sensibilizar a la población para que acuda a la Campaña.

Con respecto al nivel de instrucción de los pacientes que concurrieron a la campaña, el

44,7% tiene un nivel medio de instrucción ("Primaria completa", "Secundaria incompleta"). El Cuadro 2 presenta la distribución de los pacientes según nivel de instrucción.

En el transcurso de la campaña se le diagnosticó cáncer de piel a 8 pacientes (6,5%), 5

Cuadro 2: Clasificación de los pacientes según nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Pacientes	
	Cantidad	%
Ninguno (0)	2	1.6
Primaria incompleta (1)	15	12.2
Primaria completa (2)	38	30.9
Secundaria incompleta (3)	17	13.8
Secundaria completa (4)	28	22.8
Terciaria o univ. incompleta (5)	11	8.9
Terciaria o univ. completa (6)	9	7.3
NSNC (7)	3	2.4
TOTAL	123	100

Cuadro 3: Clasificación de los pacientes según lesión

Lesión	Pacientes	
	Cantidad	%
No	115	93.5
Si	8	6.5
Epitelioma basocelular	5	4.06
Epitelioma espinocelular	0	0
Melanoma	3	2.44
TOTAL	123	100

con epitelioma basocelular y 3 con melanoma.

No se encontró ningún caso de epitelioma espinocelular.

2- Caracterización de los pacientes con

diagnóstico cáncer de piel

El 50% de los pacientes a quienes se les detectó cáncer tenía más de 61 años de edad y se encontró igual cantidad de mujeres que de hombres.

La mayoría de estos pacientes presentan el factor de riesgo ojos claros (5 pacientes, 62,5%). Dos de ellos (25%) tienen cabello castaño, otros dos (25%) lo tienen moreno mientras que tres (37,5%) tienen cabello rubio y sólo uno (12,5%) pelirrojo. Así, la mitad de los pacientes con lesión tumoral pertenecen al grupo de mayor riesgo.

Cinco de los pacientes (62,5%) tienen el tipo de piel de mayor riesgo (Siempre enrojece, nunca broncea), mientras que los otros tres (37,5%) tienen piel que enrojece poco y siempre broncea bien.

Ninguno de los pacientes dijo que se expone diariamente al sol, tres (37,5%) se exponen durante los fines de semana, en tanto que cinco de ellos (62,5%) lo hacen ocasionalmente.

Se destaca que tres pacientes (37,5%) tuvieron como antecedente el haber sufrido quemadura solar importante antes de los quince años de edad.

Seis pacientes (75%) no sufrieron anteriormente de cáncer de piel. A quien se le detectó melanoma tenía antecedente personal del

mismo tipo de cáncer y al que se le detectó un epiteloma basocelular ya había sufrido de otro cáncer de piel no melanoma.

Con respecto a los antecedentes familiares de cáncer de piel, siete (87,5%) no los presentaron, mientras que el paciente que sí tuvo antecedente familiar de cáncer de piel no supo precisar el tipo de lesión.

Ninguno de los pacientes con tumor de piel presentó simultáneamente antecedentes personales y familiares de cáncer de piel.

Como se mencionó anteriormente, se consideran factores de riesgo el tener ojos claros, cabello rubio o pelirrojo y piel que siempre enrojece y nunca broncea o que enrojece casi siempre y broncea poco. Dos de los pacientes (25%) no presentaron ninguno de estos factores de riesgo mientras que tres de ellos (37,5%) presentaron los tres factores de riesgo.

En el Cuadro 5 se presenta la clasificación de los pacientes según presencia de lesión tumoral y factores de riesgo. Los pacientes que poseen dos o tres factores de riesgo inherentes a su persona tienen mayor posibilidad de con-

Cuadro 4: Clasificación de los pacientes con cáncer de piel según factores de riesgo inherentes a la persona

Tipo de piel	Color de cabello	Color de ojos	
		Claro	Oscuro
Siempre enrojece, nunca broncea	Rubio o pelirrojo	3	0
	Moreno o castaño	1	1
Enrojece poco, siempre broncea bien	Rubio o pelirrojo	1	0
	Moreno o castaño	0	2

No se encontraron pacientes con piel que "Enrojece casi siempre y broncea poco" ni pacientes con piel que "Enrojece raramente y broncea chocolate"

Cuadro 5: Clasificación de los pacientes según cáncer de piel y factor de riesgo

	Con cáncer de piel	Sin cáncer de piel	TOTAL
2 ó 3 factores	5	33	38
1 o ningún factor	3	81	84
TOTAL	8	114*	122

(*) Un paciente no contestó sobre su tipo de piel

traer cáncer de piel que aquellos que poseen uno o ninguno de los factores de riesgo (Razón de odds: 4,09; Chi cuadrado=3,924; $p=0,048$; p de test de Fisher=0,0608).

Conclusiones

A partir del análisis realizado se puede concluir que:

- Las mujeres concurren a la campaña más que los hombres. Esta relación se viene observando en campañas anteriores; por ejemplo durante la campaña 96 de las 9372 consultas a nivel nacional el 70,2% fueron del sexo femenino y el 29,1% del masculino.

- La mayoría de los pacientes que concurren a la campaña no tienen antecedentes personales o familiares de cáncer de piel, aunque se encontró un alto porcentaje de pacientes con al menos un antecedente.

- La mayoría de los pacientes que concurren a la Campaña presentan un nivel medio de instrucción.

- La Campaña de difusión motiva poco a la población joven.

- Los medios de difusión más efectivos son la TV y la radio.

- El porcentaje de pacientes con cáncer de piel detectados en el grupo en estudio (6,5%) es similar al porcentaje detectado a nivel nacional (6,2%) durante el desarrollo de la Campaña 96. Este porcentaje se ve viciado por no constituir una población "presuntamente sana" (requisito de un tamizaje) ya que el 25 % de los pacientes detectados ya había tenido como antecedente otro cáncer de piel.

- La presencia de factores de riesgo aumenta la posibilidad de contraer cáncer de piel.

Cabe mencionar algunas limitaciones en el estudio en relación al cuestionario. Se observa que éste no permite obtener información sobre las actitudes de los pacientes respecto a la prevención del cáncer de piel. Por ejemplo, se pregunta la frecuencia de exposición solar y se omite preguntar acerca de los horarios de exposición y sobre el uso de protectores solares. Además, se pregunta si tuvo quemadura solar importante antes de los quince años dejando a criterio del paciente la decisión respecto de la importancia de sus quemaduras solares.

Otro punto a tener en cuenta es que, sabiendo que el riesgo de melanoma es mayor en los que trabajan en interiores que en quienes lo hacen al aire libre, sería importante preguntar acerca del lugar de trabajo.

Nos parece importante destacar que la prevalencia de cáncer de piel encontrada en esta muestra y las diferentes variables con las que este problema se relaciona, no pueden ser extrapoladas a la población general por tratarse de voluntarios que espontáneamente acudieron a la consulta a sólo dos de los centros que trabajaron para la Campaña en la ciudad de Rosario, y que, por sus antecedentes personales y familiares, constituyeron un grupo de mayor sensibilidad a la patología buscada.

Proceso Interactivo y subjetividad del paciente internado. Análisis cuanti-cualitativo y estrategias de intervención.

... "las ideas que los sujetos expresan no se explican por las ideas, sino por la producción de ideas. Y la producción de ideas se encuentra articulada con el conjunto de la producción social. Producción de ideas que es, al mismo tiempo, producción y reproducción de sujetos sociales. Producción, entonces, de subjetividad"

(Jasiner-Woronowski,92)

Belfiori, M.*; Cagna, B.**

Resumen

Este Proyecto forma parte del Programa de Investigación Redes Sociales y Salud, ejecutado en el ámbito del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez de Rosario, desde 1996.

El objetivo global apuntaría a convalidar el concepto de Salud como una problemática social y política, cuyos planteos y alternativas de solución incluyen la participación activa y solidaria de la comunidad, en sus diversos estamentos, por área de competencia y modos de relación.

Los propósitos específicos apuntaron a objetivos particulares, vinculados al reconocimiento de la importancia contenida en la captación de la subjetividad del paciente, en su condición de conformador de la imagen y criterio evaluador del servicio que recibe. Simultáneamente, esa configuración subjetiva le enmarca actitudes generadoras de conductas, demostrativas de los diversos niveles de adaptación, influenciados por las matrices de aprendizaje, originadas en el espacio social de inserción cotidiana.

Un primer enfoque sintetizó el Análisis cuantitativo de los resultados obtenidos por muestra estadística aplicada al universo de pacientes internados. Comprendió 177 entrevistas semi estructuradas, cuya descripción e interpretación mediante gráficos y cuadros, conformaron una primera lectura del material producido.

Se convalida la recurrencia a esta metodología, por cuanto facilita la captación global de las auténticas dimensiones del campo estudiado.

Posteriormente, se efectuó un Análisis cualitativo, por cuanto, para el actor social las indispensables miradas de los otros articulan y encarnan, tanto la propia identidad como el ineludible vínculo con los demás.

La línea conceptual articulante definió el COMPORTAMIENTO HUMANO y la INTERACCIÓN, que hacen a la identidad y conducta de los sujetos sociales, en particular, los afectados por un PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. Los PROCESOS INTERSUBJETIVOS producidos en ese lapso, adquieren singular perfil por alterarse

* Directora de Investigación U.N.R.

** Subjefa del Departamento de Estadística del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez (H.E.C.A.)

la salud. La subjetividad se capta en los PROCESO DE COMUNICACIÓN, generados entre el paciente y la trama asistencial. Aquél es entendido como una totalidad sistémica y hace del LENGUAJE, su instrumento básico informativo.

Este conjunto donde la percepción de sí y de los otros adquieren matices particulares, son atravesados por la doble hermenéutica producida con la intervención del investigador, procurando orientar los resultados de la interpretación comprensiva de dichos procesos, hacia una finalidad pragmática que, mediante la ratificación de las hipótesis planteadas en el trabajo, se proponga renovar, cambiar diferentes aspectos de la organización funcional de los servicios, mediante estrategias de intervención que contribuyan a optimizar la calidad de las prestaciones.

Palabras clave

salud · subjetividad · calidad · organización · estrategias

Summary

This project is part of the Research Programme on Social Networks and Health, that has been carried out at Roque Saenz Peña Hospital of Rosario, since 1996.

The general objective would aim at confirming the concept of health as a social and political problematical, which statements and alternatives of solution include the active and solidary participation of community, in its different levels, according to competence areas and ways of relation.

The specific purposes aimed at particular objectives, linked to the recognition of the importance of the apprehension of patient subjectivity, in his condition of shaper of the image and criterion of evaluation of the received service. At the same time, that subjective configuration frame attitudes generator of behaviours, demonstrative of different levels of adaptation, influenced by the matrix of learning, originated in the social space of everyday insertion.

A first approach synthesised the quantitative analyses of the results obtained by statistic sample applied to the universe of hospitalised patients. Its includes 177 semi-structured in-

terview, which description and interpretation through graphics and tables, conformed a first analysis of the produced material.

The use of this methodology is confirmed, as it facilitates the global apprehension of the authentic dimensions of the studied area.

Then, a qualitative analysis was performed, as the necessary perspectives of others articulate and embody, for the social actor, his identity and the inevitable tie with others.

The articulating conceptual line defined HUMAN BEHAVIOUR and INTERACTION, constitutive of identity and conduct of social subject, in particular, those affected by a HEALTH-DISEASE PROCESS. INTERSUBJECTIVE PROCESS produced in this lapse acquire a singular outline when health is altered. The subjectivity is apprehended in the COMMUNICATION PROCESS, generated between the patients and the assistants. The first is considered as a systemic totality and the language is his basic informative instrument.

This whole, where the perception of itself and others acquire particular tints, is crossed over by the double hermeneutic produced from the investigator intervention, who try to orient the results of the comprehensive interpretation of this process, toward a pragmatic finality that, by means of the ratification of the stated hypothesis, intent to renovate, change different aspects of the functional organisation of services, through intervention strategies that contribute to improve the quality of services.

Key words

health · subjectivity · quality · organization · strategies

Introducción

"Generalmente se reconoce que las representaciones sociales, en tanto sistemas de interpretación regulan nuestra relación con el mundo y con los otros, orientan y organizan las conductas y la comunicación social.(...)

En tanto fenómenos cognitivos, reúnen la pertenencia social de los individuos con sus implicaciones afectivas y normativas, con la interiorización de experiencias, de prácticas, de

modelos de conducta y de pensamiento socialmente inculcados y transmitidos por la comunicación social a la que están ligados.

De esta manera, su estudio constituye una contribución decisiva a la comprensión de la vida mental individual y colectiva. Desde este punto de vista, las representaciones sociales son tratadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de elaboración psicológica y social de esa realidad. Es decir, uno se interesa por una modalidad de pensamiento... que obtiene su especificidad de su carácter social". (Jodelet,89)

Antecedentes y encuadre teórico - Aspectos cuantitativos

Como parte del Programa de Investigación REDES SOCIALES Y SALUD, se puso en ejecución el Proyecto INTERACCION SOCIAL Y SALUD PUBLICA, a partir del año 1996. El eje temático sobre el que se organizara la labor investigativa se refiere al Proceso interactivo y la Subjetividad del paciente internado.

Durante el año mencionado se trabajó en la concreción de Entrevistas Semidirigidas, realizadas a enfermos internados en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez, de la ciudad de Rosario.

Una primera etapa del trabajo produjo la elaboración de un ENFOQUE CUANTITATIVO, sintetizador del trabajo de campo del cual derivara un fecundo banco de información primaria.

Las mencionadas entrevistas combinan en su contenido los antecedentes de otros trabajos

de similar género, realizados en ese hospital, con pautas desarrolladas a partir de conocimientos teórico-prácticos, originados en experiencias personales previas.

La selección de los pacientes a entrevistar se efectuó mediante la elaboración de una Muestra estadística, trabajándose para tal fin, de manera interdisciplinaria, junto al personal directivo del Departamento de Estadística del Hospital.

El grupo determinado surge de un Muestreo Probabilístico; los métodos de este tipo se emplean en razón de la variabilidad en la mayor parte de los fenómenos que se estudian.

Tales muestras son las seleccionadas utilizando métodos aleatorios, de tal forma, que cada unidad de la población tiene asignada una determinada probabilidad de ser incluida. En este caso se aplicó un muestreo probabilístico "Estratificado con Adjudicación proporcional y Selección sistemática".

Para la formación de los Estratos se agruparon los pacientes internados, de acuerdo al Servicio en el cual estuvo tomando el promedio de internación, entre los meses de Mayo de 1995 a Abril de 1996. Se trabajó con una confiabilidad del 95% y una precisión del 5%.

Llevado a la práctica, adquirió la siguiente configuración:

- Tamaño de la Muestra: 177 entrevistas
- Distribución del número de Entrevistas, según los Servicios existentes:

Cirugía	51
Neurocirugía	23
Traumatología	32
Cardiología	18
Clínica	25
Ginecología	14
Urología	11
Quemados	3

· Selección de los Entrevistados: al azar, en cada Servicio, y en cada Sector de Internación, debiendo tener cuatro o cinco días de ingresado al mismo, o más.

· Excepciones: no se incluyeron las Unidades de Cuidados Intensivos, Coronaria y Renal. La limitación está prevista en la metodología utilizada, por cuanto las condiciones de quienes per-

manecen en ellas pueden no reunir las mismas posibilidades de accesibilidad que se registran en los Sectores de Internación corrientes.

· Cronología de la aplicación: se comenzó en Junio, finalizándose a comienzos de Setiembre de 1996.

Hasta aquí las particularidades concernientes a los recursos técnicos-estadísticos.

Los Propósitos específicos de esta tarea pueden reseñarse de la siguiente manera:

* Centrar el encuadre en el ámbito de la organización hospitalaria como universo de estudio, en cuyo interior se reproduce un plano del proceso interactivo social, generado a partir de las relaciones necesarias entre usuario y prestadores del servicio de salud, focalizando el análisis instrumental de primera instancia, en el Area Internación.

* Obtención, sobre la base de interrogaciones puntuales y abiertas, de una trama informativa que refleje lo actitudinal interactivo de la relación "paciente - servicio médico", siempre desde la percepción individual del primero.

* En general, procurar la captación de cómo es vivenciada por el paciente la modalidad de atención que el hospital brinda, y la manera en que ésta es recepcionada por él.

Se trata de un instrumento metodológico puesto en práctica para recoger la mirada del usuario sobre el servicio demandado. De allí, caracterizar sus conductas manifiestas y las situaciones latentes, transmitidas a través del protagonismo directo, en su doble condición de pasivo que recibe asistencia, y activo, que genera demandas con las consiguientes conductas emergentes de este juego dialéctico. Su repercusión en la organización del mismo contexto hospitalario es indubitable.

* De los aspectos que conciernen al paciente como sujeto social integral e integrado, se aspira delinear un perfil de pautas concomitantes, registradas en circunstancias comunes, que contribuyan a configurar un diseño psico-socio-dinámico, dirigido a identificarlo en su marco social de inserción y la relación entre esta condición y su necesidad de asistencia pública de la salud.

El plan ordenador de la continuidad de la tarea posterior al trabajo de campo cubrió varias instancias, unas previsible y otras surgidas de los contenidos logrados y sus posibles correla-

tos.

La primera implicó el procesamiento de la información, según los respectivos criterios, para dar forma a un Banco de Datos, tipificado de acuerdo a los propósitos y metas preestablecidos.

El ordenamiento de esos paquetes informativos se efectivizó según:

* la filiación de paciente, en sus condiciones concretas de inserción socio-dinámica en la red de convivencia.

* las opiniones y comentarios vertidos, relativos a médicos, enfermeras y mucamas. Se enfatizó explícitamente, en cuestiones relativas a la calidad de la comunicación y la atención recibidas.

* Las opiniones y comentarios sobre aspectos de la estructura funcional del servicio y la percepción que el paciente refleja acerca de ella.

* Cuestiones vivenciales del paciente, donde sus referencias ofrecen la oportunidad de apreciar algunas facetas de su integración bio-psico-social. Esto es factible en la medida que se basan en comentarios indicativos de su proyección personal, respecto al servicio sanitario recibido y un ejercicio reflexivo sobre su propio proceso dialéctico.

Cada uno de estos aspecto constituye un nivel de tareas, de trabajo descriptivo, diagnóstico y de evaluación, en función de una comprensión interpretativa, que facilite elaborar conclusiones aproximativas acerca del proceso real.

Es importante señalar que la efectividad del procedimiento empleado en el transcurso del trabajo de campo, permitió suministrar algunas diagnósis parciales, que en virtud de la celeridad con que ciertas situaciones demandaban ser resueltas, la Dirección del hospital se ocupó de canalizar y diligenciar debidamente, en su momento.

Una síntesis ajustada de los resultados da nociones de las cuestiones profundizadas, a partir una clasificación global del contenido del banco de datos, centrada inicialmente en cinco aspectos, a saber:

1º) Identificación. Allí se registraron los datos de filiación del paciente, tales como nombre, género, edad, nacionalidad, estado civil, cantidad de hijos y núcleo de convivencia.

2º) Lugares de. Concentran información sobre el lugar de nacimiento, de residencia actual y la anterior, así como el tiempo de permanencia en la última residencia registrada.

3º) Vivienda. Acopia datos sobre la misma, su régimen de tenencia y los servicios con que cuenta.

4º) Trabajo: Incluye la ocupación actual, la anterior, su condición de dependencia laboral, profesión u oficio si lo tuviere; si es desocupado, de qué rubro productivo y en qué condiciones; su medio de vida o sostén actual y si tiene ocupación remunerada el cónyuge u otro miembro de su núcleo de convivencia.

5º) Socialización. Alude a las formas posibles de integración social. Allí se toman las vinculaciones o no, a instituciones, entidades, etc., de su medio; cómo emplea su tiempo libre y, dentro del contexto hospitalario, qué calidad tiene su relación con los médicos, enfermeras y mucamas, quienes son los personajes de mayor frecuentación. Se incluye también, una versión personal sobre su estado de ánimo, el contacto con sus familiares y allegados, y los proyectos de vida para su egreso. Este colectivo de información permite una primera toma de posición frente al universo objeto de estudio.

Paralelamente, se ordenó otro "paquete informativo", donde fue asentándose todo lo concerniente al ámbito hospitalario, siempre desde la óptica del paciente.

Allí se registró:

1º) reconocimiento del nombre del hospital; causa, medio, circunstancias, modo de acceso, alternativas de tramitaciones, todo relacionado a la etapa de INGRESO a la internación. Se agregan antecedentes de estadías anteriores y frecuentación de otros servicios de salud pública, así como movimientos internos, cambios de ubicación, a partir del ingreso.

2º) Se toman opiniones y comentarios sobre INFRAESTRUCTURA del servicio. Clima de las habitaciones, sus condiciones de higiene y de instalación; sanitarios, alimentación, régimen de visitas, horarios y servicio de vigilancia.

3º) capta lo vinculado al PROCESO DE ENFERMEDAD, abarcando desde un autodiagnóstico e historial sintomatológico, al suministro de medicamentos, su reconocimiento y valor terapéutico; recurrencia a otros tratamientos

alternativos; estudios que les fueron realizados; régimen de sueño, estado de ánimo y asistencia psicológica.

4º) se consignan valoraciones y comentarios relacionados a la COMUNICACION Y ATENCION, recibidas de parte del personal médico, de enfermería y de mucamas, según las particularidades por Servicios o especialidades y por Sectores o Salas de Internación.

Con este repertorio de datos primarios de gran valor, se procura delinear un perfil de aproximación fehaciente, interrelacionando y asociando pautas vertidas por los propios protagonistas. Asimismo, es configurable una imagen del sujeto dentro de la red vincular, en tránsito por un proceso salud-enfermedad, con las consiguientes conductas proyectadas, ante la expresa circunstancia de pérdida de la salud.

Un generador esencial que predispone favorablemente para la aceptación de las entrevistas, radica en el ofrecimiento de un diálogo abierto, facilitador de la expresión espontánea. De ese modo, se logra la dispensa de un crédito particular a la intervención de la entrevistadora, en un proceso que transfiere el protagonismo al rol del paciente, creándole espacio para poder expresarse, sin limitaciones y desde lo personal, sobre su enfermedad y todos los episodios contextuales que rodean la situación.

Es decir, confiabilidad y naturalidad expresiva van cobrando forma real, a medida que el paciente capta la prioridad que se le confiere, el protagonismo reconocido, al proponérsele una lectura de ese contexto en el que las circunstancias lo han colocado, revirtiendo la tradicional fórmula "médico-paciente". Aquí el paciente encabeza el binomio y cuenta con libertad para manifestarse oralmente sobre sus sensaciones, pensamientos y acciones, en el intercambio con el "mundo hospitalario" que lo aloja.

Con el manejo de los recursos técnicos, el establecimiento de algunos resultados según el ordenamiento de datos detallado con anterioridad, darían un panorama cuantitativo inicial, a modo de una primera posición ante el universo de análisis.

Sintéticamente, se consignan dos aspectos globales:

A) lo relacionado a la identidad del paciente como sujeto social y

B) lo relacionado al paciente en proceso de enfermedad y su visión del contexto hospitalario y el servicio que recibe.

Punto A.) se tiene que:

1: Agrupados según Género y por Grupos de

edades, el 60% de los pacientes entrevistados corresponde al género masculino. Este indicador no fue predeterminado en la muestra, sino que se tomó en consideración para ser entrevistado, un determinado número para cada servicio y la

Cuadro N° 1

GRUPO EDADES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL %
13 a 19	6	12	10
20 a 29	9	23	18
30 a 39	16	12	16
40 a 49	9	14	13
50 a 59	14	28	24
60 a 69	10	17	15
70 a 79	4	0	3
80 a 89	3	0	2
TOTAL	71	106	100

sola condición de tener entre cuatro y más días de internación.

El emergente en el rubro Género arroja una mayoría masculina, ratificante de una constante en el tema, que incluye más varones que mujeres, en situaciones de riesgo de salud.

En relación a los grupos etarios, entre los 50 y 59 años está el sector más numeroso, duplicando en cantidad, el género masculino respecto del femenino, en ese mismo grupo.

2- Otro parámetro de importancia está representado por la cantidad de hijos que componen estas familias o núcleos convivientes. El valor relativo más alto lo tienen quienes declararon no tener hijos, 32%. Mientras, el 35% de los entrevistados manifestó tener entre 2 y 3 hijos, afirmando así el modelo de familia prototípica, de clase media, en cualquiera de sus múltiples variantes. Más de 5 hijos, entendido como familia numerosa, lo reúnen el 19% de los consul-

Cuadro N°2

	CANTIDAD DE HIJOS									
	NO	1	2	3	4	5	6	7	8	+
CLINICA	10	1	3	3	2	2	3	0	0	1
NEUROLOGIA	4	2	6	3	2	1	2	3	0	0
CARDIOLOGIA	1	2	7	4	1	1	1	0	0	1
TRAUMATOLOGIA	15	3	6	4	2	1	0	1	0	0
UROLOGIA	6	2	1	0	2	0	0	0	0	0
QUEMADOS	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
GINECOLOGIA	3	4	3	0	1	2	0	1	0	0
CIRUGIA	16	4	10	10	1	1	4	2	1	2
TOTALES	56	18	37	24	8	11	10	8	1	4
%	32	10	21	14	4	6	6	4	1	2

tados. Los valores restantes quedan repartidos entre quienes declararon más de 6 hijos.

3. Más pormenorizado es el tratamiento dado al rubro Ocupación de los pacientes entrevistados. Su trascendencia acredita esta consideración porque, además de constituir un referente esencial por su implicancia en la organización social de las personas, en el presente

es motivo central de análisis, dada la profunda crisis que a este respecto, se está evidenciando en todo el sistema económico vigente.

El reflejo más ilustrativo del panorama real se obtiene al organizar la información por Ramas de Actividades y según que detenta la tarea.

La Población Económicamente Activa (PEA) propiamente dicha, se conforma con 45% de

Cuadro N°3

OCUPACION - CLASIFICACION POR RAMA DE ACTIVIDAD - SEGUN GENERO					
RAMA	MASC.	FEMEN.	RAMA	MASC.	FEMEN.
INDUSTRIA			COMERCIO		
METALURGICA	1	0	VENDEDORES AMB.	7	0
ALIMENTACION	2	0	VIAJANTES	2	0
CONSTRUCCION	15	0	EMPLEADOS	2	1
SUBTOTAL	19	0	COMERCIANTES	6	0
TOTAL: 19			SUBTOTAL	17	1
SERVICIOS			TOTAL: 18		
SERV. DOMESTICO	0	10	AGRICULTURA		
EMPLEADOS	4	3	TRACTORISTA	1	0
AMAS DE CASA	0	24	PEON RURAL	2	0
SERV. VARIOS	19	2	JARDINERO	1	0
SUBTOTAL	23	39	SUBTOTAL	4	0
TOTAL: 62			TOTAL: 4		
OTROS					
JUBILADOS/PENS.	2	9			
ESTUDIANTES	6	4			
SIN OCUPACION	1	1			
DESOCUPADOS	34	17			
SUBTOTAL	43	31			
TOTAL: 74					

los entrevistados. En él se integran el 19% de todas las mujeres consultadas y el 81% de los varones.

Con respecto al PUNTO B)

La mirada del paciente sobre el contexto hospitalario que lo aloja y sus opiniones sobre los servicios que se le dispensan han aportado un cúmulo informativo, del que se extrajeron una serie de constantes básicas para asentar los rasgos predominantes de las percepciones proyectadas.

1. En cuanto al nombre de la entidad, el 90% lo reconoce adecuadamente, casi siempre por su sigla identificatoria -HECA_ aunque en numerosas oportunidades no supiesen su significado. Lo contrario ocurre con el reconocimiento preciso del espacio interno donde están alojados; casi la mitad, (49%) manifestó desconocer la denominación del Sector de Internación en el que se hallaba.

2. Acerca del medio por el cual se ingresara a la internación, el 53% llegó en ambulancia, ya sean de la entidad u otras. A este respecto es conveniente señalar que no todas las urgencias

presuponen el uso de ambulancia, razón por la cual no se da una relación proporcional semejante al aludir al punto referido a:

3. carácter de la internación. En efecto, queda reflejado en el 47% de los que dijeron haber ingresado en circunstancias de Urgencia. Las Emergencias cubrieron un 30% y los internados a raíz de lo dispuesto por médicos de Consultorios Externos, alcanzó un 23%. De todos modos, la cifra más significativa es el 77 % de urgencias y emergencias, demostrativo de situaciones imprevistas o repentinas, que llevaron a solicitar el servicio, ratificándose así la índole de este centro asistencial.

4. Planteada la motivación o impulso decisivo al acudir a este hospital, las respuestas han sido variadas. Un 29% accidentados traídos al servicio por terceros; 13%, en circunstancias de urgencias fue conducido por familiares o allegados, hasta las instalaciones del hospital.

Otros llegaron por distintos referentes; ya se trate de familiares que lo sugirieron -8%- , orientación indicativa de personal que perteneció o pertenece al hospital -4%- , y en un sólo caso se

citó la referencia de un dirigente político.

Entre las demás modalidades de acceso constaron las derivaciones, que en los casos de otros hospitales públicos municipales de la ciudad, llegaron al 17%, mientras los provenientes de solicitudes formuladas por centros asistenciales radicados fuera de Rosario, representó un

9%.

Por derivación de atención en Consultorios Externos del propio hospital llegó el 7% de los internados y los reingresos recientes se produjeron en sólo dos casos.

Resta consignar un 10%, que comentó conocer las características y alcances del servicio,

Cuadro N° 4: Pacientes Internados

Modalidad de Acceso	Valores absolutos	%
Ingresado por:		
- Ref. de familiares	15	8
- Ref. de Personal Establecimiento	8	4
- Ref. Dirigente Político	1	1
Traído con urgencia por:		
- Familia	23	13
- Por accidentes varios	51	29
Derivaciones de:		
- Hospitales de otras localidades	16	9
- Hospitales de Rosario	30	17
- Consultorios Externos	13	7
- Reingresos	2	1
- Sabía que podían venir	18	10
TOTALES	177	100

dando por obvia su posibilidad de asistirse en él, no habiendo recibido referencia externa ninguna.

Estos valores relativos pueden dimensionarse en su verdadera significación, al asociarse a otros referentes de la situación particular de cada paciente

Entre otros, el total de entrevistados, un

13% se atendió antes en Servicios de Salud Privados, ya sean mutuales o prepagos; el 41% había pasado por otros hospitales públicos u otros centros asistenciales, tanto de Rosario como de los entornos.

5. Las entrevistas condujeron a un indicador de doble lectura, como lo es el régimen de visitas. En efecto, su tratamiento importa por lo

Cuadro N° 5

	N	%
Pautas de Socialización		
- Familias	169	95
- Concurren familias y otros	7	4
Opiniones sobre el Régimen de visitas:		
No reciben	1	1
Nunca	7	4
A veces	36	20
Siempre	134	76
Horario		
Malo	17	33
Escaso	59	57
Bueno	101	10

que concierne a los niveles de socialización del paciente, su vínculo familiar- social y por otra parte, como tópicos incluidos en la infraestructura funcional del hospital.

Del conjunto de los internados, las tres cuartas partes dijo ser visitado por familiares o allegados. Resulta así otra expresión cierta de la continuidad vincular con el medio, para gran parte de los casos. Sin embargo, la característica más señalable consiste en el considerable 20% de los que comentaron recibir visitas, pero escasas o alternadas en tiempo, sea por impedimentos económicos, por razones de organización familiar influenciada por horarios inadecuados, por las distancias a recorrer, entre otras razones.

De la franja horaria disponible entre las 14 y 15 horas, el 57% de los consultados opinó reclamando por su brevedad y total inconveniencia, así como por el momento del día en que están dispuestas las visitas. Textualmente, la catalogan como mala. Argumentan causas atendibles y bien fundadas, como son los lugares de residencia desde donde tienen que venir los familiares, la situación de niños en horario escolar, los horarios de trabajo. La solicitud de la mayoría absoluta es que se contemple la modificación, insistiéndose no tanto en la extensión del período como en el lapso más oportuno y según para quienes.

Ubicado en este entorno infraestructural el enfermo recibe la atención personalizada y mantiene contacto esporádico o diario con un grupo humano, de cuyos estamentos, tres son de incidencia directa y continua. Se trata de médicos,

enfermeros y mucamas, quienes con su propio accionar entretajan la red en la que se asienta la evolución del paciente. Su trama está constituida por lazos que van trazando las múltiples interacciones que comienzan en el momento del ingreso.

El rol del profesional médico, sin entrar a considerar las particularidades de las dimensiones que adquiere en el paciente, aparece configurado por ellos con mucha solidez, a pesar de que en múltiples ocasiones no se los identifique nominalmente. Más aún, las fuentes informativas trasuntan la percepción de esta imagen, desde el momento mismo en que ingresan al Servicio de Guardia, en el caso de los que así lo han hecho.

Entre ellos, el 61% dijo recordar al médico que allí los atendiera. En algunas situaciones se dieron nombres de pila, en otros aproximaciones a los apellidos, en otros se dieron datos precisos y claros, además de descripciones físicas probatorias de la intensidad de la observación, sin dudas relacionado a la fuerza que toma este vínculo por la depositación de ansiedades de que es objeto el profesional que primero llega al enfermo.

Según los Servicios que cubrieron las emergencias o urgencias del caso, en todos, ese reconocimiento es afirmativo en el 50% de los entrevistados.

Estas perspectivas sobre el reconocimiento del personal médico se amplían con opiniones y comentarios acerca de la comunicación con ellos y la atención que les es proporcionada.

Gráfico N° 1



En términos generales, el reconocimiento de una "buena" comunicación queda registrado en el 50% de los pacientes, siendo 36% los que la consideran como "muy buena".

Las opiniones dadas acerca de la atención médica en salas de internación indica globalmente, un reducido porcentual, 4%, reservados a quienes formularon alguna observación negativa sobre la misma.

Los valores emergentes pueden ser considerados, en general, como un juicio en el que priman consideraciones latentes, donde la carga emocional producida por la necesidad de superar el trance, si bien no es propiciatoria de indulgencias, contiene una proporción previsible de

inclinación positiva, fuertemente condicionada por una subjetividad deseosa de retornar a la salud plena.

Por estas razones se estima importante reconocer la gravitación que adquiere en las opiniones el impacto subjetivo que la personalidad del médico y otro personal auxiliar tenga en el paciente, más allá de la existencia de criterios fundados en la capacidad individual para juzgar la idoneidad profesional con que es asistido.

No obstante, esas opiniones mantienen su nivel trascendente, en la medida que el proceso salud-enfermedad sea entendido como un todo integrado e integrador del conjunto del circunstancias contextuales que habrán de cubrir la ne-

Gráfico N° 2

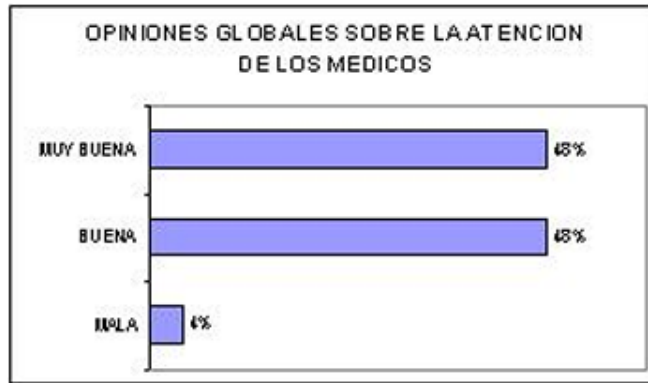
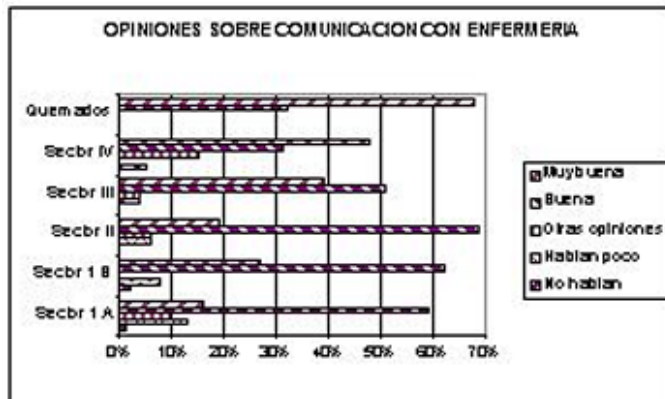


Gráfico N° 3



cesidad elemental del paciente.

Estos mismos indicadores se tomaron de las conversaciones, pero con alusión al personal de Enfermería. El 82% dijo tener un nivel de comu-

nicación entre "bueno" y "muy bueno".

En la observación de las otras alternativas de respuesta, importa destacar su contenido demostrativo de pensamientos elaborados y re-

Gráfico N° 4



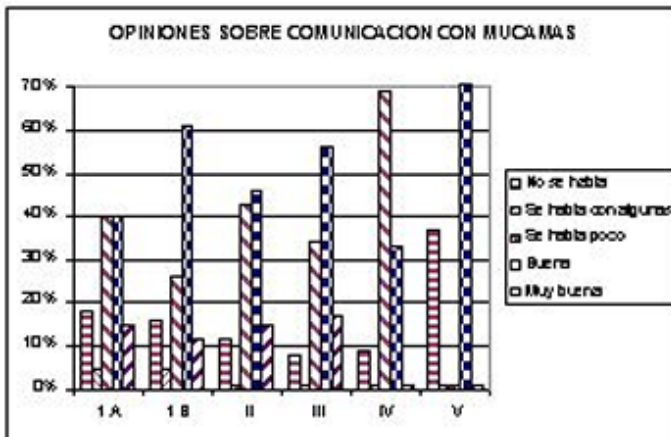
flexivos, por cuanto no se limitaron a una simple calificación, sino que, como en la mayoría de las oportunidades, la composición dialogada dio lugar a fundamentos de sumo interés.

Las impresiones vertidas son reveladoras de la claridad de ideas respecto a la evaluación formulada, extensiva a los otros dos estamentos considerados. Fue posible recoger comentarios que hacían hincapié en las diferencias de per-

sonalidad, en rasgos de individualidad, niveles de compromiso con la labor de competencia, suficiencia o no en la cantidad de personal y su incidencia en los aspectos a evaluar; reconocimiento al esfuerzo por cumplir, entre otras tantas apreciaciones.

Los valores estadísticos aparecerían con mayor diversificación por la variedad de opiniones, al referirse al personal de Mucamas. Hablar

Gráfico N° 5

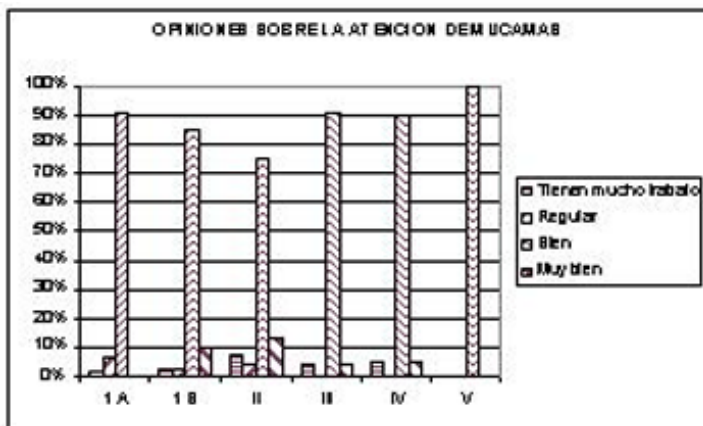


de comunicación con ellas ha significado una reflexión que marca una apropiada discriminación entre deseos y posibilidades, por razones de tiempo de frecuentación básicamente.

En efecto, los datos arrojan un 39% de pa-

cientes que entiende como "buena" la comunicación lograda, en tanto el 36%, muy cercano al de las enfermeras, comenta que "hablan poco". Se reitera el valor de los fundamentos dados, que vinculan ese margen pobre de integración, con la

Gráfico N° 6



modalidad de trabajo que desarrollan y, sin dudas, con ciertos implícitos que los llevan a ponderar diferente, en lo que la repercusión de esa tarea tiene, en el propio proceso de enfermedad.

No obstante, en la referencia a la atención recibida, la mayoría reconoce que es "buena", en un claro intento diferenciador, en el que parece quedar sobreentendido la no inconveniencia de comunicarse menos con este personal.

Hasta aquí el resumen apretado de los aspectos cuantitativos, que fuera cerrado de esta manera: "Es sólo una primera modalidad de abordaje a ser ampliada y profundizada con los enfoques propios de los recursos cualitativos o no estructurados. Seguramente surgirán algunas variantes que podrán enriquecer lo presente, con la posibilidad de realizar una interpretación comprensiva de mayores alcances".

Consideraciones teóricas y desarrollo del aspecto cualitativo

Lo anunciado y comprometido se prosiguió y su punto de partida para el ENFOQUE CUALITATIVO, reafirmará la línea conceptual vertebradora de la experiencia. Su expresión sustantiva son los términos SALUD Y COMUNICACIÓN.

Cabe recordar que el universo del enfoque representa a aquellos sujetos sociales en situación de crisis de salud, por cuya causa se hallan internados en el ámbito hospitalario público.

El padecer una enfermedad los ubica en condiciones diferenciadas, por las cuales los procesos intersubjetivos producidos en ese lapso, adquieren un perfil singular, provocado por la misma situación límite y de vulnerabilidad en que quedan colocado, por las alteraciones de su salud.

Hay pues, un registro de variaciones eventuales respecto a las conductas habituales y el poder indagar en estas circunstancias vivenciales es lo que convierte a la comunicación, y su instrumento, el lenguaje, en un recurso óptimo para ese fin.

Frente a la necesidad de salud hay diversidad de reacciones, que dependen de distintos factores. Uno importante es el concepto que la comunidad da a la SALUD; son sin dudas, muy diversos y se relacionan directamente con otro factor relevante, como es el sistema de valores que la comunidad sostiene. Es en función del reconocimiento de éstos, que pueda darse una actitud positiva para organizar y resolver con éxito sus problemas de salud.

Un tercer factor preponderante implica tener en cuenta experiencias anteriores y su valoración, por cuanto su repercusión en una posible participación activa presente, resulta de indudable valor en la medida que incrementa el interés y el apoyo.

Sobre la base de estos referentes, intentar enmarcar el concepto de salud en un paradigma más integral, remite a cuatro actitudes básicas para abarcarla en sus múltiples dimensiones. Se plantea, entonces, definir cómo se la entiende, se la asume, sostiene y promueve.

Se entiende la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un proceso en el que el hombre ejercita a pleno sus capacidades actuales, potenciales, procurando la plenitud de su realización personal y social. (San Martín, 1985)

Importa asumirla como un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía con relación a las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y que lo acepta. (De Miguel, 1985)

Debe sostenerse como un derecho de la persona por ser tal y como una responsabilidad personal, para ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones (Font, 1976); al propio tiempo que igual responsabilidad le cabe al individuo para mantener, defender y mejorar su salud, alentándolo a la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario. (Barriga, 1985)

Asimismo, resulta esencial promover un criterio multidisciplinario en la promoción de la salud, coordinando los aportes científico-técnicos de médicos y demás profesionales cooperantes al proceso.

En esta tarea, LA INTERACCION se aborda en función del PROCESO DE COMUNICACIÓN entre el paciente y la trama asistencial, proyectado a su vez en el diálogo propiciado por las entrevistas semidi-rígidas que se aplicaran.

EL LENGUAJE será la herramienta para conceptualizar los procesos de producción y reproducción sociales donde pueden estudiarse los procesos interactivos, proveyendo una serie de indicaciones útiles al respecto.

Como uno de los medios que produce comunicación, integra absolutamente la producción de la vida social y es inseparable de ella. La caracterización de aquello que "los otros" hacen, y

más ajustadamente, sus intenciones y razones por lo que "lo hacen", es lo que posibilita LA INTERSUBJETIVIDAD mediante la cual se realiza la transmisión del intento comunicativo.

En ese acto comunicativo, el propósito del sujeto social, o mejor, uno de ellos, está vinculado con el objetivo de pasar información a otro/s. Aquí es trascendente no omitir la diferencia entre dos lecturas posibles sobre estas comunicaciones. Una de ellas consiste en entender lo que alguien hace o dice, cuando está haciendo o diciendo algo, y otra, es entender cómo otros entienden lo que dice o hace alguien, volcado en sus esfuerzos de comunicación.

Los métodos cualitativos que emplean el lenguaje natural, son mejores para entrar al mundo de la vida de otros sujetos sociales, siendo ésta la posibilidad de acceder a motivos, significados, emociones y otros aspectos subjetivos de la vida. (Schwartz, 1989)

Es necesario llegar a todos estos fenómenos internos a fin de ver y describir el comportamiento diario, focalizando en el punto de vista subjetivo del actor como meollo del trabajo con instrumentos cualitativos.

Por esta razón, lo que sucede aquí es lo que los actores dicen que sucede; se quiere, pues, saber lo que saben los actores sociales, ver lo que ellos ven, comprender lo que ellos comprenden.

Como lo expresara también Weber, importa del sujeto social su percepción e interpretación de la realidad y la forma en que éstas se relacionan con su comportamiento. Además, la percepción de la realidad del actor gira sobre su interpretación actual de las interacciones sociales en que él y otros participan, lo cual, a su vez, se apoya en su uso de los símbolos en general y del lenguaje en particular.

Los significados sociales que dirigen el comportamiento humano no son inherentes a las actividades, las instituciones o los objetos sociales mismos. Más bien, los sentidos son conferidos por los individuos interactuantes, quienes primero deben interpretar lo que sucede desde el contexto social en el cual ocurren los hechos.

Estas estrategias de investigación buscan obtener acceso 'al interior' y ello es un fin en sí mismo; no buscan analizar y predecir, sino comprender los procesos.

Crozier, 1977, como el más caro representante que se vale de un procedimiento basado en las fuentes informativas que proporciona la experiencia vivida, privilegia especialmente la técnica de la entrevista como medio más idóneo.

Una modalidad comprensiva de abordar la comunicación en las entrevistas es entender lo que el paciente transmite, aprehender su subjetividad contenida en el mensaje, pero a la vez procurar captar cómo él entiende lo que hacen y dicen quienes lo asisten en su internación.

Es decir, expresa su vivencia vincular con médicos, otros profesionales, enfermeras y demás asistentes y al propio tiempo, los interpreta en sus roles, ofreciendo un panorama de cómo los entiende. Se accede, en fin, a él como paciente, y a los de su contexto, a través de él.

Estos datos subjetivos se recogen como indicadores para reconstruir comprensivamente las estrategias de los actores y penetrar en la conceptualización de las actitudes para reconstruir las estructuras de poder y la naturaleza de los juegos que regulan la interacción y condicionan la conducta.

A propósito de la alternancia de metodologías diversas, Denzin, 1978, define la práctica como convergencia metodológica y la denomina 'triangulación'. Jick, 1978, complementa diciendo que el análisis cualitativo desempeña un papel central en la triangulación, siendo la idea básica formular el encuentro de dos dimensiones, estrategias de recolección y lógicas de interpretación, que cotejan y resuenan buscando confirmación, en los órdenes cuantitativo y

cualitativo, en este caso particular.

Estas concepciones recorren en forma permanente toda la tarea, de modo tal que, la captación de la subjetividad del protagonista es propósito esencial para alcanzar la meta fijada en la formulación del encuadre cualitativo, que a su vez, facilite la verificación de los planteos hipotéticos que preceden el desarrollo del trabajo.

Dichos planteos se sintetizan en los siguientes presupuestos:

1. El recorte social representado puede aparecer relativamente homogéneo en cuanto al grupo social de pertenencia, en razón de los vaivenes negativos que afectan la estructura económica global.

2. Se presupone la existencia de factores aglutinantes que permitan detectar identificación de intereses y necesidades, no obstante las diferencias de origen en circunstancias y situación social.

3. Existe un margen de prejuicios y estereotipos en este usuario del hospital público, que se integran a sus conceptos sobre los servicios de salud, moldeando sus vivencias acerca del mismo.

4. Los recursos metodológicos instrumentados facilitan dimensionar el grado de predisposición a la participación activa en el proceso salud-enfermedad, convirtiéndolo en herramienta eficaz para encara cambios de estrategias operativas en la internación de pacientes.

El cumplimiento de estos objetivos se grafica a continuación, en etapas o momentos del proceso investigativo, donde aparece centralizado



el actor social protagonista de la crisis de salud, procurándose definir su imagen según el contexto social del que proviene y cómo se proyecta en el contexto hospitalario donde se instalara para su recuperación.

De acuerdo al esquema, el material emergente de la muestra elaborada sobre 177 pacientes internados se organiza sobre dos núcleos temáticos centralizantes, concernientes a la ubicación del enfermo en :

1. La trama social de origen y

2. la trama asistencial que lo asiste. A partir de este abordaje se abre un panorama favorecedor de la obtención de un perfil más definido del universo social tratado, respecto de:

1. Su modalidad de inserción en la red social de pertenencia, aspectos particulares distintivos, y

2. Proyección de esos rasgos en circunstancias de su `rol' de enfermo.

Sobre las conclusiones

El desarrollo producido a partir de la comprensión reflexiva aplicada al conjunto de referentes obtenidos, da lugar a retomar los planteos hipotéticos de apertura y sintetizar sobre los mismos, arribando a conclusiones en función de las metas establecidas.

Respecto del primer supuesto, efectivamente, no hay un grupo social cuyos rasgos sean comunes a todos los internados. Se detectan variantes, en particular relacionadas a la condición laboral y el modo de vida.

Es indudable que el deterioro progresivo que se ha venido registrando en la estructura ocupacional tiene su repercusión inmediata en sectores que medianamente, por este canal, habían superado la línea media de pobreza, alcanzando condiciones socioeconómicas más holgadas.

Cuando una crisis de salud los afecta, deben recurrir a la asistencia en hospitales públicos, como lo demuestra la cantidad de personas que ingresaban a esta condición, por primera vez. El argumento de justificación, casi siempre el mismo, habla de antecedentes con dificultades originadas en las malas condiciones económicas del momento, por la necesidad de abandonar el sistema prepago de salud con que se contaba, la precariedad del empleo u ocupación que no

cubre este aspecto, o el desempleo que los deja sin cobertura de ningún tipo.

Si bien casi la mitad de ellos ya había recurrido a este sistema sanitario gratuito en alguna ocasión, creemos que es muy importante acentuar la trascendencia de las causales de la otra mitad, por tratarse de la verificación de las repercusiones de un fenómeno evaluado como de crisis estructural de la economía.

Su incidencia en los mencionados sistemas de salud resulta de una evidencia incontrovertible.

Al propio tiempo, hay una población cuyas condiciones de pobreza podría decirse son como la consecuencia de una transmisión generacional, pero que no tienen trazos de miseria, pauperismo marcado o indigencia total. Estos últimos casos, casi no se registran. Entonces surge un nuevo interrogante al respecto, acerca de ¿dónde se asisten los `pobres de solemnidad', si no llegan a este hospital al que pueden acceder con algún transporte público que deben pagar?... Aquellos de la `pobreza naturalizada' son esa otra mitad que comparte con los de clase media empobrecida, los rasgos de humildad que los compele a recurrir a estos servicios de salud. Los homogeneiza la condición de pobreza de recursos, pero los diferencia, y ellos mismos lo denotan en más de una oportunidad, los diferentes caminos recorridos para encontrarse en esta situación actual común.

En cuanto a la existencia de elementos identificatorios compartidos, no obstante la existencia de dos grupos sociales mínimos bien definidos, con sus rasgos propios, pueden señalarse factores aglutinantes, que los unifica en lo que podrían reconocerse como puntos débiles, falencias socio-económicas comunes. Por una parte, la carencia de recursos económicos, aunque las circunstancias que la origina tenga motivos diferenciados. Por otra, y en directa relación con ello, la necesidad de superar el trance a breve plazo, la urgencia de reintegrarse al conjunto productivo y acceder por dicho medio a su sustento y el de su familia.

Hay pues, una identificación que los presenta unificados ante la sociedad global y ante el espectro interno del ente hospitalario. Esa condición de desposeídos económicos, que los exime de pagar por el servicio que reciben, cumple la

misma función asociadora, frente al surgimiento de eventuales reclamos.

Varias veces se ha argumentado la indefensión en ocasiones puntuales, debida a la imposibilidad de manifestar disconformidad, por cuanto la gratuidad del servicio se vivencia como un auto-límite que condiciona y pone en riesgo, por la indisposición que pueda generar en los prestadores. En definitiva, tal condición socioeconómica aumenta su vulnerabilidad también en el campo de la salud.

El tema relacionado a la cuestión laboral que trunca el estado de enfermedad, es concomitante a la condición de pobreza e inestabilidad en el trabajo; muchas son ocupaciones transitorias, precarias, autónomas, por lo que la falta de salud no sólo hace desaparecer el salario sino que no se cuenta con ninguna cobertura gremial o de obra social que contribuya a paliar los gastos provenientes de la misma.

Por ende, la urgencia por superar estos tranques, por las razones expuestas, suele propiciar un monto de angustia, a veces depresiva, que no favorece la evolución del paciente. Y en esto no hay distingo de género; mujeres y hombres se manifiestan en igual sentido, con importante frecuencia, como lo testimonian sus proyectos inmediatos.

En más de una oportunidad se ha podido verificar lo arraigado que están los prejuicios y estereotipos relacionados con la atención pública de la salud. Este planteo hipotético apuntaba más bien a verificar en qué medida su vigencia incide en las concepciones que los servicios públicos de salud tienen, para este grupo social. Derivan básicamente de los desarrollos anteriores, en tanto se los entienden preponderantemente originados en la condición social de los asistidos.

Es vivenciado como inferiorizante tener que atenderse en el servicio público, aparece como signo de desprestigio social, en particular por aquellos que se explayaron más al referir el porqué estaban internados en el hospital, que en dar cuenta de las particularidades de su proceso de falta de salud. Existió la necesidad de justificar el hecho de atenderse en estas condiciones, sostenido de manera latente, como una pauta de marginalidad muy poco tolerable, que había que agregar a la circunstancia de estar enfermo.

Aparece esta actitud como uno de los polos

de la contradicción, por cuanto luego se reconoce la calidad profesional de quienes lo asisten, el esfuerzo que se hace, para continuar con este juego dialéctico, reclamando por los defectos funcionales del servicio, a la vez que reconociendo el sacrificio de muchos prestadores por las condiciones de trabajo, aceptando la situación por ser la única alternativa posible y al propio tiempo, agradeciendo el poder acceder a ella.

Lo que fue reconocido por algunos como escasa comunicación con los médicos, una regular atención de enfermeras o mucamas, la tolerancia ante la particularidad de tratarse de un hospital escuela, fue relacionado a una condición de trato diferenciado por tratarse de un servicio público y gratuito, en el sentido de que tal condición no da lugar al reclamo por insatisfacción.

En algunas situaciones surge muy marcado el contenido prejuicioso, al punto que provoca 'confesiones', comentarios cuya modalidad de reserva, es de por sí demostrativa de la cautela con que merece ser resguardado lo dicho. Aluden al rechazo o crítica sobre la conducta y hábitos de otros usuarios con quienes se comparte la habitación o la frecuentan, calificados casi siempre en función de la condición social de inserción que se les adjudica.

Esta es la otra faceta del prejuicio circulante, es decir, aquella que refiere no al servicio en sí, sino a quienes se atienden en él, y son percibidos como diferentes a sí mismo.

Por lo tanto, hay una doble vertiente en la que éstos circulan, una dirigida hacia fuera, hacia las características del servicio, describiéndolo según esta óptica prejuiciosa, y otra, hacia adentro, referida al propio grupo social inmerso en la problemática compartida, según la cual se reconocen diferenciados entre sí.

En fin, el fantasma de los estereotipos emerge acentuado en estos tiempos de crisis generalizada, guardando correlación con los cambios producidos en la composición del universo demandante y las alternativas de la organización económica global.

Es imposible deslindar entre el aspecto caritativo de la asistencialidad pública, los requisitos de estatus y el marco social de pertenencia, además de la calidad de las prestaciones, aunque se deba reconocer la trascendencia que cada uno posee, en tanto se integran como par-

tes del conjunto motivador de actitudes manifiestas de las conductas sociales.

Estas tres ideas fundamentales del encuadre temático hipotético, constituyen puntos en torno a los cuales, puede decirse que se organizan los prejuicios, derivados luego en estereotipos que convierten 'per se' a sus usuarios, en marginales de las prestaciones en salud.

Insistimos en que el diálogo producido a partir de este tipo de consulta, basado en la entrevista semidirigida, es un excelente recurso para una lectura enriquecida y enriquecedora de los marcos de significado latentes en las expresiones verbales producidas, propiciatorio del reconocimiento de estas pautas modeladoras de actitudes.

En esta oportunidad ha quedado verificada la eficacia del medio empleado, ya que los resultados permiten fundar los criterios que afirman la hipótesis respectiva.

A partir de los rasgos esenciales que permitan establecer la captación de la subjetividad volcada en las actitudes de los pacientes, habrá posibilidades de repensar estrategias conducentes a superar los esquemas tradicionales, dirigidas a la más ágil recuperación y rehabilitación social del paciente, usuario del hospital público.

Los procedimientos empleados facilitaron la comprensión de las conductas manifiestas y verbalizadas. De su estudio emerge la clarificación acerca de las características del espectro demandante, cuya diversificación ha aumentado en los últimos tiempos, a consecuencia de la desestructuración de la organización económica vigente, causante de alteraciones profundas en las fuentes de trabajo.

Se suman al servicio público de salud gran número de personas, cuya condición social es la de desplazados del grupo de pertenencia anterior, en función de la caída de sus ingresos, compartiendo los beneficios con quienes ya son frequentadores habituales.

Aunque tal diversificación pudiera estimarse como factor que incrementase la heterogeneidad del recorte social abarcado, queda consolidada la existencia de elementos compartidos en cuanto a intereses y necesidades comunes, que los identifica como los protagonistas más afectados por los cambios económicos, en función de la debilidad misma de su inserción en esa

estructura.

Al mismo tiempo, se ha podido comprobar la renovación del contenido prejuicioso y la vigencia de estereotipos, ya que la mencionada diversidad en la demanda aporta nuevos actores sociales que añaden sus respectivas dosis, marcando diferencias de conceptos y de actitudes.

La riqueza de las connotaciones extraídas de este pasaje del mundo interno del paciente al mundo externo, merced a la comunicación portadora de tales mensajes, mediante el diálogo, se evalúa de suma importancia por su aporte a un plan de estrategias posibles.

Con ellas se consolida el presupuesto que apunta a la modificación de los esquemas tradicionales de atención, ampliando el compromiso del usuario en tal cometido, a la vez que revirtiendo algunas actitudes de los prestadores.

Se ha de procurar sea un emprendimiento común, donde la participación activa del paciente forme parte de las prescripciones para su recuperación, enfatizándose su responsabilidad fundada en el mejor conocimiento de lo que sucede con su salud y de los medios que apoyarán positivamente a la gestión.

A la vez, este nuevo encuadre del paciente deberá ser la consecuencia del reencuadre de los prestadores, quienes deberán orientar los cambios ajenos en consonancia directa con los propios, por cuanto dejará de tener vigencia el rol pasivo de aquél, que sólo debe ser paciente de su enfermedad, pero con actitudes activas promotoras de una agilización en su proceso de normalización.

Mejorar la comunicación, entendiendo por ello transmisión clara y precisa entre los componentes de la red asistencial y el enfermo es la primera condición fundamental para que los cambios sean viables.

Debe tenerse presente la importancia del estímulo constante, pero transitando gradualmente según las particularidades de la enfermedad, de la palabra a los hechos. Es decir, el estímulo oral es el primero que brindan los prestadores, debiendo continuarse con un plan de acción que contemple la incorporación paulatina del actor social, a los elementos que forman parte de su medio y costumbres cotidianos, aunque su evolución no sea todo lo rápida que se desease.

Ese plan de acción significa la organización

regular y estable de un equipo de trabajadores que complementando la asistencia del grupo tradicional conformado por personal médico, de enfermería y mucamas, coordinase y se responsabilizara de ejecutar con ellos, diversos aspectos concernientes a incentivar conductas participativas de los pacientes y los incorporase a la cotidianidad de sus hábitos, como complemento terapéutico estimulante.

Es una constante que los enfermos comenten como motivo de sus añoranzas la ausencia de encuadre hogareño; esto conduce a reflexionar acerca de la necesidad de que el marco hospitalario público deba ser 'de color blanco', 'con paredes desnudas y también blancas', 'igual que las cortinas', con una pulcritud que parece ser responsabilidad sólo de mucamas y enfermeras, como si la asepsia dependiese de un color, de la solemnidad, de la ausencia de elementos vivos como una planta, un cuadro, una pizarra donde dejar y recibir mensajes, indicaciones o notas recordatorias.

El padecer una enfermedad coloca al sujeto social en situación diferenciada, le provoca cambios en su red vincular externa e indudablemente, en su subjetividad, en su modo perceptivo del mundo externo. Se instala una sensación latente de vulnerabilidad que incrementa la sensibilidad, primando el sentir sobre el pensar, y muy notoriamente sobre el hacer.

Efectivamente, suele ser rasgo preponderante la inhibición del hacer, sobretudo el hacer 'habitual', en circunstancias de salud. Este efecto de paralización es el más sentido, a partir de vislumbrarse el inicio del ciclo recuperatorio, y es precisamente en este trance donde se cree más pertinente intervenir con prácticas de socialización que alienten el retorno de la salud.

Dicha socialización obrará estimulando el pensar, promoviendo la reflexión, el retorno gradual al contacto con el 'mundo externo', la capacidad de retomar las proporciones adecuadas de preocupación por sí mismo y por el entorno.

La propuesta es que el paciente pueda recuperar el entorno de normalidad, de salud, a través de los elementos que habitualmente conforman su vida cotidiana. A este marco corresponde acompañarlo con la promoción de encuentros internos entre los pacientes, en un lugar especial de reuniones, a horarios pre-es-

tablecidos, coordinado por especialistas, al que cada uno pueda concurrir cuando su dolencia le permita ser ambulatorio, aunque sea con soportes que lo ayuden a trasladarse.

El dejar la habitación, aunque sea por un tiempo corto pero con una frecuencia regular, el alternar con otras personas en similar situación, conversar, sentirse comunicado, socializar en una palabra, se estima de gran valor en la recuperación, por cuanto es el anhelo más sentido y manifiesto que se expresara. Durante la evolución de la enfermedad, el retorno a lo cotidiano se idealiza y desea como el objetivo más preciado, en tanto signo único de vitalidad, de salud.

De ahí que la incorporación parcial de elementos que pertenezcan a ese ámbito se cree facilitará la evolución positiva, sea por la carga afectiva que los mismos contienen, sea por no enajenar totalmente del mundo habitual, sea por no experimentar que se corta, se fragmenta la red vincular social 'del afuera', desplazando, aislando, aumentando la traumática carga de la enfermedad.

El planteo de esta estrategia, entre otras posibles de similar finalidad, está fundada en datos recogido de la más absoluta realidad, frecuentada durante cuatro meses, casi a diario, por varias horas, promoviendo el diálogo con cada uno de los ciento setenta y siete enfermos entrevistados.

La prueba más contundente de la necesidad afectiva fue testimoniada por aquellos que tenían fotografías de sus familiares, que las mostraban en la circunstancia o las exhibían dificultosamente sobre el escaso mobiliario. También se observaron mensajes en collages colocados en la pared, prendidos de los barrotes de las camas; flores y pequeños objetos, que en oportunidades se señalaban no sin rubor, como si la evidencia de las emociones y los sentimientos fuera un síntoma de debilidad, algo que no habría que mostrar, por cursi o por falta de recato.

Toda esta simbología de los sentimientos, también lo es del paisaje cotidiano y se toma como un claro mensaje implícito de su necesidad, que se agrega al de los menos inhibidos, quienes lo hicieron manifiesto verbalmente. Ambientar el lugar de residencia transitoria de un enfermo procurando integrar elementos del marco que entorna las circunstancias de salud

con los que se hallan en un hogar cotidiano, se consideran de indudable proyección positiva en la evolución del paciente, al menos, contribuyendo a una buena calidad ambiental para la recuperación.

Los avatares de la sociedad actual han llevado a la declinación del rol desempeñado por los grupos primarios (familia, amigos, vecinos, comunidad, etc.) en el bienestar y el ajuste personal y social. (G.Fuster, 1997)

A esta altura del devenir de estos procesos sociales, el redescubrimiento de la importancia de las redes naturales de apoyo en la comunidad les confiere un papel relevante, por su contribución a la consolidación del movimiento de la salud comunitaria.

Aquí se trataría de emplear una estructura organizativa formal, representada por el hospital y su personal, para sostener, guiar, contener, estimular, la formación constante de las redes informales de apoyo y de integración social de los pacientes internados, con la modalidad de grupos de apoyo.

El papel que los grupos informales de apoyo desempeñan en el proceso de ajuste de los miembros de la comunidad, en este caso en situación de pacientes internados del hospital público, originaría estímulos para el desarrollo de nuevas iniciativas de prevención e intervención, con el objetivo de optimizar la calidad de estos recursos informales de apoyo, producidos por la misma comunidad.

El objetivo central radica en favorecer la multiplicación interna de interacciones informales de ayuda, encontrando fórmulas capaces de articular y combinar ambas fuentes de apoyo y ayuda, la formal y la informal.

Precisamente, la ayuda informal no es una actividad unidireccional, sino que constituye un flujo mutuo que implica tanto la recepción como la provisión de ayuda, al tiempo que enfatiza la privacidad de reglas implícitas y la actividad espontánea.

El propósito de implementar estos grupos puede considerarse intencionalmente dirigido a producir intervenciones proveedoras de apoyo social, decisivas para el ajuste psicológico y social del individuo, especialmente en aquellos grupos y comunidades más desasistidos, más privados y alejados de los servicios sociales y

de salud, entendida ésta como bienestar social y calidad de vida. (Blanco, 1985)

La importancia que las relaciones sociales de apoyo y la integración social tienen en la salud física y mental y en el ajuste social sugieren esta nueva forma de entender la intervención social, en la que los recursos sociales del entorno natural pueden desempeñar un rol fundamental en el logro de los objetivos de intervención.

Acorde con dichas metas es el pensamiento de Gottlieb (1992), quien sostiene que las intervenciones basadas en el apoyo social, independientemente de las estrategias que se adopten, difieren de otro tipo de intervenciones, puesto que su objetivo fundamental es la creación de un proceso de interacción con el entorno social que sea capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas.

El interés por el estudio del apoyo social se despierta fundamentalmente por la asociación positiva entre un cúmulo de variables e índices de salud, repetidamente observados y reflejados en numerosos trabajos. De tales experiencias quedan pocas dudas con respecto a la importante asociación entre la percepción de apoyo social, la salud y el ajuste psicosocial. Una etapa fundamental es la diagnosis de los rasgos típicos, generales, propios del grupo social al que habrá de encaminarse la intervención respectiva.

El análisis comprensivo de la información emanada de las entrevistas a los pacientes internados desarrollado hasta aquí, no hace sino ratificar los postulados teóricos que anteceden y redondear el panorama puntual del espectro social al que se involucra como posible protagonista de estas prácticas.

El planteo de hipótesis, la interpretación de los marcos de significado y la ratificación de las mismas conducen a la propuesta de cierre sobre la implementación de estrategias para conformar Grupos de apoyo en el ámbito de los pacientes internados.

De hecho este emprendimiento debe sujetarse a las alternativas particulares de las enfermedades, regirse por los criterios profesionales especializados promoviendo la integración ínter e intradisciplinaria.

La finalidad de asistir a las emergencias, propia del hospital en el que se llevara a cabo

el trabajo de campo, lo especializa en acciden-
tología, y por ende, en un tipo de paciente que
reviste condiciones muy peculiares.

En las entrevistas surgió la ambigüedad, casi
como una constante de estos casos, donde gran
parte de los pacientes debe guardar una interna-
ción prolongada, con traumatismos invalidantes
de diferente tenor, pero que muchas veces no
impiden su desplazamiento y con una aprecia-
ción muy especial, en tanto expresan sentirse
limitados, disminuidos, pero no `enfermos'.

El paciente otorga una concepción diferente
a lo que significa `estar enfermo', lo cual re-
conocen como tal, en la medida que les impide
hacer su vida `normal', pero al mismo tiempo,
mantienen ciertos patrones vitales intactos y
por consiguiente la internación, una vez pasados
los primeros días, adquiere connotaciones dife-
rentes a las de otros tipos de pacientes.

Por esta razón se estima este grupo de afec-
tados traumatizados por accidentes, como el
más indicado para iniciar una estrategia con las
características de la planteada.

Para concluir, parece oportuno citar a Riess-
man (1986) "... una integración dialéctica de
estos dos sistemas, el de las intervenciones de
apoyo social y el de los servicios profesionales,
puede proporcionar no sólo un adecuado balance
que ofrezca la oportunidad del aprendizaje mu-
tuo, sino también generar una red asistencial
más amplia y efectiva, capaz de responder a
la creciente crisis de provisión de servicios en
nuestra sociedad."

Una mayor integración entre los sistemas
for males e informales de ayuda, con una ma-
yor participación del usuario, constituye el ca-
mino hacia una nueva dimensión en la provisión
de servicios en salud, cuando el objetivo de la
política sanitaria es optimizar la calidad de sus
prestaciones.

Fuentes documentales

El material obtenido de las entrevistas y
otros datos estadísticos existentes en el Ser-
vicio respectivo constituyeron el material docu-
mental básico que nutrió este trabajo.

Bibliografía general

- BARRIGA, S. Salud y comunidad. Ponencia
en el I Congreso Nacional de Psicología Social.
Granada. Xerocopiado. Granada, 1985
- BLANCO, A. La calidad de vida: supuestos
psicosociales. En Psicología Social aplicada. Ed.
Desclee, Bilbao, 1985
- CROZIER, M. Y FRIEDBERG, E. L'acteur et
le systeme . Les contraintes de l' action collecti-
ve. Ed. Seuil, Paris, 1977
- DENZIN, N. The research act. Cap. 10.
Ed.American Sociological Review, 42, 6/12.
Nueva York, 1978
- DE MIGUEL, J. M. La salud pública del futu-
ro. Ed. Ariel, Barcelona, 1985
- FONT, J. Definió de Salut. X Congreso de
médicos y biólogos de Lengua Catalana. Aca-
demia de Ciencias Médicas de Cataluña y Balea-
res, 1976
- GRACIA FUSTER, E. El apoyo social en la
intervención comunitaria. Ed. Paidós, Barcelona,
1997
- GOTTLIEB, B.H.Quandaries in translating
support concepts to intervention. En The me-
aning and Measurement of social support. Ed.
Hemisphere, Nueva York, 1992
- JICK, T. D. Mezclando métodos cualitati-
vos y cuantitativos: triangulación en acción. Ed.
Administrative Quarterly, 1978
- RIESSMAN, F. Support groups as preventi-
ve interventions. Ed. Hanover, University Press
of New Ingland,1986
- SAN MARTIN, H. y PASTOR, V.Salud co-
munitaria. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1985
- SCHWARTZ, H. y JACOB, J. Sociología
cualitativa. Ed. Trillas, México, 1984

Discursos y representaciones acerca de la salud de la mujer: permanencias y cambios*

...

María Eugenia Garma**

Resumen

En el presente trabajo abordamos el tema de la salud de la mujer desde los discursos y las representaciones sociales existentes en nuestra sociedad que son, en parte, las que sostienen las prácticas entorno a la misma. La reflexión toma como punto de partida los discursos y las representaciones sociales posibilitándonos captar el movimiento entre los procesos y las estructuras, entre lo subjetivo y lo objetivo, es decir, la compleja articulación de esas dimensiones en un campo específico como la salud de la mujer.

Para realizar este abordaje hemos dividido la presentación en tres partes. En la primera vemos como la bibliografía especializada muestra el modo en que se asoció históricamente la función reproductiva con la salud de la mujer y como la medicina a partir de un proceso de expropiación de los saberes de las mujeres sobre su propio cuerpo constituye un corpus de conocimiento específico. En la segunda, vemos como algunos procesos sociales de mediados de este siglo posibilitan la emergencia de nuevos discursos sobre la salud de la mujer en la medida que

se vislumbran algunos cambios en las relaciones de género. Además, rescatamos algunos de esos discursos mostrando que elementos nuevos introducen y que aportes realizan al trabajo profesional.

Por último, las reflexiones finales hacen referencia a la visualización de cambios y permanencias en las representaciones de género que en el campo de la salud de la mujer se manifiestan en una coexistencia entre programas dirigidos a la salud materna en donde la función reproductiva de la mujer es hipervalorizada y nuevos discursos y prácticas que incorporan una visión de la mujer más abarcativa. Rescatamos estos nuevos discursos y prácticas que pueden constituirse en un punto de partida necesario para profundizar el conocimiento y la discusión sobre las condiciones de salud de la mujer en nuestras sociedades y ofrecer bases alternativas de sustentación para las prácticas de los profesionales.

Palabras Clave

representaciones sociales - salud reproductiva

* El presente artículo contiene ideas desarrolladas en Garma, María E. "Salud de la mujer: las representaciones sociales de los profesionales de salud. Un análisis de dos experiencias", Tesis de Maestría, Universidad Federal de Rio de Janeiro, 1998.

** Lic. en Trabajo Social (UNR) y Master en Servicio Social (UFRJ-Brasil). Docente de la Facultad de Ciencia Política y RR.HH. de la U.N.R. e-mail: garma@fcpolit.unr.edu.ar

Summary

Discourses and representations on woman's health: changes and permanences.

This work deals with the woman's health in the discourses and the social representations of our society which are, partly, the ones that support the practices around it. This reflection is based on the discourses and social representations in order to understand the links between the processes and structures, the subjective and the objective processes, that is to say, the complex articulation of those dimensions in a specific field such as the woman's health.

The presentation has been divided into three parts. In the first one, the specific bibliography clearly shows the way in which the reproductive function has been historically related to the woman's health and how the medicine, through a process of expropriation of the women's knowledge about their own body constitutes a corpus of specific knowledge. In the second one we are able to see how some social processes that took place in the middle of this century allow new discourses about the woman's health as some changes are seen in the gender relations. In addition to this, we make references to some of these discourses in order to show the new introduced elements as well as the contributions to the professional work.

Lastly, the final conclusions refer the changes and permanences of the gender representations in the field of the woman's health which seem to coexist not only with programmes about the maternal health where only the reproductive function of the woman is considered but also with the new discourses and practices that provide a distinctive and huge view of the woman. We consider these new discourses and practices a necessary starting point to study and discuss the conditions of the woman's health in our societies as well as to offer alternative bases to the practice of professionals.

Key-words

social representations - reproductive health
- woman - feminism - gender

Introducción

En los últimos años el tema de la salud reproductiva ha surgido en nuestro país a partir del conocimiento de las condiciones epidemiológicas de las mujeres. Por otro lado, la presentación de propuestas de ley de salud reproductiva o paternidad responsable en el orden nacional, provincial y municipal, con sus éxitos y derrotas, también permitió dar visibilidad a una realidad muchas veces invisible para el conjunto de la sociedad. Este conocimiento y las diversas propuestas permitieron que las distintas opiniones y posiciones políticas y doctrinarias adquieran visibilidad y se enfrentaran públicamente.

Consideramos que en la base de las dificultades, obstáculos y resistencias existentes a las propuestas de transformación de las condiciones de la salud de las mujeres están presentes representaciones sociales acerca de la salud de la mujer que impiden la instauración de esas acciones transformadoras.

En el presente trabajo queremos abordar el tema de la salud de la mujer desde los discursos y las representaciones sociales existentes en nuestra sociedad que son las que sostienen las prácticas entorno a la misma. Pensamos que es necesario reflexionar y mostrar como es visualizada la salud de la mujer, como se ha construido un saber acerca de ello y un modelo de atención acorde a la visión dominante en nuestras sociedades (a pesar de las variaciones históricas) para comprender la situación actual en sus distintas dimensiones.

En la primera parte de este artículo veremos como se asoció históricamente la función reproductiva con la salud de la mujer y como la medicina a partir de un proceso de expropiación de los saberes de las mujeres sobre su propio cuerpo constituye un corpus de conocimiento específico. En la segunda parte, veremos como algunos procesos sociales de mediados de este siglo posibilitan la emergencia de nuevos discursos sobre la salud de la mujer rescatando algunos de ellos por sus aportes al trabajo profesional. Por último, presentaremos algunas reflexiones finales que permitan visualizar los cambios y las permanencias con referencia a la salud de la mujer.

I- Salud de la mujer: una aproximación histórica sobre su definición

Históricamente, la salud de la mujer se ha relacionado, primordialmente, a la función reproductiva y la atención se ha caracterizado por brindar asistencia al período de gestación, parto y puerperio, a través de los programas materno-infantiles.

La asociación entre la función reproductiva y la salud de la mujer continúa siendo corriente y habitual. Esta asociación proviene de una tradición cultural y médica. El interés de los médicos por el cuerpo reproductor de las mujeres se remonta al origen de la medicina, pero fue en el siglo pasado que se produjo la firme mediación del saber médico en la relación de las mujeres con su propio cuerpo y comenzó la estructuración de un saber particular que se apropia de los saberes y conocimientos que las mujeres tenían de sí mismas.

La relación entre la medicina y las mujeres se estructura a partir de la implantación de un tipo de proyecto médico conocido como proyecto higienista. Este proyecto, que según Nunes (1991) se implementa a mediados del siglo XIX, intentó a través de una vigilancia cuidadosa del medio social, combatir las condiciones deterioradas de la salud de la población. En este sentido, podemos decir que el espíritu del proyecto adopta, claramente, las características que la medicina comenzó a adquirir a partir del siglo XVIII, cuando comienza a ocuparse no sólo de lo que sería su dominio, las enfermedades, sino que comienza a incluir otros campos de intervención. Para Foucault (1978), de un modo general, la salud se convirtió en un objeto de intervención médica, todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es un campo de intervención médica.

En el proyecto higienista la familia se torna muy importante ya que es a partir de la intervención en las costumbres y hábitos familiares que el proyecto pretende reorganizar las relaciones dentro de la misma con la intención de

preservar la vida y la salud de la población y, al mismo tiempo, comienza a otorgar a la mujer un lugar de relevancia. La mujer se transforma en un recurso muy valioso en la intervención sobre la salud ya que su función es garantizar la salud de todos los miembros de la familia.

La medicina descubre que la relación madre-hijo es muy importante, por ejemplo, en la disminución de la mortalidad infantil. Hasta ese momento la mujer en la familia no tenía ningún tipo de autonomía, estaba desvalorizada y sus actividades estaban siempre bajo la tutela del padre o del marido. Con el proyecto higienista se produce un cambio importante en la valoración social del papel de la mujer como esposa y madre, como agente familiar del proyecto médico de protección de la infancia. El otorgamiento de un nuevo status dentro de la familia, tornándola más operativa en el desempeño de sus funciones maternas, fue una estrategia del proyecto a partir de la cual la mujer es sometida a una vigilancia y acompañamiento diario que la tornen más eficaz en la tarea que le fue asignada. (Nunes, 1991)

Desde el discurso médico se argumenta que la naturaleza otorgó al sexo femenino elementos más adecuados para el cuidado de la infancia. De la misma manera, se colocan argumentos científicos que refuerzan la noción según la cual la mujer está hecha para el hogar y el hombre para el trabajo. Otorgando atributos de orden natural se justifica el nuevo lugar dado a la mujer en la estructura familiar impidiendo que se cuestione tal ubicación. En este sentido, según Nunes, lo que se observa en los textos médicos "... no es el surgimiento de un saber que la coloque como alguien capaz de igualarse socialmente al hombre, muy por el contrario, la organización de un discurso que justifica positivamente la idea de inferioridad femenina. De esta forma, la medicina ahora habla por la mujer y dice como ella es y de que forma debe vivir." (Nunes, 1991:52)

En la misma línea de raciocinio un documento oficial del Ministerio de Salud brasileño considera que: "...la introducción del médico, en el interior de la familia, transformó a las mujeres, en madres, en ejecutoras y vigilantes

constantes del discurso moralista de la higiene y de la puericultura, como reglas para una nueva forma de vivir, adecuada a las exigencias de un nuevo orden social"². Además, señala que ese lugar otorgado a las mujeres lleva a un plano secundario el cuidado de sí mismas, lo que tiene consecuencias sobre la posibilidad de incorporar comportamientos preventivos en relación con su cuerpo, en la medida que: "El cuidado con la vida doméstica y con la socialización de los niños, el cuidar de otros (marido, hijos, casa), implican una desvalorización creciente del cuidar de sí misma y, consecuentemente, en la pérdida de la capacidad autoreflexiva sobre su cuerpo y el cotidiano de sus manifestaciones, tanto sea cuando está enfermo como cuando está sano"³

Como consecuencia de este proyecto de intervención sobre las familias y, en especial, sobre las mujeres pensadas como potenciales agentes de salud, es que en el comienzo de este siglo se formularon programas destinados al cuidado de la salud de la mujer. Así surgen los programas materno-infantiles y se incluyen en la legislación laboral el derecho a la licencia por maternidad como forma de protección de la fuerza de trabajo pero, fundamentalmente, de la futura madre. El interés por la salud de la mujer estaba relacionado con la necesidad de fuerza de trabajo imprescindible para el funcionamiento del naciente capitalismo industrial. En ese contexto, según Xavier et al, toma fuerza la idea de que una mujer sana tendrá hijos sanos que sobrevivirán a las condiciones adversas de la época, por lo que la salud de la mujer pasa a un segundo plano: "Son, por lo tanto, los cuidados con la gestación y con el recién nacido que merecen el privilegio de la atención médica. A medida que aumenta el número de partos hospitalarios, disminuye el cuidado con la propia parturienta." (1989:209) De esta manera, es evidente que el interés se dirigía a los niños por nacer y a las mujeres en cuanto reproductoras.

El conjunto de procesos sociales que están en la base de esta forma de entender a la mujer y su salud, del cuál destacamos la importancia del proyecto higienista, no sólo producen obje-

tivaciones de un modelo y de prácticas en relación con ello, sino que también producen subjetivaciones. En otras palabras, crea imágenes y representaciones que refuerzan y sostienen los modelos y las prácticas pero, al mismo tiempo, las subjetivaciones no son un reflejo mecánico de estos procesos, presentan la posibilidad de incorporar la experiencia que podrá aportar elementos innovadores. Es decir, a partir del proyecto higienista se establecen no sólo normas ya que estas son acompañadas por un conjunto de imágenes y representaciones de esa nueva forma de relación dentro de la familia y de los papeles que cada miembro debía asumir. Por lo tanto, consideramos que la dimensión subjetiva permea el desarrollo de cualquier proceso social.

De esta forma, entendemos que la subjetividad es constitutiva de los procesos sociales⁴, productora y producto de los contextos socio-históricos, de la realidad social y de los individuos. En este sentido, es necesario resaltar la eficacia simbólica en nuestras sociedades de la ecuación mujer-madre, de cómo se asocia el universo femenino a la maternidad y de como la constitución de la identidad femenina es el resultado histórico de discursos y prácticas que contienen esas imágenes.

En los comienzos de éste siglo se configura definitivamente el ordenamiento del sistema médico como hoy lo conocemos. En ese nuevo contexto el cuerpo de las mujeres se torna objeto de estudios y controles más rigurosos, comenzándose a constituir saberes particulares a partir de la apropiación de un conjunto de saberes que tenían las mujeres de sí mismas. En este sentido, el discurso médico hegemónico y la práctica correspondiente suponen una gran alienación del individuo de los saberes sobre su propio cuerpo, basado en la expropiación del contacto con el cuerpo. En este discurso, cuerpo y psiquis son mostrados como complicados e inaccesibles por lo cual las personas deben buscar ayuda de los profesionales para comprender lo que sus órganos y emociones están diciendo, contribuyendo, de esta manera, a una menor autonomía del individuo en lo que respecta a su salud.

3 Ibidem.

4 Distintos autores han señalado la existencia de este aspecto en los procesos sociales: Doray y Silveira 1989, Saffioti 1997, etc.

II- La emergencia de nuevos discursos sobre la salud de la mujer

La eficaz asociación entre cuerpo reproductor y salud de la mujer es difícil de ser des-re-construida. De todos modos, a mediados de este siglo algunas modificaciones en el campo de la salud y a nivel de la sociedad ponen en cuestión esa asociación. Por un lado, durante la primera mitad de este siglo se avanza en las investigaciones científicas sobre la ovulación femenina y el proyecto de dispositivo intrauterino que, una vez finalizada la 2ª Guerra, permitirían el desarrollo y la utilización de métodos anticonceptivos modernos como la pastilla que posibilitaron la separación entre reproducción y sexualidad. Por otro lado, el proceso de urbanización e industrialización, la masiva migración del campo a la ciudad con la consecuente modificación de la familia, la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral, el resurgimiento del movimiento feminista reclamando el control de las mujeres sobre el propio cuerpo, fueron elementos de este proceso de transformaciones.

El resurgimiento de la temática de la reproducción y de la libertad en el ejercicio de la sexualidad dentro de la agenda de las feministas se relaciona con el denominado "nuevo feminismo" cuyo origen se localiza en los movimientos radicales de la década de '60. Una de las reivindicaciones más sobresaliente de este movimiento, entre tantas otras, fue el control del cuerpo por parte de las mujeres. Esta reivindicación feminista explicita la necesidad de que las mujeres comiencen a tomar decisiones con respecto a su salud reproductiva intentando reducir el espacio

de decisión del médico, esposo, compañero u otro familiar. Este planteo está directamente relacionado con la crítica sistemática de este movimiento a la forma en que la condición femenina está sujeta a la capacidad biológica de dar a luz y como ese aspecto biológico, elaborado social y culturalmente, se relaciona con la construcción de la identidad de género.

En el marco de estos procesos comenzaron a surgir nuevos parámetros para pensar la salud de la mujer. Por ejemplo, para Xavier et al (1989) un nuevo discurso sobre la salud de la mujer se construye ya no pensando en la proposición 'mujer sana pare hijos sanos', sino pensando que 'una mujer sana tiene relaciones sexuales sin quedar embarazada'. Según estas autoras, el discurso médico centraliza la anticoncepción como factor de salud femenina y como garantía de buena salud. En cambio, el feminismo identifica en la anticoncepción un elemento que desequilibra aún más el bienestar de las mujeres⁵.

En América Latina a éstos procesos sociales⁶ debe agregarse el apoyo de los gobiernos, explícito o no, a las políticas de población⁷ que introdujeron el control de la natalidad ante el preocupante crecimiento de la pobreza. A la vez, la necesidad de la disminución del número de hijos a través del control de la fecundidad comenzó a ser incorporado como un nuevo comportamiento en la familia⁸. Dentro de la familia, según Giffin (1994), el control de la fecundidad puede ser pensado como una forma de economía interna y como una estrategia de sobrevivencia. Es decir, las transformaciones provocadas por los procesos de urbanización e industrialización se tradujeron en la pérdida de las actividades

5 El feminismo identifica la anticoncepción como un elemento desequilibrante del bienestar de las mujeres en la medida que los nuevos anticonceptivos fueron visualizados como un elemento de control sobre el cuerpo de las mujeres. Las políticas de control de la natalidad y/o de planificación familiar implementadas tanto en los países industrializados como en los del llamado Tercer Mundo, fueron criticadas y resistidas desde esa óptica.

6 Las transformaciones sociales que explican la emergencia del control de la fecundidad son analizadas en Giffin, K.: A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil, en Leal Maria do Carmo (Org.) Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1992. Barroso, C.: A mulher, o planejamento familiar e a administração municipal, en Mulher e Políticas Públicas, Convênio IBAM/UNICEF. Rio de Janeiro, 1991. Pena, M.V.: Política e População: dados sobre um Estado de duas caras, en Physis Vol.1, nº1, 1991, pp97-116. Pautassi, L.: ¿Primeras...las damas? La situación de la mujer frente a la propuesta del ingreso ciudadano, en Rubén Lo Vuolo (Org.) Contra la exclusión: La propuesta del ingreso ciudadano. Bs. As., Miño y Dávila Ed.-Ciepp, 1995.

7 La introducción de la planificación familiar en los países de nuestra región estuvo vinculada a concepciones que la consideraron un instrumento eficaz para el combate de la pobreza y la disminución de la población.

8 Los indicadores de la disminución del número de hijos, como de las transformaciones en la familia presentan variaciones según el país y la región sobre la cual se está trabajando. Aquí utilizamos los aportes de Giffin (1994) como una referencia general que no pretende explicar procesos particulares.

productivas antes organizadas por la familia. Se produjo una diferenciación y especialización espacio-temporal entre esfera privada (esfera de la familia, de la reproducción) y esfera pública (esfera del trabajo, de la producción) y entre tareas masculinas y femeninas. Los hijos en este proceso pierden su valor como recurso productivo de la familia y se hace necesaria la venta de la fuerza de trabajo, inclusive de la mujer y en muchos casos de los hijos. Estas transformaciones junto al empobrecimiento de una gran mayoría de la población hace necesaria la disminución de la prole "... tanto indirectamente, por la necesidad de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, como directamente, por el costo de manutención de los hijos". (Giffin, 1992;104)

El avance en el control de la fecundidad le ofreció a las mujeres nuevas oportunidades y ventajas, como la de gozar de su sexualidad sin riesgos de embarazos y el derecho a ejercer un control autónomo sobre sus propios cuerpos.

A partir de ese conjunto de luchas y transformaciones sociales fue posible la emergencia de nuevas formas de concebir la salud de las mujeres. Fundamentalmente, surgen discursos sobre la salud de la mujer que intentan superar las concepciones restringidas que identifican la salud de las mujeres con la función reproductiva. En este sentido, recuperaremos dos discursos reconocidos en la región y a nivel mundial los cuales nos indican los cambios y aportes que realizan en este campo.

A fines de la década del setenta y principios de los ochenta en un contexto social y político de movilización social y de reclamo por la democratización, en el que el feminismo ya tenía su presencia entre los movimientos sociales, emerge en Brasil un discurso holístico acerca de la salud de la mujer. Esta concepción se plasma en el Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado por el Ministerio de Salud con la contribución del Movimiento de Salud de la Mujer. En este programa son centra-

les los conceptos de asistencia integral e integralidad⁹.

El programa parte del reconocimiento que la condición social de la mujer se reproduce en el sistema de salud. En los servicios de salud se refleja la inferiorización de la mujer a través de la desvalorización de su capacidad de auto-reflexión sobre el cuerpo y su cuidado. El poder médico se materializa en posturas autoritarias y, en muchos casos, excesivamente intervencionistas, que refuerzan la pasividad y la subordinación de las mujeres. En la visión del Programa, las mujeres no reciben las informaciones y los conocimientos que permitirían una mayor autonomía y poder de decisión sobre las cuestiones referentes a su salud.

Otro discurso que toma fuerza es el de la salud reproductiva. Su emergencia está asociada a la reflexión sobre las condiciones de bienestar de las mujeres necesarias para el desarrollo iniciadas en la década del setenta, conformándose como tema relevante recién en la década pasada. El concepto de salud reproductiva elaborado en el seno de organismos internacionales alcanzó una gran difusión y fue incorporado y debatido en las Conferencias Mundiales de Población (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995) organizadas por la ONU, y ha permitido entender no sólo a la mujer y su salud sino la salud reproductiva en la relación de pareja.

La definición de salud reproductiva de la OMS se refiere específicamente a la salud del sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. Ello implica que las personas estén aptas para tener una vida sexual satisfactoria y segura, que tengan capacidad de reproducirse y decidir si, cuando y con qué frecuencia hacerlo. Según la OMS "Implicados en esta condición están los derechos de hombres y mujeres a la información y acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y accesibles de regulación de la fecundidad, a su libre elección, el derecho al acceso a servicios de salud apropiados que permi-

9 Asistencia Integral es entendida como las acciones de salud dirigidas a la atención global de las necesidades de la población femenina, el concepto está vinculado a la necesidad y el deber de ofrecer asistencia clínico-ginecológica y educativa para el control del embarazo, parto y puerperio, el abordaje de problemas desde la adolescencia hasta la tercera edad, el control de enfermedades de transmisión sexual-cáncer de útero y mamas y asistencia a la anticoncepción. Por otra parte, la integralidad presupone una nueva postura de trabajo de los profesionales y nuevos contenidos de los programas de capacitación de recursos humanos y una práctica educativa que atraviese todas las acciones de salud. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática, Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

tan a las mujeres embarazos y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable." (Checa, 1996:209)

En estos discursos se presentan, también, aspectos conflictivos, los que sin oscurecer los aportes que representan, deben ser señalados para comprender todas las dimensiones del tema que nos ocupa. El abordaje holístico de la salud de la mujer está fuertemente impregnado por la racionalidad feminista que tiene por sujeto central y excluyente a la mujer ya que el foco está colocado en ellas no en las relaciones de las cuales son parte. Este posicionamiento, si bien trae consigo la voz de las mujeres, corre el riesgo del encapsulamiento al no registrar el aspecto relacional de la vida social. La definición de salud reproductiva con un origen diferente tiene como sujeto no sólo a la mujer sino a la pareja. Su definición supone un conjunto de derechos de mujeres y hombres, es decir, los derechos reproductivos. En sociedades atravesadas por los antagonismos de género es difícil que éstos encuentren condiciones propicias para su ejercicio. Estos discursos sobre la salud reproductiva de mujeres y hombres han realizado importantes aportes, por un lado, al orientar el trabajo profesional con nuevos parámetros y, por el otro al favorecer el descentramiento del debate de la visión reduccionista de lo materno y del énfasis otorgado a las políticas de control de la fecundidad. Son discursos que disputan con la visión tradicional de la salud de la mujer el mismo reconocimiento dentro del sistema de salud y en la sociedad.

III- Algunas reflexiones finales

A lo largo de este trabajo hemos intentado trabajar los procesos de subjetivación de lo objetivo y, al mismo tiempo, considerar lo subjetivo como un dato de lo real. En este juego fuimos mostrando como se han construido históricamente representaciones sobre la salud de la mujer que valorizan principalmente la función reproductiva de las mujeres. Estas representaciones se plasman en programas de atención de la salud materna, en los cuales muchas veces la mujer pasa a un segundo plano siendo el niño el que recibe la mayor protección del sistema. Mientras tanto, otras dimensiones de la salud de

la mujer como la planificación de la reproducción o la prevención de enfermedades de transmisión sexual encuentran grandes dificultades para ser tomadas en cuenta y ser incorporadas en nuevos programas de salud.

De todos modos, otros procesos sociales han permitido la introducción de cuestionamientos a los papeles socialmente definidos para mujeres y hombres que resultaron en el establecimiento de nuevas prácticas sociales. Ello nos posibilita visualizar la dinámica existente entre las franjas de los discursos hegemónicos y las prácticas micropolíticas que se dirigen tanto a la construcción originaria del género como a su deconstrucción-reconstrucción. Tomando en cuenta la posibilidad de des-re-construir el género, podemos pensar que es en los intersticios de las prácticas instituidas, en los márgenes de los discursos competentes, en las brechas de la estructura de poder/saber, donde nacen cotidianamente nuevas representaciones que van construyendo el género en otros términos.(Saffioti, 1994)

En este sentido, los nuevos discursos sobre la salud de la mujer introducen una visión de la mujer más abarcativa al reconocer un conjunto de necesidades que surgen a partir de las transformaciones en curso en las últimas décadas: ingreso en el mercado laboral, enfrentar una doble jornada de trabajo, deseos de desarrollo personal y profesional, etc., que nos muestran nuevas representaciones que intentan captar algunos de los incipientes cambios en las relaciones de género. En este proceso complejo e histórico se producen y reproducen las identidades sociales fundamentales (género, clase, raza/etnia), las cuales, aunque sujetas a transformaciones, son más estables que los papeles sociales cuyo desempeño varía en función de circunstancias específicas. Con esto queremos decir que si bien las mujeres hemos conquistado nuevos espacios, asumido nuevos papeles y responsabilidades las referencias a partir de las cuales cultural e históricamente se construye la identidad de género continúan inalteradas.

De este modo, es importante pensar que la identidad de género es un proyecto en construcción que viene desmontando prácticas, imágenes y discursos incorporados como es la ecuación mujer-madre, la imagen de ama de casa, dedi-

cada abnegadamente al cuidado de los miembros de la familia, la idea de que los hombres no lloran y no deben mostrar sus sentimientos, la responsabilidad moral de ocuparse en proveer económicamente a la familia, etc. y que permanentemente recibe los impactos de la ideología de género que intenta mantener el orden hegemónico a través de una cierta inversión de los fenómenos sociales y de su naturalización.

En definitiva, los cambios y permanencias en las representaciones de género vistos desde este juego de lecturas entre objetivo-subjetivo, estructura-procesos, discursos-prácticas, ha permitido afirmar que presenciamos un momento de tensiones y cambios que se manifiestan en los discursos y sensaciones contradictorias que vivimos cotidianamente. Partiendo de ello rescatamos la emergencia de nuevas miradas y discursos sobre una realidad contradictoria y compleja que intenta ser captada en su devenir. Miradas que constituyen un punto de partida necesario para profundizar el conocimiento sobre las condiciones de salud de las mujeres y ofrecer otras bases de sustentación a las prácticas profesionales.

Bibliografía general

- Carneiro, S. "Identidade feminina", en Saffioti, H.I.B. & Muñoz-Vargas, M.: *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF/NIPAS, 1994.

- Carranza, M. "Saúde Reprodutiva da Mulher Brasileira", en Saffioti, H.I.B. & Muñoz-Vargas, M.: *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF/NIPAS, 1994.

- Checa, S. "Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y la regulación de la fecundidad", en 2º Taller sobre Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Bs. As.: CEDES-CENEP-AEPA, 1996, mimeo.

- Doray, B. "Da produção à subjetividade-referências para uma dialética das formas", en Silveira, P., Doray, B. (Org.): *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Ed. Vértice/ Editora Revista dos Tribunais Ltda., 1989.

- Foucault, M. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *Medicina e Histo-*

ria. El pensamiento de Michel Foucault. Washington: OPS/OMS, 1978.

- Giffin, K. "Espera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero", en *Physis* Vol.4, nº 1, 1994, pp23-40.

- Giffin, K. "A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil", en *Leal Maria do Carmo (Org.) Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

- Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas*. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Centro de Documentação, 1984. 27p.

- Ministério da Saúde. *Assistência Integral à saúde da mulher. Bases para uma prática educativa*, Documento preliminar. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1983. 24p. mimeo.

- Nunes, S. *A Medicina Social e a Questão Feminina* en *physis*.Vol.1 No.1, pg. 49-76, Rio de Janeiro, 1991.

- Organización Panamericana de la Salud Género, Mujer y Salud en las Américas. *Publicación Científica* No. 541. Washington, 1993.

- Saffioti, H.I.B. "Posfácio: Conceituando o Gênero", en Saffioti, H.I.B. & Muñoz-Vargas, M.: *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF/NIPAS, 1994.

- "Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade", en *Lutas Sociais* nº 2. São Paulo: 1º semestre de 1997.

- Sawaia, B. "Representação e ideologia -o encontro desfeticizador", en *Mary Jane Spink (Org.) O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1995, pp.73-84.

- Xavier, D., Avila, M.B., Correa, S. "Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral", en *Labra, Ma. Eliana (Org.): Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

Investigación comunitaria Desafíos y alternativas en escenarios de alta conflictividad*

"La vida ha dejado de ser
un hecho natural para
convertirse en un hecho Cultural."

Ghiso, Alfredo **

1. Realidades que se enfrentan en la investigación comunitaria:

Los procesos de investigación comunitaria, entendidos como construcción de conocimiento sobre las realidades sociales, tienen que considerar el contexto en el que se desarrollan y las condiciones que llevan a las personas a responder a los desafíos que éste les presenta. Hablar del contexto es situarse en una heterogénea cantidad de hechos y situaciones que configuran la realidad; por ello es algo más que un listado de problemas a enumerar, describir y medir. El contexto comprende el campo de la realidad que deberemos reconocer en la investigación y es allí donde se dan una serie de articulaciones entre experiencias, conocimientos, visiones, información e intereses que llevan a mostrar con más claridad unos aspectos, dejando en la obscuridad otros. Los procesos de investigación comunitaria son condicionados por un contexto, pero es en éste que encuentran su justificación y pertinencia, su significado y legitimidad social. A continuación, planteamos una serie de ele-

mentos que consideramos de importancia y que requieren ser tenidos en cuenta al diseñar proyectos investigativos para comprender y actuar sobre la realidad:

- Apertura económica, "Globalización desde arriba", como tendencia socioeconómica que lleva a la concentración y centralización del poder financiero, tecnológico, político y militar en unas pocas manos, en donde el 20% de la humanidad controla el 83% de los ingresos y el 20% más pobre tiene acceso al 1.4% de los mismos. Los datos muestran asimetría, incremento de la pobreza y exclusión de muchos a las fuentes de recursos, a las ofertas de salud, educación e información y grandes obstáculos para acceder a los bienes que permitan mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas. La subordinación de lo político y lo social a la economía ha impuesto una ideología economicista, neo-darwinista que aplica a la sociedad los principios de la sobrevivencia del más apto o del más fuerte; la competitividad como paradigma que se impone en la vida social, con graves consecuencias para el funcionamiento de la democracia.

* Ponencia en "Encuentro de talentos, experiencias y esperanzas en investigaciones comunitarias" Sta. Fe de Bogotá, Red de Investigaciones comunitarias, REDINCO, Noviembre 1998

** Docente investigador, Cesep, Funlam, Animación sociocultural y Pedagogía social. y U. de Antioquia Dpto. Trabajo Social, Asesor en Educación de adultos y desarrollo social.

· Las nuevas tecnologías en comunicación y mercadeo parecerían democratizar los bienes culturales y de consumo suministrando imágenes, sueños y patrones de adquisición y uso homogéneos. Los resultados nos muestran que el modelo está agudizando las contradicciones entre los sectores sociales, entre el capital financiero y la fuerza de trabajo, entre los hombres y las mujeres, lo social y lo político; los blancos contra las diferentes etnias, lo urbano opuesto a lo rural, los jóvenes en rivalidad con los adultos, las culturas de la agresión, la violencia y la muerte en contra de las culturas del diálogo, la paz y la vida.

· La irrupción de los nuevos desarrollos tecnológicos en el campo de la información y la comunicación: internet, telemática, televisión por satélite, cadenas radiales. Todas redes que parecieran querer suplir y anular los sistemas de información y comunicación existentes en los diferentes grupos y comunidades. Estas tecnologías y sus efectos en las diferentes localidades y culturas pueden leerse en clave de progreso, liberación, ampliación de miras y fronteras, enlace, pérdida de la marginalidad o por el contrario, pueden entenderse como: nuevas formas de dominación, alienación cultural, exclusión, encubrimiento de la cultura y situación local.

· El conocimiento, la educación, los desarrollos científicos y la construcción de conocimientos cobran mayor importancia. Los productos de las investigaciones son valiosos en la medida que puedan convertirse en mercancías. Se venden proyectos, resultados, diagnósticos, estudios de factibilidad a sociedades financieras, petroleras, a grupos de poder. Así, se consolidan dinámicas en las que se concentra el conocimiento en unos sectores reduciendo y vaciando a otros. Hoy, los procesos investigativos están tensionados por la exigencia de responder a intereses políticos, económicos, ambientales o culturales definidos; ante esto no puede existir ingenuidad en el investigador, ni en la comunidad.

· Los efectos de este modelo ideológico, político y económico caracterizado por la constante y creciente acumulación de recursos naturales, financieros y culturales se palpa en la degradación y destrucción del medio ambiente, en el deterioro de las condiciones de vida de las poblaciones y en la deficiencia permanente de

los sistemas de educación, salud, saneamiento y seguridad social. Las comunidades en los sectores populares, hoy son más pobres y más excluidas; están marginadas de los circuitos económicos, políticos y sociales formales. Es por ello que la sobrevivencia parece inscribirse en la informalidad que carece de normas y que lleva a dinámicas violentas como: las luchas por el espacio público, las confrontaciones por tierras donde levantar las viviendas; o a vincularse al narcotráfico, la prostitución o bandas para delinquir. La informalidad producto de la segregación y de la exclusión es fuente de conflictos que habitualmente se resuelven por la vía violenta; son pocas las veces que se expresan por medio de movimientos o de acciones de desobediencia civil, y cuando es así, las voces de los líderes son acalladas por la represión estatal o "paraestatal". No podemos negar que entre los actores que aparecen como agentes de conflictos están: organismos financieros, narcotráfico, organismos gubernamentales, multinacionales y medios de comunicación social. Es importante resaltar que los efectos del modelo se hacen sentir con todo su peso de degradación en los jóvenes, las mujeres, los campesinos, los indígenas y las comunidades negras. Es notable como la exclusión permite que la diversidad y la multiculturalidad sean leídas desde la desigualdad. Somos distintos por la falta de equidad social, cultural, política, económica y ambiental.

· El modelo ha llevado a fragmentaciones del tejido social pero también ha impulsado nuevas formas de clientelismo social, político, religioso y económico sostenido en liderazgos uni-personales, no orgánicos a procesos sociales o movimientos que los asuman. Este tipo de líderes no son institucionales - son informales -, ni son instituyentes de dinámicas o propuestas político-culturales en un sector social; esto afecta negativamente los procesos organizativos, obstaculizando la construcción de liderazgos colectivos en el seno de las comunidades. Este tipo de liderazgos fragmentados y fragmentadores se observa también en la pugna que sostienen los diferentes poderes del Estado; congreso versus corte, ministros contra fiscalías, militares en oposición al procurador y así en adelante. Todo esto, es producto de la carencia de un proyecto político fuerte y lleva a que la participación

social sea cada vez menos eficaz, debido a que no hay a quien reclamar, no hay con quien concertar y lo que es peor nadie asume desde sus competencias las responsabilidades frente a las decisiones que se toman o se requieren tomar. Con lo anterior no queremos negar que vemos aparecer en el escenario social, nuevos actores, nuevos conflictos e intereses, nuevos movimientos sociales, nuevas ideologías. El feminismo, la defensa de los derechos humanos, la objeción de conciencia, el pacifismo, los movimientos ecologistas, los indigenistas y las negritudes, los desempleados y usuarios de créditos de viviendas, todos ellos junto con las organizaciones no gubernamentales, académicas, el Estado y las multinacionales financieras e industriales constituyen el universo social y por consiguiente un mundo ideológico plural y conflictivo.

· La inestabilidad del modelo económico, la incertidumbre política, la inexistencia de estrategias que permitan actuar sobre las necesidades, reclamos y potencialidades existentes en los sectores actualmente excluidos - pobres, lleva a suplantarse los deseos de cambio por desconfianza, frustración, desesperanza y fatalismo; y lo que es peor llevan a reemplazar disposiciones y acciones de diálogo y consensuación, por hechos violentos que debilitan y fragmentan más las identidades culturales y los tejidos sociales fundados en la palabra del otro, la confianza y la solidaridad.

Otras mutaciones contextuales:

Del geocentrismo al cosmoctrismo (Sagan C. , Morin E)

Nuevas experiencias del espacio y el tiempo (Virilio P.)

Del yo subjetivo al yo relacional (Gergen K.)

Nuevos principios de realidad (Rorty, Capra F, Baudrillard, Virilio P.)

Del etnocentrismo occidental al pluriculturalismo o transculturalismo.

Nuevos paradigmas científicos.

Cristalización de modelos de pensamientos interaccionistas, complejos y sistémicos.

Nuevo paradigma económico basado en la acumulación de conocimientos.

Robotización. automatización, desempleo.

Resurgimiento de la religiosidad. Aparición de tendencias sincréticas que proponen convergencias entre el pensamiento científico, la religión, la ecología y las culturas tradicionales. (Varela F)

Crisis de sociabilidad, desintegración, marginación violencia. Crisis de las instituciones de acogida y socialización: familia, Iglesia, Escuela, sindicatos....

Del neoliberalismo al postcapitalismo. (Grupo de Lisboa)

Sin duda se hace necesario tomar en cuenta estos cambios contextuales en el diseño de proyectos de investigación comunitaria, buscando aclarar los sistemas de ideas desde los que se puedan establecer los parámetros epistemológicos, ideológicos, culturales y éticos que orienten los procesos. Para acordar estos cambios se necesitarán muchos intercambios y diálogos; las redes cumplen la función de favorecer los encuentros para confrontar las reflexiones y experiencias; si esto no se hace se corre el peligro de ir actualizando las propuestas de una manera superficial y funcional sin consistencia teórica y sobre todo, sin el consenso ético necesario para implementar este tipo de proyectos que intervienen el ser, el quehacer y el conocer - la cultura - de las comunidades.

2. Una mirada a las propuestas y acciones investigativas:

La investigación comunitaria como mirada, como interés de explorar el presente y la memoria de lo que sucede, como reflexión permanente del contexto en el que se desarrollan nuestras actividades, como interrogante sobre la realidad que se quiere transformar o como posibilidad de poner en común saberes y prácticas sociales no ha perdido vigencia; por el contrario los acontecimientos, las condiciones sociales y económicas de amplios sectores de la población la hacen cada día más necesaria. Es en concreto la vida y la sobrevivencia, la que hacen reclamos de ser leídas y entendidas, de ser dignificadas, valoradas en nuestro pensamiento, sentimiento y acción. Son nuestras prácticas sociales las que nos han ido planteando interrogantes, formulando las demandas a las que intentamos

responder.

Es así como, en la investigación comunitaria están presentes básicamente tres áreas de problemas a responder:

a) el que tiene que ver con la lectura de los contextos, sus actores, sus construcciones culturales y sus interacciones sociales;

b) el estudio de las posibilidades, o viabilidad de la acción intencionada en una situación o espacio específico y

c) el que se interroga por la acción, por el trabajo comunitario y su cualificación.

Es por ello, quizás, que los proyectos de investigación comunitaria se han caracterizado por utilizar tanto metodologías cuantitativas como cualitativas. Por otra parte, las investigaciones comunitarias que han estado ligadas a procesos de intervención han introducido cierta racionalidad en las prácticas, modificando las formas de comprensión y expresión de las mismas; han permitido reinformar la práctica y cualificar contenidos o componentes y han contribuido a sistematizar los procesos de intervención de modo que el trabajo comunitario se convierta en una acción críticamente informada y coherente con los intereses y fines que persigue. También hay que resaltar cómo la investigación es para muchos grupos y comunidades un momento pedagógico significativo ya que hace parte de los procesos en los que los sujetos o las organizaciones comunitarias diagnostican su situación, analizan los intereses inmediatos, integran y relacionan sus necesidades a las situaciones y tendencias que presenta el contexto, expresando los nuevos saberes en acciones capaces de superar los problemas.

Ahora bien, en muchos casos nos encontramos con representaciones sobre investigación comunitaria que no responden a los procesos investigativos desarrollados en la práctica; parecería que la aceptación de referentes teóricos o la adhesión acrítica de discursos de moda suplantando los procesos de apropiación, recontextualización y recreación de los referentes de la práctica investigativa. Es así como ponemos a rodar fórmulas, conceptualizaciones y palabras dándoles categoría de verdad; siendo que éstas no corresponden a procesos de recreación conceptual y metodológica realizados por los pro-

prios actores.

El problema que mencionamos antes, se agrava cuando podemos detectar que la investigación continúa siendo una actividad que no está articulada a las prácticas de trabajo comunitario, a procesos de resolución de problemas o conflictos o a la gestión local del desarrollo. Hay una suerte de contradicción entre la importancia que le conferimos a la investigación en nuestros discursos y el poco compromiso, político y administrativo de instituciones universitarias, gubernamentales y no gubernamentales, con el desarrollo teórico, metodológico y con la ejecución de proyectos investigativos.

Esta disfunción quizás se deba a tres tipos de problemas que aún subsisten en el orden de lo teórico, metodológico y operativo. Las dificultades teóricas existentes hoy están relacionadas con los cambios y los nuevos paradigmas que llevan a modificaciones sustantivas en la visión del mundo y del contexto, en los valores y modelos ético culturales, en el conjunto de teorías y métodos que aparentan debilidad frente a la dureza y contundencia de las realidades sociales, la fragilidad ideológica que se expresa en intereses e intencionalidades difusas y en una recreación del quehacer investigativo que no puede alejarse del sistema de ideas y creencias que intervienen en la configuración de las comunidades, de los grupos y de la sociedad en general. Lo anterior, para muchos, es una de las razones por las cuales nuestros referentes teóricos son débiles, poco densos y poseen un bajo desarrollo conceptual; seguimos trabajando con generalidades que fácilmente se vacían de sentido haciéndose confusas y vagas para leer realidades y acontecimientos que requieren ser reconocidos particularmente y valorados críticamente.

Existen dificultades en el diseño metodológico de los procesos investigativos comunitarios porque aún este tipo de acciones hacen parte del mito de lo inaccesible, complejo y dispendioso para todos aquellos que no estén iniciados en el arte de investigar. Para muchos esta tarea requiere una temporalidad y una ubicación diferente a la de la acción y el quehacer cotidiano. Por otra parte las propuestas metodológicas son planteadas desde un deber ser, el de los manuales de técnicas de investigación, y no desarrollan su propio modelo desde las condiciones de

los sujetos involucrados en el proyecto. Para que los procesos investigativos se den, hay que crear una base metodológica mínima apropiada, y esto pasa por determinar las finalidades, el problema y el tipo de investigación que el grupo requiere hacer para dar respuesta a sus interrogantes.

Entre las prácticas investigativas más comunes se encuentran: la investigación participativa, la investigación protagónica, la recuperación de la memoria histórica, los autodiagnósticos participativos, las sistematizaciones de experiencias, los estudios exploratorios y las evaluaciones de impacto. Percibimos que si bien hay una riqueza muy grande de propuestas tenemos todavía limitaciones en nuestros diseños metodológicos que impiden la lectura sobre todo de los universos simbólicos y de las lógicas que rigen su construcción. Lo anterior nos está exigiendo superar cierta ingenuidad metodológica y teórica presente aún en muchas propuestas de investigación comunitaria. Es necesario rearmar nuestras propuestas y dotarlas de herramientas que faciliten la construcción de conocimiento social considerando las particularidades y capacidades de los sujetos y sus grupos, que permitan articular conocimientos y tradiciones, experiencias y visiones, información y cultura, conjunto de elementos que configuran formas de pensar, hacer y sentir la vida.

Las dificultades operativas hacen mención a que este tipo de tareas, si bien exigen compromiso de las personas, son prácticas que exigen más que la buena voluntad y la generosidad; requieren de una formación que permita leer no sólo la realidad sino también la práctica que avanza más lentamente que los desafíos a los que el proceso investigativo debe hallar respuesta. En este área también tenemos las dificultades de recursos para trabajar. Existe aún incredulidad frente a determinadas propuestas investigativas que no tengan un producto concreto que, como decíamos antes, pueda mostrarse y ofrecerse como mercancía. Las tendencias del contexto imponen una división de roles, donde la especialización tiende a agotar las facultades de los grupos y de las personas, mutilando todas sus potencialidades creativas y de interacción solidaria, debido a que estas prácticas se realizan en el marco de las exigencias del mercado. El

horizonte de la investigación comunitaria, como otros horizontes sociales, tiende cada vez más a atomizarse en muchos fragmentos; por eso los resultados de los procesos investigativos son significativos, comunicables y utilizables sólo por algunos; parecería que no es necesario romper las fronteras de donde fueron producidos. Con lo anterior queremos señalar que una de las dificultades más importantes que tenemos es la de vencer política, administrativa y técnicamente las exigencias por un tipo de eficiencia que no encuentra ningún sentido en la vida y que lleva a ver los productos de la investigación como bienes privados, los que no pueden ser socializados para empoderar y cualificar el quehacer público de múltiples actores sociales. De aquí la dificultad de conformar reales redes en las que circulen productos de alta calidad.

Sin desconocer lo anterior, podemos dar cuenta de algunos parámetros que han venido caracterizando la investigación comunitaria desarrollada hasta el momento; éstos son:

Visión dinámica de la realidad, reconociendo que muchos fenómenos y problemas sociales se hallan interrelacionados, lo que hace más compleja la delimitación ordenada y coherente de los campos a investigar y de las disciplinas y metodologías que permiten describir, comprender y explicar la realidad.

Participación: como posibilidad de una construcción dialógica e interactiva del conocimiento, que permite reducir las distancias existentes entre los investigadores sociales y los miembros de los grupos o comunidad involucrada en el proceso. Este criterio metodológico además de democratizar la producción, distribución y uso de los conocimientos permite empoderar a los sujetos convirtiéndolos en agentes de sus propios cambios culturales, económicos, políticos, sociales y ambientales.

Intencionalidad transformadora: como marco direccional del proceso investigativo, comprometido con afectar y transformar la realidad. Por ello el conocimiento cobra validez en la medida que se va convirtiendo en proyecto de acción crítica, que desenmascara, denuncia y devela aquello que impide los cambios y por el otro lado descubre los horizontes y caminos de acciones transformadoras.

Pertinencia: Como característica de un tipo de investigación contextualizada y orientada a la resolución de problemas y a la mejora de las condiciones y calidad de vida de las personas.

Produce conocimientos apropiados y apropiables: Construye conocimientos que respondan a las necesidades recreando, recontextualizando, descubriendo conocimientos. Busca recuperar, deconstruir, recrear, sistematizar y cualificar el saber que las comunidades tienen sobre sí mismas, su entorno y contexto.

En relación a los temas tratados existen una serie de preguntas que valen la pena enumerar, porque reúnen las preocupaciones de muchos investigadores comunitarios.

El interés que guía el proceso de construcción de conocimientos en la investigación comunitaria sigue siendo transformativo?

Cuando se habla de construcción de conocimiento desde la comunidad, a qué tipo de sujetos nos estamos refiriendo?

Podemos sustituir sin una reflexión crítica y rigurosa los términos comunidad por el de ciudadanía?

Cuáles pueden ser los puntos de partida y de llegada en los actuales procesos investigación comunitaria, en contextos de alta conflictividad?

Si entendemos que estamos en una etapa de cambios de paradigmas; ¿qué perspectivas metodológicas, qué enfoques investigativos podrían articularse o integrarse para potenciar las propuestas de investigación comunitaria?

La participación y la acción en investigación comunitaria se reducen a la "interlocución" entre los sujetos que se conocen?

Las propuestas tradicionales en investigación comunitaria seguían a la IAP que buscaba objetivar y describir la realidad desde el enfoque socio-crítico? Qué cambios se dan al asumir otros enfoques como los: hermenéuticos, etnometodológicos, interaccionistas, holísticos, sistémicos, etc.?

Cuáles serían los escenarios o ambientes más favorables para desarrollar procesos de investigación comunitaria, en los que el proceso pudiera impactar con mayor poder, actores y escenarios de alta conflictividad?

Cuando hablamos de comunidad, de qué, en qué y de quiénes estamos hablando? Realmente aún no hemos logrado dar cuenta de la complejidad del tema y de los diferentes factores y variables que en su comprensión intervienen.

La investigación comunitaria es más un discurso o narrativa que inspira actitudes, criterios de vida, formas de vivir y trabajar, de crear y producir, de hacer convivencia, que un tipo de investigación social ?

3. Sospechas sobre alternativas en investigación comunitaria en escenarios de alta conflictividad:

Asumir un proceso de deconstrucción de lo que denominamos investigación comunitaria permitiría entrar en la voz y en la autoconciencia de los reales fundamentos e intencionalidades de las propuestas, de los proyectos investigativos y de los imaginarios que se han venido construyendo. Se hace necesario, entonces, un serio cuestionamiento y una recreación de la propuesta. Es conveniente advertir que estamos caminando por sendas - contextos diferentes y las propuestas investigativas comunitarias no son ajenas a ello. La situación exige que reconozcamos estos senderos por los que vamos dejando huellas, que a su vez modifican la misma senda.

La deconstrucción es una estrategia que permite desmontar los dispositivos diseñados para el proceso investigativo, y así tener la posibilidad de identificar las fisuras, las grietas que tiene la propuesta y todo el aparato de saber y de poder que en torno a él se ha montado en la academia, en las ONGs, en los grupos comunitarios y en las organizaciones populares. Tenemos que impulsar la posibilidad de oír lo secundario con la misma fuerza y poder que oímos los discursos elaborados desde los centros de poder.

Es necesario que pensemos y desarrollemos la capacidad de ver lo que la institución, los planes y las reglas de la investigación social invisibiliza, en tiempos en que el conocimiento y los proyectos son valorados como mercancías, mediante la contrastación de las diferentes percepciones entre lo propuesto - imaginado y lo realizado por los diferentes sujetos en un contexto determinado. Esto facilita el reconoci-

miento de lo que ya no sirve o de lo que puede ser potenciado.

Es, también provechoso ir tras las huellas de aquello que nos remite a los orígenes, a las intenciones iniciales, a las utopías, a las primeras interacciones donde se plasmaron las bases y el enfoque de las propuestas de investigación comunitaria. Estos orígenes nunca desaparecen y siempre permanecen en las personas, los documentos y las instituciones requiriendo un proceso de reconocimiento, análisis y de resignificación.

Lo que proponemos es, entonces, leer y escribir las experiencias desarrolladas desde sus propias huellas, estableciendo a cuál de ellas debe hacerse preguntas, con cuál de ellas tiene que establecerse rupturas, desde cuál puede una propuesta investigativa comunitaria proyectarse con pertinencia en nuevos contextos.

Al intentar, para esta oportunidad, hacer este ejercicio en el que uno juega a reconocerse y a invisibilizarse en las huellas de su propia práctica investigativa aparecieron los siguientes asuntos como nudos a seguir desarrollando:

En las huellas de nuestra experiencia podemos dar cuenta que las intencionalidades de los procesos investigativos son expresión y reflejo de un deseo elemental que precede, organiza y da sentido a los elementos presentes en los conceptos y al mismo proceso investigativo. Si bien el deseo es un elemento permanentemente presente y explícito en las intencionalidades, éstas son mediatizadas, condicionadas y a veces determinadas por un contexto mutante, por saberes y experiencias previas e intereses de los sujetos. Por eso, a lo largo del proceso de investigación se va tejiendo una trama de finalidades que en algunos casos transitan entre lo más concreto y lo más general, estableciendo relaciones de diferente naturaleza con un sinnúmero de acciones e interacciones, de ambientes y tiempos, donde los involucrados van construyendo un conocimiento o al menos un lenguaje que les permite comunicarse y desarrollar identidad y sentido.

El deseo en algunos casos sobrepasa los resultados. "Llegamos a saber mejor lo que sabíamos" o sea repetimos con un discurso académico el problema que tenía la comunidad... pero poco nos acercamos a la intencionalidad de transformar la realidad. Pero cuáles son esos de-

seos que mueven al investigador y a los participantes? En nuestra experiencia básicamente se restringen a disponer de datos diagnósticos, a desarrollar una serie de principios o estrategias que impulsen u organicen las prácticas sociales, a contar con una serie de ideas que permitan la defensa de los proyectos y programas frente a otros actores sociales, y al anhelo de tener algún referente teórico que facilite la explicación o expresión de lo que se está haciendo al enfrentar algunos problemas. Como vemos no son intencionalidades crítico-transformativas; básicamente la racionalidad instrumental delimita los horizontes de la intencionalidad, guía el proceso, valida los productos y reduce el proceso de investigación comunitaria al desarrollo de instrumentos para ser más eficaces en las acciones. Desde esta racionalidad es imposible pensar en procesos que favorezcan la producción de conocimientos, que reinformen las prácticas sociales y que sean insumos para transformar no sólo la realidad; sino el modo en el que ésta se comprende, se conceptualiza y se expresa.

Consideramos que si el imaginario de investigación comunitaria posee alguna crisis es básicamente la de opciones, paradigmas ético-políticos. Es evidente el insuficiente desarrollo y actualización de una opción ético-política que permita fundamentar, dar sentidos, criticar viejas intencionalidades y enmarcar las nuevas direcciones en el contexto de las diferentes regiones colombianas. La no resolución de este problema afecta básicamente la caracterización de la naturaleza, finalidad y componentes de la propuesta investigativa, ya que es en su opción ético-política donde fundamenta y justifica su intencionalidad y perspectiva transformadora. En otras palabras, la pregunta por lo ético-político interroga el sentido de las propuestas de investigación comunitaria.

4. Investigación comunitaria y construcción de vínculos:

Hace dos décadas valían las prácticas por su pureza, por su autenticidad producto de la comunicación. Con la epifanía de los movimientos sociales descubrimos y palpamos la diversidad y la alteridad. Empezamos a leer al otro y con el otro su presencia y actuar singulares. No está

por demás señalar que esto fue leído como producto de los procesos de fragmentación y de descentración social y cultural efecto de la crisis y puesta en duda de los grandes metarrelatos. Es en este contexto que nos damos cuenta que los otros ya no son lo que queríamos que fueran o, quizás que los otros nunca fueron lo que creíamos que eran. Estas y otras paradojas se descubren en algunos procesos de investigación comunitaria.

Ahora bien, las propuestas de investigación comunitaria son procesos que develan identidades e intereses diferenciados, lógicas de intervención diversas y hasta contradictorias sobre las realidades sociales; por consiguiente reconocen teórica y metodológicamente el pluralismo, la provisionalidad, el disenso y el diferendo, retomando, recreando y recontextualizando las potencialidades críticas de cada experiencia. Frente a lo anterior en muchos surge la pregunta: investigación comunitaria ¿para qué? Para reencontrar la identidad perdida en aspectos irreductibles como son: las diferentes formas de vida, de racionalidad, de legitimidad, de estéticas, de configuración de las relaciones de poder? Investigaciones para construir discursos con pretensiones de validez universal? O proyectos investigativos que reconozcan, potencien y generen más diversidad?

Los procesos investigativos sin duda parten de prácticas singulares, dando cuenta, comprendiendo, expresando y reinformando sus matices práxicos, axiológicos y simbólico-culturales. El desafío para los tiempos que corren no está allí sino en la construcción de lo colectivo desde múltiples lugares, ubicando las diferencias como elementos centrales y constitutivos, del pensar, del ser y del hacer social desde acuerdos, articulaciones y responsabilidades colectivas que son necesarias para reconfigurar sujetos sociales solidarios capaces de abrir caminos realmente democráticos.

Asumiendo lo anterior, las propuestas de investigación comunitaria sólo podrían pensarse desde la construcción de identidades alternativas, desenmascarando cualquier intento que busque caer en nuevas negaciones o repetir exclusiones. Los productos de la recuperación, tematización, comprensión y comunicación son conocimientos, saberes, mensajes, contenidos y

valoraciones que van creando conjuntos de resonancia, mapas de sentidos y prácticas, redes y rizomas en los que se reconocen las pluralidades y se conectan sujetos y colectivos.

En nuestros días, necesitamos pensar la investigación social en el marco paradigmático de las redes. La red se constituye en el ámbito privilegiado de recreación conceptual, de generación de interrogantes, de producción y circulación de conocimientos sobre la práctica, de recreación cultural, política, económica y, en general, de la vida cotidiana de los "ciudadanos". La red como ámbito permite el encuentro y la recuperación de las identidades, valorando la diversidad y las diferencias. Hoy por hoy, en los escenarios actuales y en los que se perfilan hacia el próximo milenio, las redes reales/virtuales son y serán los espacios de legitimación de lo producido en procesos de investigación comunitaria.

El reto que tenemos entre manos es pensar y hacer proyectos investigativos comunitarios ubicados en puntos reales/virtuales de intersección, de tránsito, de encuentro; en los que sea posible la construcción de vínculos que vayan, técnica e ideológicamente, más allá de los existentes y que tengan la potencia suficiente para recrear los ámbitos, las capacidades y las actitudes que configuren sujetos solidarios en la acción política, económica, ecológica y cultural, buscando con ello quebrar el modelo dominante, el neoliberal, empeñado en bloquear la vida, la justicia social, la convivencia y todas las formas de formas de participación democrática.

Ética en la relación Médico- Paciente

Francisco Maglio*

En Las Leyes, la última obra que escribió Platón, ya en la proximidad de su muerte, describía cómo actuaban los médicos en la atención de los esclavos y de los hombres libres. Respecto de los primeros, predominaba el poco tiempo que se les dispensaba, no se les explicaba su padecimiento y se los atendía con "la brusca manera de un dictador". En cambio, a los hombres libres les dedicaban más tiempo, se preocupaban por ganarse la confianza de pacientes y familiares y les explicaban detalladamente la naturaleza de la enfermedad y los medicamentos que les prescribían.

También describe en la Apología de Sócrates las condiciones que éste le asignaba a los médicos; una era la "tekné", los conocimientos y habilidades para curar una enfermedad que los habilitaban como buen médico, pero para ser un "médico bueno" necesitaba además el "medeos", el cuidado de la persona que estaba enferma, comportándose como persona-médico. Después de veinticinco siglos, parece que las cosas no cambiaron mucho en la medicina y tampoco en la sociedad: según datos del INDEC para 1996, el 30% más rico de la población concentraba el 65% de la riqueza producida en el país, mientras que, por otra parte el 30% más pobre

se tiene que arreglar con solo el 10%.

Por otra parte, según datos recientes, el 70% de los médicos tiene tres o más trabajos y no superan sus ingresos, dos canastas básicas familiares (\$2.400), mientras que un 9% supera los \$2.500 mensuales. Esta dicotomía también se observa en la enseñanza médica donde hay "una currícula general para la mayoría de los estudiantes y otra para un grupo selecto y restringido" .

Volviendo a Platón, en los albores del tercer milenio seguimos teniendo hombres libres y esclavos, medicina para hombres libres y medicina para esclavos, pero también médicos-esclavos, porque ¿Cómo tener "medeos" para los pacientes si apenas se dispone de tiempo para el "medeos" hacia la propia familia?

En cuanto al segundo término de la relación médico-paciente, ¿Qué es un enfermo?. Miguel de Unamuno lo definió como "un ser humano de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña". No he encontrado mejor definición en ningún texto de medicina, ya que los mismos tienen en general una visión desde el observador, no atendimos al otro enfoque, el "emic", el del observado, esto es, que piensa, qué siente el enfermo, en antropología médica al primero se lo denomi-

* Doctor en Medicina; Diplomado en Salud Pública. Coordinador de la Comisión de Bioética de la Sociedad Argentina de SIDA (Conferencia del 6to. Curso del Hosp. de Niños "V. J. Vilela").

na enfermedad y al segundo sufrimiento.

En este sentido no está de más recordar los "Derechos de los enfermos": respeto del mismo como persona, información, rechazo a un tratamiento o a una investigación, privacidad, confidencialidad, garantía de atención médica, idoneidad del equipo de salud, explicación de los costos, ser informado sobre sus derechos. Hasta lo que he podido averiguar, estos derechos no figuran en la currícula de nuestra Facultad de Medicina. A mi entender, esta omisión debe contextualizarse en el "modelo médico hegemónico" a la que me referiré más adelante.

Aristóteles decía que todos los conocimientos (según la utilización de los mismos) se podían resumir en dos saberes, el saber de servicio y el saber de poder. La medicina no escapa a este concepto, habiendo engendrado tantos servidores de la humanidad (léase Schweitzer), como cómplices del poder (léase Mengele), según se haya colocado del lado de los dominados o de los dominantes.

Eduardo Menéndez ha descrito un modelo médico biologista, individualista, pragmático y ahistórico, que al articularse con los sectores sociales dominantes, se incorpora protagónicamente a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción. De allí la medicina se apropia — más bien expropia—, la salud en términos de beneficio, "illness for profit", para unos pocos dominantes más que para el bienestar de muchos dominados, legitimando el control de aquellos sobre éstos.

Entiendo que es menester que como médicos, a partir de nuestra práctica, internalicemos críticamente lo social en los pacientes en oposición a la externalización social de la medicina clásica, que visualicemos la cultura en la medicina más que la medicina de la cultura, esto es, ponderar, medir la influencia de las pautas culturales en nuestra práctica, desde esas redes del poder hegemónicas en y por un positivismo, por la "nomenclatura" mé dica, convirtiéndonos en aliados inconscientes de la "medicalización de la vida".

Esta situación tiene una relevancia conspiciua si analizamos quiénes son los más beneficiados por la alta tecnología, ya sea diagnóstica o terapéutica, en qué casos el resultado de la misma es el bienestar del paciente y en cuáles es la

ganancia de la tecnología. La autonomía, uno de los principios fundamentales de la Bioética, debe expresarse en la planificación de un proceso de interacción humana entre el médico y paciente, una situación vincular donde poderes y saberes circulen libre y fluidamente, una "autonomía de desarrollo" que culmina con el respeto por la decisión de un enfermo informado, capacitado y libre.

Como toda exageración, es éticamente inaceptable tanto una beneficencia que se trastoca en un paternalismo como una autonomía que se transforma en un "autonomismo" que llevará a una judicialización de la ética (un mero trámite legal) y a una "autonomización de la moral" por excesivo individualismo.

Como médicos no tenemos con el paciente más derechos que los que él nos da, y arrogarnos otros es ejercer el poder sobre el paciente, por mejor intencionados y aún desprovistos de toda sevicia que estemos. Llevados por la buena intención de mejorar algunos parámetros biológicos, ejercemos a la postre un control tal sobre el paciente que "medicalizamos" su vida, posponiendo sus propios proyectos a nuestros objetivos terapéuticos y allí es cuando "enfermamos curando".

Hay expresiones jergales en medicina que ejemplifican lo que intento transmitir, "manejo del paciente anúrico" (por ejemplo), "no me coma dulces" le indicamos a un paciente diabético, "se me murió el paciente de la cama 5", decimos en un pase de guardia.

En cuanto "El Sur" (quizás una biografía no confesada), Jorge Luis Borges le hace decir al protagonista Juan Dalman, cuando relata sus avatares al sufrir una septicemia (donde, por otra parte, encontré una de las mejores descripciones clínicas sobre trastornos del sensorio de esta patología): "el cirujano me sometía a metódicas servidumbres" expresando (aunque probablemente sin saberlo) en un típico lenguaje borgeano, una de las situaciones del poder a que me refiero. Debo confesar que en más de una ocasión este poder lo ejercí en las llamadas "inversiones en la relación de servicio", cuando, por ejemplo, pudiendo dar de alta a un paciente un viernes, lo dejamos internado hasta el lunes, para que la nueva rotación de estudiantes, pudiera ver ese "caso interesante". En vez de

poner la docencia al servicio del enfermo, había puesto a este al servicio de la docencia y, lo que es más grave aún, le había sustraído de su vida un fin de semana con su familia o con sus amigos, que como hecho afectivo jamás se lo podría recompensar.

En la atención del paciente grave, a los derechos del enfermo ya mencionados debe agregarse el derecho a una muerte digna, entendiéndose como tal a aquella sin dolor, con lucidez para la toma de decisiones, con posibilidad para recibir y dar afecto, y con la capacidad reflexiva para que en ese momento irreplicable se pueda desentrañar el destino; las últimas palabras de Beethoven fueron: "ahora, recién ahora, he comprendido quien es Ludwig van Beethoven".

Desafortunadamente, el poder que ejercemos sobre el paciente, sumado a una educación médica triunfalista que ve en la muerte solamente el fracaso de la medicina, nos lleva a veces a un "ensañamiento terapéutico" prolongando una agonía y, lo que es más grave, negando la posibilidad a ese enfermo de una muerte digna en compañía de sus seres queridos, la denominada "distanasia" resultante de una irracionalidad en el uso de los recursos tecnológicos.

Esta sociedad de comportamiento tan dual, que por un lado le niega a un niño ver a su abuelo muerto y, por otro, le ofrece "video-games" donde le enseña a matar, ha desimbolizado, la ha extrañado de su contexto cultural, no teniendo en cuenta que la muerte es un hecho social. Nuestra formación positivista nos lleva, frente a la muerte, a una angustia thanática, con sus consecuentes reacciones como la negación, la culpa o la defensa maníaca, impidiéndonos contextualizar la muerte dentro del proceso "vida" y eliminándonos toda esperanza. Sería pertinente recordar aquí los versos de Bernárdez: "Porque después de todo he comprendido que lo que el árbol tiene de florido vive de lo que tiene sepultado".

"Ya no hay nada que hacer", típica frase con que nos dirigimos a los familiares de un enfermo cuya muerte es ineluctable. Deberíamos decir: "Ya no hay nada que tratar", porque en realidad hay mucho todavía por hacer, más aún, es cuando más podemos hacer. La ya descripta prolongación innecesaria de la agonía con el uso irracional de la tecnología hizo decir a R. Bjerre-

gaard, Ministro de Salud de Dinamarca en 1981: "Algo anda mal cuando el 50% de los recursos de salud se gasta en los últimos 90 días de la vida humana para postergar algunas semanas una muerte inevitable".

Frente a esta deshumanizada situación, no es en los recursos tecnológicos que encontraremos una salida aceptable: existen otros recursos, invalorable por su eficacia y por su disponibilidad: me estoy refiriendo al efecto "sanador" de nuestra palabra, de nuestras manos y de nuestra propia presencia. Herederos del dualismo cartesiano mente-cuerpo, nos constituimos en "plomeros del cuerpo" antes que en médicos de la persona; ésta necesita algo más que remedios y aparatos, nos necesita a nosotros como persona-médico y, en esta relación, la palabra es fundamental; ¿Pero qué decirle a una paciente en esas circunstancias?. Siempre con un mensaje de esperanza, las palabras serán un bálsamo. ¿Esperanza frente a la muerte? Sí, decididamente sí, porque como en la noche, el momento más oscuro es justamente el instante en que comenzará el amanecer. Pero a veces las palabras no alcanzan, entonces están nuestras manos, esas manos "vencedoras del silencio", como las definía Evaristo Carriego.

En una oportunidad, una anciana en una sala de terapia intensiva me pidió: "Doctor, tómeme el pulso". Llevado por una deformación profesional no lo hice y mirando el cardioscopio le dije: "Está bien abuela, tiene 80"; ante su insistencia que le tomara el pulso le pregunté por qué, si el aparato era confiable y respondió: "es que aquí nadie me toca". Razón tenía quien dijo que en terapia intensiva los enfermos, a veces, se mueren con "hambre de piel"; en nosotros está saciarlos.

Por último, el efecto sanador de nuestra propia presencia, que el paciente "sienta" que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irreplicable de persona-persona, que estamos en su misma "sintonía corporal". Entonces, ayudando así a bien morir nos estamos ayudando a bien vivir.