

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Trabajo Social
Especialización en Intervención Social con niños, niñas, adolescentes y jóvenes - Educación a distancia
Asignatura: Salud Integral
Autor: Maria Belen Maruelli

¡TODOS SABEMOS DE SALUD!

Comenzamos el texto con una afirmación que pretende explicitar desde el principio nuestro profundo respeto a los saberes que cada persona, cada equipo de trabajo y cada comunidad tienen sobre salud. En el mismo sentido, problematizar cómo tendemos a ubicar el monopolio del saber sobre temas de salud en determinados trabajadorxs del campo específico, formados generalmente en el conocimiento de “enfermedades o entidades patológicas”, que han construido una idea de la salud como lo contrapuesto a la enfermedad.

Cuando un sujeto acude en busca de atención, de cuidados, de acompañamiento, sabe más que cualquiera sobre lo que le está pasando, y los saberes específicos que otro pueda poner a disposición para producir mayores grados de autonomía se suman a los saberes de ese sujeto (individual o colectivo), pero no debieran ni anularlos ni subestimarlos. Esto que a priori pareciera una obviedad lo cierto es que no lo es; son muchas las veces que se deslegitima lo que una persona expresa sobre lo que le pasa, máxime si quién se expresa reúne perdigones estigmatizadores, como por ejemplo ser joven, vivir en un barrio popular y/o haber recibido algún diagnóstico por problemática de salud mental.

La segunda afirmación que resulta preciso dejar clara es que cuando utilicemos el término “salud” nos estaremos refiriendo al proceso salud- enfermedad- cuidados. Y aunque decidimos no introducirnos en el mundo de la historia de las definiciones del concepto de salud, sí debemos explicitar que, tal como lo expresa Floreal Ferrara en “Teoría Social y Salud” (1985) https://www.floreal Ferrara.com.ar/recursos/pdf/1646794380-Teor%C3%ADa_social_y_salud_-_Floreal_Ferrara.pdf partimos pensándola como un **proceso incesante cuya idea esencial reside en sus caracteres histórico y social**, absolutamente ligado al sistema productivo que se plasma por las fuerzas productivas y las relaciones sociales que son su consecuencia. La salud entonces corresponde al estado de óptima vitalidad que surge del accionar del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos. Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de salud. *Revista de salud pública de la plata-Argentina*. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec504.pdf>

Salud-enfermedad-cuidados es un proceso dinámico en cuya producción es pertinente jerarquizar la dimensión del cotidiano. Abrir el juego a las representaciones en salud y sus determinantes en el mundo de la vida cotidiana, a través del concepto de prácticas de salud (que son prácticas sociales), nos va a permitir poner en diálogo las determinaciones políticas, económicas y sociales ligadas más a las definiciones macropolíticas, con aquellas que

dependen del modo de encontrarnos, vincularnos, intervenirnos y cuidarnos, entre trabajadorxs, con usuarixs, con las cosas... Pensar la salud y la salud mental con infancias y juventudes vinculadas a la intervención social requiere un profundo trabajo de análisis, reflexión, ejercicio de deconstrucción, que no es posible sin un diálogo permanente entre la práctica y los marcos teóricos de referencia.

Si bien nos dedicaremos a profundizar sobre la Ley de Salud Mental en otro módulo, consideramos que la definición propuesta en su artículo 3ro puede constituir un aporte para comprender la Salud desde una perspectiva de Derechos: "se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social

vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Si sacáramos la palabra “mental”, podría ser una definición deseable de salud integral?

Sin profundizar en este módulo en los aspectos jurídicos es necesario conocer que la Salud se constituye como Derecho del Pueblo Argentino, al tomar carácter constitucional en el Inc 22 del Art. 75 de nuestra Constitución Nacional, mediante el cual se adhiere al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art 12).

La Constitución de la Provincia de Buenos Aires en su artículo 36 establece: “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.”

Habiendo ubicado la Salud como una cuestión de todos, como un proceso y como un Derecho, el reconocimiento de su carácter social e histórico obliga a mencionar que a lo largo de la historia han surgido diversos modelos teóricos para explicarla y que muchos de ellos coexisten actualmente. Para ampliar sobre este tema recomendamos la lectura de Armando Arredondo sobre los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad (<https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?format=pdf&lang=es>)

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)/ CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD

Este apartado tiene como objeto enlazar la historia de la APS (y de lo expresado en la Declaración de la Conferencia Internacional de Alma Ata) con la propuesta de recuperar los valores, principios y elementos de dicha estrategia para transitar un camino hacia la instalación de las ideas de Cuidado Integral y Buen Vivir, como categorías que surgen desde un pensamiento crítico latinoamericano, buscando creatividad en las intervenciones desde las perspectivas del Sur.

Está claro que cuando se piensa en Derechos no es lo mismo la reivindicación, la promulgación y/o la garantía. La materialización del Derecho a la Salud implica lucha, modos de exigibilidad, políticas públicas en las que los lineamientos macro y las construcciones micropolíticas se pongan en diálogo para garantizar el acceso a los cuidados, que es muy diferente a garantizar el consumo de servicios de salud. En este marco la APS como propuesta de organización de los sistemas de salud con un sentido de justicia social que incluye el cuidado integral de la salud, la accesibilidad y el protagonismo de la comunidad en la implementación de las políticas sanitarias, se presenta como un camino estratégico.

Pero debemos saber que la APS tiene la propiedad de tomar la forma del modelo, del paradigma, de la perspectiva con la que se esté pensando el acceso a la salud. Es como agua en recipientes con diferentes formas.

Pensar en perspectiva de derechos estos temas es poner de relieve el rol del Estado como garante de los mismos y una concepción distributiva de los bienes sociales. En este recipiente, la APS como estrategia fortalece el primer nivel de atención, construye circuitos que permiten la continuidad de cuidados en los diferentes niveles de atención, garantiza la participación de

las comunidades en las planificaciones y las evaluaciones de los proyectos locales, orienta los recursos de acuerdo a las necesidades de las poblaciones, tiene en cuenta las diferentes realidades locales e institucionales, apuesta a la promoción de la salud, jerarquiza los cuidados comunitarios, busca vencer barreras para la accesibilidad a la atención.

Pero en un recipiente neoliberal encuentra en la jerarquización de un primer nivel de atención una estrategia para disminuir costos, apostando, en el mejor de los casos, a programas focales destinados a determinados grupos que no pueden pagar la demanda de consumo de servicios que introduce al mercado el complejo médico industrial en disputa con los capitales financieros. Continúa centrándose en la enfermedad y deja de lado los principios de equidad, solidaridad y participación comunitaria que se suponía eran esenciales.

En entrevista realizada meses antes de su fallecimiento, David Tejada de Rivero, quien fue el encargado de coordinar los aspectos técnicos y logísticos de la Conferencia de Alma Ata (donde se reconoce a la APS como estrategia mundial, con potencial para adaptarse a las realidades regionales), siendo en ese momento subdirector de la OMS, cuenta con claridad los entretelones que giraron alrededor de la Declaración (<https://www.youtube.com/watch?v=IAztiUUE4bM>). Rescatando con contundencia los valores de justicia social y de necesidad de implementar políticas que produzcan salud para todos en el mundo, explica el contexto geopolítico en el que en 1978 se llega a concretar el encuentro en el que participaron 134 países y 67 organismos internacionales, cómo se terminó eligiendo una ciudad en Kazajistán, perteneciente a la Unión Soviética, la disputas en el marco de la guerra fría (Confrontación EEUU-URSS), la ausencia de China y de la experiencia de sus médicos descalzos, las dictaduras latinoamericanas, la financiación de Unicef, la traducción de Cuidado Primario como Atención Primaria y su autocrítica por no haber luchado por sostener la idea inicial.

En la presentación realizada por el venezolano Oscar Feo, titulada “Transitando de la Atención Primaria en Salud al Cuidado Integral de la Salud”, CLACSO, (<https://www.youtube.com/watch?v=tUU4-Pt1ThE>), se recorren conceptos, hechos y propuestas que resultan interesantes para construir entramados teórico prácticos que nos permitan habitar las intervenciones con mayor fuerza reflexiva. Ofrece antecedentes a Alma Ata, imprimiendo importancia a la Alianza por el Progreso y los esfuerzos de Estados Unidos para evitar el avance de las revoluciones socialistas. Explica el peso del cambio conceptual desde Cuidado Primario (concebido como cuidado primordial) hacia Atención primaria (dando lugar al sostenimiento biomédico y a la idea de atención primitiva, para pobres). Describe cómo la APS se convirtió en uno de los ejes del discurso global para los países del Sur, quedando reducida a un mínimo de prestaciones para pobres o a una puerta de entrada de un sistema medicalizado o a un componente de los paquetes básicos de las reformas neoliberales. Recupera, una vez más, componentes fundamentales de APS (Salud Como Derecho Universal, Integralidad, Participación Social, Intersectorialidad y Estrategias para salud para todos) y desarrolla la propuesta de Cuidado Integral y Buen Vivir.

Desde estas perspectivas del sur se propone que la categoría de CUIDADO INTEGRAL desplaza una geografía institucional-burocrática asistencial, vertical, de control poblacional, a una geografía social donde los sistemas sanitarios se construyen como una trama de territorialidad y dinámicas de reproducción social. Se pone en el centro el territorio en el que ocurre la vida y se propone como forma de combatir la medicalización de la vida y la mercantilización de la salud.

Con una fuerte referencia en la vida, se propone pensar y hacer intervenciones combinando diferentes enfoques (Determinación social, Derechos, Feminismos, Interculturalidad), para orientar las acciones concretas (de promoción, de prevención, de curación, de rehabilitación) sobre los espacios de la vida social (territorio, trabajo, familia, individuo).

LA ACCESIBILIDAD COMO PUENTE

En este último apartado, luego de haber acercado reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-cuidados y sobre la categoría del cuidado integral a partir de recuperar los valores y principios de la APS para la organización de los servicios de salud, proponemos acercarnos a la idea de accesibilidad como noción puente para pensar la salud, la salud mental y la transformación del modelo de atención de infancias y juventudes, focalizando en las prácticas concretas.

Para ello es interesante la perspectiva propuesta por Alicia Stolkiner, que ubica el problema de la accesibilidad en el vínculo entre sujetos usuarios de un servicio y sujetos que trabajan en el mismo, en la posibilidad de encuentro o desencuentro entre ellos.

En el campo de la salud se ha trabajado con frecuencia la variable accesibilidad a partir de las barreras. Floreal Ferrara, en el libro mencionado en párrafos anteriores, describe detalladamente cinco barreras, incorporando la administrativa a la geográfica, económica, jurídica y cultural. En esta última, Ferrara hace hincapié en las relaciones sociales y la construcción lingüística, pero con un foco en la relación médico-paciente. Stolkiner y otras autoras toman aportes de Samaja y redefinen la cultural como simbólica, entendiendo que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse como barreras. (<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>)

Es cierto que al pensar la accesibilidad sólo desde la oferta se puede invisibilizar el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad, por ello es fundamental comprender que en el encuentro juegan los sentires, saberes, vivencias y territorios existenciales de todos quienes se disponen a encontrarse.

Resulta entonces pertinente hacer dialogar las nociones de vínculos y encuentros con el reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado aportado por Emerson Merhy (<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251/240>). Pensando las redes desde una perspectiva rizomática; jerarquizando el deseo como energía productiva y como fuerza motriz de productividad social y revolución cotidiana; apostando al trabajo vivo íntimamente ligado con la libertad, la creatividad, la inventiva.

El trabajo en salud es siempre relacional y opera relaciones en flujo de alta intensidad que producen conexiones entre trabajadorxs, usuarixs, diversos sujetos, múltiples "cosas". La producción de cuidados es una posibilidad de reterritorializarnos existencialmente.

Por ello traeremos nuevamente el concepto de transdisciplina, no pensándola como un campo o desde una mirada estructuralista, sino en su carácter instrumental, pragmático, como proceso, como estrategia de acción, como un camino dialéctico entre los saberes de la ciencia y los saberes de la vida, tal cual propone Almeida Filho. Desde allí podemos crear intervenciones desde diferentes sectores, actuando desde un entramado común que incluya la filiación del sujeto dentro de su historia de vida, la función del territorio como dador de identidad, la presencia de lo social en el sujeto, la necesidad de pensar estratégicamente a partir de la vida en común, la comprensión de que siempre acompañamos a sujetos complejos, que hay mucho que no sabemos, que lo que sabemos se pondrá a disposición para construir siempre con otro

sujeto (individual o colectivo), que la palabra es fundamental, que toda práctica tiene una implicancia ética y que en el centro de la construcción de toda intervención están la personas y sus derechos.