

GT1

## QUEREMOS COMPARTIR

Norma del valle Reuter

María del Carmen Pérez

Claudia Rosana Stagnares

[normareuter@yahoo.com.ar](mailto:normareuter@yahoo.com.ar)

Unidad Sanitaria N° 35 (Municipalidad de Berisso)

Somos psicólogas que desarrollamos nuestra actividad en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), prestamos servicio en el Municipio de Berisso (Unidad Sanitaria N° 35, Unidad Sanitaria N° 43 y Unidad Sanitaria N° 44)

Queremos contar como ha sido parte de nuestro recorrido trabajando desde el ámbito de la salud en barrios periféricos del partido mencionado.

Como así también ir dando cuenta de diferentes inscripciones que se fueron instituyendo en el tiempo en los dispositivos de salud que habitamos.

Todos los que transitamos por un dispositivo de salud nos vemos confrontados a dar cuenta que entendemos por salud. Desde qué concepto de salud, sería deseable que estuviesen inscriptas nuestras prácticas de salud.

Deseables por distintos motivos, uno porque conviven diferentes conceptos de salud en un mismo centro de salud. Deseable porque no está en acto permanentemente. Son momentos en que podemos pensar que en tal práctica u acción se inscribe en el ideal de salud que portamos.

Dos referentes históricos suelen ser tomados en cuenta en Atención Primaria de la Salud como marcos teóricos desde donde pensar las acciones en salud.

Uno es Ramón Carrillo(1951) que define la salud diciendo que:

“La salud no constituye un fin en sí misma, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador”

“La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos, y su objetivo fundamental no es ya la enfermedad y los enfermos, sino evitar que el "estar enfermo" sea un hecho más frecuente que el "estar sano". Orienta su acción, no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los indirectos, la miseria y la ignorancia, comprendiendo que los componentes sociales: la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos.”

Y de Floreal Ferrara (1985) que entiende que:

“En primer lugar, definiremos al concepto de Salud como una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multideterminado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales. El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud-enfermedad, pues se trata efectivamente de un proceso incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.”

Algunas conclusiones acerca de estas definiciones:

La salud no es definida desde lo negativo como ausencia de enfermedad.

Las determinantes de las enfermedades son multicausales, tenemos que pensar las posibilidades de incidir en las condiciones de vida de las personas, que serán en última instancia las determinantes de las enfermedades. No basta con proceder al tratamiento de la enfermedad particular que porta el paciente.

Hay que promover acciones para no sólo restablecer la salud, sino para conservarla, porque tanto la salud como la enfermedad están inscriptas en un proceso dinámico y conflictivo.

El conflicto es inherente a la vida, determinado por los procesos culturales e históricos de su tiempo. Por ende también la definición de salud aceptará definiciones acordes a su tiempo histórico.

Rescatamos como salud la posibilidad de hacer frente a los conflictos.

Por ende es fácil concluir que el cuidado de la salud, o el afrontar la enfermedad no queda solo del lado de los profesionales de la salud.

Aparece como necesaria la comunidad quien tiene que tomar parte en este proceso.

Las condiciones de vida tendrán que poder ser pensadas como problemas a resolver y los profesionales seremos acompañantes, facilitadores, etc., de este proceso que escapa a la disciplina en la que nos hayamos incluidos.

Introducimos el concepto de Atención Primaria de la Salud.

Este concepto tiene como referencia la Declaración de Alma-ATA (1978)

Esta declaración entiende a la salud “como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de malestares o enfermedades, siendo un fundamentalmente un derecho humano y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud”.

Denuncia las desigualdades existentes en cuanto al acceso de la salud tanto entre países, como al interior de los mismos.

Entiende que la promoción y protección de la salud es esencial para un desarrollo económico y social sustentable.

Sostiene que los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades.

Y define la Atención Primaria de Salud (APS), como la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.

Y por último entiende que para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la misma.

Responsabiliza a los gobiernos miembros de la OMS y a las organizaciones internacionales a alcanzar esta meta.

Y confía que son los trabajadores de la salud, trabajando en equipos interdisciplinarios, trabajando en conjunto con la comunidad quienes pueden sostener este legado.

Esta Declaración fue realizada en 1978.

En ese tiempo en algunos barrios periféricos, no en todos empezaba a instalarse lo que se llamó dispensarios o salas de primeros auxilios.

Es para rescatar que la inscripción “salita” perdura tanto para el personal en salud como para los vecinos del barrio.

Estas salitas empiezan a funcionar en instalaciones cedidas por algún club, aulas de las escuelas del barrio. Hasta que logran su propia construcción casi siempre por iniciativa de vecinos que piden a las autoridades por la edificación de las mismas.

En estas salitas se realizaban prácticas de enfermería (vacunación, curaciones, aplicación de inyecciones, etc.) y el personal médico clínico o pediatra respondía desde la asistencia

a las demandas de salud, que por lo general eran las enfermedades prevalentes que no requerían de aparatología para verificar el diagnóstico.

No estaba instalado un concepto de prevención, ni promoción de la salud.

En el año 1886, el gobierno de la provincia de Buenos Aires crea el "Plan Muñiz" consistió en un amplio programa de construcción de infraestructura física (centros de salud o "unidades sanitarias") y de equipamiento.

El plan involucró a municipios, que cedían los terrenos, y a los Ministerios provinciales de Obras Públicas, a cargo de la edificación y al Ministerio de Salud que designaba el personal que trabajaría en los centros de salud y quedaba a cargo del mantenimiento de los mismos.

Lo importante para destacar que es la provincia de Buenos Aires es quien toma la iniciativa de responsabilizarse de la Atención Primaria de la Salud.

Se jerarquiza al personal que trabaja en estos centros de salud siendo reconocidos por las mismas leyes que alcanzaban a los profesionales que trabajaban en los hospitales

Se suman especialidades médicas como pediatría, clínica, ginecología y se incluye al trabajador social.

Si bien las prestaciones que se realizaban eran en el marco de la asistencia, empieza a instalarse el concepto de cuidar la salud. Control del niño sano, los controles para las embarazadas y mujeres en edad fértil, se va introduciendo la idea de la planificación familiar.

En el año 1988, el Ministerio de Salud de la provincia, bajo la conducción del Dr. Floreal Ferrara crea el programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud).

Eran equipos multidisciplinarios compuestos por un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, y por un odontólogo cada dos ATAMDOS. Dura 4 meses la conducción del programa desde el área central del Ministerio.

Otro retroceso en el ámbito de la salud pública se sufre cuando los mencionados centros de salud, de órbita provincial son transferidos a las municipalidades.(ley provincial 11554).

El gobierno provincial se desentiende de tener a cargo la responsabilidad sobre el primer nivel de atención.

Que innovación trae a pesar de su corta dirección dentro del ministerio

Incorpora la noción de equipo de salud, porque está en su concepto de salud la complejidad que porta la enfermedad, como así mismo la multicausalidad de la misma.

Introduce en los dispositivos de salud el concepto de que son las condiciones de vida del paciente las determinantes en última instancia del proceso de salud-enfermedad.

Por tanto, insta a los profesionales de la salud a planificar las acciones de salud con la comunidad. Desde un concepto de participación comunitaria donde los actores de la

comunidad se empoderan para llevar adelante las reformas necesarias para tener condiciones de vida saludables. En este proceso los agentes de salud serían los facilitadores, los que propicien, alienten, acompañen las acciones de salud llevadas a cabo por la comunidad.

Si bien no ha llegado a llevarse a cabo la idea de salud que portaba este programa, va dejando inscripciones en el modo de entender la salud, de pensar las prácticas en salud. Hoy los centros de salud han desarrollado tareas de prevención y promoción extra muros. Con más o menos continuidad en el tiempo. Pero está instituida la idea que es una práctica atinente al primer nivel de atención.

Otras inscripciones en los dispositivos de salud que han quedado es la Idea de que la accesibilidad al sistema de salud, no sólo tiene que ver tienen que ver con distancias geográficas, sino también están las barreras culturales, tanto del profesional como del paciente, como dificultad del encuentro

El concepto de cobertura universal dentro del área programática.

Con continuidades y discontinuidades en el tiempo se han ido articulando acciones intersectoriales entre los efectores de salud u otras instituciones barriales, formales y no formales.

Dos programas más vinieron más tarde a sumarse a los dispositivos de salud en territorio, el PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinares), dependiente de la provincia de Buenos Aires y el programa Médicos Comunitarios, dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Nación.

La incorporación de profesionales enmarcados en estos programas suma y revitaliza la realización de tareas preventivas y de promoción, como así también las discusiones interdisciplinarias de casos, para pensar la estrategia de intervención. Se instauran como práctica naturalizada las visitas de salud a domicilios, llevadas a cabo por cualquier profesión

El programa médicos comunitarios también ofreció capacitación en servicio para la gente de planta. Si bien no traía innovaciones importantes en cuanto a concepciones en salud, ayudo a relanzar ciertas actividades extramuros.

Situación actual: en las unidades sanitarias se llevan a cabo tareas de asistencia. La demanda es constante y a veces excede las posibilidades de respuesta a las mismas. Y años, tras año se incrementa.

A los profesionales mencionados en los distintos programas que se fueron sumando a los dispositivos de salud territoriales hay que sumar otros como obstetras, nutricionistas, agentes comunitarios, etc.

Si bien las prácticas y las demandas son diversas, hemos constituido a la reunión de equipo, como el eje ordenador de las decisiones.

Decisiones de toda índole, si hay que pintar, si hay que comprar equipamientos, cuáles son las tareas administrativas que requieren llevarse a cabo, etc.

Como así también se ordena la asistencia, se deciden tareas preventivas y de promoción de la salud con las escuelas, participación con otras instituciones del barrio por ejemplo del festejo del día del niño, maratón de lectura, etc.

También en la reunión de equipo se plantean las problemáticas complejas y su abordaje interdisciplinario. Se piensa la estrategia de intervención, quienes la van a llevar a cabo, la reflexión a posteriori de su tramitación, con qué dirección se sigue interviniendo, si es necesaria la participación de otro profesional, etc. En la discusión de casos problemas todos los que quieren opinan, se cuestionan criterios, formas de abordajes, y se va concluyendo en una estrategia consensuada, donde ya no tiene autorías particulares, ni sesgo de una disciplina en particular.

Si tuviéramos que acerca una definición de interdisciplina y equipo de salud, nos sentimos identificadas con una definición que da Alicia Stolkiner donde sostiene que "La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina". Esta perspectiva de trabajo implica entonces un cuestionamiento de la formación de cada uno de los integrantes del equipo de profesionales, llevando a una revisión de sus propios saberes. La construcción de un equipo de trabajo de estas características implica la valorización tanto de la subjetividad de cada uno de los profesionales, sus conocimientos, sus prácticas, así como también el reconocimiento de lo que la producción grupal puede generar. Es por lo tanto importante la consideración tanto de la lógica subjetiva como de la intersubjetiva"

Cómo pensamos las prácticas en promoción y prevención?

No lo pensamos la prevención específica, como puede ser pensada en algunas áreas de la medicina, que teniendo ciertos cuidados o implementando tales acción se pudiese evitar tal enfermedad (cómo efectivamente sucede con las vacunas)

Nuestra idea de promoción y prevención si bien a veces puede tener una temática a priorizar, a veces no, se basa en la implementación de estrategias, dispositivos. Donde puedan ser alojado tanto sujetos como los dichos que portan. Alojar no quiere decir asentir, sino que algo pueda ser enunciado. Dar lugar. Incluir.

Lo dicho circula entre los participantes, éstos les imprimen otros sentidos. No retorna al sujeto que lo expreso de la misma manera. El sujeto cede algo de sí, un pensamiento, una molestia y le retorna transformado por el circular grupal. Otro objetivo que está

presente en estos dispositivos es favorecer el lazo con el otro, cómo poder aceptar las diferencias, que no se piense de igual manera.

Ha veces, pero no necesariamente puede proponerse un hacer con el otro, acordar ciertas acciones, distribuir responsabilidades, etc.

Estos dispositivos pueden ser llevados a cabo por profesionales o por agentes de la comunidad. Como así también profesores de plástica, música, etc. En la Unidad sanitaria N° 35 funciona un rincón de lectura que lo llevan adelante vecinas del barrio.

No necesitamos estar presente en cada acción de salud, podemos dejar funcionando dispositivos para que los transiten otros. A veces somos sólo facilitadores para que algo advenga aunque no sea llevado a cabo por nosotras.

Creemos en la apropiación de prácticas de saberes, de experiencias, tanto por parte de otros profesionales cómo por vecinos de la comunidad.

Bibliografía.

Carrillo, R. (1951). *Teoría del Hospital*. Buenos Aires. EUDEBA.

Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires. Catálogo Editorial.

OMS.(1978) *Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud*. Alma Ata.

Stolkiner, A (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El campo PSI*. Año3.Rosario