



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario

**Cuidados de salud mental en la red de
cuidados de salud: la experiencia del Centro de
Salud N°4. Virgen de Fátima. Rafaela, 2017.**

Maestrando: Luciana Laura Galloni

Director: Juan Maximiliano Herrmann

Agradecimientos:

a Juan, mi director, por su profesionalismo y su guía presente y constante.

a María Eugenia (Menia), de quién aprendo la humildad de los grandes, le agradezco su compañía en un momento clave.

a Facu, mi compañero, por motivarme a finalizar el proceso y acompañarme en el tramo final.

a mi familia por su apoyo incondicional, su amor y oraciones.

a Lucía, amiga y compañera de Maestría.

a Mariela, mi compañera y referente en salud, por su pasión al trasmitirme de su experiencia y conocimientos.

a Claudia y Analía por brindarme asistencia en la recolección de datos.

a los trabajadores del equipo de salud N°4 por su generosa apertura.

Gracias.

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo describir los cuidados de salud, salud mental y las prácticas en salud mental de los trabajadores del primer nivel de atención, del centro de salud Virgen de Fátima de la ciudad de Rafaela.

Los conceptos desarrollados son: Atención primaria de la salud (APS), proceso salud-enfermedad-cuidado, cuidados de salud, cuidados de salud mental, prácticas de salud mental.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a algunos trabajadores del centro de salud mencionado y una entrevista participativa, a todos los integrantes del equipo. También, se recabaron datos del Sistema Informático para los Centros de Atención Primaria (SICAP). La estrategia aplicada es cuali-cuantitativa y el estudio es de tipo descriptivo.

En las entrevistas, los trabajadores de salud, identifican procesos de cuidados de salud en relación a grupos prioritarios de embarazadas y niños.

En cuanto a cuidados en salud mental, los enuncian según complejidades. Identifican cuidados de salud mental, ligados a cuidados de salud general, cuando la demanda es vinculada a motivos de consultas por afecciones orgánicas.

Respecto de las prácticas de salud mental, surge una primacía de prácticas asistenciales tales como: la escucha, acciones de prevención, atención, derivación interna y externa y, entrevistas conjuntas entre profesionales. Estas prácticas se focalizan en la resolución o atención de la demanda que llega al centro de salud.

Con menor frecuencia, se hace referencia a prácticas de promoción de la salud tales como talleres, charlas y festejos en fechas destacadas. Por último, se mencionan algunas prácticas vinculadas a la búsqueda activa, como los llamados telefónicos y las visitas al domicilio. Se observa una tensión entre las prácticas cotidianas de asistencia de la demanda en salud y otras prácticas de cuidado que permiten cuidados desde la prevención y promoción en salud mental. Estas últimas prácticas son mencionadas como prácticas necesarias y deseables de incorporar pero, muy poco frecuentes.

Contenido	
PROBLEMA	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
JUSTIFICACIÓN	11
MARCO TEÓRICO	13
Historización de los modelos de atención de la salud mental.....	13
Concepciones de salud.....	15
Atención Primaria de la Salud	17
Cuidados de salud	19
Cuidados de salud mental	22
Prácticas de cuidados en salud mental.....	29
Atenciones de salud mental y su registro en el Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP)	30
MARCO METODOLÓGICO	32
Unidad de análisis	32
Diseño de investigación	32
Contexto de Estudio	33
Variables y subvariables	35
HALLAZGOS Y OBSERVACIONES	39
Momento cuantitativo: revisión de atenciones en SICAP	39
Atenciones a través de SICAP	39
Momento cualitativo: Entrevistas	45
Cuidados y prácticas según los trabajadores.....	45
COMENTARIOS Y DISCUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	75
Anexo 1	75
Anexo 2.....	82

Anexo 3.....	83
Anexo 4.....	107
Anexo 5.....	109
Anexo 6.....	113

Índice de tablas

Tabla 1: Atenciones por servicio profesional. Centro de salud N°4 V. de Fátima Rafaela. 01/07/2016 al 30/06/2017.....	39
Tabla 2: Atenciones por control de salud en niños y embarazadas y atenciones totales (todos los servicios y motivos). Centro de salud N°4 V. de Fátima. N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.....	40
Tabla 3: Número de población adscrita al centro de salud N°4 V. de Fátima -Rafaela. Número de población que corresponde a la sumatoria de los barrios que forman el área de cobertura del centro de salud N°4 V. de Fátima. Rafaela.....	40
Tabla 4: Atenciones por salud mental. Centro de salud N°4 V de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.....	41
Tabla 5: Atenciones por salud mental según servicio profesional. Centro de salud. N°4 V de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.	42
Tabla 6: Pacientes atendidos por servicio de psicología y otros profesionales de equipo de salud V. de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.	42
Tabla 7: Cantidad de atenciones de psicología a pacientes con diagnóstico de salud mental. Centro de salud. V de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.....	43

INTRODUCCIÓN

El campo de la salud es un campo de saberes y de prácticas; dentro de este campo se puede identificar como un recorte difuso, al “campo de la salud mental”. Específicamente, el “campo de la salud mental” configura un sector acotado de prácticas sociales.

Esta escisión provoca la necesidad de articulación entre las prácticas de “salud mental” y los abordajes de la salud general.

Los servicios de salud no bastan, por sí solos, para producir salud pues los resortes que promueven salud están en la vida social. Por esto es que el sector salud debe vincularse con otros campos de la trama social tales como trabajo, educación, cultura, deporte, entre otros.

Los campos de prácticas de la salud en general y “salud mental”, son ámbitos en los que se disputan posiciones teóricas, políticas, sociales, culturales y éticas. Los actores dentro de estos campos de prácticas tienen diferentes intereses.

En el “campo de la salud mental”, existen profundas tensiones producidas por las diferentes teorías, intereses, prácticas, supuestos y concepciones de los paradigmas que lo atraviesan. En la actualidad hay dos grandes lógicas que organizan las prácticas en salud. Estas lógicas no se ven en estado puro ya que son concepciones ideológicas que se juegan en las prácticas cotidianas. Por un lado y sostenida desde los inicios de la “salud mental”, existe la lógica manicomial, centrada en el hospicio psiquiátrico con la idea de segregación y estigmatización del padecimiento mental. Por otro lado, deviene una lógica sustitutiva al manicomio, lógica que instala prácticas tendientes a cuestionar el lugar dado al sufrimiento psíquico. Esta lógica, otorga a la salud mental perspectiva de Derechos Humanos. Esto es, entiende que la salud poblacional se potencia cuando es posible construir escenarios de vida más justos. Es decir, la salud se alcanza por la justicia social. La perspectiva en salud, vinculada a los Derechos Sociales y Humanos supone un compromiso desde los actores involucrados en la concreción de contextos de vida más justos.

En consonancia con lo anterior, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (año 2010) y la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 (año 1991), explicitan el rol fundamental de los equipos interdisciplinarios. Estos equipos son dispuestos en efectores de salud que se organizan por niveles de complejidad en toda la red de servicios públicos de salud.

Los equipos interdisciplinarios dispuestos en el primer nivel de atención, son estratégicamente ubicados en el territorio y desde allí se les adjudican barrios de referencia. Dichos equipos están formados por profesionales y no profesionales, generando interjuego entre saberes disciplinares y no disciplinares. Quienes integran los equipos son, médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, personal de limpieza, enfermeros, administrativos y, en algunos equipos, se han incorporado trabajadores odontólogos, pediatras y psicólogos.

Estos equipos deben garantizar procesos de atención en “salud mental”, según los marcos legales en materia de salud mental. La Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo N°8, especifica que, las atenciones de “salud mental”, debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, mencionado como principal objetivo de las intervenciones, a la promoción, el reforzamiento y restitución, de los lazos sociales a fin de potenciar en los usuarios sus grados de autonomía.

Asimismo, el artículo N° 9 del decreto reglamentario 603/2013 de la misma ley, enumera principios fundamentales para la atención de la “salud mental”. Uno de ellos es que la atención del padecimiento psíquico debe pensarse en función de las necesidades de los usuarios, construyendo propuestas terapéuticas con participación de los usuarios. Esto último permite mayor adherencia, compromiso y continuidad en los procesos de cuidados.

Por otro lado, la misma ley, menciona la importancia de la articulación entre niveles de complejidad de la red de salud, a fin de garantizar atenciones por cuidados progresivos.

Los procesos recientemente explicitados son pasibles de cumplimentar desde el accionar comprometido de los equipos interdisciplinarios, del primer nivel de atención. Esta cercanía permite conocer a la población, facilitar y mejorar la accesibilidad a salud y el tránsito de los usuarios por toda la red de salud.

PROBLEMA

Las perspectivas contemporáneas en salud y “salud mental” proponen integralidad en la mirada de salud, entendiendo que ambos campos, el de salud y el de “salud mental”, deberían fusionarse para generar una mirada no reduccionista de la salud. Por ello se hace relevante estudiar cómo se inscriben los cuidados de “salud mental” en la red de cuidados de salud general. Como se mencionó recientemente, las leyes Nacional y Provincial de Salud Mental, enfatizan un modelo de atención que prioriza el accionar de los equipos de salud del primer nivel de atención, en la tarea de producir cuidados centrados en las necesidades de los usuarios y que contemplan, en el análisis de salud, sus contextos de vida.

En algunos centros de salud de la ciudad de Rafaela se observa como situación problemática que, en ocasiones, los cuidados de “salud mental”, estarían yendo por un circuito diferente a los cuidados de salud general. Es decir, pareciera que coexisten dos procesos de atención paralelos dado que, cuando se presentan situaciones de “salud mental”, se tiende a pensar en prácticas derivacionistas a profesionales “especialistas” en “salud mental”: psicología y/o psiquiatría, como si tales saberes fuesen los únicos capaces de alojar al padecimiento mental. A modo de aclaración, es necesario mencionar que, en el presente escrito se explicitan estas dos disciplinas en “salud mental” porque son el recurso humano existente en los equipos locales.

En la tarea cotidiana, los trabajadores de salud, pueden identificar un vínculo entre la “salud mental” y su repercusión en la salud general. Reconocen que algunos problemas de “salud mental” tienen efectos sobre la salud general y que, algunos malestares orgánicos de salud, inducen a problemas de “salud mental.”

La inquietud de pensar un sistema de salud más justo, equitativo e inclusivo es, en sí misma, un fundamento para analizar el problema planteado, desde las necesidades de la población que convive con situaciones de “salud mental”, a fin de integrar sus cuidados de “salud mental” a los cuidados de la salud general.

Lo expuesto hasta aquí lleva a pensar en la necesidad de conocer qué ideas y nociones tienen los trabajadores de salud sobre los cuidados de salud general y los cuidados de “salud mental” y, al mismo tiempo, conocer qué prácticas de cuidados en “salud mental” se realizan desde un efector de salud del primer nivel de atención. Dichos hallazgos

permitirán visibilizar las interacciones entre las categorías mencionadas, conocer los procesos de cuidados en salud y “salud mental” e identificar las prácticas de cuidados en “salud mental”, que brindan los trabajadores de salud en un efector de salud pública.

Cabe aclarar que la diferenciación respecto de cuidados de salud, cuidados de “salud mental” y prácticas de “salud mental” solo se sostendrá a los fines de conocer y operacionalizar dichas categorías, entendiéndose que, en la tarea diaria de producir salud, las nociones de cuidados y las prácticas interaccionan dialécticamente.

Para la presente propuesta de investigación, se seleccionó al centro de salud N°4 V. de Fátima por ser el centro de salud, de toda, la ciudad de Rafaela, con mayor recurso humano y mayor cantidad de consultas anuales.

La pregunta-problema que origina la siguiente investigación es la siguiente: ¿Qué cuidados de salud y cuidados de salud mental están presentes en el centro de salud N°4 V. de Fátima, y cuáles son las prácticas de salud mental que brindan los trabajadores de salud?

Esta pregunta permitirá conocer, a modo de primer acercamiento, los procesos de atención que se sostienen para dar respuesta a las necesidades de salud de la población e intentará iniciar una reflexión sobre nuevas organizaciones de los recursos disponibles que permitan pensar cuidados integrales e integrados en salud y “salud mental”.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de la presente investigación consiste en describir los cuidados de salud y “salud mental” y las prácticas de “salud mental” que brindan los trabajadores en el centro de salud N°4 V. de Fátima de la ciudad de Rafaela durante el año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar las atenciones vinculadas a salud mental, en el centro de salud N°4 V. de Fátima en función de los registros sanitarios oficiales.
2. Describir las ideas y nociones sobre cuidados de salud y salud mental que tienen los trabajadores del centro de salud N°4 V. de Fátima.

3. Describir las prácticas que brindan los trabajadores del centro de salud N°4 V. de Fátima, vinculadas a cuidados de salud mental.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende conocer qué entienden los trabajadores, de un centro de salud del primer nivel de atención, sobre las categorías cuidados de salud y cuidados de “salud mental” y, conocer las prácticas, vinculadas a “salud mental”, que brindan los trabajadores a fin de cuidar a la población.

“Debemos renunciar a la idea de que, en primer lugar, se enuncia el concepto y de tal enunciación, luego, devienen sus “aplicaciones”. La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es dissociable de ellas”. (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012)

Stolkiner (2012) plantea que el campo de la salud mental trabaja para su desaparición, ya que no intenta ser un recorte específico y propio que delimita prácticas, dispositivos y saberes, sino que busca pensar e intervenir sobre las dimensiones subjetivas de las prácticas sociales en general.

“El éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida”. (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012)

El presente trabajo de producción de conocimiento será un insumo para analizar y pensar una nueva organización posible de los recursos existentes, a fin de poder brindar cuidados integrados de salud a la población usuaria del centro de salud N°4 V. de Fátima de la ciudad de Rafaela.

En esta propuesta de gestión serán beneficiarios los trabajadores del centro de salud, ya que podrán identificar y analizar los cuidados que brindan y cómo los producen. Esto permitirá reflexionar en los procesos de atención incorporando, a las prácticas de salud, una mirada que contemple las subjetividades de los usuarios. Por ello, se podría pensar que

otros beneficiarios serán los usuarios del servicio público de salud, ya que se organizarían los cuidados de salud según sus necesidades.

MARCO TEÓRICO

Esta sección aporta una visión general sobre algunas de las literaturas disponibles respecto de las transformaciones en las respuestas a la atención de la “salud mental” en los últimos años. Asimismo, aporta teoría sobre las categorías cuidados de salud y “salud mental”. Finalmente, menciona conceptos necesarios para analizar las prácticas de cuidados en “salud mental”.

Historización de los modelos de atención de la salud mental

Por años, la institución organizadora del discurso social para la atención del padecimiento mental, ha sido el manicomio. El manicomio ha materializado la exclusión y segregación del sufrimiento psíquico. Para iniciar la presente historización, se mencionará la función que ha cumplido el hospicio al momento de su creación y cómo, a través del tiempo, el manicomio ha pasado a ser una institución de necesaria abolición. Dicha intención de abolición y modificación de las prácticas en “salud mental”, pone en tarea a los equipos de salud del primer nivel de atención como actores centrales al momento de garantizar cuidados de “salud mental”. Promoviendo, además, la construcción de propuestas locales de inclusión y de promoción de salud que garanticen diagnósticos integrales en salud, y brinden cuidados centrados en las necesidades singulares de los usuarios y poblaciones.

Michel Foucault ha sido un exponente crítico de las instituciones totales, entre ellas la institución psiquiátrica. Este pensador consideró al hospicio como un instrumento del Estado para silenciar a quienes, con su manera de pensar y actuar, cuestionaban o amenazaban los valores de las clases dominantes; por lo cual, lejos de constituirse en una institución terapéutica, el manicomio des-subjetivó las vidas de quienes fueron encerrados. Dicha institución ha sido un lugar de reclusión y refugio para los sujetos desvalidos, los excluidos, los subversivos, las mujeres y los pobres. Autores como Enrique Carpinteros y Alejandro Vainer, mencionan en el documental “*Comunidad de Locos*” (2005) que en los hospitales psiquiátricos, casi la mitad de los internos estaban allí “*más por pobres que por locos*”. Dicha afirmación permite reflexionar en la función social que ha tenido la creación

de los hospitales psiquiátricos. Sin duda las huellas que ha dejado el hospicio sobre las subjetividades han sido y son aún hoy, devastadoras.

Es incuestionable que la creación y sostenimiento de dicha institución cobra sentido en el imaginario de época que le dio origen, ya que había una concepción del sufrimiento en términos de: “enfermos mentales”, “locos”, “excluidos” quiénes, por su sola condición, irrumpían el orden social y debían ser encerrados.

Dicha ideología asilar ha promovido prácticas en salud focalizadas, biologicistas, centradas en la enfermedad, hegemónicas, violentas, tratos poco humanizados y/o deshumanizados efectuados desde las desigualdades de poder entre médicos y pacientes.

A través de los años, diferentes movimientos sociales, hitos históricos, la aparición de nuevos marcos legales y el surgimiento de movimientos de “desmanicomialización” en el mundo, han dado origen a transformaciones ideológicas respecto de la concepción del asilo y su función de segregación, custodia y control social. Dichas transformaciones han impactado sobre los modelos de atención de la “salud mental” y han gestado la arena política para que, a partir de los plexos legales vigentes, Ley Nacional y Provincial de Salud Mental, se diseñen propuestas de abordajes territoriales, intersectoriales, interdisciplinarias, e integrados de salud y “salud mental”. No obstante, el movimiento de sustitución de lógicas manicomiales requiere de transformaciones ideológicas profundas, en los trabajadores de la salud y en la sociedad.

Retomando la función de psiquiatría, desde este saber, se ha intentado por años, clasificar y describir las enfermedades mentales aislando al padeciente de su entorno, de sus vínculos y sus redes de contención. Por esto, en la actualidad, la tarea se sustenta en convocar a los trabajadores de la salud y la sociedad a pensar dialécticamente al sujeto que sufre, inmerso en su contexto. Entendiendo que este contexto contiene al sujeto, lo atraviesa y lo determina siendo a su vez, determinado por éste.

Es factible garantizar la “salud mental” de las poblaciones en sociedades que se propongan valores de respeto, inclusión, participación e integración de los ciudadanos a los intercambios sociales, económicos y simbólicos de la vida social y cultural.

En este marco se piensan las prácticas de intervención en “salud mental” intentando construir abordajes que restituyan derechos, promuevan el valor de ciudadanía, promuevan salud y garanticen un acceso equitativo a cuidados integrales de salud.

Con las sanciones de las leyes Provincial y Nacional de Salud Mental, se materializa el posicionamiento jurídico, ético y político que fundamenta la inclusión de cuidados de “salud mental” integrados a la red de servicios de salud.

Concepciones de salud

A continuación y con fines de enriquecer el marco teórico, se hará mención a las concepciones de salud vigentes en el campo de la salud. Una primer concepción, se enmarca en la Medicina Tradicional y desde allí se entiende a la salud como ausencia de enfermedad. Considera que el individuo es un organismo biológico y, entonces, la función de la medicina será restituir el orden en ese organismo defectuoso. Para ello, el cuerpo humano deviene objeto de las Ciencias Naturales ya que, los fenómenos de salud y enfermedad, son entendidos principalmente a partir de causas biológicas.

En este contexto se sucedieron hitos que fueron determinantes en el tránsito de la Medicina Tradicional hacia otras corrientes de pensamiento. Entre ellos, la Epidemiología Crítica que incorpora el debate respecto de la determinación que ejercen los contextos sociales en la salud de las poblaciones.

Asimismo, en la década de los '70 surge la Salud Colectiva enmarcada en un escenario de profunda transformación en Latinoamérica. La Salud Colectiva es una corriente de pensamiento sanitario que emerge como crítica al modo individual y biológico de pensar la salud y al sistema social capitalista que le dio origen.

La Salud Colectiva pone en evidencia que el sistema de salud es intrínsecamente clasista; dicha afirmación es sustentada en los diferentes perfiles de morbi-mortalidad de una población. Según sean las clases sociales, la gente cuida su salud, se enferma y muere, evidenciándose notables desigualdades. La Salud Colectiva denuncia esta realidad y propone como objeto de estudio al proceso salud-enfermedad-cuidado en el acontecer económico, político e ideológico de una sociedad. El proceso salud-enfermedad-cuidado es pensado como un proceso dinámico, entendiéndolo como expresión de procesos sociales

más amplios. La Salud Colectiva va a preguntarse cómo y de qué se enferma la gente, cómo cuida de su salud y cómo se distribuyen las enfermedades en un colectivo poblacional.

Respecto de las definiciones de salud, la Organización Mundial de la Salud, OMS (1948) define a la misma como el “*Completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad*”. En 1978 la Declaración de Alma-Ata retoma la definición de la OMS y adiciona a la noción de salud, valor de Derecho Humano. Si dicha declaración menciona la necesidad de intervención de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud para alcanzar mayores estándares de salud.

“la salud es un derecho humano fundamental, y, el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social muy importante en todo el mundo”. (OMS, 1978)

Algunos autores cuestionan la definición de la OMS planteando que la noción de completo estado de bienestar es incompatible con la condición de humanidad, dado que el malestar es inherente a la vida humana.

Desde el pensamiento crítico de la Medicina Social, se cuestiona el plantear a la salud como un estado, dado que, más que pensar a la salud como un estado a recuperar, hay que pensarla como un proceso dinámico, para lo cual existen diferentes métodos de análisis según se defina a la salud como un estado o como un proceso. (Stolkiner, 2003)

Ferrara (1985) dirá que “*la enfermedad es no accionar frente al conflicto*”. Es decir, la enfermedad es la imposibilidad de transformar aquello que nos enferma, que nos impide el desarrollo. Este autor define a la salud como “*la búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante, a los conflictos que le plantea la existencia*” (Ferrara, 1985). El autor definía a la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. Esta definición comprende al conflicto como parte de la existencia individual y colectiva.

Autores como Ferrara y Stolkiner concuerdan con el objeto de estudio propuesto por la Salud Colectiva y, en sus producciones teóricas, se puede inferir que, para analizar el proceso salud-enfermedad-cuidado, es necesario separarse de las simples enunciaciones que segregan a la salud en terminologías que refieren, solamente, a aspectos físicos o mentales

o sociales, dado que estos aspectos aislados esconden y silencian la esencia misma del proceso descrito.

Ahora bien, a la noción de clase social descrita por la Salud Colectiva, Laurell (1982) incorpora la categoría proceso de trabajo. Dicha categoría tiene relación con las características de los distintos procesos directos de producción; esto es, la problemática de las condiciones concretas de trabajo. Aquí se explicita la relación entre las clases sociales y la inserción de cada persona en el aparato productivo y, entre las relaciones sociales y de poder, acontecidas en el escenario laboral.

Hasta aquí se hace visible que todo proceso de salud-enfermedad-cuidado está determinado por la estructura social, por lo cual, las prácticas en salud son la expresión de las relaciones sociales.

Atención Primaria de la Salud

En el año 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) se convirtió en la política central de la OMS y, veinticinco años más tarde, los valores que encarnó la atención primaria siguieron gozando de respaldo internacional. A nivel mundial, distintos países han basado su política sanitaria en la estrategia de la APS, pues se ha comprobado empíricamente que dicha estrategia permite pensar, al sistema público de salud, desde una organización equitativa y justa.

La OMS (1978) menciona principios que han sido rectores de la estrategia de APS, algunos de estos son: acceso universal a la atención y cobertura de salud en función de las necesidades poblacionales, equidad sanitaria y participación de la comunidad en procesos de definición y aplicación de agendas de salud.

Según la OMS (2008), la APS es una estrategia que acerca la atención de la salud a las poblaciones, dado que entiende a los cuidados en forma progresiva. Esta progresión en los cuidados debe iniciarse en la comunidad donde transcurre la vida misma. Los cuidados deben garantizarse desde equipos de salud interdisciplinarios mediante prácticas de cuidados que impliquen, un diagnóstico precoz de enfermedad, acceso a tratamientos, prácticas que promuevan salud e instancias de articulación con otros niveles del sistema de

salud. El sistema de salud tiene tres niveles de atención organizados transversalmente por la estrategia de atención primaria de la salud.

El cuidado de la salud de una población, tiene su sostén en la construcción de vínculos de confianza entre los trabajadores de la salud, la comunidad y los actores institucionales y referentes en un territorio. Desde el primer nivel de atención en salud se prioriza el buen vínculo y el conocimiento de la población. Este acercamiento permite comprender que, cada persona, interpreta y afronta sus problemas de salud desde sus propias vivencias y contextos. Así se hace más claro que, desde la calidad de los vínculos, se pueden generar prácticas de cuidado.

La estrategia de APS y la Salud Colectiva plantean así, un cambio en el objeto de estudio. Se pasa de estudiar la enfermedad aislada y unicasal, a pensar un cuidado centrado en las personas y sus contextos de vida. Por ello es que se pondera el accionar de los trabajadores de la salud en relación con su población a cargo. (Rovere, 2012). Esta relación tiene como objeto máximo ayudar a alcanzar el más alto nivel de salud posible, lo cual involucra al sector salud y, también, compromete a diversos actores institucionales y comunitarios: ONG's, escuelas, clubes, vecinales, policía y referentes comunitarios

En este proceso de cuidados, son los equipos de salud quienes asumen el rol de garantizar el acceso al sistema de salud y la continuidad de los cuidados. La OMS menciona la importancia de que el cuidado del paciente no se inicie y finalice en una instancia de consulta. Los cuidados de salud deberían acompañar a los usuarios en sus diferentes ciclos vitales: niñez, adolescencia, adultez y ancianidad.

Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas de salud que buscan reducir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud. La esencia de un sistema público de salud es el trabajo por la equidad; equidad materializada en la mejora de oportunidades de acceso a salud, en una población.

En el presente trabajo de tesis, se contextualiza la práctica de los equipos de salud en el marco del primer nivel de atención, atravesado por la propuesta de la APS. La APS entendida como estrategia transversal y ordenadora de todo el sistema público de salud. Pensando al sistema de salud con universalidad de acceso y basado en la idea de Derechos.

Cuidados de salud

Como se viene mencionando, la Salud Colectiva, estudia al proceso salud-enfermedad-cuidado. En este proceso se asocia a la salud y a los cuidados de salud con valores colectivos como: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación. (Czeresnia, 2006).

Tejada de Rivero (2003) propone un análisis comparativo entre los términos “cuidado” y “atención” de la salud planteando que la noción de cuidado deviene más adecuada que atención. El concepto de “atención” se suscribe solo a la atención de la enfermedad dejando por fuera la idea de promoción de salud, prevención de enfermedad y rehabilitación cuando fuera necesario. Por ello, hablar de cuidado tendría una connotación más amplia e integral que el concepto de atención. La perspectiva de cuidado se sustenta en relaciones horizontales, simétricas y participativas, mientras que la atención implicaría relaciones de verticalidad y asimetría donde la idea de participación democrática queda excluida.

El cuidado se centra en la persona como un todo, en sus necesidades sociales y de salud, analizando sus contextos de vida. Un cuidado apropiado implicaría que las prioridades, respecto a la asignación de los recursos, se establezcan según criterios de eficiencia y de equidad. El cuidado de salud debería facultar a los usuarios para mejorar su propia salud y estimular su capacidad para la toma de decisiones respecto de su salud.

El cuidado en salud debe entenderse como un proceso integral que pone énfasis en prácticas de atención, promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Todas estas prácticas no solo como un fin en sí mismo sino, también, como un medio que ayude a visibilizar la *“dimensión cuidadora de las prácticas en salud”* (Túlio & Merhy, 2016).

“En el campo de la salud, el objeto no es la cura o la promoción y protección de la salud, sino la producción del cuidado, por medio del cual, se cree que se podrá alcanzar la cura y la salud, que son de hecho, los objetivos a dónde se desea llegar” (Merhy, 2006)

“La dimensión propia y o cuidadora está presente en cualquier práctica de salud y apunta a producir procesos de habla y escucha, relación intercesora con el mundo subjetivo del

usuario y el modo en que construye sus necesidades de salud, relaciones de acogimiento y vínculo, posicionamiento ético, articulación de saberes para conformar proyectos terapéuticos” (Túlio & Merhy, 2016)

Esta dimensión cuidadora de toda práctica en salud debería poder centrarse en el usuario y en sus necesidades, entendiéndolo como sujeto deseante que tiene un saber sobre sí mismo, sobre su padecimiento y que tiene modos propios de producir salud. Los cuidados en salud están comprometidos, no solo, con la búsqueda de resolución de problemas sino, también, con la conquista de mayores grados de autonomía de las personas.

“Cuando no se reconoce en el otro a un ser deseante que apuesta a otros modos de vida, que tiene deseos y proyectos diferentes a los nuestros, a veces los profesionales diseñan planes de cuidado ineficaces, se dan prescripciones que muchas veces no son seguidas, criminalizando los deseos. En esa falta de diálogo, se deja de aprender, de cambiar y se termina haciendo un trabajo repetitivo. (...) Entonces, este es el desafío central, apostar a que hay muchas situaciones en las que liberamos nuestra potencia de actuar y producimos empatía, vínculos y corresponsabilidad en torno a los problemas que surgen” (Túlio & Merhy, 2016)

“Hay que dejarse afectar por el encuentro con el otro para construir juntos las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales. Se trata de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos para desde allí resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica”. (Seixas, Merhy, Baduy, & Slomp, 2016)

Con lo mencionado hasta aquí comienza a vislumbrarse que todo cuidado en salud implica un posicionamiento ideológico. Posicionamiento que no se centra solo en la cura de la enfermedad sino en la producción de salud; y desde donde se reconoce al otro como ciudadano con derechos, entendiendo que el derecho a gozar de buena salud es intrínseco a la condición de persona. Por ello la idea de derechos debe atravesar todo acto de cuidado.

El desafío es separarse de las ideas que piensan al cuidado sólo desde “buenas técnicas” para que las potencialidades del cuidar no se limiten únicamente a actos curativos y estereotipados. Merhy (2006) refiere que las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios; sin

embargo, en ocasiones el acto de cuidar resulta deficiente debido a que quienes trabajan en de salud no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos.

Por esto, al cuidado hay que pensarlo, no solo como instancia científica sino, también, como una instancia política y ética que posibilita un saber hacer atravesado por el buen trato, la hospitalidad, la creatividad, como un hacer que sea productor de subjetividad, de vida, de salud. (Merhy, 2006)

El cuidado en salud, desde ésta óptica, se articula con las premisas que enuncia la Salud Colectiva. La práctica del cuidado debe construirse con la gente y donde la gente vive. Merhy (2006) plantea que hay que cuidar de la población allí donde la vida transcurre y se produce: en las calles, los clubes, en la casa, el barrio, en el centro de salud.

Como se mencionó en párrafos anteriores, los cuidados en salud deberían estimular la autonomía de los usuarios. Esto es, que los trabajadores de la salud pongan al servicio de la comunidad sus saberes, información clara y oportuna, y los recursos que sean necesarios a fin de que la comunidad pueda tomar decisiones autónomas respecto de su propia salud.

Finalmente, Merhy (2006) menciona que la producción de cuidados involucra diversos tipos de “tecnologías”. La forma en que los trabajadores se sirvan de esas tecnologías condiciona los modos de cuidar. El autor ubica, por un lado, las “tecnologías duras”, basadas en herramientas e instrumentos para examinar a los usuarios (laboratorio, rayos X, etc.). Por otro lado, como herramientas “leves-duras” menciona a los conocimientos estructurados o saberes profesionales tales como la clínica del médico, del odontólogo, de enfermería, del psicólogo. Desde aquí el trabajador realiza una práctica centrada en procedimientos técnicos basados en la necesidad de diagnosticar, tratar y curar. Son herramientas “leves” porque son saberes que las personas tienen y ello condiciona sus formas de pensar las situaciones en salud y de actuar sobre estas; pero son herramientas “duras” en la medida en que son un saber-hacer bien estructurado, protocolizado, normalizable y normalizado.

Por otro lado, el autor define a las “tecnologías leves o blandas” como las centradas en los procesos de relaciones entre trabajadores y usuarios. Aquí se interviene en el encuentro y en los momentos que éste encuentro habilita.

“(…) momentos de conversación, escucha, interpretaciones, en los cuales se producen acciones de acogimiento o no, de las intenciones que las personas plantean en ese encuentro; momento de complicidad donde se produce una responsabilización en torno del problema que se va a enfrentar; momento de confidencialidad y esperanza, donde se producen relaciones de vínculo y aceptación” (Túlio & Merhy, 2016)

Este encuentro entre los trabajadores y los usuarios es el que confiere vida al proceso de cuidado en salud. El espacio de encuentro es, en sí mismo, transformador de las prácticas y de los actores allí involucrados.

Es en este encuentro donde se ponen en juego ideas, valores, concepciones de salud, deseos y expectativas de cada trabajador, cada usuario y cada colectivo poblacional.

“El producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es trabajadores y usuarios” (Túlio & Merhy, 2016)

Débora Ferrandini menciona que, con frecuencia, puede identificarse una distancia entre la visión de los trabajadores y la visión de los usuarios al momento de definir un problema de salud y pensar en cuidados de salud. Ella realza, al igual que los autores citados, el valor del encuentro, de las relaciones y la construcción colectiva al momento de pensar cuidados de salud con una población.

“Es necesario que escuchemos a quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven, qué es lo que desean cambiar y con qué recursos, experiencia y saberes cuentan para enfrentarlo. Es poniendo en común todas estas perspectivas, discutiéndolas sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, que lograremos proyectos terapéuticos y de cuidado más efectivos”. (Ferrandini, Juárez, & Tessio, 2011)

Cuidados de salud mental

Desde una perspectiva integral no es posible aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas. En toda práctica de salud, la especificidad de la

salud mental, se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva a todas las intervenciones de salud.

“(…) El binomio salud/salud mental como una forma de acentuar la inclusión de esta dimensión subjetiva en prácticas integrales de salud” (Bang, 2014).

Para comenzar es relevante mencionar la definición de salud mental enunciada por la Ley Nacional de Salud Mental. Esta definición reconoce a la salud mental como un proceso determinado por múltiples dimensiones o “componentes”. Enuncia que una mejor salud mental es congruente con la concreción de Derechos Humanos y que siempre se debe partir de la “presunción de capacidad” de todos los ciudadanos. Esto último rompe con las representaciones estigmatizantes que ubicaban a las personas, con padecimiento subjetivo, en un lugar de exclusión y, a la enfermedad mental, como una entidad inmodificable.

“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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. c) Elección o identidad sexual. d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

En el año 2001, la OMS propuso como plataforma de discusión, la necesidad de instalar estrategias de cuidados continuados e integrados de salud mental, tal como se realizaba en enfermedades físicas crónicas (OMS, 2001).

Así se buscaba garantizar, a la población, cuidados en salud mental y continuidad de los mismos, según necesidades. Dicha continuidad aspiraba a brindar un cuidado integral a todos los usuarios con padecimiento psíquico y evidenciaba, además, la necesidad de repensar la organización de los recursos sanitarios y sociales disponibles para tal fin.

La integración de los cuidados de salud mental al primer nivel de atención, buscaba eliminar el tránsito innecesario y solitario, de los usuarios, por la red de salud; evitando la fragmentación en las prácticas y modificando las lógicas derivacionistas solo y exclusivamente, a profesionales especialistas en salud mental.

Este avance en materia de cuidados de salud mental, pretende la continuidad de los mismos durante la todo el ciclo vital del usuario favoreciendo, además, la sostenibilidad en los tratamientos y reduciendo prácticas con lógicas manicomiales (internaciones innecesarias y medicación por fuera de una estrategia terapéutica más amplia). Estos ejes de trabajo requieren de flexibilidad en la oferta de cuidados; proyectos terapéuticos pensados y acompañados por un equipo de salud en articulación con el usuario de salud mental, quien sabe sobre su salud y tiene el derecho de decidir respecto de sus cuidados. (Bang, 2014)

Los cuidados de salud y salud mental no pueden centrarse en la suposición de que se atienden cuerpos biológicos enfermos; por ello, el gran cambio, avalado por los marcos normativos vigentes, ha sido pasar de esta concepción biologicista a pensar a las personas como sujetos que atraviesan situaciones de dolor y padecimiento subjetivo y, en muchos casos, transitoriamente. Esto último refiere a que, un padecimiento mental, puede ser modificable en el tránsito de la vida.

Analizando la categoría de cuidados en salud mental, se podrían inferir algunos ejes de conceptualización y atención en los plexos normativos vigentes, en salud mental.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada en el año 2010 - reglamentada en el año 2013 y en Santa Fe, la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 reglamentada en el año 2007 - son el marco legal que impulsa la construcción de prácticas de salud y salud mental con base en la comunidad, íntimamente ligadas a la estrategia de la atención primaria de la salud. Pensar esta relación implica visibilizar la necesidad de fortalecer, en los territorios, la cesantía de procesos de institucionalización para cuidar a las poblaciones en sus condiciones concretas de existencias.

“el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la APS. Orientándose el reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales” Art9” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010)

Entendiendo la necesidad ineludible de pensar la producción de salud y salud mental en sus contextos de creación y complejidad es que, su abordaje, tiene que construirse desde la intersectorialidad, interdisciplina y participación comunitaria. Como, también se menciona en la descripción de cuidados en salud, cuidar a una población tiene relación con abordar tempranamente las problemáticas complejas, en el contexto en donde se producen y reproducen.

“Al analizar un problema, una circunstancia que queremos cambiar: el consumo complicado de alcohol en los jóvenes de una comunidad, o la tuberculosis en una familia que vive hacinada, necesitamos comprender cómo se produce en la realidad y qué consecuencias determina. Si sólo los viéramos como enfermedades el razonamiento sería simple: el alcohol y el bacilo son respectivamente responsables del alcoholismo y de la tuberculosis. Se trata de eliminarlos: internamos y desintoxicamos a los alcohólicos y hacemos tomar antibióticos a los enfermos de tuberculosis. Pero quienes trabajan en salud saben que la vida real es más compleja: es necesario comprender cómo la historia va generando condiciones que limitan la vida. Entenderemos por ejemplo que el consumo de alcohol en la Argentina aumentó exponencialmente en la década del noventa, particularmente entre los más pobres: quienes perdían sus empleos como consecuencia de los feroces planes de ajuste. (...). También es necesario comprender que en la misma familia, hay quienes enferman y quienes no, que también hay diferencias entre los sujetos: sus historias, su subjetividad, sus defensas, serán diferentes. Diferentes para cada uno de ellos, deberán ser nuestras estrategias. Diferentes y complejas: porque deben ser diseñadas atendiendo a los contextos en los que los problemas se sufren, a los deseos, capacidades, recursos, historias y potencias de los sujetos y sus comunidades”. (Ferrandini, Juárez, & Tessio, 2011)

En este contexto, la Ley de Salud Mental establece una estrategia de cuidado en la cual se busca garantizar el acceso a una atención integral de la salud mental, lo cual implica prácticas de diagnósticos oportunos, interdisciplinarios e integrales. Estos diagnósticos deben contemplar las singularidades del usuario, su contexto de vida, su historia y las probables causas del padecimiento. Esta integración advierte la necesidad de pensar un diagnóstico más allá de las clasificaciones psiquiátricas.

“la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se

presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. La interdisciplinareidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro". (Stolkiner, 2005)

Los marcos legales de Salud Mental entienden a los cuidados en clave de Derechos Humanos. Esto permite pensar que el mismo decreto reglamentario de la Ley se convierte en una estrategia de salud donde se proponen acciones que aseguran el derecho, al mejor estado de salud, posible de lograr. La estrategia de cuidados en salud mental se concibe en la inclusión del campo de la salud mental, en el campo de la salud y de las políticas públicas de salud.

La Ley de Salud Mental convoca a instalar el reconocimiento de quienes sufren un padecimiento mental como sujetos de derecho y supera la idea de paciente/beneficiario de asistencia. Se les reconoce a los usuarios su capacidad de tomar decisiones y participar en su proyecto terapéutico. La Ley lista en su artículo N° 7 los derechos que se le reconocen a todo usuario de salud mental.

Todo proceso de atención-cuidado tiene como protagonistas a los equipos de salud interdisciplinarios. La Ley Nacional de Salud Mental menciona que las diferentes disciplinas que componen un equipo de salud tienen los mismos deberes, obligaciones y derechos en cuanto a la organización de la tarea de cuidado y, además, tienen deberes y obligaciones diferenciadas de acuerdo a su formación disciplinar. Por un lado, deja evidente la importancia de no desestimar ninguna especificidad disciplinar al momento de diseñar estrategias de trabajo y, por otro, faculta a los trabajadores de salud para la toma de decisiones respecto de los cuidados de salud mental de las poblaciones, siempre basados en los preceptos de los marcos legales mencionados.

Estos equipos interdisciplinarios tienen la tarea de adscribir a su población a cargo. Es decir, ser responsables de la coordinación por líneas de cuidado a fin de lograr garantizar la integralidad del proceso de atención. Esto es, acompañar la progresión del cuidado en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud, según la complejidad del cuidado que requiere el paciente en un momento determinado del proceso salud-

enfermedad-atención (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2013). Dicha función conlleva conocer a la población, realizar seguimiento de sus condiciones de salud mental y planificar en salud según las necesidades de la comunidad y los recursos disponibles. La adscripción debe ser transversal a todo el proceso de atención-cuidado de la salud, inicia en la recepción de los usuarios, la escucha de sus necesidades, la construcción de proyectos terapéuticos, el acompañamiento y el seguimiento en sus etapas vitales.

Los cuidados en salud mental deberían incluir la organización de la demanda, facilitando el acceso al sistema de salud y el trayecto por la red de salud. La obtención de turnos con especialistas, circuitos de acceso a la medicación, y/o internaciones en hospitales generales. Respecto de la medicación, las leyes proveen lineamientos para garantizar su uso racional. La prescripción de medicación debe responder a las necesidades de la persona con padecimiento mental y se administrará únicamente con fines terapéuticos siendo una intervención dentro de una estrategia terapéutica amplia.

En cuanto a la intersectorialidad y en consonancia con la complejidad de las problemáticas de salud y salud mental, es necesario diseñar intervenciones que sumen a otros actores institucionales y comunitarios. Los usuarios transitan por instituciones, se vinculan a grupos sociales, y las estrategias de cuidados deben pensarse teniendo en cuenta tales interacciones y los recorridos históricos de los usuarios por las instituciones.

Todo cuidado en salud y salud mental alude a un proceso de interacción relacional en donde, por ejemplo, el equipo de salud, los usuarios, las instituciones, y actores comunitarios, se encuentran, se conocen y se problematizan mutuamente para potenciar las posibilidades de cuidados y, en ese encuentro, transformarse mutuamente. Supone una conciencia íntima de apertura del yo al otro, en la experiencia de compartir emociones, ideas, recursos, técnicas y conocimientos. Por ello, se puede pensar que los cuidados están atravesados por una “*categoría relacional y humanizada*” (Stolkiner & Solitario, 2006). Las autoras mencionan la importancia de incluir la “*categoría relacional y humanizada*” enmarcada en la estrategia de la APS con enfoque en salud mental. Desde allí se pueden incorporar acciones de prevención y promoción de cuidados de salud, a fin de sumar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención. Franco & Merhy (2011) explicitan que:

“todo cuidado en salud debe acentuar esta dimensión subjetiva, reconociendo la importancia del vínculo afectivo en la atención e impulsando prácticas en salud basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo”. (Franco & Merhy, 2011)

Por otro lado y, en relación a lo recientemente mencionado, los cuidados en salud mental son efectos de la corresponsabilidad entre los trabajadores de la salud y los usuarios. Dicha premisa introduce la categoría de participación de los usuarios en los cuidados de su salud.

“Cada persona es activa en la transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados” (Bang, 2010)

La participación, según plantea la OMS:

"Existe a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud" (OMS, 1986)

Stolkiner (1988) explicita que la participación es en sí misma un factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva.

Maritza Montero (1993) mencionan que hay niveles de participación. La autora refiere cinco niveles de participación: Información, Consulta, Decisión, Control y Gestión. El nivel de Información es el nivel más elemental, los miembros tienen acceso a la información sobre las decisiones que la afectan, pueden ser antes o después de ser tomadas por otras personas. El nivel de Consulta los miembros no sólo conocen propuestas y decisiones, sino que pueden expresar su parecer sobre un determinado asunto y declara en función de sus intereses. En el nivel de decisión los miembros son capaces de participar activamente en la escogencia de una opción determinada en función de sus intereses. En el nivel de Control los interesados velan por la ejecución de las decisiones tomadas, para ello se dotan de los instrumentos necesarios para ejercer el control, y el nivel de Gestión es el

más elevado por cuanto supone que los miembros poseen las competencias y los recursos para el manejo autónomo de ciertas esferas de la vida colectiva.

La categoría de participación está estrechamente vinculada a la noción de sujetos de derecho, activos e implicados en la producción de sus cuidados de salud.

Prácticas de cuidados en salud mental

Las autoras Stolkiner y Ardila Gómez (2012) al hablar de prácticas en Salud, hacen referencia a un proceso que combina conocimientos y acciones en torno a la atención, la prevención de la enfermedad y la promoción de salud. Dichas acciones no solo incluyen conocimientos técnicos específicos sino que, además, incluyen pensamientos, posicionamientos éticos, ideologías y valoraciones. Todo accionar en salud y salud mental encubre concepciones de salud, de sujeto, de participación social, de cuidados en salud y salud mental.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones enmarcadas en los criterios de la Atención Primaria de Salud y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria. Entendiendo la complejidad de las problemáticas de salud mental es que, los abordajes, deben incluir necesariamente un enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario.

Por ello, se sostiene que el primer nivel de atención es un espacio que propicia el encuentro entre los trabajadores y los usuarios. Es en esta vinculación donde los equipos pueden conocer a su población a cargo, consolidar vínculos, generar las condiciones para alojar el padecimiento de las personas e identificar sus necesidades. Es en el acercamiento con la comunidad, en las instancias de participación dentro del equipo y de éste con la comunidad, desde donde se pueden pensar y construir respuesta a los padecimientos de la población.

Al hablar de prácticas en salud mental se intenta pensar en la construcción de acciones que requieren de “(...) *nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización en las relaciones y articulaciones interdisciplinarias*” (Stolkiner & Ardila

Gómez, 2012). Acciones en donde lo esencial es el reconocimiento del otro como sujeto autónomo, con necesidades, oportunidades, historia, es decir, reconocer en el semejante a un sujeto de derechos.

Es importante resaltar que las prácticas en salud mental no son territorio exclusivo de la psiquiatría y la psicología. Por esto, todos los trabajadores de salud deben dar cuenta de acciones en salud y salud mental, que busquen lograr el mejor estado de salud posible de un ciudadano y su comunidad.

“Los salubristas deben trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinarios”. (Stolkiner, 2001).

Cabe aquí mencionar que, cuidados de salud, cuidados de salud mental y prácticas en salud mental están estrechamente vinculados. En el presente trabajo de investigación se realiza una escisión, por categorías, de estos cuidados, a fin de operacionalizar cada uno de ellos y avanzar en un trabajo de análisis.

“La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es disociable de ellas”. (Angenot, 2010).

Atenciones de salud mental y su registro en el Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP)

El Ministerio de Salud de la provincia promueve y exige el registro de toda atención ambulatoria, disponiendo para ello de instrumentos universales¹ y sistemas de información oficiales².

Este registro, debe realizarse en la Planilla de Registro de Atención Ambulatoria, conocida por los trabajadores como “Planilla Única”, la cual contiene campos para los datos filiatorios y de atención. Para el diagnóstico o motivo de consulta se utilizan los

¹ Ministerio de Salud de Santa Fe. Resolución 2319/2012. Registro diario de Consulta Ambulatoria. Disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/195332/950213/file/resol%202319-2012.pdf>

² Ministerio de Salud de Santa Fe. Resolución 1003/2010. Reconocimiento de Sistemas informáticos provinciales a SICAP y Diagnose.

códigos contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Toda esta información es ingresada al Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP), la cual puede ser recuperada para su procesamiento y análisis.

A pesar de ello, la modalidad de registro varía, entre otras cosas, por la especificidad del equipo que aborda la situación y por la experiencia y familiaridad en el uso de los códigos recientemente mencionados.

En materia de “salud mental” se ha consensuado el uso de una serie de códigos acordados entre la Dirección Provincial de Información para la Gestión y la Dirección Provincial de Salud Mental. En el Anexo 1 se presenta un detalle de los códigos utilizados.

Es importante explicitar que el registro no da cuenta de la totalidad de atenciones y prácticas que se realizan en el primer nivel de atención, más bien produce una aproximación a uno de los momentos del proceso de atención: el de la consulta diaria y ambulatoria.

MARCO METODOLÓGICO

La presente propuesta de investigación constituye una investigación de tipo descriptiva, dado que consiste en un fenómeno de estudio, con un abordaje orientado a comprender el significado de un fenómeno en profundidad (Mayan, 2001). Es un trabajo de secuencia transversal (indagación de los fenómenos en un momento determinado) haciendo un corte en el tiempo para cada una de ellas.

Con esta estrategia se intentó abordar la complejidad de la realidad en estudio.

Unidad de análisis

Centro de salud N°4 Virgen de Fátima de la ciudad de Rafaela. Este centro de salud se ubica en el sector Sud-este de la ciudad de Rafaela, Santa Fe

Diseño de investigación

El diseño combina dos momentos, cada uno con su fuente. Un momento de tipo cuantitativo, donde la estrategia corresponde a la revisión de la información de atenciones registradas en SICAP (fuente secundaria), y un momento cualitativo, donde la estrategia incluye la realización de entrevistas individuales semiestructuradas y una entrevista participativa grupal.

Momento cuantitativo y de fuentes secundarias

Consulta al sistema SICAP en función de atenciones según códigos CIE 10 seleccionados (Anexo 1).

Momento cualitativo y entrevistas semiestructuradas

Entrevistas grupales participativas semiestructuradas a los trabajadores del centro de salud Virgen de Fátima (Anexo 4). En base a tres ejes: 1)- Ideas y nociones que tienen los trabajadores del equipo de salud sobre cuidados de salud. 2)- Ideas y nociones que tienen

los trabajadores del equipo de salud sobre cuidados de salud mental 3)- Prácticas de cuidado en salud mental.

“(…) esta forma de entrevista participativa se realiza colectivamente porque se trata de reunir a un cierto número de personas en función de un saber o interés común. La principal finalidad de esta herramienta es conocer las opiniones e ideas de un grupo específico de personas acerca de un tema común en función de preguntas formuladas por el investigador y respondidas en una conversación general producida y facilitada por el equipo de investigación” (Montero, 2012)

Se convocó a participar a todo el equipo de salud explicitando la necesidad de que haya representatividad de todas las áreas disciplinares y no disciplinares que conforman el equipo de trabajo.

La convocatoria se efectuó por intermedio del Director del Centro de salud y no hubo criterio de exclusión. Contó con la participación de un moderador invitado, asumiendo el investigador un rol de observador de las discusiones que emergieron (Mayan, 2001), siendo el investigador quien facilitó, al moderador, la guía de preguntas a trabajar.

Los aspectos éticos se acordaron con los participantes. En cuanto al tratamiento de los datos, se recabaron bajo las premisas de anonimato y confidencialidad.

Entrevistas individuales semiestructuradas. Se utilizaron los mismos ejes de trabajo que en la entrevista participativa (Anexo 4).

Se ofreció libremente la posibilidad de participar de esta instancia a los trabajadores del equipo de salud.

Contexto de Estudio

La estrategia de gestión del sistema de salud de la Provincia de Santa Fe busca garantizar el acceso a salud de toda la población desde una estrategia territorial. El modelo de gestión que propone es consolidar la red de servicios de salud, centrándose en la APS como estrategia que permita cuidar y responder oportunamente a las necesidades de la gente.

Como se menciona en la introducción, la red de servicios de salud provincial se organiza por regiones. En cada una de éstas pueden identificarse cinco ciudades-nodos, siendo el nodo Rafaela, uno de ellos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial.

La región del Nodo 2 Rafaela cuenta con un Hospital regional polivalente con neonatología y unidad de cuidados intensivos, con once centros de salud (nueve de gestión provincial y dos de gestión municipal). El sector privado se organiza con un número importante de consultorios médicos, centros de atención ambulatoria, cinco clínicas y dos centros de diálisis.

Como parte de la estrategia diagramada para dar respuesta en salud mental, se encuentra el quipo DISER-Rafaela (Dispositivo Interdisciplinario Soporte Estratégico Regional). Este equipo está formado por: un profesional psiquiatra, una operadora comunitaria, una abogada y dos profesionales psicólogas. El DISER se consolida como un segundo nivel matricial, diferenciándose de lo que entendemos como un segundo nivel de complejidad en la red de salud. Los DISERs son equipos constituidos para acompañar a los equipos de salud en el territorio, fortaleciendo sus recursos humanos, actuando como equipo soporte de los equipos de salud del primer nivel de atención. En Anexo 6 se explicitan las funciones y estructura organizativa del DISER Rafaela.

Respecto del centro de salud elegido, en la presente investigación, es un efector del primer nivel de atención y su población a cargo está conformada por siete barrios de la ciudad de Rafaela: Barrio Fátima, Villa Podío, Pizzurno, Mosconi, Central Córdoba, 2 de Abril y Villa del Parque.

El centro de salud N°4 V. de Fátima tiene más de cuarenta años de antigüedad. En la actualidad, cuenta con un edificio propio inaugurado en el año 2011, el cual incluye una enfermería, cuatro consultorios, una área administrativa, un espacio de farmacia y un salón de usos múltiples.

Los servicios que se ofrecen son: enfermería, tres consultorios médicos (medicina general y pediatría), odontología, y comparten un consultorio las especialidades de psicología y ginecología.

Dicho centro de salud sostiene un horario de atención extendido de 6:00 a 18:00hs. Tiene 14 trabajadores de la salud organizados en dos turnos. Turno mañana: un médico

generalista, un médico residente de medicina general, una médica pediatra, dos enfermeras, un personal de servicios generales, una agente comunitaria, y una administrativa. Turno tarde: un pasante administrativo, un médico generalista, una médica ginecóloga y dos enfermeras. Los cargos de odontología y psicología distribuyen sus horas entre la mañana y la tarde.

Existen en funcionamiento dos espacios de talleres, uno de ellos de prevención de enfermedades crónicas y otro de Psicoprofilaxis del embarazo. No obstante, a través de los años, se han sostenido actividades con adolescentes y niños, no existentes en la actualidad.

Desde el centro de salud se acompañan actividades de capacitación y docencia a residentes de medicina General y Familiar, alumnos de la escuela de enfermería, de la Licenciatura de Obstetricia perteneciente a la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF) y alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) quienes realizan trabajo de campo e intervenciones, acompañados por los trabajadores del centro de salud.

Variables y subvariables

Momento cuantitativo: Atenciones en SICAP

En el presente trabajo se consideró atención en salud mental a aquellas atenciones que reúnen los siguientes criterios: i) toda atención realizada por el profesional psicólogo del centro de salud, con independencia del diagnóstico y código asignado, y ii) toda atención realizada por cualquier profesional del equipo del centro de salud, con independencia de su disciplina, que fue diagnosticada con los códigos CIE10 propuestos por la Dirección Provincial de salud mental.

Estas categorías se operacionalizaron mediante la consulta al Sistema de Información de Centros Atención Primaria (SICAP). La búsqueda se realizó en base a los siguientes criterios: 1) Atenciones de psicología, independientemente del código; 2) Atenciones de otras disciplinas con código F00 a F99 (Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos), G00 a G99 (Enfermedades del sistema nervioso), Y90 a Y98

(Causas externas de morbilidad y mortalidad), R40 a R46 (síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta), X60 a Y09 (lesiones autoinfringidas, agresiones), Z55 a Z65 (personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales), Z70 a Z76 (Consultas)

Las consultas al sistema abarcaron el período del 1 de julio de 2016 a 30 de junio de 2017 y fueron descritas en función de las siguientes variables y sub-variables:

Cuidados de salud

Controles regulares de salud: Para dar cuenta de esta variable, se utilizaron las siguientes subvariables: 1) Controles embarazadas y niños sanos: Reporte embarazadas códigos: Z34.9 (Supervisión de embarazo normal no especificado) y Z32.1 (Embarazo confirmado), Reporte Diagnósticos por pacientes código Z00.1 (Control de salud de rutina del niño); Información relativa a las atenciones totales (todos los servicios y motivos), las atenciones por controles de salud (niños y embarazadas) y por servicio profesional (pediatría, ginecología, medicina general y psicología); 2) Adscriptos: Información relativa al padrón de Adscriptos del centro de salud N°4 V. de Fátima presentado sobre el total de población o área de cobertura del centro de salud N°4 V. de Fátima (entendiendo adscripto desde los reportes de SICAP, a toda persona que ha hecho una o más consultas en el centro de salud).

Cuidados de salud mental: 1) Consultas de salud mental: según los códigos CIE10 seleccionados y como porcentaje de las consultas totales; 2) Atenciones por salud mental según servicio profesional.

Prácticas de salud mental: 1) Prácticas de salud general a pacientes con diagnóstico en salud mental; 2) Pacientes atendidos por servicio de psicología, que reciben, además, otras atenciones en salud; 3) Cantidad de atenciones a pacientes con diagnóstico de salud mental realizado por psicología: seguimiento; 4) Cantidad de atenciones de psicología a pacientes con diagnóstico de salud mental.

Momento cualitativo: Entrevistas semiestructuradas.

Cuidados en salud

Para dar cuenta de la categoría cuidados en salud, se utilizaron las siguientes variables y sub-variables:

Conocimiento de la población a cargo del centro de salud: esta variable está compuesta de las siguientes subvariables: 1) reconocimiento de la población que concurre al centro de salud. 2) identificación de las necesidades de salud de la población.

Seguimiento en los cuidados de salud: dicha variable se compone de las siguientes subvariables: 1) reconocimiento de grupos poblacional que reciben cuidados periódicos de salud, 2) existencia de continuidad de los cuidados en el proceso de atención.

Cuidados de salud mental

Para dar cuenta de la categoría cuidados en salud mental, se utilizaron las siguientes variables y sub-variables.

Conocimiento de la población a cargo: esta variable está compuesta de las siguientes subvariables: 1) conocimiento sobre motivos de consulta en salud mental, 2) identificación de situaciones de salud mental por parte de diferentes servicios.

Producción de los cuidados de salud mental: dicha variable se compone de las siguientes subvariables: 1) existencia de interacción al interior del equipo para diseñar cuidados de salud mental. 2) seguimiento en los cuidados.

Prácticas de salud mental

Para dar cuenta de la categoría Prácticas en salud mental, se utilizaron las siguientes variables y sub-variables:

Práctica de promoción de salud mental: dicha variable se compone de la siguiente subvariable: 1) actividades de promoción de salud mental, según necesidades de la comunidad.

Prácticas de atención- asistencia en salud mental: dicha variable se compone de las siguientes subvariables: 1) contención y escucha, 2) atención por disciplinas. 3) atenciones multidisciplinarias 4) prevención en salud mental 5) derivaciones internas y externas al equipo.

HALLAZGOS Y OBSERVACIONES

La exposición de los resultados de la presente investigación se organiza en dos grandes apartados establecidos a partir de las técnicas utilizadas.

Momento cuantitativo: revisión de atenciones en SICAP

Atenciones a través de SICAP

Se obtuvieron datos del Sistema Informático para los Centros de Atención Primaria (SICAP). Estos datos corresponden a la producción del equipo de salud Virgen de Fátima durante el período de tiempo comprendido entre el 1/07/2016 al 30/06/2017.

Los resultados de las consulta en SICAP se volcaron a tablas y se hicieron los cálculos correspondientes a fin de obtener información en porcentajes.

Para la siguiente presentación de resultados se utilizaron las variables y sub-variables especificadas en Marco Metodológico.

Controles Regulares de salud

**Tabla 1: Atenciones por servicio profesional. Centro de salud N°4 V. de Fátima Rafaela.
01/07/2016 al 30/06/2017.**

Tipo atención	Número atenciones	Porcentaje
Medicina general	6.548	69.4%
Pediatría	2.543	26.9%
Ginecología	275	2.9%
Psicología	80	0.84%
Total	9428	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SICAP). Fecha consulta: 14/11/2017

Tabla 2: Atenciones por control de salud en niños y embarazadas y atenciones totales (todos los servicios y motivos). Centro de salud N°4 V. de Fátima. N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.

Tipo atención	Número atenciones	Porcentaje
Control salud niños	1819	29%
Control salud embarazadas	641	6,8%
Total atenciones (todos los servicios y motivos)	9428	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SiCAP). Fecha consulta: 14/11/2017

Tabla 3: Número de población adscrita al centro de salud N°4 V. de Fátima -Rafaela. Número de población que corresponde a la sumatoria de los barrios que forman el área de cobertura del centro de salud N°4 V. de Fátima. Rafaela.

Población	Número de Población	Porcentaje
Población Adscripta	9.033	50%
Población total/ área de cobertura	18.032	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SiCAP). Fecha consulta: 21/11/2017
IPEC³. Censo 2010⁴.

³ El instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC) de Santa Fe es el organismo público de carácter técnico, dependiente del ministerio de Economía de la Provincia, que ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la Provincia de Santa Fe.

⁴ Disponible en: <http://ipec.santafe.gov.ar/poblacion/pagina/inicio.php>
Detalle habitantes por barrios. Fuente: IPEC . Censo 2010 Disponible en:
<http://ipec.santafe.gov.ar/poblacion/pagina/inicio.php>

De la totalidad de atenciones, teniendo en cuenta todos los servicios y motivos que se realizaron en el centro de salud, el 69.4% corresponde al servicio de medicina general, el 26.9% al servicio de pediatría, el 2.9% a ginecología y el 0.84% son las atenciones del servicio de psicología. (Tabla 1)

De la totalidad de atenciones (todos los servicios y motivos), el 29% corresponde a controles de salud en niños y el 7% a controles de salud en embarazadas. (Tabla 2)

El 36% de las consultas realizadas sobre el total de consultas, son controles de salud en niños y embarazadas. (Tabla 2)

De la totalidad de población que corresponde a la sumatoria de los barrios que conforman el área de cobertura del centro de salud N°4, el 50% es población que consta en el padrón de adscriptos al centro de salud (Tabla 3). Es decir que, de la población a cargo, el 50% ha consultado al menos una vez en dicho efector.

Cuidados de salud mental

**Tabla 4: Atenciones por salud mental. Centro de salud N°4 V de Fátima N°4. Rafaela.
1/07/2016 al 30/06/2017.**

Tipo atención	Número atenciones	Porcentaje
Atenciones salud mental (CIE10)	79	0,8%
Total atenciones (todos los servicios y motivos)	9428	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SiCAP). Fecha consulta: 14/112017

Los servicios profesionales que realizaron estas atenciones son: un pediatra, tres generalistas y un psicólogo.

Tabla 5: Atenciones por salud mental según servicio profesional. Centro de salud. N°4 V de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.

Tipo atención	Número atenciones	Porcentaje
Psicólogo	35	44%
Medicina general	25	32%
Pediatría	19	24%
Total	79	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SiCAP). Fecha consulta: 14/11/2017

Las 35 atenciones mencionadas anteriormente, realizadas por psicología, se nominalizaron a fin de consultar en SICAP atenciones realizadas por cada servicio profesional. De dicha instancia se obtuvieron un total de 29 pacientes atendidos.

Del total de atenciones generales (todos los servicios y motivos), el 0.8% corresponden a atenciones de salud mental con diagnósticos registrados según CIE10. (Tabla 4)

De la totalidad de consultas (79 consultas) con diagnóstico en salud mental (CIE10), 35 son realizadas por el servicio de psicología, 25 fueron registradas por el servicio de medicina general y 19 por el servicio de pediatría. (Tabla 5)

Es decir que, dos servicios por fuera del servicio de psicología, registran consultas de salud mental. Ello indica que, del 100% de consultas con diagnóstico de salud mental, el 56% fueron registradas por trabajadores de salud general (pediatría y medicina) y que el 44% fue registrado por un especialista de la salud mental.

Prácticas de salud mental

Tabla 6: Pacientes atendidos por servicio de psicología y otros profesionales de equipo de salud V. de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.

Tipo atención	Número de pacientes	Porcentaje
Pacientes solo de Psicología	7	24%
Pacientes con atención de más de 1 profesional y menos de 4 profesionales.	9	31%
Pacientes con atención de más de 4 profesionales.	13	45%
Total	29	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SiCAP). Fecha consulta 22/11/2017

Pacientes atendidos por más de 1 profesional y menos de 4 profesionales (médico, enfermera y psicólogo)

Pacientes atendidos por más de 4 profesionales (todo el equipo de salud)

Tabla 7: Cantidad de atenciones de psicología a pacientes con diagnóstico de salud mental. Centro de salud. V de Fátima N°4. Rafaela. 1/07/2016 al 30/06/2017.

Cantidad de atenciones recibidas	Número de pacientes	Porcentaje
1 atención de psicología	15	51%
2 atenciones desde Psicología	8	26%
3 o más atenciones desde psicología	6	23%
Total de pacientes	29	100%

Fuente: Sistema Atención Centros Salud (SiCAP). Fecha consulta: 22/11/2017

De las atenciones registradas por el servicio de salud mental, se realizó la tarea de nominalización. Dicho proceso arrojó como dato la cantidad de pacientes con diagnóstico de salud mental atendidos por psicología, siendo éstos 29 pacientes. De esta nómina total,

se consultó cantidad de pacientes que tenían (además de las atenciones de salud mental) atenciones de salud general.

De allí se obtuvo que 7 de 29 pacientes reciben solo atención del servicio de psicología, 9 pacientes reciben atenciones del servicio de psicología y de los servicios de medicina y/o enfermería y que 15 de 29 pacientes reciben atenciones de cuatro o más profesionales del equipo de salud incluyendo psicología. (Tabla 6)

De la totalidad de pacientes atendidos por el servicio de psicología se buscó, cantidad de consultas recibidas por paciente. De allí se obtuvo que de 29 pacientes, 15 pacientes realizaron una única consulta con el servicio de Psicología, 8 pacientes realizaron dos consultas con psicología y 6 pacientes, recibieron tres o más atenciones con el servicio de psicología. (Tabla 7)

Momento cualitativo: Entrevistas

Cuidados y prácticas según los trabajadores

El presente capítulo de investigación constituye un estudio descriptivo.

Para ello, se realizó una entrevista participativa con todos los trabajadores del equipo de salud, y se hicieron entrevistas individuales semiestructuradas con trabajadores de distintos servicios: medicina general, enfermería, administración y psicología. En cada encuentro participaron los miembros del equipo de salud que así lo decidieron ya que la invitación fue abierta y optativa.

En la realización de la entrevista grupal se hizo presente el equipo de salud en su totalidad, dado que el día y horario elegido coincidió, intencionalmente, con la reunión de planificación semanal.

A fin de ajustar la recolección de datos a los objetivos de trabajo propuestos en la presente tesis, se planificaron tres ejes que permitieron pensar en los modos en que, desde el primer nivel de atención, el equipo de salud V. de Fátima, bajo la estrategia de Atención Primaria de la Salud, cuida de su población a cargo.

Se utilizaron los ejes temáticos planteados en el Marco Metodológico, con la intencionalidad de identificar ideas y nociones que refieran al estudio de las subcategorías propuestas para el estudio de los cuidados en salud y salud mental, y la prácticas de los trabajadores del centro de salud N°4 V. de Fátima. Los informantes fueron: médica generalista 1 (Mg1), médica generalista 2 (Mg2), administrativa, odontólogo, enfermera 1, enfermera 2, psicóloga, médica residente de medicina general de segundo año (R2) y pediatra.

Eje 1: Ideas y nociones que tienen los trabajadores del equipo de salud N°4 V. de Fátima sobre cuidados generales de salud.

Al momento de trabajar en torno a este eje surgieron aspectos que dieron cuenta, no solo de que los entrevistados, conocen a la población que asiste al centro de salud sino, además, de los vínculos entre usuarios y equipo de salud.

En primer lugar, surgieron ideas respecto a qué entienden los trabajadores sobre cuidados de salud vinculadas a los motivos de consulta más frecuentes o, dicho los entrevistados, “*controles de salud frecuentes*” que se realizan en el centro de salud.

Los trabajadores relataron cuidados de salud que se sostienen para con dos grupos poblacionales que ellos llaman “*prioritarios*”, estos grupos son: niños y embarazadas. Definiéndolos como grupos de usuarios que requieren cuidados periódicos de salud.

Por otra parte, en referencia a estos grupos, hicieron alusión a los procesos de atención o “*pasos conocidos por todos*”, que darían cuenta de la presencia de cuidados en salud continuados en un periodo de tiempo. El proceso de atención mencionado abarcaría la recepción de la demanda, la programación de un turno, las consultas médicas y de enfermería y la articulación con otras especialidades.

Mg2: “(...) *Un cuidado de salud pueden ser recomendaciones o prácticas más técnicas como ser peso, talla, medición de presión arterial, o recomendaciones relacionados a hábitos y conductas. Los cuidados más frecuentes o más recurrentes son sobre el binomio madre- hijo. Controles de embarazo y controles de niños sanos*”

Enfermera 2: “*los turnos programados son para los niños en control sano y las embarazadas. Está todo armado, pasan a enfermería, pasan al odontólogo y pasan al médico y se van con el turno para el próximo mes*”.

En cuanto a las relaciones entre los trabajadores y los usuarios surge explícitamente la importancia de “*conocer a la gente*” para poder brindar cuidados en salud o, en palabra de trabajadores, “*para poder ayudarlos*”. Respecto de conocer a la población a cargo, los

trabajadores refieren tener información sobre los usuarios, más allá del motivo de consulta en salud explícito. Hacen mención a conocer cómo y dónde viven, qué necesidades tienen y cómo es el núcleo y vínculos familiares.

Aquí se puede identificar un correlato entre las posibilidades de brindar cuidados de salud y la importancia de conocer a la población referenciada al centro de salud.

Enfermera2: *“(...) ver dónde viven, qué necesidades tienen. Uno acá conoce a las familias. (...) y si conocés, sabés qué les pasa, podés ayudarlos”*

Administrativa: *“Cuidados de salud es todo lo que hacemos acá. Atender a la gente, los turnos, escucharla, saber quiénes son, qué les pasa. Eso es cuidados para mí”*

Por otro lado, surge una relación entre cuidados de salud y las demandas de los ciudadanos. Demanda entendida como cantidad de consultas que llegan diariamente, al centro de salud y que hay que “resolver”.

En los relatos se menciona que hay una demanda excesiva. Excesiva en cuanto a número de consultas en detrimento de la cantidad de profesionales disponibles para atenderlas. Este exceso es identificado como una dificultad al momento de cuidar. La demanda, según los trabajadores, siempre “es más de lo que se puede atender”.

Mg2: *“También con respecto a cuidados, hay cierta concepción general de todos, en colaborar en el cuidado y la resolución de lo que llega. Creo que estamos muy centrados en la demanda que llega”*

Mg2: *“Todos estamos medio con la cabeza de hacer mucho y rápido porque siempre hay más demanda de la que uno puede atender”.*

Enfermera2: *“(...) estamos más centrados en atender a la gente (...). La demanda te pasa por arriba, la gente te exige que atiendas y que atiendas”.*

Asimismo, surge como otro hallazgo, la relación entre demanda y necesidad. Necesidad definida como lo que los usuarios necesitan y que, en ocasiones, pareciera no coincidir con lo que demandan.

Los trabajadores mencionan la dificultad de vislumbrar las necesidades de los usuarios y vinculan esto con la imposibilidad de dar respuesta a las demandas. Una hipótesis que surge de los entrevistados es que las necesidades de la población no puede inferirse por falta de tiempo ya que, al tratarse de una demanda adjetivada como “excesiva”, se abocan a resolver consultas o evacuar la demanda rápidamente.

Entonces, los trabajadores, hacen foco en la cantidad de demanda, sin embargo, en los relatos, parecería que el nudo crítico pasa por la calidad en la atención; es decir, el tiempo que se le dedica a la demanda; a la construcción de vínculos entre usuarios y trabajadores.

Mg2: “A ver, no sé si lo que estoy mencionándote tiene que ver con la necesidad de la gente, creo que estoy definiendo la demanda. Lo explícito, lo que llega explícitamente al consultorio. Lo que llega muchas veces no condice con lo que la gente necesita. Eso se construye con el vínculo en la medida que vas conociendo a los pacientes. (...) cuando hay demanda por enfermedades crónicas lo que se ve como necesidad es trabajar la ansiedad o algún cuadro depresivo. Y en ese caso hay que tomar eso”.

Por otro lado, aparece una relación entre cuidados de salud y participación. Participación interna al equipo, entendida como la “toma de decisiones” cuando se piensan cuidados de salud para la población. Los trabajadores hacen alusión a que en el equipo de salud existen “niveles de toma de decisiones” y “niveles de implicancia en esas decisiones” todas éstas decisiones subsumidas al accionar de los trabajadores.

Mg2: “Yo creo que todos en el equipo de salud tomamos decisiones pero en distintos niveles de decisión. El Administrativa decide, por ejemplo, si hay que hacer evaluar a un paciente, nosotros decidimos si algo amerita interconsulta”

Psicóloga: *“de decisiones y de implicancia también, con el paciente puntual. Pero sí, las decisiones se toman desde acá, desde el equipo”*

Respecto de la participación de los usuarios en sus propios procesos de cuidados, los trabajadores plantean que habría una participación “mínima” de los ciudadanos en las decisiones sobre sus cuidados. Entendiéndose, en los relatos, que estas decisiones serían una posibilidad para los usuarios expliciten opiniones sobre su salud y sus cuidados.

En tercer lugar, algunos trabajadores identifican otro nivel de participación relacionado a la decisión de los usuarios de asistir a una consulta médica y elegir este centro de salud.

Mg1: *“¿vos te referías a si decidía el paciente sobre su cuidado o el equipo?”*

Entrevistador: *¿cómo lo estás pensando?*

Mg1: *“(…) creo que la mayor de las veces decidimos nosotros más que el paciente. Por ahí el paciente al decidir buscar la ayuda médica, en cierta medida está decidiendo cuidarse, pero también espera que uno le diga qué hacer”.*

Mg2: *La participación de la gente es mínima, hay eventos pero los decidimos desde el equipo de salud. (...) y ahí se habla de lo bueno que se viene haciendo desde el equipo o de lo que la gente “debería hacer” para cuidar su salud pero no desde las necesidades de la gente o de lo que no funciona.”*

Por otro lado, se identifica que, los trabajadores, piensan al proceso de salud-enfermedad-cuidado atravesado por determinantes sociales. Algunos aspectos que se mencionan como determinantes del proceso salud-enfermedad-cuidados, son de tipo sociales, económicos y vinculares.

Pediatra: *“Si bien se evalúa la enfermedad del niño y la parte de crecimiento y desarrollo, es importante, aparte, ver el ambiente familiar, si es un chico en riesgo o no, de acuerdo al ambiente familiar que tenga, si es necesario hacer alguna intervención por medio del agente comunitario o del servicio social o de la psicóloga”*

Odontólogo.: *“justamente hoy tuve un caso puntual de Graciela, ella bajó mucho de peso y yo le dije “qué te pasa”. Se hizo análisis y yo charlando me di cuenta que estaba mal, la escuché (...) claro, el problema que tuvo es que vivía con un sobrino que se lo mataron”. Mg2: “y el esposo es alcohólico y él se quedó sin trabajo, ella no tienen ingresos propios”*

Otro hallazgo en las entrevistas son los relatos que dan cuenta de la presencia de cuidados de salud que van más allá de la atención de la enfermedad. Así se mencionan cuidados que permiten desplegar algo de lo subjetivo, cuidados que incorporan prácticas de prevención. Cuidados pensados desde la oportunidad de mirar y escuchar al usuario.

Entonces, cuando el centro de las atenciones pareciera no ser sólo curar la enfermedad, los trabajadores mencionan que estarían cuidando de manera integral o general.

Enfermera2: *“La gente viene constantemente a tomarse la presión y te das cuenta que lo que necesitan es hablar. Por ejemplo, tenés quienes vienen literalmente todos los días, vienen y se sientan, y te vas dando cuenta que lo que necesitan es compartir con vos, quieren contarte cómo están, si tuvieron algún problema. Lo que quiero decir es que la presión termina siendo una excusa porque no se sienten bien o porque se sienten solos”.*

Mg1: *“por más que alguien venga al consultorio por una enfermedad, uno trata de incorporar algún cuidado en forma integral o general. Por ejemplo, si vino por un catarro de vías aéreas superior y le pregunto si fuman y me*

dicen que sí, puedo trabajar, promover o preguntar si pensó en dejar de fumar”

Enfermera2: “Por ejemplo para el día de la madre se trabajó el tema de controles anuales de las mujeres y prevención del cáncer de cuello. Para el día del niño también, se trabajó con los derechos de los niños e hicimos un trabajo con higiene personal y salud bucal. Ahí estamos cuidado más desde la integralidad (...)”

En divergencia al punto recientemente detallado, surgen, también, relatos que dan cuenta de cuidados centrados exclusivamente en la resolución de la demanda (demanda entendida como pedido de atención en la enfermedad) que en palabra de ellos es “*evacuar la demanda*”, obturándose así la posibilidad de pensar cuidados desde la salud.

Esto lo vinculan con la dificultad para pensar cuidados en la comunidad. Identifican como “*deseo*” el poder “*salir a la comunidad*” y sostener acciones como: llamadas telefónicas, búsquedas activas, visitas domiciliarias, planificación de talleres. Esta dificultad la atribuyen a la falta de tiempo por el caudal de demanda diaria. Una de las trabajadoras ubica a las acciones de “*salir a la comunidad*” como intervenciones que se sostiene cuando hay “*huequitos*” de tiempo.

R2: “Estamos todos siempre mechando entre lo que tenemos que sí o sí hacer por la cuestión de la demanda que hay que cumplirla, y todo lo que nos queda en los huequitos. Cuando tengo un huequito llamo, voy a buscar al domicilio, o me junto para armar el taller.”

Mg2: “Muchos trabajamos sobre la premisa de que siempre hay más trabajo que tiempo (...). Entonces uno termina solo evacuando consultas. Todos estamos medio con la cabeza de hacer mucho y rápido porque siempre hay más demanda de la que uno puede. (...)”

Por otro lado, mencionan ideas respecto de los cuidados de salud y la continuidad de los mismos. Surge que, los cuidados que sí tienen continuidad en la atención, son los realizados a embarazadas y niños. Esta continuidad se pone de manifiesto cuando los trabajadores hablan de las acciones de “*seguir o perseguir*” a los niños o embarazadas que no asistieron, por ejemplo, a su turno programado.

No obstante, y como déficit, los entrevistados, identifican dificultades para lograr la continuidad de cuidados ante otras situaciones de salud, por fuera de niños y embarazadas. Mencionan que una causal de la imposibilidad de seguimiento en los cuidados, tiene relación con el exceso de “*demanda que llega*”. Como punto significativo, hacen menciones que dejan ver la posibilidad de repensar los cuidados brindados a los usuarios. Relatan cuestionamientos hacia los cuidados focalizados en dar respuestas a las demandas en salud, y abren la posibilidad de cuidar a la población desde acciones que implique una continuidad en las intervenciones y propicien el seguimiento de los cuidados en cada usuario son sus singularidades.

Mg1: “*quiero volver a lo del seguimiento (...) por ejemplo embarazadas, niños, que los venimos siguiendo o persiguiendo, depende como uno lo quiera ver y creo que es una cuestión de querer cuidarla*”

Mg2: “*(...) Pero principalmente vemos madres y niños, como te decía al principio. Creo que tiene que ver más con el cuidado y seguimiento de niños y embarazadas, ellos vienen a controles todos los meses*”.

R2: “*Tenemos muchas dificultades, a veces no se llega a hacer todo lo que uno quisiera, o sea a cuidar como quisiéramos, porque estamos siempre entre la demanda y las cuestiones que uno quisiera hacer como por ejemplo ir a buscar, llamar, hacer el seguimiento. (...)*”.

Eje 2: Ideas y nociones que tienen los trabajadores del equipo de salud V. de Fátima sobre cuidados de salud mental.

En primer lugar, en relación a cuidados de salud mental, los trabajadores recuperan relatos vinculados a la demanda de la población respecto a cuidados en salud mental. Todos los profesionales identifican recibir, frecuentemente, consultas vinculadas a motivos de salud mental.

Odontólogo.: *“(…) El sillón odontológico es como el del psicólogo (risas) cuando se sientan te cuentan todos los problemas”*

Mg2: *“Situaciones de salud mental llegan todos los días (…)”*.

Enfermera1: *“En enfermería llega eso todo el tiempo. Gente depresiva, angustiada que viene por otra cosa”*.

Pediatra: *“en pediatría, todo el tiempo llegan chicos con trastornos de conducta, trastornos de aprendizaje o también han llegado casos de algún abuso por parte de algún familiar”*.

En función a cómo llega la demanda en salud mental, los entrevistados mencionan que, frecuentemente, los usuarios relatan afecciones orgánicas y que, desde el vínculo médico-usuario, se generan las condiciones para el despliegue de síntomas vinculados a sufrimientos psíquicos. Éstas condiciones tienen relación con el poder sostener encuentros periódicos con los usuarios, habilitar espacios de diálogos y demostrar presencia a través de la escucha.

Mg2: *“En mi caso, como médica generalista, es difícil que venga alguien y te diga, vengo por depresión. La gente viene porque no se siente bien, le duele algo, tienen presión y en la consulta o en sucesivas consultas surge algún tema de salud mental”*.

Enfermera1: *“En enfermería llega eso todo el tiempo. Gente depresiva, angustiada que viene por otra cosa, porque tiene presión, o glucemia alta y hablando te cuentan lo que les pasa”*.

En relación a la demanda identificada, los trabajadores realizan una clasificación según niveles de complejidad. De esta manera los entrevistados escinden la demanda en dos grupos. Por un lado mencionan los “casos leves”, “leves entre comillas” y “más frecuentes” que son las situaciones en donde el motivo de consulta se vincula a una afección orgánica y ésta afección provocaría sufrimiento mental (citan a paciente con diabetes que cursa dicha enfermedad atravesada por un cuadro de trastorno de ansiedad) o también se mencionan situaciones de sufrimiento mental que llevarían a dificultades a nivel orgánico (citan caso de paciente con crisis de angustia que afecta su presión arterial- presión emotiva).

Por otro lado se mencionan los “casos sociales”, “riesgo social”, “problemáticas sociales”, “casos más difíciles” o “complicados de resolver” que son las situaciones en donde, la problemática de salud mental, es atravesada por otros problemas sociales que complejizan los diagnósticos y las estrategias de intervenciones que los equipos construyen. En este último grupo se identifican, además, casos de psicosis, esquizofrenia y discapacidad.

Mg2: *“(…) Lo más frecuente es por ansiedad, angustia, depresión. Y esporádicamente llegan situaciones un poco más complicadas de resolver, con diagnóstico psiquiátrico o con una discapacidad (…). Pero lo más frecuente es lo más leve entre comillas, donde hay angustia con hipertensión o trastornos gastrointestinales, estomacales, contracturas, emocionales, dolores.*

Enfermera1: *“En enfermería llega eso todo el tiempo. Gente depresiva, angustiada que viene por otra cosa, porque tiene presión, o glucemia alta y hablando te cuentan lo que les pasa”*.

Mg1: *“Sí, tenemos mucho riesgo social. Casos como más difíciles. Siguiendo a una mamá muy jovencita, con un bebé chiquito que no sabe ni prepararle de comer, ni cambiarle el pañal, que está sola todo el día y no tiene a su mamá para que la ayude. Vive sola con el bebé y el papá de la joven. Tiene 14 años”*

Mg2: *“problemática de adicción. (...) es una problemática social que está en Rafaela y es difícil. Como cuando hay un problema de vivienda, o problemas de violencia, o cuando es un problema de adicciones”.*

Respecto de las situaciones de salud mental nominalizadas como “más complejas”, o “difíciles”, surge como discusión, la producción de cuidados en esos casos.

En las entrevistas se menciona que, los “casos sociales”, requieren de la articulación entre saberes al interior del equipo, y, también, la necesidad de recibir “asesoramiento” para saber “*qué hacer*”. Este asesoramiento lo solicitan en relación a la falta de claridad que identifican en función de las intervenciones que deberían proponerse. Por ejemplo: ¿cuándo convocar a actores por fuera del equipo? y ¿a quiénes convocar?, ¿cuándo y cómo hacer una denuncia a un estamento estatal?

Este pedido de asesoramiento para “saber qué hacer” se centra en la necesidad de resolver problemas de salud mental que llegan contruidos como tales. No aparecen, al interior del equipo, cuestionamientos o preguntas en torno a pensar intervenciones vinculadas a cuidados que prevengan o se anticipen algo de esas problemáticas.

Mg2: *“y... con respecto a lo social, acá tenemos, digamos, localmente, en el centro de salud una falta, en cuanto al asesoramiento sobre qué hacer con esos casos.(...)”.*

Por otro lado, y en función de la complejidad de las situaciones, se vislumbra la necesidad de interacción con actores, por fuera del sector salud. A mayor riesgo o a mayor complejidad, mayor es la necesidad de convocar otros actores a fin de diseñar

intervenciones colectivas y generar compromiso dado por la diversidad de aportes y perspectivas al momento de construir e interpretar un problema en salud.

Mg1: *“sí, tenemos mucho riesgo social. Casos como más difíciles. Siguiendo a una mamá muy jovencita, con un bebé chiquito que no sabe ni prepararle de comer, ni cambiarle el pañal, que está sola todo el día y no tiene a su mamá para que la ayude. Vive sola con el bebé y el papá, de la joven. Tiene 14 años. Ahí tuvimos que llamar a Niñez.”*

Mg2: *“En una problemática de adicción. Uno empieza a ver si es un chico, que debe aislarse, o no, del lugar que vive, si se puede vincular, o no, con una institución de rehabilitación (...).”*

En los relatos sobre las interacciones con otros actores, de a momentos, los trabajadores ponen en evidencia que estarían dejando de priorizar y hacer foco en sus tareas y responsabilidades específicas en materia de cuidados de salud, para centrarse en la tarea de controlar o monitorear lo que los otros actores *“deberían cumplir y no cumplen”*.

Enfermera2: *“El otro día había un caso de abuso para el cual la Secretaría de Niñez estaba buscando acompañante y nos respondían que no encontraban. Ahí eso es prioritario, hay que responder urgente y eso no pasa. A veces nos quedamos solos con esos casos”*.

En cuanto a la producción de cuidados en salud mental, se evidencia que, los cuidados de salud mental relacionados a afecciones orgánicas, son naturalmente integrados a las atenciones de salud general. Los profesionales identifican recibir situaciones donde la salud mental y la salud física tienen una relación aceptable y posible de abordar en las consultas diarias.

Enfermera2: *“También viene gente triste, con depresión, pero vienen por otras cosas y charlando te cuentan sus problemas y ahí te das cuenta que no*

están nada bien” “(...) vienen a tomarse la presión o con enfermedades crónicas. Vienen a curaciones de úlceras y los ves mal. Los ves angustiados, a veces es por la enfermedad misma pero también por otros dramas personales”

Esta integración entre cuidados de salud mental y cuidados de salud general, no es sin conflictos en los casos denominados “sociales” o “más complejos”. Aquí es donde se evidencia que “lo social” quedaría a cuenta de “*quienes están más predispuestos*” y de quienes tienen un saber disciplinar especializado para ello, de los relatos surge que, los saberes especialistas, en estos casos, serían, por ejemplo, los del trabajador social y psicólogo.

En relación a esta integración entre cuidados de salud y cuidados de salud mental, los entrevistados, también mencionan dificultades respecto del seguimiento o continuidad, en el tiempo, de los cuidados en salud mental.

Psicóloga: “creo que para mí sería más fácil pensar mi rol en interacción con otros trabajadores que trabajan “lo social”, por ejemplo, una trabajadora social, otro psicólogo. Es como que lo social es más nuestro, así lo ven desde el equipo. Cuesta que te acompañen y no quedar sola”.

Mg2: “Una de las mayores dificultades en el cuidado de personas con problemas de salud mental, que a mí parecer son las situaciones más complejas, es el seguimiento. Por ahí te acordás que alguien no vino, no se hizo la medicación y pasamos meses sin llamar (...)”

Eje 3: Práctica de cuidados en salud mental.

Los hallazgos en el presente eje se podrían subdividir en:

- Prácticas de asistencia como: escucha, prevención, atención, entrevistas conjuntas entre profesionales, derivación interna, es decir, a trabajadores de equipo de salud y derivación externa, esto es, interacción con un nivel de mayor complejidad (ejemplo: interconsulta a especialistas).
- Prácticas de promoción de la salud como: talleres, charlas temáticas, festejos en fechas destacadas.
- Prácticas de búsqueda activa de usuarios, como: llamado telefónico, visitas al domicilio.

Práctica de asistencia: Escucha

Al momento de conversar en torno al eje de las prácticas surgieron algunos lineamientos de acción compartidos por la totalidad de los entrevistados. Uno de ellos es la práctica de “*escuchar a los pacientes*” mencionando que escuchar permite “*que el otro se desahogue y que sepa que acá hay alguien que puede ayudarlo*” (Psicóloga). Los entrevistados consideran a la escucha como un “*modo de cuidar*”.

Asimismo, se menciona que la acción de “escuchar” es algo deseable y necesario de priorizar, pero, en lo real, difícil de lograr por “*falta de tiempo ante la demanda diaria*”

Administrativa: “*Cuidados de salud es todo lo que hacemos acá. Atender a la gente, los turnos, escucharla, saber quiénes son, qué les pasa*”.

Enfermera 2: “*Eso, el problema es la falta tiempo. Por ejemplo, suponte viene una mamá a vacunar a su bebé y está con una cara de que te quiere contar algo, y vos no la podés escuchar porque no hay tiempo para que ella se explye. Todo es rápido. (...) no tenemos tiempo para hablar porque*

abrís la puerta y ves la cantidad de gente que tenés y no te podés tomar el tiempo para hablar”.

Enfermera2: “Yo trato de hacer algún chiste y ahí, de a poco, les empezás a preguntar y ellos te empiezan contar. Se hace lo que se puede, yo trato de escucharlos, de preguntarles pero muchas veces tienen ganas de hablar y no tenés tiempo. Tenés la sala de espera llena, imagináte si te ponés a hablar uno por uno. Imposible.”

Mg2: “Bueno, es lo que hablamos antes, hay una lógica que traba pero a veces hay que tener un espacio y dedicarle quince minutos a la gente”.

Psicóloga: “Todos tenemos la escucha como modo de cuidar.”

Práctica de asistencia: Atención en consultorio o práctica individual o atención de la demanda.

Éstas fueron las prácticas más mencionadas por todos los trabajadores. Refieren que la atención individual y en consultorio es la práctica más demandada por los usuarios y, por ello, la que mayormente se sostiene desde el equipo.

Mg1: “se cuida desde la asistencia misma, pensar que eso es una forma de cuidar. (...)”.

Psicóloga: “Por ejemplo, los problemas más simples, por así decirlos, me los derivan los médicos y los abordo yo en consultorio”.

Psicóloga: “Es como que el equipo de alguna manera, trabaja acá adentro, en el consultorio (...). Bueno, eso, el problema es que termina siendo prioritario estar acá, lo que más se demanda es la atención en consultorio. Hay mucha demanda y hay que atenderla”.

Mg2: *“creo que muchos trabajamos sobre la premisa de que siempre hay más trabajo que tiempo (...).Entonces uno termina trabajando, solo evacuando consultas”*.

Prácticas de asistencia. Instancias de entrevistas conjuntas sostenidas por dos profesionales de diferentes disciplinas.

Solo dos trabajadores hacen mención a estas instancias de trabajo. No obstante no se menciona que aportaría ésta instancia de trabajo compartido, al momento de cuidar a los usuarios.

Psicóloga: *“(...) me estoy acordando de un caso de obesidad mórbida en un chico que tenemos, es la médica la que no lo ve y me lo manda. O si hay violencia familiar, todo eso lo ven los médicos, lo detectan ellos y si me lo piden los vemos juntas con un turno”*.

Prácticas de asistencia. Derivaciones dentro del equipo y derivaciones a otro nivel de complejidad del sistema de salud.

Respecto de las prácticas de derivaciones internas se las menciona como un modo de atender a la complejidad de los cuidados de salud desde la noción de salud integral. Esto se detalla en el caso de las usuarias embarazadas.

Odontólogo: *“(...) entonces lo importante es trabajar en equipo y saber digamos, derivarlo. Hacer una interconsulta con psicología, por ejemplo las embarazadas no solamente se les hace la parte clínica, sino también odontológica tratando de prevenir el parto prematuro, niños de bajo peso”*.

Mg1: *“yo en poco tiempo vi varios etilistas que vinieron a pedir ayuda. Un chico joven que ya te lo mandé, no sé si fue... (se dirige a la Psicóloga)”*

Prácticas de asistencia. Prácticas de prevención.

Dentro de este grupo de prácticas surgen la consejería, enseñar, dar información.

Enfermera1: *“Y. desde que llega el centro de salud, ya se los empieza a cuidar porque se les empieza a enseñar. Por ejemplo, si viene por una vacuna, o va al consultorio del médico o a odontología, ya se les empieza como a enseñar el cuidado del paciente en tal y tal cosa”.*

Enfermera2: *“Y nosotros como enfermeros tenemos que detenernos en las dos situaciones. Tenemos que tomarnos el tiempo para explicar y para hacer consejería(...).”*

Enfermera2 *“Es importante, en cuestiones de salud, que la gente pruebe y pueda autocuidarse, tenemos que ayudar y dar información para eso”.*

Prácticas de promoción de la salud. Instancias de talleres, charlas en escuelas y festejos en fechas destacadas.

Estas prácticas son mencionadas con menos frecuencia, y solo por los entrevistados involucrados activamente en la planificación y concreción de las actividades.

Mg1: *“y, los talleres son espacios de cuidado y promoción de la salud, y están funcionando bien. Uno es dulce unión y otro el taller de crianza”*

R2. *“El taller de crianza tiene que ver con que vimos dos o tres casos donde la maternidad era un poco conflictiva, chicas muy solas, y tenemos que acompañar estas realidades difíciles. A estas chicas hay que poder acompañar desde el sistema de salud, en el buen sentido. Digo, hay que apuntalar cuestiones básicas, generar un espacio de encuentro y de cuidado, hacemos promoción y prevención, digamos”.*

Mg2: “(...) hay eventos pero los decidimos desde el equipo de salud. Son festejos para fechas especiales como ser día de la madre, día de la mujer, día del niño (...)”

Prácticas de búsqueda activa de los usuarios. Llamado telefónico, visitas al domicilio.

Respecto de estas prácticas, son calificadas por el equipo como acciones “deseables de realizar” pero “poco frecuentes”. En los relatos se identifica la necesidad de aumentar las prácticas de búsqueda activa a fin de afianzar la continuidad en los cuidados de salud y salud mental, pero, al mismo tiempo, se relata la imposibilidad de avanzar con ello por falta de tiempo. A modo de ejemplo se cita el relato de un personal del equipo.

R2: “Estamos todos siempre mechando entre lo que tenemos que sí o sí hacer por la cuestión de la demanda que hay que cumplirla, y todo lo que nos queda en los huequitos. Cuando tengo un huequito llamo, voy a buscar al domicilio, o me junto para armar el taller.”

COMENTARIOS Y DISCUSIONES

La estrategia de APS, y la conformación de los equipos de salud, del primer nivel de atención, con profesionales y no profesionales, con diversas disciplinas y saberes, se constituyen en una herramienta fundamental para cuidar la salud.

En el proceso de conceptualización del cuidado en salud, se han identificado varias dimensiones tales como: el vínculo, equipo de salud, la participación, el afecto, la ética, como esenciales en el acto de cuidar.

De los datos obtenidos en las entrevistas, se puede explicitar que los trabajadores del equipo de salud identifican procesos de atención en donde se visibilizan cuidados de salud. Los entrevistados focalizan dos líneas de cuidados que ponderan como prioritarias: cuidados en el embarazo y cuidados en niños; mencionando que ambos procesos de atención requieren “*cuidados o controles periódicos de salud*”. En relación a la producción de cuidados, Merhy (2006) refiere que las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios.

Al momento de describir estos procesos de cuidados, tanto en la entrevista participativa como en las instancias individuales, los entrevistados logran mencionar ordenada y secuencialmente, acciones que dan cuenta de una organización interna de los recursos (tiempo, personal, insumos) para brindar cuidados de salud. Dicho proceso, contempla el acceso a turnos programados, atenciones multidisciplinarias e incluso acciones de búsqueda activa cuando, por ejemplo, un usuario no asiste a su control de salud.

Asimismo, los datos arrojados por SICAP, sobre consultas en un año de, todos los servicios y motivos de consulta, muestran que el treinta y seis por ciento de las consultas realizadas, sobre el total de consultas, corresponden a controles de salud en niños y embarazadas.

Los cuidados de salud, hacia estos grupos poblacionales, son integrales e integrados por las miradas de múltiples saberes disciplinares. En los controles de embarazo y niños se propician cuidados centrados en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Acorde a lo planteado por Róvere (2012), la estrategia de APS y la Salud Colectiva

plantean un cambio en el objeto de estudio, esto es, pasar de estudiar la enfermedad a procurar un cuidado de la salud centrado en la persona y su complejidad.

En cuanto a las relaciones, entre los trabajadores y los usuarios, se menciona la importancia de conocer a la población a fin de brindar cuidados de salud centrados en los usuarios. Según Ferrandini (2011), el encuentro entre los usuarios y el equipo de salud permite la construcción de nuevos vínculos o reforzamiento de los ya existentes. Menciona que este vínculo es vital al momento de pensar los cuidados .

Asimismo, Túlio y Merhy (2016) priorizan los momentos de encuentro entre usuarios y trabajadores, y expresan que es en esas instancias donde se produce acogimiento y responsabilidad compartida en torno al problema a abordar.

Al hablar de cuidados de salud, con los trabajadores surge como otro hallazgo, una tensión entre la demanda excesiva o cantidad de consultas que llegan al centro de salud, y la posibilidad/ dificultad de dar respuesta a esa demanda por falta de tiempo. Un planteo reflexivo que aparece en los relatos es la diferenciación entre la tarea de “*evacuar consultas ,o atender la demanda*” y “*cuidar como se debe*”. Este “cuidar como se debe” vinculado a la necesidad/dificultad de leer las necesidades de los usuarios. Los trabajadores, analizan este obstáculo haciendo foco en la cantidad de demanda, sin embargo, el nudo crítico pasaría por la calidad en la atención, es decir, el tiempo que se le dedica a la demanda, a la construcción de vínculos entre usuarios y trabajadores y a la organización de ésta demanda, esto es, cómo ingresa, de qué forma se programan los turnos, qué se prioriza, qué practicas permiten prever en salud y promover cuidados. Por otro lado se pueden escuchar relatos desde donde se vincula esta reflexión respecto del cuidar como se debe con cierta dificultad en organizar los recursos existentes para dar respuesta a la demanda de cuidados en salud.

En cuanto a la continuidad de los cuidados, el equipo menciona que el seguimiento solo se sostiene en los grupos de embarazadas y niños. Relatan intervenciones de seguimiento como, búsquedas activas, turnos programados, llamados telefónicos.

Respecto de la participación de los usuarios en sus procesos de cuidados, los trabajadores plantean que habría una participación “*mínima*” de los ciudadanos en las decisiones sobre sus cuidados. No obstante, algunos trabajadores identifican otro nivel de participación relacionado a la elección de los usuarios en realizar una consulta médica o aceptar recibir información sobre su salud. En función de esto Montero (1993) refiere cinco

niveles de participación: Información, Consulta, Decisión, Control y Gestión. Los trabajadores identifican en los usuarios los dos primeros niveles, el nivel de Información y el nivel de Consulta. Mencionan que, el nivel de Decisión, queda a cuenta de los trabajadores del equipo de salud ya que se reconocen ellos mismos dirigiendo los procesos de toma de decisiones en salud, en función de la expertis medica.

Frente a este hallazgo se hace relevante mencionar a Bang (2014) quien refiere que, la oferta de cuidados y los proyectos terapéuticos, deben ser pensados en articulación con los usuarios de salud, partiendo de que los ciudadanos tienen un saber sobre su salud y el derecho a decidir respecto de sus cuidados.

Por otro lado, desde las entrevistas pueden inferirse diferentes concepciones de salud. Mayoritariamente surgen relatos donde lo central es la atención de la enfermedad. Desde aquí se visibiliza una concepción de salud más bien biologicista ligada a los principios de la Biomedicina. No obstante, también surgen algunos relatos que dan cuenta de otro posicionamiento, centrado desde la salud. Y en este sentido aparecen cuidados que permiten desplegar algo de lo subjetivo, cuidados que incorporan prácticas de prevención de enfermedad y promoción de salud. Cuidados pensados desde la oportunidad de mirar y escuchar al usuario. Tal como menciona Merhy (2006), en el campo de la salud, el objetivo es la producción del cuidado y, éste, un medio para alcanzar la cura y la salud.

En cuanto a los cuidados en salud mental, la totalidad de trabajadores mencionan atender diariamente situaciones de salud mental. Todos los servicios dan cuenta de ello. Sin embargo, los datos obtenidos en SICAP, muestra que, de la totalidad de atenciones en salud, teniendo en cuenta todos los servicios y motivos, menos del uno por ciento corresponden a atenciones de salud mental.

Este bajo porcentaje permite algunas hipótesis. Por un lado, la existencia de un sub-registro entendiéndose que, muchas de las consultas que devienen en situaciones de padecimiento psíquico son, primariamente, consultas por afecciones orgánicas de salud. Ante esto podría estar ocurriendo que solo se registre el motivo primario y explícito de consulta (orgánico), quedando así invisibilizada y no registrada la consulta por salud mental. Por otro lado, se observa un desconocimiento, por parte de los profesionales, inclusive del profesional psicólogo, respecto de los códigos del CIE10 dispuestos para el

registro en salud mental, lo cual conlleva a que no se registre adecuadamente y/o no se utilicen los códigos, es decir, no se registra.

De la totalidad de atenciones por salud mental, la mitad de las atenciones son realizadas desde el servicio de psicología y la otra mitad corresponden a los servicios de pediatría y medicina general. Esto condice con las menciones en torno a que la demanda en salud mental llega, a todos los servicios y vinculada a afecciones orgánicas. Como por ejemplo, se mencionaron enfermedades crónicas vinculadas a cuadros depresivos o trastornos en el desarrollo ligados a problemas de conducta.

Los trabajadores clasifican la demanda en salud mental según niveles de complejidad. Siendo de complejidad más baja, las demandas en donde hay una afección orgánica que lleva a padecimientos subjetivos. La mayor complejidad está dada por diagnósticos en salud mental severos y situaciones atravesadas por otros determinantes sociales y económicos.

Esta diferenciación afecta la producción de cuidados para cada situación. En cuanto a, los cuidados de salud mental vinculados a afecciones orgánicas, se evidencia que son, naturalmente, integrados a las atenciones de salud general. En estos casos no hay cuestionamientos respecto de, por ejemplo, a quién le corresponde tomarlo, y se sugieren interconsultas con psicología cuando el profesional tratante lo considera necesario.

Por otro lado, en las situaciones de mayor complejidad, se mencionan algunas dificultades al momento de producir cuidados continuados e integrales. Surge, de algunos profesionales, la necesidad de generar espacios de trabajo interdisciplinarios e intersectoriales y mencionan que deberían recibir asesoramiento para tratar casos que ellos consideran de mayor complejidad en salud mental. Las líneas de acción que mencionan los entrevistados se vinculan con el proceso de atención, en salud mental, propuesto por los marcos legales analizados en el marco teórico. Es decir, pensar cuidados de salud mental fuera del ámbito de internación, desde la interdisciplina y la Intersectorialidad (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Sin embargo, en los relatos de casos complejos denominados “sociales” o con diagnósticos de salud mental severos, se evidencia que las intervenciones, quedan a cuenta, principalmente, del profesional psicólogo a quien se referencia como especializado en salud mental. Sotlkiner (2005), plantea que los problemas se presentan como demandas

complejas y no pueden leerse desde en un solo saber. Este hallazgo es coherente con los datos obtenidos desde SICAP ya que, de veintinueve pacientes atendidos por el servicio de salud mental, siete son vistos solo por el servicio de psicología, un número similar es visto, además, por uno o dos profesionales del equipo de salud y, la mitad restante, es atendida por casi la totalidad de los servicios disponibles.

Si bien la mitad de los usuarios atendidos por el servicio de salud mental, no son vistos por la totalidad de profesionales, hay una cantidad significativa que son abordados desde el equipo de salud. Por esto es que podría decirse que, los datos, constituyen un hallazgo positivo ya que se visibiliza la intención de generar un trabajo de equipo, que desdibuja algunos los límites entre la atención de salud y salud mental intentando no fragmentar cuidados.

En cuanto a las prácticas en salud mental, los hallazgos denotan un predominio de prácticas asistenciales focalizadas en la atención de la demanda. Como prácticas asistenciales que priman surgen: la escucha, acciones de prevención, atención, derivación interna y externa, y, con muy poca regularidad, entrevistas conjuntas entre profesionales.

Con menos frecuencia se hace mención a prácticas de promoción de la salud, tales como talleres, charlas y festejos en fechas destacadas. Por último, se mencionan algunas prácticas vinculadas a la búsqueda activa tales como llamado telefónico o visitas al domicilio, aclarándose que son acciones que se sostienen ante algún caso que, por su complejidad, requiere una intervención más allá de la atención en consultorio. Estas búsquedas activas son responsabilidad, casi exclusiva, de la agente territorial, la psicóloga y los médicos residentes. Esto denota que, en las prácticas de cuidados en salud mental brindadas por los trabajadores del centro de salud V. de Fátima, se prioriza la atención individual y de la enfermedad por sobre intervenciones comunitarias y/ o vinculadas a cuidados que prevengan enfermar y que promuevan salud en la comunidad. Stolkiner y Ardila Gómez (2012), al hablar de prácticas en salud, hacen referencia a un proceso que combina conocimientos y acciones en torno a la atención, la prevención de la enfermedad y la promoción de salud.

Asimismo, se identifica como una práctica dificultosa, realizar el seguimiento de usuarios a fin de propiciar continuidad de los mismos. Los datos extraídos desde SICAP

muestran que, de la totalidad de pacientes registrados por el servicio de psicología, más de la mitad no ha tenido continuidad en el proceso de atención, es decir, solo ha hecho una consulta. El porcentaje restante, ha realizado dos, tres o más consultas con este servicio.

A partir de los dichos de los trabajadores (entrevistados), se infiere un proceso reflexivo hacia el interior del equipo, centrado en la transformación de los procesos de atención. De ello también da cuenta el relato que hacen en torno a la diferencia entre demanda y necesidad de la población, y desde allí, la intención de pasar de: “*evacuar consultas y atender la demanda*” a prácticas de cuidado. En función a esto, Túlio y Merhy (2016) expresan que la dimensión cuidadora está en toda práctica de salud y apunta a producir una relación de comprensión del mundo subjetivo del usuario y el modo en que construye sus necesidades de salud.

El equipo de trabajadores del centro de salud tiene, como espacio a ponderar, las reuniones semanales con participación de todos los trabajadores que integran el equipo de salud. Es en este espacio, donde se pudo realizar la entrevista participativa y, allí se observó la interpelación de las propias prácticas de cuidados. Lo cual refuerza la necesidad de sostener ámbitos institucionales para la planificación y reflexión en los procesos de cuidados.

Todo lo expuesto anteriormente describe las ideas y nociones de los trabajadores, del centro de salud N°4 V. de Fátima, respecto de cuidados en salud, cuidados en salud mental y prácticas en salud mental, que fue el objetivo de la presente investigación. Sin embargo, se considera relevante incluir algunos puntos que surgieron del mismo proceso de investigación.

Uno de ellos podría ser pensar la gestión de las atenciones programadas en salud y salud mental, ya que no hay referencia a ello en los relatos, exceptuando los turnos programados en niños y embarazadas. El aumento de turnos programados permitiría dar una organicidad a las demandas en salud mejorando los procesos de acceso a salud, lo que es vital en términos de cuidados.

Otra línea a pensar es la necesidad de comenzar a trabajar por cuidados progresivos, interpelando los procesos de cuidados fragmentados y únicamente asistenciales. Ello permitiría la identificación de necesidades en cada usuario y permitiría dar continuidad a los cuidados según se requiera. Continuidad en términos de seguimiento de las gestiones

necesarias a fin de sostener los cuidados ej: acceso a turnos programados, medicaciones, interconsultas con especialistas.

Por otro lado, y recordando que, por años, las instituciones de salud se han formado para dar respuesta a la enfermedad y no para cuidar la salud, sería interesante pensar en capacitaciones en servicio con el equipos, a fin de construir propias categorías de análisis que les permitan planificar en salud, según las necesidades de la población y así, organizar los recursos disponibles en salud. Para ello se podría trabajar en la construcción de uno o dos indicadores de salud que permitan identificar y caracterizar la demanda en salud mental y visibilizar obstáculos de acceso a salud. A partir de allí poder pensar con el equipo, en torno a cuáles creen, son las herramientas que tienen, para cuidar la salud y qué organización de los recursos se están dando a fin de dar respuesta a las necesidades de cuidados de la población.

Finalmente y retomando la integración entre los cuidados de salud y salud mental es que, sería necesario, que el recurso humano formado en salud mental pueda aportar, desde su saber, herramientas a todo el equipo de salud, que permitan considerar la dimensión subjetiva en todas las prácticas de salud. La política de estado, de integrar psicólogos a los equipos del primer nivel de atención, acompaña esta perspectiva integral. Pensando desde esta misma línea, Stolkiner (2012), plantea que el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado.

Concluyendo, se podría decir que, conocer las nociones y prácticas de cuidados de salud y salud mental sostenidas por los trabajadores del centro de salud N°4 V. de Fátima, refuerza que, desde el primer nivel de atención se pueden crear vínculos de confianza con la comunidad a fin de conocer a los ciudadanos, identificar sus necesidades, y modos de producción de los procesos salud- enfermedad- cuidado en la población adscripta. Estos hallazgos permitirían pensar en posibles organizaciones de los recursos centradas en las necesidades de salud de la población. Esto sería posible consolidando una forma de atención programada y planificada, en la cual todo el equipo de salud sea proactivo y los usuarios, tengan un rol activo- informado e involucrado en sus propios cuidados.

Estos hallazgos servirían a la gestión local en la medida en que permitan reflexionar en la organización actual de los recursos disponibles para optimizar las respuestas en materia de cuidados en salud y salud mental. El primer paso podría darse tomando la

inquietud de los trabajadores en torno al exceso de demanda a fin de objetivarla, caracterizarla y analizarla y así pensar en una organización de la atención según las necesidades de la población y por líneas de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Waldow, V. R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *AQUICHAN. Universidad de la Sabana*.
- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Editores.
- Arias, F. (1999). *El proyecto de investigación. Guía para su elaboración*. Caracas: Oriol Ediciones.
- Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Tomo 3(242-245)*.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. (U. d. Aires, & C. N. (CONICET), Edits.) *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad, vol.13(no.2)*.
- Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Capital Federal: Topia.
- Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Czeresnia, D. y. (2006). *Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Diez Canseco, F., Ipince, A., & otros. (12 de 2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. (v. i. 1726-4634, Ed.) *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Rev. Perú. med. exp. salud publica vol.31(no.1)*.
- Elías, J. (2006). Sistema de la atención de la salud de la ciudad de Rafaela. *Tesis de grado de la maestría de economía de la salud*. Buenos Aires.
- Ferrandini, D., Juárez, D., & Tessio, M. (noviembre de 2011). *Curso en Salud Social y Comunitaria. Algunos problemas complejos de salud*. Buenos Aires: Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y Salud*. Buenos Aires: Catálogo.

- Foucault, M. (1985). *Saber y Verdad*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Franco, T., & Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción Subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, p. 9-20.
- INDEC. (2010). *INDEC*. Buenos Aires.
- INDEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Buenos Aires.
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. N° 2.
- Ley Nacional de Salud Mental, N. (Diciembre de 2010). Ley Nacional de Salud mental N° 26.657. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud .
- Ley Provincial de Salud Mental, N. (noviembre de 1991). Santa Fe, Santa Fe.
- Mayan, M. (2001). *Una Introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Obtenido de <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Merhy, E. (2006). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Brasil: Lugar.
- Merhy, E. (5 de noviembre de 2014). La Educación Permanente de salud en movimiento. Ministerio de Salud , D. (2014). *Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de salud mental*. Argentina: Ministerio de Salud Argentina.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2013). Recuperado el 2017, de Manual del Personal de Salud de Perfil Administrativo: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234844/1236024/>
- Ministerio de Salud, P. (s.f.). <https://www.santafe.gob.ar>.
- Montero, M. (1993). *Concientización, conversación y desideologización en el trabajo psicosocial*. Caracas: CESAP.
- Montero, M. (2012). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS. (1978). *ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de la Salud*. ALMA- ATA: OMS.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.
- OMS. (1990). *La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001). *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo: Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- OMS, & OPS. (1990). *"Declaración de Caracas" Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas: OPS.
- OPS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas*. Washington, D.C: OPS.
- Repetto, R. (s.f.). Refundar la Enfermería. Por una Enfermería en Salud Colectiva: Un viejo desafío en nuevos escenarios. *Salud y Sociedad*.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, v.36, n.94, p. 327-342.
- Salazar Villava, C. M. (2003). *Dispositivos: máquinas de visibilidad. Anuario de Investigación*. México: UAM- X, CSH.
- Sautu, R., & Otros. (2005). *Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.
- Seixas, C., Merhy, E., Baduy, R., & Slomp, J. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del sistema único de salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 113-123.
- Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*. Buenos Aires: Lugar.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*. Obtenido de <http://www.psi.uba.ar>.
- Stolkiner, A. (1987). Prácticas en Salud Mental. *Revista de investigación y Educación en Enfermería*, vol. VI(no. 1).
- Stolkiner, A. (1988). Prevención en salud mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema. *Ponencia presentada en el IV Congreso Metropolitano de psicología*. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista Actualidad Psicológica*(293).
- Stolkiner, A. (2003). *Teórico NO IV. "El concepto de salud de la OMS"*. Buenos Aires: <http://www.psi.uba.ar>. Recuperado el 29 de 05 de 2017, de <http://www.psi.uba.ar>

- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. Salud Mental y Mundialización*. Misiones.
- Stolkiner, A., & Solitario, R. (2006). *Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías*. Buenos Aires: Paidós.
- Tejada de Rivero, D. (2003). *Alma-Ata: 25 años después*.
- Túlio, F., & Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Lugar.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (04 de 2011). *SciELO Uruguay*. Recuperado el 24 de 03 de 2017
- Waldow, V. R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *AQUICHAN*. Universidad de la Sabana.

ANEXOS

Anexo 1

Códigos a utilizar propuestos por la Dirección Provincial para la Gestión en construcción con la Dirección Provincial de Salud Mental.

T 74.1: Abuso físico -síndrome de la esposa-o maltratada.

T 74.2: Abuso sexual.

T 74.3: Abuso psicológico.

T 74.8: Otros síndromes de maltrato

T 74.9: Síndrome de maltrato (no especificado) incluye efecto del abuso en el adulto o niño.

T 74.4: Violencia entre pares.

Consumos

Códigos F: trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas e intoxicación aguda (F 10 - F 19)

Códigos Z: Problemas relacionados con el uso de drogas

Z 72.1 Problemas relacionados por el uso del Alcohol.

Z 72.2 Problemas relacionados por el uso de Drogas.

Cuando lo que se evalúa son consumos esporádicos aunque sostenidos en el tiempo

Z 72.8 Otros problemas relacionados con el estilo de vida (Conducta dañina a sí mismo).

Problemas del desarrollo:

Z13.4: Examen de pesquisa especial para ciertos trastornos del desarrollo en el niño.

Problemas relacionados con embarazo no deseado:

Z 640: Problemas relacionados con embarazo no deseado

Violencia de género

Códigos T: (T 74.1- T74.9)

Y 05: Agresión sexual con fuerza corporal

Y 06.0: Negligencia y abandono por esposo o pareja

Y 07: Otros síndromes de maltrato. Incluye: crueldad mental, abuso físico, abuso sexual, tortura

Y 07.0: Síndromes de maltrato por esposo o pareja

Y 07.7: Trata

Otras situaciones de Maltrato (incluye maltrato y abuso infantil)

Z 61.6: Problemas relacionados con el abuso físico del niño

Abuso sexual infantil histórico.

Z 61.6: Problemas relacionados con el abuso físico del niño: problemas relacionados con incidentes en los que el niño ha sido lesionado en el pasado por el adulto en el hogar con gravedad significativa desde el punto de vista médico. Histórico.

Problemas relacionados con otros hechos negativos en la niñez (ligados al maltrato)

Z 61.7: Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia

Abuso sexual infantil.

T 74.2: Abuso sexual

Y 07.1: Síndrome de maltrato por padre o madre

Y 07.2: Síndrome de maltrato por conocido o amigo

Z 61.4: Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario

Z 61.5: Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario.

Maltrato infantil.

T 74.1: Abuso físico

T 74.3: Abuso psicológico

Y 07.1: Síndrome de maltrato por padre o madre

Y 07.2: Síndrome de maltrato por conocido o amigo

Y 06.1: Negligencia o abandono por padre o madre

Z61.6: Problemas relacionados con abuso físico del niño.

Z61.8: Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.

Maltrato institucional/estatal

T 74.1: Abuso físico

Y 07.3: Síndrome de maltrato por autoridades oficiales.

Otros problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.

Z61.0 Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia.

Z61.1 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia.

Z61.2 Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia.

Z61.3 Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia.

Violencia.

T 74.4 Violencia entre pares

X85-Y09 Homicidios y lesiones inflingidas x otras personas.

Suicidios

X60- X69: Lesiones autoinfligidas por envenenamientos

X70: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

X71 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.

X72 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.

X73 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.

X75 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo.

- X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas.
- X77 Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes.
- X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.
- X79 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo.
- X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.
- X81 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.
- X82 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor.
- X83 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados.
- X84 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados.

Analfabetismo y exclusión escolar

- Z55: problemas relacionados con la educación y la alfabetización.
- Z 550: problemas relacionados con el analfabetismo o bajo nivel de instrucción.
- Z 551: problemas relacionados con la educación no disponible o inaccesible (incluye exclusión escolar).
- Z 552: problemas relacionados con la falla en los exámenes.
- Z553: problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar.
- Z 554: problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros y compañeros.
- Z 558: otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización.
- Z 559: problema no especificado relacionado con la educación y la alfabetización.

Problemas relacionados con migración, interculturalidad

- Z 60.3 dificultades con la adaptación cultural (migración).
- Z 60.5 problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas.

Otras situaciones de discriminación

- Z 60.4 Exclusión y rechazo por características personales tales como apariencia física inusual, enfermedad o comportamiento.
- Z60.5 Persecución o discriminación, percibida o real, por pertenecer a un grupo definido (por el color de la piel, religión, origen étnico, etc.) más que por características personales.

Pérdida/ precariedad laboral

- Z 56: problemas relacionados con el empleo y el desempleo.
- Z 560: problemas relacionados con el desempleo, no especificados.
- Z 561: problemas relacionados con el cambio de empleo.
- Z 562: problemas relacionados con amenaza de pérdida del empleo.
- Z 563: problemas relacionados con horario estresante de trabajo.
- Z 566; otros problemas de tensión física o mental relacionadas con el trabajo.
- Z 57: exposición a factores de riesgo ocupacional.

Vivienda

- Z 590: problemas relacionados con la falta de vivienda.
- Z 591: problemas relacionados con vivienda inadecuada.
- Z 592: problemas caseros y con vecinos e inquilinos.

Z 593: problemas relacionados con persona que reside en una institución.

Exclusión Social

Z 595: problemas relacionados con pobreza extrema.

Z 597: problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar.

Trabajo Infantil

Z.61.8: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez (relato de historia personal).

Z 62.6: Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza.

Discapacidad

Z 73.6: Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad.

Z 74.1: Problemas relacionados con la necesidad de ayuda para el cuidado personal.

Z 74.2: Problemas relacionados con la necesidad de asistencia domiciliar y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar.

Z 74.3: Problemas relacionados con la necesidad de supervisión continúa.

Z 89: Ausencia adquirida de miembros

Z 90: Ausencia adquirida de órganos, no clasificada en otra parte

Z 91: Historia personal de factores de riesgo, no clasificados en otra parte.

Z87.7: Historia personal de malformaciones congénitas corregidas.

Ausencia/ insuficiencia de dispositivos sustitutivos

Z75.4: Problemas relacionados con otros servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles

Violencias institucionales

Z 61.1: problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia, ingreso a un hogar adoptivo o a un hospital u otra institución.

Z 65.4: Víctimas de inseguridad o violencia institucional

Y 07.3: Síndrome de maltrato por autoridades oficiales

Z 65.4: Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo

Intervenciones estatales vulnerabilizantes

Z 62.2: Problemas relacionados con la crianza en Institución

Z 76.6: Problemas del niño, adolescente o adulto en situación de calle

Z 65.6 Problemas relacionados con la documentación personal

Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

Z 65.0 Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión

Z65.1 Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento

Z 65.2 Problemas relacionados con la liberación de la prisión

Z 65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales

Z 65.4 Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo (redes narcotráfico)

Capítulo V

F00- F009: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno ideas delirantes.
F30 – Episodio maníaco.
F 31: Trastorno bipolar.
F 32: Episodios depresivos.
F 33: Episodios depresivo recurrente.
F 40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F 40: Trastorno de ansiedad fóbica.
F 41: Otros trastornos de ansiedad.
F 42: Trastorno obsesivo-compulsivo.
F 43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (VER).
F 43.2: Duelo.
F 44: Trastornos disociativos (de conversión).
F 45: Trastornos somatomorfos.
F 48: Otros trastornos neuróticos.
F 50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F 550: trastornos de la conducta alimentaria.
F 50.9: Anorexia nerviosa.
F 50.2: Bulimia.
F 51 Trastornos no orgánicos del sueño.
F 70-79: Retraso mental.
F 70: Retraso Mental leve.
F 80-89: Trastornos del desarrollo psicológico- VER
F 81: Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar - VER
F 82: Trastorno específico del desarrollo psicomotor
F 83 Trastorno específico del desarrollo mixto
F 84: Trastornos generalizados del desarrollo- VER
F 90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Capítulo XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte:

R40-R46 Síntomas de enfermedades que afectan al comportamiento y al conocimiento
R40 Somnolencia, estupor y coma.
R41- R41.8 Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia.
R42 Mareo y desvanecimiento.
R43 Trastornos del olfato y del gusto.
R44 – R44.8: Otros síntomas y signos que involucran las sensaciones y percepciones generales.
R45 Síntomas y signos que involucran el estado emocional.
R45.0 Nerviosismo.

- R45.1 Inquietud y agitación.
- R45.2 Infelicidad.
- R45.3 Desmoralización y apatía.
- R45.4 Irritabilidad y enojo.
- R45.5 Hostilidad.
- R45.6 Violencia física.
- R45.7 Tensión y estado de choque emocional, no especificado.
- R45.8 Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional.
- R46 Síntomas y signos que involucran la apariencia y el comportamiento.
- R46.0 Muy bajo nivel de higiene personal.
- R46.1 Apariencia personal extraña.
- R46.2 Conducta extraña e inexplicable.
- R46.3 Hiperactividad.
- R46.4 Lentitud y pobre respuesta.
- R46.5 Susplicacia y evasividad marcadas.
- R46.6 Preocupación indebida por sucesos que causan tensión.
- R46.7 Verboria y detalles circunstanciales que oscurecen la razón de la consulta o el contacto.
- R46.8 Otros síntomas y signos que involucran la apariencia y el comportamiento.

secuelas.

- B90-B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias.
- T90-T99 Complicaciones post-traumáticas no clasificadas en otra parte:
 - T90 Secuelas de traumatismos de la cabeza.
 - T90.0 Secuelas de traumatismo superficial de la cabeza.
 - T90.1 Secuelas de herida de la cabeza.
 - T90.2 Secuelas de fractura del cráneo y de huesos faciales.
 - T90.3 Secuelas de traumatismos de nervios craneales.
 - T90.4 Secuelas de traumatismo del ojo y de la órbita.
 - T90.5 Secuelas de traumatismo intracraneal.
 - T90.8 Secuelas de otros traumatismos especificados de la cabeza.
 - T90.9 Secuelas de traumatismo no especificado de la cabeza.
 - T91 Secuelas de traumatismos del cuello y del tronco.
 - T91.0 Secuelas de traumatismo superficial y de heridas del cuello y del tronco.
 - T91.1 Secuelas de fractura de la columna vertebral.
 - T91.2 Secuelas de otra fractura del tórax y de la pelvis.
 - T91.3 Secuelas de traumatismo de la médula espinal.
 - T91.4 Secuelas de traumatismo de órganos intratorácicos.
 - T91.5 Secuelas de traumatismo de órganos intraabdominales y pélvicos.
 - T91.8 Secuelas de otros traumatismos especificados del cuello y del tronco.

T91.9 Secuelas de traumatismo no especificado del cuello y del tronco.

T92 Secuelas de traumatismos de miembro superior.

T92.0 Secuelas de herida de miembro superior.

T92.1 Secuelas de fractura del brazo.

T92.2 Secuelas de fractura de la muñeca y de la mano.

T92.3 Secuelas de luxación, torcedura y esguince de miembro superior.

T92.4 Secuelas de traumatismo de nervio de miembro superior.

T92.5 Secuelas de traumatismo de tendón y músculo de miembro superior.

T92.6 Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticos de miembro superior.

T92.8 Secuelas de otros traumatismos especificados de miembro superior.

T92.9 Secuelas de traumatismo no especificado de miembro superior.

T93 Secuelas de traumatismos de miembro inferior.

T93.0 Secuelas de herida de miembro inferior.

T93.1 Secuelas de fractura del fémur.

T93.2 Secuelas de otras fracturas de miembro inferior.

T93.3 Secuelas de luxación, torcedura y esguince de miembro inferior.

T93.4 Secuelas de traumatismo de nervio de miembro inferior.

T93.5 Secuelas de traumatismo de tendón y músculo de miembro inferior.

T93.6 Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticos de miembro inferior.

T93.8 Secuelas de otros traumatismos especificados de miembro inferior.

T93.9 Secuelas de traumatismo no especificado de miembro inferior.

T94 Secuelas de traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y las no especificadas.

T94.0 Secuelas de traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo.

T94.1 Secuelas de traumatismos de regiones no especificadas del cuerpo.

T95.0 Secuelas de quemadura, corrosión y congelamiento de cabeza y cuello.

T95.1 Secuelas de quemadura, corrosión y congelamiento del tronco.

T95.2 Secuelas de quemadura, corrosión y congelamiento de miembro superior.

T95.3 Secuelas de quemadura, corrosión y congelamiento de miembro inferior.

T95.4 Secuelas de quemadura y corrosión clasificables sólo de acuerdo con la extensión de la superficie del cuerpo afectada.

T95.8 Secuelas de otras quemaduras, corrosiones y congelamientos especificados.

T95.9 Secuelas de quemadura, corrosión y congelamiento no especificados.

T98.0 Secuelas de efectos de cuerpos extraños que penetran en orificios naturales.

T98.1 Secuelas de otros efectos y los no especificados de causas externas.

T98.2 Secuelas de ciertas complicaciones precoces de los traumatismos.

T98.3 Secuelas de complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra

Anexo 2

Guía para entrevista participativa y entrevistas semiestructuradas a integrantes del equipo de salud del Centro de salud N°4 V. de Fátima de la Ciudad de Rafaela

- 1- ¿Cuánto hace que trabajás en el centro de salud?
- 2- ¿Qué ideas tenés respecto de cuidados de salud, o qué entendés por cuidados en salud?
- 3- ¿Cuáles creés que son los motivos de salud por los que la población viene al centro de salud?
- 4- ¿Cómo se abordan las situaciones que, a su criterio, requieren de cuidados en salud?
- 5- ¿Qué entendés por cuidados de salud mental?
- 6- ¿Cuáles creés que son los motivos de salud mental por los que la población viene al centro de salud?
- 7- ¿Cómo se abordan las situaciones que, a su criterio, requieren de cuidados en salud mental?
- 8- ¿Podrías identificar un caso donde el equipo ha cuidado de la salud y salud mental de un usuario o población?
- 9- ¿Quiénes están involucrados en esos cuidado?
- 10- ¿Cuáles son las dificultades que identificás al momento de cuidar a la población?
- 11- ¿Se articula con otros saberes en el centro de salud?
- 12- ¿Y con actores fuera del sector salud?

Anexo 3

Transcripción de frases de los entrevistados en función de tres ejes sobre los cuales se estructuraron las entrevistas.

- **Nociones/ ideas que tienen los trabajadores del equipo de salud V. de Fátima sobre cuidados de salud**

Entrevista participativa:

Mg2: “Desde el grupo de trabajo hay cierto compromiso con la consulta que llega. Desde el admisionista”.

Mg2: “También con respecto a cuidados, hay cierta concepción general de todos, en colaborar en el cuidado y la resolución de lo que llega. Creo que estamos muy centrados en la demanda que llega”

Pediatra: “Si bien se evalúa la enfermedad del niño y la parte de crecimiento y desarrollo, es importante aparte ver el ambiente familiar, si es un chico en riesgo o no, de acuerdo al ambiente familiar que tenga, si es necesario hacer alguna intervención por medio del agente comunitario o del servicio social o de la psicóloga”

Mg2: “Muchos trabajamos sobre la premisa de que siempre hay más trabajo que tiempo (...) Entonces uno termina solo evacuando consultas. Todos estamos medio con la cabeza de hacer mucho y rápido porque siempre hay más demanda de la que uno puede atender. En este círculo se hace lo que se puede con respecto al cuidado y a la prevención y creo que es mucho. También creo que se puede hacer más”.

Mg1: “quiero volver a lo del seguimiento (...). No es que queda el caso aislado, que lo cuidamos en el consultorio, una vez y ya. Sino que, sobre todo en los casos que vimos que eran de riesgo, por ejemplo, embarazadas, niños, los venimos siguiendo o persiguiendo, depende como uno lo quiera ver, y creo que es una cuestión de querer cuidarlas”

R2: “Tenemos muchas dificultades, a veces no se llega hacer todo lo que uno quisiera, o sea, a cuidar como quisiéramos, porque estamos siempre entre la demanda y las cuestiones que uno quisiera hacer, como por ejemplo, ir a buscar, llamar, hacer el seguimiento. Estamos todos siempre mechando entre lo que tenemos que sí o sí hacer por la cuestión de

la demanda, que hay que cumplirla, y todo lo que nos queda en los huequitos. Cuando tengo un huequito llamo, voy a buscar al domicilio, o me junto para armar el taller”.

Mg2: “Algo que quiero agregar en esto de los cuidados en salud es que noto una diferencia, un abismo, entre lo escrito y la práctica. Incluso siempre estamos con la premisa o con el miedo de saber que estamos muy lejos de cumplir lo escrito”.

Lo escrito como lo que debe ser, lo instituido. Las leyes, los protocolos. Hay un deber ser donde se supone que en el primer nivel hay que resolver todo lo que se puede resolver y que nos debemos hacer cargo de todas las problemáticas que vienen, pero es imposible, en la práctica real es imposible. Viste que la teoría habla de la resolutiveidad del primer nivel, eso es fantástico escrito pero en lo concreto no llegamos. El hacerse cargo de una población demanda una responsabilidad enorme y uno, desde los recursos que tiene, los disponemos y usamos como podemos. No sé si es un tema de organización o de insuficiencia de recursos humanos. Seguramente se puede más pero necesitamos capacitación continua, por ejemplo, más horas profesionales también”.

Mg2: “Cuando digo lo de capacitación, es que debe ser continua y en todas las áreas, desde la gestión, pilares básicos de salud pública, hasta prácticas de inmunizaciones. Con vacunas nos mareamos, hay muchos cambios. Yo le consulto siempre a enfermería porque cambia todo el tiempo”.

Mg2: “Yo creo que todos en el equipo de salud tomamos decisiones pero en distintos niveles de decisión. El Administrativa decide, por ejemplo, si hay que hacer evaluar a un paciente, nosotros decidimos si algo amerita interconsulta”

Psicóloga: “de decisión y de implicancia también, con el paciente puntual. Pero sí, las dediciones se toman desde acá, desde el equipo”

Mg1: “¿te referís al paciente o al equipo?”

Mg2: “hay distintos niveles de decisión pero nos involucramos todos. Por ejemplo, la enfermera puede interrogar al paciente y notar que tomó pastillas.

Mg1: “¿vos te referías a si decidía el paciente sobre su cuidado o el equipo?”

Entrevistador: ¿cómo lo estás pensando?

Mg1: “(...) creo que la mayor de las veces decidimos nosotros más que el paciente. Por ahí el paciente, al decidir buscar la ayuda médica, en cierta medida está decidiendo cuidarse, pero también espera que uno le diga qué hacer”.

Mg2: “Bueno, es lo que hablamos antes, hay una lógica que traba pero hay que hacerse el espacio y dedicarle quince minutos a la gente”.

Odontólogo: “justamente hoy tuve un caso puntual de Graciela, ella bajó mucho de peso y yo le dije “qué te pasa”. Se hizo análisis y yo charlando me di cuenta que estaba mal, la escuché.”

Mg2: “empezó a perder pelo, uñas, vivía a verdurita”.

Odontólogo: “claro, el problema que tuvo es que vivía con un sobrino que se lo mataron”

Mg2: “y el esposo es alcohólico y él se quedó sin trabajo, ella no tienen ingresos propios.”

Entrevista individual: Enfermera Enf2.

Enfermera2: “Para mí es gente más exigente que la población de la mañana. Vienen y no quieren esperar, vienen muchos a vacunar por la tarde, y quieren que los atiendas como si tuviesen exclusividad”

Enfermera2: “La gente viene constantemente a tomarse la presión y te das cuenta que lo que necesitan es hablar. Por ejemplo, tenés quienes vienen literalmente todos los días, vienen y se sientan, y te vas dando cuenta que lo que necesitan es compartir con vos, quieren contarte cómo están, si tuvieron algún problema. Lo que quiero decir es que la presión termina siendo una excusa porque no se sienten bien o porque se sienten solos”

Enfermera2: “Por otro lado, sí, hay mucha atención de mamás y niños. Por ejemplo, a la tarde vienen madres adolescentes que no se levantaban a la mañana y prefieren traer a sus hijos a la tarde. Es una cuestión de comodidad”.

Enfermera2: “Hacemos los controles de peso y talla que son mensuales y son una buena excusa para ver cómo está el niño en cuanto a su estado de salud general, es decir, la higiene, si tiene las vacunas, hablar con la mamá, ver dónde viven, qué necesidades tiene. Uno acá conoce a las familias. También aprovechamos a ver cómo está la mamá, por ejemplo, con la antitetánica, si se colocó las vacunas, preguntamos por el amamantamiento, entregamos la leche. Bueno, aprovechamos la consulta, tratamos de preguntar cómo vienen con el tema de la lactancia, y tratamos de apuntalar con consejería especialmente en el tema de la anticoncepción. Cómo se empezaron a cuidar, con qué. Después de eso ya pasa con la doctora.

Enfermera2: “Y acá es cuando decimos que hay dos tipos de población, esto en relación a lo que me preguntaste antes de la gente. Por un lado, tenés las mujeres, chicas casi siempre,

que esperan que vos les digas, que les explique todo, por ejemplo, “cómo tomar la temperatura del bebé”. Son chicas que no preguntan, pareciera que nada les preocupa. Y, por otro lado, están quienes te consultan por todo. No sé, les colocás una vacuna y te preguntan qué le va a pasar al bebé, si va a tener fiebre, quieren que expliques todo.

Enfermera2: “Eso, que estamos más centrados en atender a la gente y siempre queda poco tiempo para la promoción. La demanda te pasa por arriba, la gente te exige que atiendas y que atiendas”

Entrevista Individual. Mg2:

Mg2: “Cuidados en salud son todas las prácticas relacionadas a mantener, lo más pleno posible, el estado de salud de las personas, indistintamente del ciclo vital en el que se encuentren. Un cuidado de salud pueden ser recomendaciones o prácticas más técnicas, como ser, peso, talla, medición de presión arterial, o recomendaciones relacionados a hábitos y conductas”.

Mg2: “Los cuidados más frecuentes o más recurrentes son sobre el binomio madre- hijo. Controles de embarazo y controles de niños sanos”.

Mg2: “De hecho, la única búsqueda activa que tenemos desde el centro de salud es por vacunas, en niños. Bueno, exceptuando búsquedas activas por casos sociales, en lo que mayoritariamente están involucrados niños o embarazadas que no vienen a los controles”

Mg2: “La gente vienen principalmente a controles de salud, niños sanos, embarazadas, pacientes crónicos. Pero, principalmente, vemos madres y niños, como te decía al principio. Creo que tiene que ver más con el cuidado y seguimiento de niños y embarazadas. Ellos vienen a controles todos los meses”.

Entrevista Individual con Administrativa.

Administrativa: “Cuidados de salud es todo lo que hacemos acá. Atender a la gente, los turnos, escucharla, saber quiénes son, qué les pasa. Eso es cuidados para mí.

Administrativa: “Ahora están viniendo por certificados para piletas por ejemplo y ya van a empezar los certificados para las escuelas. Eso viene mucho”.

Administrativa: “También vienen por gripes o dolores de cuerpo, vaginosis, es decir, molestias ginecológicas y en estos meses las alergias, la gente viene porque se brota muchas veces”

Administrativa: “Hay casos sociales, algunos nos mandan de la Delegación de Niñez, no sé, me acuerdo de un caso de unos chicos. Son chicos que no están viniendo a control y demás entonces la agente comunitaria los visita y les lleva un turno. También hay embarazadas que no vienen al control y ahí se la va a buscar, va la agente comunitaria, le lleva el nuevo turno. Si no responde al turno se la vuelve a llamar o se trata de crear redes con algún vecino que nos ayude, alguien de confianza”.

- **Nociones/ ideas que tienen los trabajadores del equipo de salud N°4 V. de Fátima sobre cuidados de salud mental**

Entrevista Participativa

Mg2: “sí, tenemos mucho riesgo social. Casos como más difíciles. Siguiendo a una mamá muy jovencita, con un bebé chiquito que no sabe ni prepararle de comer, ni cambiarle el pañal, que está sola todo el día y no tiene a su mamá para que la ayude. Vive sola con el bebé y el papá de la joven. Tiene 14 años. Ahí tuvimos que llamar a Niñez.”.

Mg2: “Igual, en la forma de trabajo de estas instituciones sigue sosteniendo que el referente del caso debe ser el centro de salud. O sea, ellos pueden aportar o colaborar pero... nosotros somos los referentes”.

Mg2: “O sea, si uno recibiría el apoyo de otros actores no veo mal que el centro de salud sea el referente, el tema es que a veces el apoyo no llega o es insuficiente y uno queda solo”.

Mg2: “y... con respecto a lo social, acá tenemos, digamos, localmente, en el centro de salud una falta, en cuanto al asesoramiento sobre qué hacer con esos casos. Después, a nivel ciudad, hay muchas instituciones que pueden aportan en lo social pero todo muy compartimentado, desintegrado y poco coordinado y reconocido”.

Mg2: “En una problemática de adicción. Uno empieza a ver si es un chico, que debe aislarse, o no, del lugar que vive, si se puede vincular, o no, con una institución de rehabilitación, ver con qué recurso se va a financiar ese lugar, ya que recursos públicos a veces no hay, y gestionarlo lleva un periodo largo. Y en el medio, el chico vulnerable obviamente. Y uno puede hacer una intervención puntal, a ver, media hora, una o dos veces

a la semana, pero el chico está vulnerable 24 hs al día y con cierta incertidumbre de qué se le puede ofrecer. Esta es una problemática social que está en Rafaela y es difícil.

Como cuando hay un problema de vivienda, o problemas de violencia, o cuando es un problema de adicciones.

Odontólogo: “y sí, uno tiene que tratar de contenerlo cuando vienen a la consulta”

El sillón odontológico es como el del psicólogo (risas), cuando se sientan te cuentan todos los problemas, entonces lo importante es trabajar en equipo y saber, digamos, derivarlo. Hacer una interconsulta con psicología, por ejemplo, las embarazadas no solamente se les hace la parte clínica, sino también odontológica, tratando de prevenir el parto prematuro, niños de bajo peso”.

Mg2: “Situaciones de salud mental llegan todos los días. Lo más frecuente es por ansiedad, angustia, depresión. Y, esporádicamente, llegan situaciones un poco más complicadas de resolver, con diagnóstico psiquiátrico o con una discapacidad, ahí ya uno tiene que interactuar con otros para abordarlo, para el diagnóstico y para el tratamiento. Pero lo más frecuente es lo más leve entre comillas, donde hay angustia con hipertensión o trastornos gastrointestinales, estomacales, contracturas, emocionales, dolores”.

Enfermera1: “En enfermería llega eso todo el tiempo. Gente depresiva, angustiada que viene por otra cosa, porque tiene presión, o glucemia alta y hablando te cuentan lo que les pasa”.

Odontólogo: “bruxismo, vienen por bruxismo y están con muchos otros problemas que después te cuentan, económicos, de ansiedad”.

Pediatra: “en pediatría, todo el tiempo, llegan chicos con trastornos de conducta, trastornos de aprendizaje o también han llegado casos de algún abuso por parte de algún familiar”.

Enfermera1: “nosotros, en la parte de enfermería, por ejemplo, es mucho lo que cuentan, ellos te van contando, se van abriendo y si pasa algo en el núcleo familiar, le hablamos al médico o al psicólogo según a quien corresponde”.

Psicóloga: “lo que veo mucho es crisis por ataques de pánico, tanto en adolescentes como en adultos y mayores. Vienen con sintomatología de afecciones en la piel, síntomas de que transpiran mucho”.

Odontólogo: “hay mucho stress en la gente, yo lo veo, el setenta por ciento de los pacientes que atiendo están todos con la cúspide de los dientes barridas, bruzan, aprietan los dientes. Placa de relajación a todo el mundo”.

Mg1: “yo, en poco tiempo, vi varios etilistas que vinieron a pedir ayuda. Un chico joven que ya te lo mandé, no sé si fue (se dirige a la psicóloga). Después, otro señor mayor que por ahí vienen por el tema de la atención por discapacidad y, en realidad, vienen por otro motivo, pero se termina trabajando el alcohol y una mujer. Los tres en dos meses, que es mucho en poco tiempo. La gente viene pero no piden directamente ayuda por consumo, sino que salta cuando uno lo pregunta”.

Psicóloga: “al pánico lo veo cuando tocamos, por ejemplo, el tema laboral, que no hay trabajo, o cómo está la economía, falta de vivienda. No está la voluntad de salir a buscar trabajo, se quedan sin ideas, sin creatividad. En la consulta se trabaja individualmente con los recursos que cuentan, en lo particular. Por ejemplo, yo pregunto qué es para ellos el trabajo. Ahí tratamos de que vean que la situación económica hoy es difícil a nivel país y les atraviesa también a ellos. No se los puede excluir del contexto”.

Psicóloga: “Todas las demás, últimamente, vienen por estrés, como dice el Odontólogo, y esto del alcoholismo tiene que ver, bah, no sé si tendrá que ver con eso puntualmente, pero tiene que ver con la falta de trabajo, problemas económicos, estos dos son factores que afectan a la familia y la destruyen mucho”.

Entrevista Individual Enfermera2:

Enfermera2: “Vemos gente adicta. Adicciones al alcohol, algunos vienen porque se tomaron todo el fin de semana, se cayeron y vienen con una inflamación de rodilla o con una herida. Cuando vienen a curaciones vamos charlando hasta que algunos te cuentan, me tomé esto, me fumé aquello”.

Enfermera2: “La gente no te va a decir soy adicto, es raro eso. Yo trato de hacer algún chiste y ahí, de a poco les empezás a preguntar y ellos te empiezan contar”

Enfermera2: “También viene gente triste, con depresión, pero vienen por otras cosas y charlando te cuentan sus problemas y ahí te das cuenta que no están nada bien”

Enfermera2: “(...) vienen a tomarse la presión o con enfermedades crónicas. Vienen a curaciones de úlceras y los ves mal. Los ves angustiados a veces es por la enfermedad misma pero también por otros dramas personales”

Enfermera2: “(...) nuestro mayor descuido son los adolescentes. Lo único que vemos y seguimos es el embarazo adolescente pero después nada más. Consumos, por ejemplo, sabemos quiénes consumen, dónde viven pero no hacemos mucho. No sabemos qué hacer con los adolescentes. Cuando vienen con temas como el consumo, los escuchamos, les preguntamos pero no estamos muy capacitados para trabajar con eso”.

Enfermera2: “Cuando voy a las reuniones de equipos a veces se trabajan los casos más complicados como los de abuso. El otro día había un caso de abuso para el cual la Secretaría de Niñez estaba buscando acompañante y nos respondían que no encontraban. Ahí eso es prioritario, hay que responder urgente y eso no pasa. A veces nos quedamos solos con esos casos”

Entrevista individual Mg2.

Mg2: “Es el abordaje integral en la consulta de un padecimiento o sufrimiento, explícito o no, por el paciente o algún acompañante. Son situaciones de la esfera mental pero que limitan el desarrollo o el bienestar de una persona. Digo esto de explícito o no porque muchas veces vienen por un dolor en el pecho y hacemos los controles de salud, concluyendo en que la situación tiene que ver con angustia o estrés. Digo esto para darte un ejemplo”.

Mg2: “En mi caso, como médica generalista, es difícil que venga alguien y te diga, vengo por depresión. La gente viene porque no se siente bien, le duele algo, tienen presión y en la consulta o en sucesivas consultas surge algún tema de salud mental. Tengo muy pocos pacientes de salud mental. Recuerdo una esquizofrenia (...)”.

Mg2: “A ver, no sé si lo que estoy mencionándote tiene que ver con la necesidad de la gente, creo que estoy definiendo la demanda. Lo explícito, lo que llega explícitamente al consultorio. Lo que llega muchas veces no condice con lo que la gente necesita. Eso se construye con el vínculo en la medida que vas conociendo a los pacientes. Por ejemplo, pueden llegar trastornos del desarrollo infantil, trastornos de aprendizaje, pero muchas veces eso llega como demanda de la escuela a salud y el niño no necesita una intervención de salud, quizá necesita una maestra integradora. También, cuando hay demanda por enfermedades crónicas, lo que se ve como necesidad es trabajar la ansiedad o algún cuadro depresivo. Y en ese caso hay que tomar eso”.

Mg2: “El abordaje lo debe hacer el referente, o sea, quien tiene el contacto con el paciente o la problemática (Administrativa, médico, enfermera, etc.), y de ahí referirlo al resto del equipo multidisciplinario, si la situación así lo permite. (...)”

Mg2: “Tenemos mucha dificultad con el tiempo, a la tarde no llegamos, es mucha la demanda y hacerse un espacio para charlar casos complejos es poco posible. Tratamos de usar las reuniones de equipo”.

Mg2: “Una de las mayores dificultades en el cuidado de personas con problemas de salud mental, que a mi parecer son las situaciones más complejas, es el seguimiento. Por ahí, te acordás que alguien no vino, no se hizo la medicación y pasamos meses sin llamar. O por ejemplo, al ser casos tan complejos tenés que estar detrás, si fue a hacerse el certificado de discapacidad, tenés que estar atrás de que no pierda los turnos (...). Son casos que necesitan más acompañamiento y eso nos cuesta sostenerlo. Muchas veces los perdemos y hasta que no vuelven no sabemos nada. (...) Yo trato de seguirlos, de llamarlos, de darles turnos programados pero así y todo cuesta sostenerlos”

Entrevista Individual Psicóloga.

Psicóloga: “Los cuidados de salud y salud mental son integrales, integrados a la salud integral digamos, dentro de los cuidados en salud, están los cuidados de salud mental. No es que cuidamos solo la salud psíquica sino que cuidamos toda la salud”.

Psicóloga: “Mirá, antes venían por adicciones, eso era lo más común. Ahora no tanto. Llegan por ataque de pánico muchos y ataques de angustia. Creo que tiene relación a cuestiones más sociales como: falta de trabajo o pérdida de trabajo, falta de vivienda, crisis económica”.

Psicóloga: “Creo que no es un problema individual, lo veo como un tema social, más de la población como algo común”

Psicóloga: “(...) Creo que mi rol es este, principalmente, ver pacientes que me derivan y también acompañar los talleres, las charlas en escuelas, visitas en las casas. Pero siempre es mayor la atención acá, la demanda es mucha”.

Psicóloga: “Pensando en esto, creo que para mí sería más fácil pensar mi rol en interacción con otros trabajadores que trabajan “lo social”, por ejemplo una trabajadora social, otro psicólogo. Es como que lo social es más nuestro, así lo ven desde el equipo. Cuesta que te acompañen y no quedar sola. Claro que hay casos en los que el equipo se suma y

acompaña, la residencia con mayor fuerza, pero también la pediatra, el odontólogo, alguna médica cuando son situaciones en las que no solo hay un tema de salud, o sí, pero el eje está en que hay otros factores que confluyen para que la salud esté dañada. Falta de trabajo, falta de familia que acompañe, no escolaridad. Son esos casos en donde hay componentes que complejizan la situación y nuestra lectura como profesionales de la salud debe tomar “el todo”, entender la totalidad de lo que pasa”.

Entrevista Individual Administrativa.

Administrativa: “¿Los que son de la psicóloga, me decís?, y vienen de todo. Muchos intentos de suicidio, o problemas de aprendizaje, de conducta, eso es lo que más le llega”.

Administrativa: “La psicóloga tiene mucha demanda y está desbordada. No llega, es mucho lo que viene y nunca hay turno. La gente viene y no tiene turnos hasta después de un mes”.

Administrativa: “Dificultades es la falta de seguimiento. Hay casos sociales, algunos nos mandan de la Delegación de Niñez, no sé, me acuerdo de un caso de unos chicos. Son chicos que no están viniendo a control y demás entonces la agente comunitaria los visita y les lleva un turno”.

- Prácticas de cuidado en salud mental.

Entrevista Participativa

Entrevistador: En relación a cuidados en salud, ¿cómo creen que el centro de salud cuida de la población que se acerca?

Mg1: “y, desde la asistencia misma, pensar que eso es una forma de cuidar. Por más que vengan por una enfermedad en el consultorio, uno trata siempre de incorporar algún cuidado del paciente en forma integral o general”.

Entrevistador: ¿Cómo definirían integral?

Mg1: “por ejemplo, si vino por un catarro de vías aéreas superior y le pregunto si fuman y me dicen que sí, puedo trabajar, promover o preguntar si pensó en dejar de fumar, o si veo que tiene sobrepeso también trabajo ese tema. Desde el consultorio digamos, desde la asistencia”.

Enfermera1: “Y... desde que llega el centro de salud, ya se los empieza a cuidar porque se les empieza a enseñar. Por ejemplo, si viene por una vacuna, o va al consultorio del médico o a odontología, ya se les empieza como a enseñar el cuidado del paciente en tal y tal cosa”.

Mg2: “cuidar es desde la asistencia y dentro de la planificación de los turnos, es como que tienen mayor accesibilidad determinadas áreas que consideramos de mayor riesgo, como es: niños, embarazadas, tienen un turno programado”

Mg2: “Desde el grupo de trabajo hay cierto compromiso con la consulta que llega. Desde el admisionista, que trata de evaluar si es una consulta que amerita una resolución del momento o no (...) O a veces trabajamos en lo comunitario, cuando hay algún emergente particular de un caso social o alguna situación social o cuando un organismo requiere de nuestra intervención”.

Mg2: “Por ejemplo, una acción en lo comunitario la tiene enfermería cuando hace una búsqueda muy intensiva de vacunas. Por otro lado, también se buscan a los chicos en riesgo cuando no acuden a control también. Ahí va a la casa la agente comunitaria”.

Enfermera1: “si un chico bajo peso no viene se lo llama por teléfono, se va al domicilio y se lo busca porque no vino. Se le vuelve a dar un turno y si llega espontáneamente se lo pesa, se lo talla, el médico lo atiende, se lo vacuna, se le otorga la leche”.

Pediatra: “Eso que Silvia dice es desde el punto de vista pediátrico, o sea, lo que se evalúa es la enfermedad del niño y la parte de crecimiento y desarrollo, pero esto es una oportunidad, ya que en la consulta podemos ver el ambiente familiar, si es un chico en riesgo, o no de acuerdo al ambiente familiar que tenga, si es necesario hacer alguna intervención por medio del agente comunitario o del servicio social o de la psicóloga de acuerdo a la situación, digamos, que tenga en ese momento. Después, de acuerdo a si se evalúa el desarrollo, o si hay enfermedades que, bueno, a través de la medicación, del tratamiento que se le indica y el seguimiento del paciente”

Mg2: “creo que muchos trabajamos sobre la premisa de que siempre hay más trabajo que tiempo y las posibilidades físicas que uno tiene. Entonces, a veces uno ya está en esa rueda de que van a venir más de lo que puedo atender y todo tiene que tener cierta lógica de trabajo. Entonces uno termina trabajando solo evacuando consultas”.

Psicóloga: “Por ejemplo, una embarazada no controlada, o un embarazo no deseado es un riesgo y hay que ver cómo continúa ese embarazo, si lo continúa o no, y apoyar y contener en esa decisión”.

Psicóloga: “uno lo detecta pero compartimos los casos entre todos”.

Mg2: “Hay que detectar e interactuar y ver quién se puede hacer cargo de esa situación”.

Odontólogo: “y si uno tiene que tratar de contenerlo cuando vienen a la consulta. El sillón odontológico es como el del psicólogo (risas), cuando se sientan te cuentan todos los problemas, entonces lo importante es trabajar en equipo y saber, digamos, derivarlo. Hacer una interconsulta con psicología, por ejemplo, las embarazadas no solamente se les hace la parte clínica, sino también odontológica, tratando de prevenir el parto prematuro, niños de bajo peso”.

Psicóloga: “Somos un foco de detección de estas cosas. Todos, desde las chicas (señalando a las administrativas), el personal de servicios generales, todas somos esto. Todos tenemos la escucha como modo de cuidar. Todos estamos en distintos lugares pero compartimos acá en la reunión de equipo para después ver cómo abordar, ver acciones, qué hacer”.

Administrativa: “Y eso lo vamos manejando con los turnos también. Tratamos de priorizar”.

Enfermera1: “los turnos programados son los niños en control sano y las embarazadas. Está todo armado, pasan a enfermería, pasan al odontólogo y pasan al médico y se van con el turno para el próximo mes”.

Administrativa: “puede ser que llegue alguna embarazada que está con trabajo de parto o algún sangrado y, en ese momento, no tenemos médico. Bueno, ahí no esperamos a que llegue el médico, la direccionamos directamente a maternidad, que ahí la ven en el momento y un especialista”.

R2: “Me parece que eso estaría bueno para tomarlo como algo especial. Son parte de equipo de salud (refiriéndose a las administrativas) y me parece que hay que capacitar a todo el equipo de salud para que sepa cuestiones básicas de rcp, por ejemplo. Porque a cualquiera le puede pasar. Son cosas que pasan porque la urgencia puede caer primero en un centro de salud antes que en el hospital. Eso cuida al personal para no exponerlo a situaciones más difíciles de lo que ya son, me parece que está bueno capacitar”.

Administrativa: “por ejemplo, cuando pasa algo así, vamos con el paciente a enfermería y estamos todos. Yo voy llamando a donde enfermería me dice y es en conjunto, no lo agarra solo enfermería. Todos colaboramos”.

Enfermera2: “nosotros, en la parte de enfermería, por ejemplo, es mucho lo que cuentan, ellos te van contando, se van abriendo y si pasa algo en el núcleo familiar, le hablamos al médico o al psicólogo según a quien corresponde”.

Psicóloga: “generalmente las demandas las obtienen, las perciben los médicos. A mí vienen ya con una demanda puntual, por ejemplo, un ataque de pánico o una derivación de psiquiatría del hospital, o demandas de educación por trastornos de conducta. O me estoy acordando de un caso de obesidad mórbida en un chico que tenemos, es la médica la que no lo ve y me lo manda. O si hay violencia familiar todo eso lo ven los médicos, lo detectan ellos y si me lo piden, los vemos juntas con un turno”.

Agente comunitaria: “siempre, cuando tenemos que hacer una visita, yo voy, casi siempre me lo piden los médicos. Ellas me dicen y yo voy, nunca tuve problema y siempre se responde”.

Psicóloga: “lo que veo mucho es crisis por ataques de pánico, tanto en adolescentes como en adultos y mayores. Vienen con sintomatología de afecciones en la piel, síntomas de que transpiran mucho”.

Odontólogo: “hay mucho stress en la gente, yo lo veo, el setenta por ciento de los pacientes que atiendo, están todos con la cúspide de los dientes barridas, bruzan, aprietan los dientes. Placa de relajación a todo el mundo”.

Mg1: “yo en poco tiempo, vi varios etilistas que vinieron a pedir ayuda. Un chico joven que ya te lo mandé, no sé si fue (se dirige a la Psicóloga). Después, otro señor mayor que por ahí vienen por el tema de la atención por discapacidad y en realidad vienen por otro motivo, pero se termina trabajando el alcohol y una mujer. Los tres en dos meses, que es mucho en poco tiempo. La gente viene pero no piden directamente ayuda por consumo, sino que salta cuando uno lo pregunta”.

Psicóloga: “al pánico lo veo cuando tocamos, por ejemplo, el tema laboral, que no hay trabajo, o cómo está la economía, falta de vivienda. No está la voluntad de salir a buscar trabajo, se quedan sin ideas, sin creatividad. En la consulta se trabaja individualmente con los recursos que cuentan, en lo particular. Por ejemplo yo pregunto qué es para ellos el

trabajo. Ahí tratamos de que vean que la situación económica hoy es difícil a nivel país y les atraviesa también a ellos. No se los puede excluir del contexto”.

Psicóloga: “Todas las demás, últimamente, vienen por estrés, como dice el Odontólogo, y esto del alcoholismo tiene que ver, bah, no sé si tendrá que ver con eso puntualmente, pero tiene que ver con la falta de trabajo, problemas económicos, estos dos son factores que afectan a la familia y la destruyen mucho”.

Mg2: “Yo creo que todos en el equipo de salud tomamos decisiones pero en distintos niveles de decisión”.

Psicóloga: “de decisión y de implicancia también, con el paciente puntual. Pero sí, las decisiones se toman desde acá, desde el equipo”

Entrevistador: ¿cómo lo estás pensando?

Mg1: “creo (piensa, transcurren unos segundos) no, creo que la mayor de las veces decidimos nosotros más que el paciente. Por ahí, el paciente, al decidir buscar la ayuda, en cierta medida está decidiendo cuidarse, pero también espera que uno le diga qué hacer”.

Entrevistador: ¿en qué momentos ves o sobre qué temas ves que el equipo decide “más que el paciente”, como planteás?

Mg1: “No sé en realidad, pero lo veo así, desde el momento en el que el paciente se sienta en el consultorio, espera que, en cierta medida, vos le digas para dónde tiene que ir. Bueno, cada uno hará lo suyo en su lugar pero creo que todos más o menos tratamos de concordar con el paciente. O sea, si yo sé que el paciente no quiere ir a psicología, bueno, tampoco es que lo voy a obligar a ir a psicología, pero siempre lo que uno hace es proponerle, dice: “a mí me parece que esta situación yo no la puedo trabajar sola, que hay profesionales formados en esto y estamos trabajando en estos momentos una psicóloga, ¿qué te parece a vos de hacer una consulta?”.

Psicóloga: “Bueno, lo que venimos hablando, adicciones, abuso, violencia, embarazo adolescente. No sabés qué hacer, uno solo no puede”.

Pediatra: “(interrumpe) Volviendo a lo que decían antes es eso, vemos entre todos qué hacemos con el caso”.

Mg2: “A mí me pasa que, cuando yo derivo, es porque noto que ya no tengo espacio, que es como si existiera algo refractario. Yo identifiqué el problema, pero es como si hay una pantalla de frente, y por más que insista, no la voy a poder pasar, y a veces no es algo tan

grave pero vos notás que no podés pasar esa barrera, y cuando no te dan lugar, tratás de buscar otra vía, por ejemplo, una consulta con Psicóloga o nutricionista, o quien sea”.

Odontólogo: “justamente hoy tuve un caso puntual de Graciela, ella bajó mucho de peso y yo le dije “qué te pasa”. Se hizo análisis y yo charlando me di cuenta que estaba mal, la escuché”.

Odontólogo: “bueno, y ahí le dije que haga una consulta con la Psicóloga, ella está más capacitada para profundizar el tema. Igual, yo estoy atento, la tenemos que seguir”.

Psicóloga: “Vos ves que pasa mucho y hay que seguir estas cosas, por lo menos, los primeros tiempos. Vos ves que estos pacientes te sostienen las consultas un tiempo y después dejan, pero ves que, en el tiempo que vienen, se dan cuenta, y van modificando situaciones de su vida. Otros vienen un mes y hacemos una articulación con la escuela, con psiquiatría, por ejemplo y, después, todo se disuelve, entonces yo me cuestiono y digo "ay, no hice el seguimiento de esto, pienso, no lo llamé o por ahí me llama la psiquiatra del hospital y me dice el paciente no vino al turno, y entonces yo lo llamo y no me atiende y ya está, eso me lo cuestiono. No tengo tiempo para seguirlos, me tendría que poner otro día y decir "este día voy a visitar a todos los que no están viniendo"

Mg2: “y, los talleres son espacios de cuidado y promoción de la salud, y están funcionando bien. Uno es dulce unión y otro el taller de crianza”.

Odontólogo: “y talleres en las escuelas”.

R2. “El taller de crianza tiene que ver con que vimos dos o tres casos donde la maternidad era un poco conflictiva, chicas muy solas, y tenemos que acompañar estas realidades difíciles. A estas chicas hay que poder acompañar desde el sistema de salud, en el buen sentido. Digo, hay que apuntalar cuestiones básicas, generar un espacio de encuentro y de cuidado, hacemos promoción y prevención, digamos”.

R2: “Tenemos muchas dificultades, a veces no se llega hacer todo lo que uno quisiera porque estamos siempre entre la demanda y las cuestiones que uno quisiera hacer, como por ejemplo, ir a buscar, llamar, hacer el seguimiento. Estamos todos siempre mechando entre lo que tenemos que sí o sí hacer por la cuestión de la demanda que hay que cumplirla, y todo lo que nos queda en los huequitos. Cuando tengo un huequito llamo, voy a buscar al domicilio, o me junto para armar el taller. Me parece que eso es, el factor tiempo”.

Enfermera 2: “Eso, el problema es la falta tiempo. Por ejemplo, suponte viene una mamá a vacunar a su bebé y está con una cara de que te quiere contar algo, y vos no la podés escuchar porque no hay tiempo para que ella se explye. Todo es rápido. Ponele, un control sano: pesarlo, medirlo, vacunarlo... no tenemos tiempo para hablar porque abris la puerta y ves la cantidad de gente que tenés y no te podés tomar el tiempo para hablar”.

Mg2: “Bueno, es lo que hablamos antes, hay una lógica que trava pero a veces hay que tener un espacio y dedicarle quince minutos a la gente”.

Mg2: “Sí, lo escrito como lo que debe ser, lo instituido. Las leyes, los protocolos. Hay un deber ser donde se supone que en el primer nivel hay que resolver todo lo que se puede resolver y que nos debemos hacer cargo de todas las problemáticas que vienen, pero es imposible, en la práctica real es imposible. Viste que la teoría habla de la resolutividad del primer nivel, eso es fantástico escrito pero en lo concreto no llegamos. El hacerse cargo de una población demanda una responsabilidad enorme y uno, desde los recursos que tiene, los disponemos, usamos como podemos. No sé si es un tema de organización o de insuficiencia de recursos humanos. Seguramente se puede más pero necesitamos capacitación continua, por ejemplo, más horas profesionales también. Cuando digo lo de capacitación, es que desde ser continua y en todas las áreas, desde la gestión, pilares básicos de salud pública, hasta prácticas de inmunizaciones. Con vacunas nos mareamos, hay muchos cambios. Yo le consulto siempre a enfermería porque cambia todo el tiempo”

Enfermería 2: “en cuanto a vacunas, siempre hay cosas nuevas y estamos aprendiendo todo el tiempo, tenemos que ir siempre a un superior a que nos explique”.

Psicóloga: “Me surge esto (interrumpe) de la situación que la pediatra me esperaba el otro día para contármela, una situación de violencia familia. Donde, más o menos, sabemos los engranajes para actuar, le dijimos que vayan a la subsecretaria y qué sé yo, nosotros no sabemos bien, o no está aceitado esto de la denuncia, si es familiar o no, dónde tiene que ir la gente. Tendríamos que saber cómo acudimos a la denuncia. Por ejemplo, lo detecta la escuela y llama acá, pero la escuela tiene que llamar a un equipo superior que es el socioeducativo. Necesitamos mirarnos la cara cuando hay situaciones así y conocernos, y ver que esto sea más aceitado para que fluya”.

Administrativa: “tenemos que tener pasos a seguir, como un organigrama, porque la vez pasada, nos cuenta una abuela de que su nietito no estaba siendo bien cuidado y yo no sabía qué decirles”.

Entrevista Individual Mg2

Entrevistador: Recién mencionaste esto de un referente y la función de referirlo a un equipo multidisciplinario...

Mg2: “Claro, quien recibe la situación es quien debería evaluar que está pasando y, según lo crea necesario, efectivizar alguna derivación. En lo personal, si identifico la necesidad de una interconsulta se lo digo a la secretaria y ella le da un turno. Con odontología o ginecología no es problema, digo, cuando son temas de salud, pero cuando es de salud mental siempre hay demora. A veces son 20 o 30 días, así que, si es urgente, la secretaria le dice al paciente que venga un día que esté la psicóloga y hable con ella directamente”.

Mg2: “Entre nosotros al interior del equipo, hay poco espacio de diálogo. Hablamos entre nosotros sí son situaciones que desbordan al profesional tratante. Por ejemplo, cuando me llega una situación social difícil de contener, primero veo si puedo sola con eso. Si noto que el paciente, por ejemplo, no adhiere, o lo veo que desmejora, por ejemplo, no puede hacerse cargo de sus hijos, bueno, ahí llamo a la psicóloga y le pido un turno comentándole la situación. No coincidimos mucho con la psicóloga, donde intento verla es en las reuniones de equipo, ella viene dos mañanas y una tarde, yo estoy solo de tarde”.

Mg2: “Tenemos mucha dificultad con el tiempo, a la tarde no llegamos, es mucha la demanda y hacerse un espacio para charlar casos complejos es poco posible. Tratamos de usar las reuniones de equipo”.

Mg2: “Pero eso, creo que el mayor problema nuestro es la falta de seguimiento y también la falta de comunicación interna que es por falta de tiempo. Parece un círculo poco virtuoso”

Entrevistador: ¿Se te ocurren algunas propuestas para contrarrestar estas dificultades?

Mg2: “Mejorar la comunicación y el compromiso, la verdad que no da para estarle atrás a otros colegas para que intervengan, para que llamen y continúen los procesos de atención”.

Mg2: “Por eso, en más de una oportunidad, hago el seguimiento sola. Pero creo que es falta de organicidad interna, nos falta bastante para pensar los problemas de salud como responsabilidad de equipo”.

Entrevistador: Pensando en el tema del seguimiento y la continuidad de los cuidados, ¿articulan con otros actores institucionales o no?

Mg2: “Articulamos sí, pero siempre quedamos muy cortos con las intervenciones”.

Mg2: “Muchas veces los actores con los que nos sentamos, como nos pasa a nosotros también, están limitados en sus posibilidades de acciones. Nos pasa con educación, ellos pueden trabajar adentro de la escuela y nada más. O la Subsecretaría de Niñez, intervienen cuando la cosa ya está muy avanzada porque, antes, sin evidencia, pueden hacer poco. Lo mismo con la policía en situaciones de violencia, para intervenir te piden evidencia”.

Mg2: “Las escuelas nos derivan bastante, nosotros vamos a trabajar temas de promoción de salud y ellos nos derivan algunos casos. También hemos trabajado con bomberos, bueno, están acá al lado, nos han ayudado en tiempo de brotes de dengue. Tenemos buena relación con otros actores pero la relación no es fluida ni sostenida. Siempre es por algún caso y a veces se generan acuerdos que no se cumplen tampoco”.

Entrevistador: ¿Cuál creés que es el rol del usuario en todo este proceso de atención?

Mg2: “Mirá, no hay espacios formales de participación de la gente, están los talleres pero son espacios que, si bien logran aglutinar personas y se va generando un vínculo entre ellos y los profesionales de salud, no permiten una real participación.

La participación de la gente es mínima, hay eventos pero los decidimos desde el equipo de salud. Son festejos para fechas especiales, como ser día de la madre, día de la mujer, día del niño y ahí se habla de lo bueno que se viene haciendo desde el equipo o de lo que la gente “debería hacer” para cuidar su salud, pero no desde las necesidades de la gente o de lo que no funciona. La gente, en general, está acostumbrada a eso, viene a tomar lo que se le da. Y me refiero a tomar lo que se le da en un sentido amplio, sea tomar un tuno, un regalito, una invitación, y se cuestiona poco”.

Entrevista individual Psicóloga

Psicóloga: “Contener es crear límites, un espacio, para que el otro se sienta protegido, como un recipiente que contiene. Si alguien se cae hay otro que está presente, en este caso el equipo de salud. Contener es escuchar, dejar que el otro se desahogue, que sepa que acá hay alguien que puede ayudarlo. Que hay amigos, vecinos, una pareja, uno mismo y también el centro de salud”.

Entrevistador: ¿Cómo esto se pone en práctica en los procesos de atención, en los cuidados a la población?

Psicóloga: “Bueno, depende qué problemáticas. Por ejemplo, los problemas más simples, por así decirlo, me los derivan los médicos y los abordo yo en consultorio. Lo que más pasa es eso, que las médicas y la pediatra me derivan. Me avisan: “tengo un caso”, me cuentan de qué se trata y les doy un turno o, a veces, por ejemplo, la pediatra me pide que veamos juntos a unos papás que tienen problemas con el nene. Esto de entrevistas juntas ha pasado en un abuso o con problemas de conducta”.

Psicóloga: “El “con quién” es relativo. Las más predispuestas son las residentes, ellas vienen con muchas ganas, se están formando, entonces, ahí tratamos de reunirnos y tomar casos juntas”.

Psicóloga: “En la reunión de quipo podemos trabajar casos también, ahí los comentamos y vemos juntos cómo abordarlos. Igual, me tengo que organizar. Debería tener varios cuadernos. Ahora vengo pensando en otras cosas últimamente. Quizá para tantos casos que llegan, este último mes como diez, sería bueno armar un espacio de taller donde se enseñe respiración, a manejar la ansiedad. Son tantos que es difícil verlos a todos. Algo de terapia alternativa que tenga relación con la relajación, yo desde mi marco teórico gestáltico, trabajo con esas herramientas”.

Entrevistador: ¿Podés identificar algún caso concreto en donde puedas contar respecto de cuidados en salud / salud mental?

Psicóloga: “A ver, dejame pensar. Me viene a la cabeza situaciones de embarazo adolescente. Son temas que estamos trabajando en el taller de crianza. Vienen mamás muy chicas, por ejemplo, 14 años, que están solas. No tienen a su mamá o la tienen lejos. Tratamos de ayudarlas a que puedan reconocerse en el rol, las escuchamos, vemos qué necesitan y las acompañamos, las contenemos desde el centro de salud”.

Psicóloga: “También hacemos cosas en lo comunitario, a mí me gusta mucho andar en la calle. Ir y venir. Antes mucho más pero ahora solo me ocupo de la demanda, de la atención. Creo que es lo que más se necesita y el equipo deriva mucho, así que tengo todo repleto de turnos”.

Entrevistador: ¿Podés ampliar esto último que planteás sobre lo comunitario?

Psicóloga: “Es como que el equipo, de alguna manera, trabaja acá adentro, en el consultorio, por ahí salen más las residentes y vamos juntas. Se sale con quienes son más predispuestos. El otro día, en una situación de un adolescente, me llevó y acompañó el odontólogo. Re bien él, fuimos juntos, era un varón, entonces, estuvo bueno ir con una figura masculina.

A mí me encanta salir, me anoté, por ejemplo, para el trabajo de dengue, o de lo que sea. Deberíamos ir más a las escuelas, a hacer visitas”

Psicóloga: “Bueno, eso, el problema es que termina siendo prioritario estar acá, lo que más se demanda es la atención en consultorio. Hay mucha demanda y hay que atenderla. Para salir hay que tener el tiempo y es lo que falta, tiempo. Y tengo solo 12hs, he pedido ampliación horaria pero creo que no es posible aún, creo que se inició la gestión para eso”.

Entrevistador: ¿Y cómo organizás esas 12hs?

Psicóloga: “Bueno, es poco el tiempo así que lo que es atención lo hago a través de turnos programados. Mis turnos los doy yo y los días que no vengo le dejo el cuaderno a la secretaria, yo reparto mis horas en tres días a la semana. La realidad es que yo voy organizando cada turno según mi disponibilidad y la urgencia”.

Entrevistado: ¿Cómo se articula con otros niveles dentro del sector salud?

Psicóloga: “Bueno, mi articulación con el hospital es por psiquiatría. Tenemos muy buena relación con psiquiatría, nos contactamos por whats app o les mando un papelito con el paciente, una derivación, para que vaya al psiquiatra. Por ahí, la psiquiatra me escribe y me pregunta ¿fulano de tal es tu paciente?, y ahí hablamos por whats app sobre algo puntual. Igual, estuve viendo en mi casa que estoy muy desorganizada. Debería tener un cuaderno con todos los pacientes psiquiátricos que toman medicación y seguirlos, seguir si fueron al psiquiatra, si están tomando la medicación. Eso no lo hago. O deberíamos reunirnos una vez al mes con los psiquiatras del hospital y ver si los pacientes fueron, cómo vienen con el tratamiento. Nos hace falta un espacio de trabajo entre los centros de salud y el hospital, hablo de salud mental, claro”.

Entrevistador: ¿Qué aporta el psicólogo a un equipo de salud / de primer nivel de atención?
¿Qué pensás que respondería el equipo de salud?

Psicóloga: “Uhh creo que algunos no sabrían responderte y otros la tienen un poco más clara. Algunos me derivan, saben que estoy y otros resuelven solos y yo acá (levantando

una mano). Muchas veces no me llaman. A ver, sé que hay cosas que las pueden resolver solos y está bien que resuelvan, pero si estoy yo en el equipo podrían llamarme. ¿Sabés para qué sí me llaman? Me llamaron cuando hubo alguna situación del aborto (menciona bajando la voz). Cuando una mujer no quiso tener el bebé, ahí la médica me avisó “andá a ver a tal paciente a la casa porque parece que no quiere tener el bebé”. Bueno, ahí fui, me acuerdo de un caso y, cuando llegué, la chica me dice que ya le habría venido. Nadie se comunicó con la chica, me mandaron a mí”.

Entrevistador: Y vos, ¿cómo definirías tu rol en este centro de salud?

Psicóloga: “Ay, qué difícil (piensa). Creo que mi rol es este, principalmente ver pacientes que me derivan y también acompañar los talleres, las charlas en escuelas, vistas en las casas. Pero siempre es mayor la atención acá, la demanda es mucha.

Pensando en esto, creo que para mí sería más fácil pensar mi rol en interacción con otros trabajadores que trabajan “lo social”, por ejemplo, una trabajadora social, otro psicólogo. Es como que lo social es más nuestro, así lo ven desde el equipo. Cuesta que te acompañen y no quedar sola. Claro que hay casos en los que el equipo se suma y acompaña, la residencia con mayor fuerza, pero también la pediatra, el odontólogo, alguna médica”.

Entrevista individual Administrativa

Administrativa: “Ellos ya saben, todos los días, los primeros cinco turnos los da enfermería que son control de embarazo y control de crecimiento y desarrollo, y el resto son demanda espontánea. El resto serían unos 10 turnos. En total, los médicos verán más o menos entre 15 y 20 pacientes. Igual, lo que entra urgente se ve y después hacemos papeles, recetas. Igual, cuando ya no me quedan turnos y todavía hay gente, ahí les pregunto uno por uno qué necesitan y vemos si es algo que puede esperar o necesita una evaluación de enfermería”.

Administrativa: “Bueno la gente llega y lo primero que hace es hablar conmigo, yo veo si es urgente o si puede esperar. Si es urgente o tengo alguna duda, hablo con las enfermeras que son las que más cerca tengo, y después vemos si hay que hablar con el médico. Las enfermeras me dicen “esto, andá y comentale a la doctora” y voy. Ya está armado entre nosotras”.

Administrativa: “Los turnos de control de embarazo y control de niño son programados, con enfermería y con la doctora. El resto es espontáneo, a demanda, que son 15 cada día.

Los turnos de odontología y de pap también los programamos. Con la psicóloga también, pero a veces, nos dicen que es una urgencia, entonces les decimos que vengan los días que ella está y le toquen la puerta para explicarles el motivo del turno”.

Administrativa: “Con psicología tenemos lista de espera de un mes. Lo único que sabemos y le tenemos que decir a la gente es que, cuando es un niño, tienen que venir al primer turno los padres, y después ya sí, arreglamos con el chiquito”.

Administrativa: “Ahh... también se programan los pap’s y algunas consultas con el odontólogo, él nos dice después de ver a cada paciente qué turno le tenemos que dar y de cuánto tiempo. Casi siempre es de una semana para la otra”.

Entrevistador: ¿Encontrás dificultades al momento de cuidar de la salud de la población?

Administrativa: “La falta de seguimiento. Hay casos sociales, algunos nos mandan de la Delegación de Niñez, no sé, me acuerdo de un caso de unos chicos. Son chicos que no están viniendo a control y demás, entonces la agente comunitaria los visita y les lleva un turno. También hay embarazadas que no vienen al control, y ahí se la va a buscar, va la agente comunitaria, le lleva el nuevo turno. Si no responde al turno se la vuelve a llamar o se trata de crear redes con algún vecino que nos ayude, alguien de confianza”

Administrativa: “Y el otro problema es la cantidad de demanda, como te dije al principio, viene más gente de la que podemos atender. Por ahí, viene alguien, no vino más, nadie se da cuenta y así se pierde”.

Entrevistador: ¿Se articula con actores fuera del sector salud?

Administrativa: “No, muy poco. Con Caritas porque estaba un chica Lorena pero no está más. Creo que no está más, porque ella se acercaba y no vino más. Después con nadie más, bueno, la vecinal, cuando necesitamos, está. Una vez, habíamos empezado con una mesa con instituciones pero no respondían, las instituciones no respondían, no venían. Venías dos o tres pero nadie más”

Entrevista individual Enfermera 2:

Enfermera2: “tenés quienes vienen literalmente todos los días, vienen y se sientan, y te vas dando cuenta que lo que necesitan es compartir con vos, quieren contarte cómo están, si tuvieron algún problema”.

Enfermera2: “Desde enfermería se programan los turnos de embarazadas y niños sanos. La administrativa da el resto de los turnos, los espontáneos. Lo que sí, muchas veces, cuando hay una urgencia, nos piden a enfermería que evaluemos signos vitales, fiebre”

Enfermera2: “cuidado de un niño o control de niño sano. Hacemos los controles de peso y talla que son mensuales y son una buena excusa para ver cómo está el niño en cuanto a su estado de salud general, es decir, la higiene, si tiene las vacunas, hablar con la mamá, ver dónde viven, qué necesidades tiene. Uno acá conoce a las familias y si conocés, sabés qué les pasa, podés ayudarlos También aprovechamos a ver cómo está la mamá, por ejemplo, con la antitetánica, si se colocó las vacunas, preguntamos por el amamantamiento, entregamos la leche. Bueno, aprovechamos la consulta, tratamos de preguntar cómo vienen con el tema de la lactancia, y tratamos de apuntalar con consejería, especialmente en el tema de la anticoncepción. Cómo se empezaron a cuidar, con qué. Después de eso, ya pasa con la doctora.”

Enfermera2: “hay dos tipos de población, esto en relación a lo que me preguntaste antes de la gente. Por un lado, tenés las mujeres, chicas casi siempre, que esperan que vos les digas, que les explique todo, por ejemplo, cómo tomar la temperatura del bebé. Son chicas que no preguntan, pareciera que nada les preocupa. Y por otro lado, están quienes te consultan por todo. No sé, les colocás una vacuna y te preguntan qué le va a pasar al bebé, si va a tener fiebre, quieren que expliques todo.

Y nosotros, como enfermeros, tenemos que detenernos en las dos situaciones. Tenemos que tomarnos el tiempo para explicar, para hacer consejería en los temas que te fui contando.

La gente, cuando le explicás, empieza a entender, ves el cambio mes a mes”.

Enfermera2: “A mí, en lo personal me gusta, me interesa el tema de adicciones y me interesa el trabajo con los jóvenes. Desde enfermería, tratamos de preguntarle, sin incomodarlo, le preguntamos si buscó ayuda o por qué hace lo que hace, si sabe a los riesgos que se expone. La gente no te va a decir soy adicto, es raro eso. Yo trato de hacer algún chiste y ahí, de a poco, les empezás a preguntar y ellos te empiezan contar”.

Enfermera2: “Se hace lo que se puede, yo trato de escucharlos, de preguntarles, pero muchas veces tienen ganas de hablar y no tenés tiempo. Tenés la sala de espera llena, imagínate si te ponés a hablar uno por uno. Imposible”.

Enfermera2: “(...) La mayoría son pacientes de los médicos y, por ejemplo, algunos de los esquizofrénicos también van de la psicóloga.

Cuando surge algún caso que se comenta en las reuniones de equipo, si son pacientes que vimos en enfermería, lo comentamos”.

Enfermera2: “(...) si trabajamos con las escuelas, ahí trabaja todo el equipo, armamos agenda anual y vamos todos. Vamos yendo según los temas que toquen, a enfermería le toca higiene, por darte un ejemplo.

Se trabaja poco en promoción. Algo se trabaja en las escuelas, o en alguna charla en sala de espera, pero es poco. Por ejemplo, para el día de la madre, se trabajó el tema de controles anuales de las mujeres y prevención el cáncer de cuello. Para el día del niño también, se trabajó con los derechos de los niños e hicimos un trabajo con higiene personal y salud bucal. Ahí estamos cuidando más desde la integralidad. Igual, es poco y creo que se podría hacer mucho más”.

Enfermera2: “estamos más centrados en atender a la gente y siempre queda poco tiempo para la promoción. La demanda te pasa por arriba, la gente te exige que atiendas y que atiendas”.

Enfermera2: “a veces lo que se sigue es cuando son niños en riesgo, por ejemplo, casos de abuso. Algunos abusos los hemos detectados desde enfermería, ahí nos suena la alarma y le avisamos al médico para que lo vea y entreviste a la mamá.

Nos ha pasado con madres que vienen con niños y no los dejan hablar, nosotros le preguntamos algo y no los dejan contestar, y ahí sospechamos de violencia, de abuso, te das cuenta de que pasa otra cosa y hablamos con los médicos.

En el centro de salud se trabajan algunos casos con la Subsecretaría de la Niñez, generalmente, vienen chicos que son derivados de ahí porque corresponden a este centro de salud. Nosotros, la mayoría de las veces, ya conocemos el caso, conocemos la trama familiar, los identificamos en el barrio”.

Enfermera2: “En el centro de salud hay dos espacios de talleres. Los dos son cada 15 días. Uno de crianza para madres jóvenes y otro para pacientes con enfermedades crónicas”.

Anexo 4

Estructura organizacional de la Dirección de salud mental.

Los actores más relevantes ubicados en el contexto de La Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM) son:

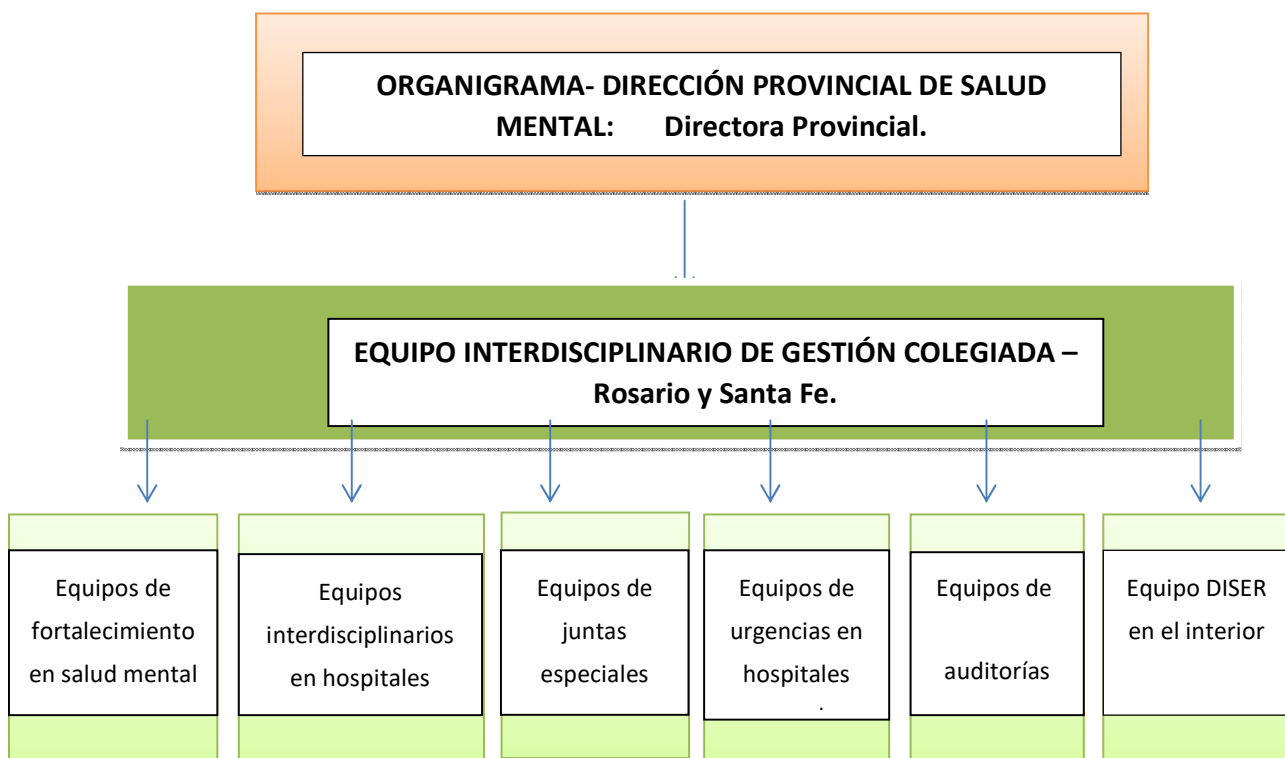
- SIES 107
- Otras Direcciones Provinciales, como por ejemplo: Maternidad e Infancia; Interculturalidad y Género; Odontología; Sala de Situación; Dirección de Planificación y Estadísticas.
- Educación- Equipos Socioeducativos
- Subsecretaría de Niñez.
- Equipos territoriales Municipales
- Residencias Médicas Interdisciplinarias (RISAM)
- IAPOS.

Respecto de los actores relevantes pertenecientes al interior de la DPSM, es la misma jerarquía (que regula procedimientos, normas y lógicas de trabajo) que se constituye en actores relevantes: Directora Provincial y Equipo de Gestión de la Dirección (responsables intermedios); staff directivo, que a su vez hallan regulación en las normativas provinciales, nacionales e internacionales y adhieren a determinados paradigmas y teorías (por ejemplo, Salud Colectiva). También se configuran como actores relevantes, el núcleo operativo (operadores profesionales), es decir, los equipos interdisciplinarios que pertenecen a la Dirección, cuyo proceso de trabajo permite identificar necesidades y problemas de salud de la población y necesidades, demandas y conflictos de otros equipos del área salud (centros de salud, hospitales, Regiones de Salud-Nodos).

Los actores identificados como relevantes, al interior del DISER, somos quienes conformamos el núcleo operativo del equipo. Dicho núcleo lo constituimos: una abogada, un médico psiquiatra, una trabajadora social (quien cumple tareas de operadora) y dos psicólogas que coordinamos el equipo DISER. En la cotidianeidad de nuestras prácticas, trabajamos articulada e interdisciplinariamente al interior de nuestro DISER buscando

generar espacios participativos que nos permitan pensar y repensar respecto de nuestras prácticas.

Respecto de la estructura organizacional, La Dirección cuenta con un Núcleo Estratégico conformado por la Directora provincial de Salud mental y un equipo interdisciplinario de Gestión Colegiada. Como equipo Responsable Intermedio, se visibilizan dos equipos de Dirección Técnica Regionales que funcionan coordinadamente con el equipo de Gestión Colegiada.



Anexo 5

Modos organizacionales y modelo de atención de la provincia de Santa Fe (DPSM, DISER, red de servicios y sus niveles),

Experiencia de la provincia de Santa Fe para intentar garantizar los cuidados en general y la “salud mental” en particular.

En la provincia de Santa Fe existe un modelo organizacional para el cuidado de la Salud Mental. La Dirección Provincial de Salud mental depende del Ministerio de salud. Constituye una instancia de regulación política y administrativa de acciones, y servicios de salud mental ubicados al interior de la provincia de Santa Fe.

La Dirección de Salud Mental legitima sus ejes de trabajo en consonancia con los plexos normativos vigentes en materia de salud (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 – Reglamentaciones de ambas leyes, Ley Nacional de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (26529/26742), Ley Nacional de protección integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26061; Ley provincial de promoción y protección integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 12967)

En estas leyes se visibiliza que, Garantizar la atención y el cuidado de la salud mental dentro de la red de servicios de salud es de interés y prioridad nacional y provincial. Dichos marcos legales detallan el modelo de atención esperable de ser instituido en los equipos de salud y enumera cada uno de los derechos que deben restituirse a los usuarios con padecimiento mental.

En este contexto se enmarca la creación de los equipos DISER.

Los equipos DISERs son, en sí mismos, una estrategia para garantizar el cumplimiento de las prácticas desmanicomializadoras. Equipos constituidos para acompañar a los equipos de salud en el territorio, fortaleciendo sus recursos humanos a fin de que puedan: garantizar la adscripción de usuarios con padecimiento mental al sistema de salud y brindar atención integral e integrada que asegure el derecho a la protección de la salud, y el pleno goce de los Derechos Humanos de los sujetos con padecimiento mental.

Integralidad en términos de asegurar el cuidado de salud con funciones preventivas, de promoción, curación y rehabilitación y amplitud de los abordajes, considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de la situación de salud de cada individuo.

El equipo DISERs tiene la función de actuar como equipo soporte de los equipos de salud del primer nivel de atención. De esta manera, es conveniente explicitar y diferenciar la función de los equipos de referencia (Centro de salud del primer nivel de atención) y equipos soporte. El trabajo de soporte tendería a ampliar las posibilidades de los equipos de referencia, a fin de que éstos logren abordajes interdisciplinarios de situaciones complejas pensando en cada caso la construcción de proyectos terapéuticos. Según Souza Campos (2001), este soporte implicaría un determinado diagnóstico, y depende de una aproximación entre paciente, familia y profesionales de referencia, e implica la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas. Continuando con la referencia a dicho autor, él menciona que el propósito del soporte matricial es asegurar una retaguardia especializada para los equipos de referencia de las diferentes unidades productivas. Se trata de un acuerdo complementario a los mecanismos de referencia y contrareferencia, protocolos y centros de regulación, que busca superar la forma tradicional, impersonal y con baja responsabilización por la continuidad del cuidado, característica, en general, de las interconsultas. Tiene como propósito instituir la relación de corresponsabilización de la atención a la salud a través de la personalización de la relación entre el equipo y el especialista, combinando aspectos técnico-pedagógicos del soporte para la calificación de los equipos de referencia con funciones de soporte asistencial.

Los DISERs se ubican estratégicamente en cada uno de los departamentos que conforman el vasto territorio provincial. Surgen como intento de respuesta a la necesidad de abolir los hospitales psiquiátricos y de sustituir las “lógicas manicomiales”, siendo estas intervenciones iatrogénicas y contrarias a la producción de salud integral e integrada.

Cada uno de los equipos DISER intervienen a fin de acompañar y promover el armado de propuestas locales de inclusión; de promoción de salud; donde el foco de trabajo no esté exclusivamente en el proceso la salud-enfermedad, sino que se abran debates en torno al concepto de salud. Salud como un proceso determinado por aspectos: históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento

implique una dinámica de construcción social vinculada a la noción de derechos y, como tal, ligada a múltiples prácticas que la hacen posible: acceso a recreación, entramado de lazos sociales, posibilidad de educación, inclusión laboral, capacidad de generar y sostener proyectos.

Son funciones del equipo DISER:

- Fortalecer los recursos humanos distribuidos en el territorio (equipos de salud) a fin de que logren: potenciar sus recursos humanos (saberes), adquirir nuevas herramientas (técnicas, teóricas, de construcción colectiva y de gestión), para el abordaje de situaciones de salud mental.

- Acompañar las gestiones necesarias para sostener tratamientos ambulatorios desde la estrategia de APS (gestión de acompañamiento terapéuticos, accesibilidad a medicación por vía excepcional, entrevistas/ visitas domiciliarias conjuntas con integrantes del equipo de salud)

- Brindar asesoramiento legal, psiquiátrico y psicológico para el abordaje de situaciones subjetivas de complejidad.

- Acompañar la realización y sostenimiento de internaciones breves en hospitales generales (voluntarias o involuntarias); cuando sean éstas necesarias en el marco de una estrategia terapéutica integral.

- Capacitar a los equipos de salud en el conocimiento de las políticas vigentes en salud mental propuestas por el ministerio de salud y la Dirección de salud mental (Políticas enmarcadas en los plexos normativos vigentes en materia de salud/ salud mental)

- Agilizar la detección de necesidades desde los equipos para facilitarles capacitaciones en temáticas específicas: por ejemplo: atención en la urgencia; modelos de atención; abordaje de situaciones subjetivas complejas; realización de diagnósticos clínicos diferenciales; armado de redes y de estrategias en el territorio sumando actores locales, entre otros.

Los destinatarios de los servicios del equipo DISERs son, por un lado, los equipos de salud ubicados en el territorio del departamento Castellanos y San Cristóbal y, por otro lado, los ciudadanos que habitan el territorio y que requieren de nuestra intervención directa (siendo luego referenciados al equipo de salud que corresponda).

Un objetivo del equipo DISER es consolidar procesos de trabajo en la atención de pacientes a fin de que la atención en salud mental sea una práctica de cuidado dentro de la atención integral de la salud.

Anexo 6

Caracterización general de la ciudad de Rafaela

Rafaela es la ciudad cabecera del Departamento Castellanos, una de las diecinueve unidades políticas en que se divide la provincia de Santa Fe, y concentra el 51 % de la población del mismo. Es la tercera ciudad de la provincia, en orden de importancia, después de Rosario y Santa Fe.

Se formó en el año 1881, con el asiento de once familias de origen italiano que adquirieron sus concesiones de tierra a la Empresa Colonizadora de Guillermo Lehmann. No existe acta de fundación con una fecha precisa de este asentamiento. Sin embargo, cada 24 de octubre, día de su santo patrono “San Rafael”, celebra un nuevo aniversario. Cuando en 1925 se aproximaba su cuadragésimo cuarto año de existencia, apareció en el por entonces joven periódico local “La Opinión” un artículo referido al acontecimiento con el título “Rafaela: la Perla del Oeste”. Desde entonces, Rafaela quedó bautizada, con el nombre que la distingue como ciudad pujante del centro oeste santafesino.

Su población, de acuerdo a los datos censales del año 2010, eran de 92.945 habitantes censados y su proyección para el 2015, según el informe del relevamiento socioeconómico (RSE) que realiza anualmente el municipio es de 101.434 habitantes (48,6 % varones y 51,4% mujeres), con una razón de masculinidad de 94,6

Es importante destacar que la ciudad vivió permanentemente, a lo largo de su historia, un crecimiento poblacional ubicado por encima del 20%, superando la media provincial y nacional. La etapa más importante de expansión se da entre los años 1947 y 1960, consecuencia de un fuerte aumento de la industria nacional sustitutiva de importaciones, donde la ciudad vivió un incremento porcentual intercensal que superó el 50%.

Incrementos similares en las últimas décadas han determinado que, desde 1970 al presente, la cantidad de habitantes se haya prácticamente duplicado, motivada en gran medida por migraciones provenientes de poblaciones, departamentos y provincias lindantes atraídas por la potencial oferta de empleo.