



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Título:
Profesionales psi: sus aportes al sistema de salud público desde una perspectiva comunitaria

Modalidad de Presentación: Investigación Bibliográfica
Autora: Sofía Alicia Poudes
Legajo: P- 5211/6
Docente Responsable: Ps. Marina Divita

Rosario 2021

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	4
Palabras clave	4
Título	5
Introducción	6
Objetivos	7
Capítulo I	8
Capítulo II	12
Capítulo III	14
Conclusiones	17
Referencias Bibliográficas	19

Resumen

En el presente trabajo integrador final se reflexionó acerca de los aportes de los/as profesionales psi al sistema de salud público en Argentina, enfocándose en el primer nivel de atención. Se realizó una investigación bibliográfica, para lo cual se tomaron aportes de autoras/es latinoamericana/os del ámbito de la psicología a los fines de poner en valor los saberes construidos en las prácticas en salud mental desarrolladas en nuestra región. Se partió de la hipótesis de las potencialidades de un posicionamiento en salud comunitaria por parte de los/as profesionales psi para el abordaje de prácticas en salud mental. Se indagó en la atención primaria en salud y en los aportes de la psicología comunitaria. Se analizó la ley nacional de salud mental N° 26.657 tomándola como herramienta fundamental que debe enmarcar el ejercicio profesional. Se reflexionó acerca del actual contexto de pandemia, tomándolo como momento propicio para problematizar los abordajes comunitarios en salud pública. Se concluyó en la importancia de valorizar los aportes que pueden realizar los/as profesionales psi al abordaje de problemáticas en salud desde una perspectiva comunitaria, siendo la estrategia de APS y la LNSM herramientas fundamentales para implementar intervenciones comunitarias en el ámbito de la salud pública.

Palabras clave: psicología comunitaria, salud, APS, ley nacional de salud mental N° 26.657

Profesionales psi: sus aportes al sistema de salud público desde una perspectiva comunitaria

Introducción

En el presente trabajo integrador final de la carrera de psicología de la Universidad Nacional de Rosario se reflexiona acerca de los aportes de los/as profesionales psi al sistema de salud en Argentina.

Se indaga específicamente en la atención primaria en salud (APS), la cual se analiza desde su creación en la declaración de Alma Ata en 1978 hasta sus transformaciones e implicancias hoy en día. Se hace hincapié en los aportes de los/as profesionales psi al primer nivel de atención desde las herramientas de la psicología comunitaria.

Desde una perspectiva comunitaria se analiza también la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 tomándola como herramienta desde la cual enmarcar el trabajo profesional. Se destaca de ésta su perspectiva desmanicomializante y de trabajo territorial, características desde las cuales se desprenden grandes potencialidades de trabajo del/la profesional psi dentro del campo de la salud. Se problematiza el alcance del rol profesional en el complejo contexto de hegemonía médica (caracterizada por la reducción biologicista de las problemáticas en salud e intervenciones individuales) que dificulta la práctica desde una visión comunitaria, desmanicomializante y desmercantilizante.

Actualmente estas líneas de problematización y desnaturalización toman relevancia por la crisis sanitaria provocada por la pandemia del virus Covid-19. Se considera el presente contexto como un momento propicio para problematizar los abordajes de problemáticas en salud.

Se parte de la hipótesis de la potencialidad de un posicionamiento en salud comunitaria por parte de los/as profesionales psi para el abordaje de prácticas en salud mental. Prácticas que abonen con intervenciones comunitarias al campo de la salud general, impulsando la emergencia de comunidades activas y partícipes de sus propios procesos de salud-enfermedad.

La modalidad de trabajo utilizada es la de una investigación bibliográfica. Se toman autores/as referentes en salud y salud mental de Argentina y Latinoamérica cuyas reflexiones teóricas emergen de sus prácticas profesionales. Considerándose de suma importancia la formación profesional a partir de la teorización y sistematización de prácticas profesionales ancladas en la especificidad de los propios procesos históricos, políticos y sociales, es decir, contextualizados en comunidades latinoamericanas.

Objetivo General

Reflexionar acerca de los aportes de profesionales del campo de la psicología al abordaje de problemáticas en salud dentro del sistema de salud público en Argentina.

Objetivos Específicos

Indagar acerca de las contribuciones del profesional psi al primer nivel de atención en salud.

Analizar la ley nacional de salud mental N° 26.657 desde una perspectiva comunitaria.

Problematizar los abordajes en materia de salud mental en el actual contexto de pandemia SARS-CoV-2.

Capítulo I

Sistema de salud en Argentina: APS y la función del/la profesional psi

En Argentina la salud es un derecho humano fundamental. Así se plantea en la *Constitución Nacional* en el artículo 75 inciso 22 donde se adhiere a tratados internacionales de mayor jerarquía que las leyes nacionales entre los que se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos. Ésta fue adoptada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. En el artículo 25 se explicita:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata celebrada en 1978 con participación de Argentina, se reafirmó a la salud como derecho humano fundamental y se estableció la necesaria “acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (*The Pan American Health Organization*, 1978).

En nuestro país el sistema de salud es mixto, “coexisten tres subsectores: el público (hospitales y otros efectores nacionales, provinciales y municipales), obras sociales (como derecho de los trabajadores, financiadas por sus aportes) y el sector privado (prepagas y profesionales independientes)” (Fidalgo, 2008:46). En el presente trabajo se indagará en el sector público. Así mismo el sistema de salud se organiza en niveles de atención, ya que al tomar a la APS como estrategia “se debe escalar la atención según niveles ascendentes de complejidad, desde los primeros que son las unidades y centros de salud hasta los niveles más altos como son los hospitales especializados o de máxima complejidad” (Sonis. et. al., 2004:149). Es así que el tercer nivel se encuentra compuesto por hospitales de alta complejidad localizados en regiones estratégicas; el segundo nivel conformado por hospitales de mediana complejidad, donde se realizan internaciones abreviadas y atención de urgencias; por último el primer nivel de atención compuesto por centros de salud, sin internación, cuyas principales tareas son de promoción y prevención. Este modo de organización varía según las provincias y municipios ya que la gestión pública del sistema de salud se encuentra a su vez dividida entre políticas que parten del Estado Nacional y diferentes legislaciones de las provincias y los municipios.

La atención primaria de salud (APS) se encuentra orientada a los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. En la conferencia de Alma-Ata se la definió como la asistencia sanitaria basada en tecnologías y métodos científicamente avalados y socialmente aceptados “puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar” (*The Pan American Health Organization*, 1978). Se enfatiza en la participación de la comunidad declarándose que “para que la APS sea accesible a todos, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su propio desarrollo sanitario, que participen en la planificación, organización y administración de la APS” (*The Pan American Health Organization*, 1978).

Los puntos mencionados dan cuenta de la importancia del trabajo de APS localizado en una determinada comunidad y con participación de la misma. Ahora bien, es necesario

poner en tensión lo escrito con lo que sucede de hecho en la práctica profesional en nuestro país.

El reconocido médico sanitarista Mario Rovere (2018) analiza la implementación de la declaración de Alma Ata a más de cuarenta años de su proclamación y a la luz de los cambios históricos sociales. A fines de los años setenta esta conferencia internacional sobre atención primaria de la salud se llevó adelante en medio de la llamada guerra fría, donde se disputaba el control mundial de manera bipolar mientras que en América Latina se llevaban adelante fuertes procesos de dictaduras militares. Es importante considerar que “desde mediados de los 70, había comenzado la crisis que derivaría en las propuestas de transformación pro-mercado de las sociedades, y en una variación del modelo de relación entre Estado, Mercado y Sociedad Civil” (Stolkiner, 2007), siendo esta declaración y la que fuera un año antes ‘salud para todos en el año 2000’, resabios de una época que culminaba.

Posteriormente, tras la disolución de la unión soviética y el triunfo del patrón dólar a nivel mundial, los años noventa fueron clave para el avance del neoliberalismo a nivel global. Este momento se caracterizó por políticas de privatización y mercantilización de la salud, siendo los organismos privados de financiación los protagonistas de aquel momento (Banco Mundial, FMI, ONG's). Si bien durante los años 2000 en adelante se sucedieron en América Latina una serie de gobiernos progresistas con una perspectiva de derechos y visión redistributiva se reconoce en el estado actual del sistema de salud los límites que se encuentran para impulsar políticas públicas en salud desde una perspectiva comunitaria.

En el texto *Adiós al derecho a la salud* (2008), Maitena Fidalgo analiza las problemáticas de atención, acceso y cobertura en salud en Argentina desde una mirada social. La autora plantea que la reforma neoliberal en el campo de la salud se expresó en que las problemáticas en salud tenían que ver con aspectos financieros y, por lo tanto, la solución vendría de la mano de buenos ‘gerenciamientos’. Estas conclusiones llevaron a afirmar la necesidad de “subordinar decisiones médico- asistenciales a un esquema de racionalidad financiera, a partir de la reducción de costos y el equilibrio de las cuentas” (Fidalgo, 2008: 88). Es así como en países subdesarrollados y dependientes como Argentina, la APS se constituyó no en un acceso al sistema de salud donde se resuelven problemas de menor complejidad, sino más bien la única atención en salud a la que accede la parte más vulnerable de la población. En palabras de Mario Testa (1989) “la atención primaria de la salud se transforma en atención primitiva de salud, en un servicio de segunda categoría para una población ídem” (Testa, 1989:127).

La reforma de salud en nuestro país sucedida de hecho desde los años noventa a la actualidad trajo consigo la intervención de múltiples organismos privados en las tomas de decisión en lo que respecta al campo de la salud. “La reforma recurrió al ejercicio de la ‘libertad’ para asegurar una mejor atención y señaló a la capacidad de pago como determinante en las condiciones de acceso a la salud” (Fidalgo, 2008: 98). Bajo esta lógica de mercado liberal la salud no se constituye como un derecho a garantizar. Por un lado los/as usuarios/as son clientes individuales que deben elegir ‘libremente’ los servicios a los cuales acceder. Mientras que, por otro lado, el rol del Estado es el de intervenir sobre aquellos individuos que ‘hayan fracasado en su responsabilidad’, la población con menos recursos disponibles. Ante este estado de situación es relevante la pregunta acerca de la función de los/as profesionales dentro del sistema público, se hace hincapié a los fines del presente escrito en psicólogos/as.

Acerca de la relación entre APS y salud mental, las autoras Alicia Stolkiner y Romina Solitario (2007) expresan que

Desde hace décadas se sabe lo que es necesario hacer tanto en APS como en salud mental, el desafío es cómo concretar estas transformaciones que operan con el atractivo de las utopías y con la dificultad de los cambios que requieren la

ruptura de prácticas institucionalizadas cuyos actores tienden a mantenerlas en función de intereses sectoriales o corporativos.

Acerca de la definición de APS, en el año 2005 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) delimitó cuatro posibles definiciones de la misma. Se tomará en el presente trabajo la definición de Alma Ata APS Ampliada con un enfoque universalista, la cual en palabras de las autoras “necesariamente incluye la de derechos humanos” (Stolkiner y Solitario, 2007).

Desde este enfoque de APS se posiciona a los/as psicólogos/as como actores fundamentales en la promoción de salud, con el deber de incorporar una visión desde la disciplina que se encuentre situada en el contexto social e histórico y abone a desarrollar intervenciones relacionadas al contexto de producción de subjetividad. Incorporar estrategias de promoción en salud mental dentro del ámbito de la salud general significa “reincorporar la dimensión subjetiva generalmente eludida en los modelos de atención, humanizándola. También incorpora la promoción y prevención relacionada con problemas psicosociales complejos en una perspectiva necesariamente intersectorial” (Stolkiner y Solitario, 2007).

Otra tarea de los/as profesionales de la salud mental dentro de la APS es la aplicación de estrategias de desinstitucionalización,

Se trata de modelos en los que se generan dispositivos adecuados a la vulnerabilidad de las personas que padecen de dolencias psíquicas, y a las necesidades de los que deben superar los efectos de un proceso de institucionalización. Tales dispositivos deben ser espacios de subjetivación y por lo tanto romper con la objetivación disciplinaria de los pacientes (Stolkiner y Solitario, 2007).

Dicha función implica diversas aristas. Por un lado la función de generar espacios terapéuticos extramuros, es decir, con inserción en la comunidad y participación de la misma. Lo cual, así mismo, supone el trabajo intersectorial e interdisciplinario a los fines de llevar adelante abordajes en salud desde una mirada integral.

A los fines de llevar adelante prácticas que no arrojen a las personas al individual mercado de la medicalización y que sean habilitantes del trabajo colectivo la psicología comunitaria aporta valiosas herramientas.

Acerca de los inicios de la psicología comunitaria en América Latina en los años setenta y ochenta Maritza Montero (2004) expresa que en ese entonces se buscaba la creación de una psicología que ante los problemas “no sólo los estudiase redefiniéndolos en diagnósticos fraseados en términos científicos, describiendo sistemáticamente la queja de las personas, sino que permitiese hacer, al mismo tiempo, intervenciones que los transformasen durante el mismo proceso de estudiarlos” (Montero, 2004:81). Esta premisa derivó en un cambio en la concepción del quehacer profesional. Se les asigna un rol fundamental a las personas de las comunidades como portadores/as de saberes propios acerca de sus problemas y su cultura; siendo los/as profesionales agentes externos quienes colaboran con su saber en el proceso de transformación de la comunidad.

Se considera importante aportar reflexiones en cuanto a la metodología dentro del campo de la psicología comunitaria. Para ello Maritza Montero en el libro *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria* publicado en el año 2006 desarrolla qué es la investigación acción participativa (IAP). Este modelo metodológico tiene influencias de varias disciplinas de las ciencias sociales de los años sesenta y setenta. Desde la psicología de Kurt Lewin con sus desarrollos de su exilio en Estados Unidos, hasta aportes de autores latinoamericanos como la educación popular de Paulo Freire y los desarrollos sociológicos de Fals Borda, entre otros. Éste último definió a la IAP

Como el proceso que incluye simultáneamente la alfabetización, la investigación científica y la acción política, y que considera el análisis crítico, el diagnóstico de situaciones y la práctica, como fuentes de conocimiento, a la vez que construye el poder del pueblo. Pero considera que la IAP no es exclusivamente ninguno de esos aspectos por separado, pues ellos son fases, no necesariamente consecutivas que pueden combinarse en una metodología dentro de un proceso vivencial (Montero, 2006: 131).

Este método cuenta con características propias que lo distinguen de otros por su objetivo de transformación de situaciones sociales concebidas como opresoras e injustas. Dos características que se destacan son, en primer lugar, la participación: “es un procedimiento metodológico que no puede llevarse a cabo sin la presencia y colaboración de las personas cuya situación se busca transformar, porque ellas mismas han juzgado necesaria la transformación y porque ellas mismas forman parte de ese proceso” (Montero, 2006:134). Y por otro lado su carácter dialógico que “está en la base de la reflexión y participación, y que exige además la presencia de una multiplicidad de voces y acciones confluyendo hacia un mismo fin” (Montero, 2006: 134). Identificando en este punto un rol distintivo para quienes conforman la comunidad y los agentes externos: “esas voces son las de los agentes internos provenientes de los diferentes grupos y tendencias que pueden existir en una comunidad, y las de los agentes externos, provenientes de diversas instituciones y grupos de investigadores o de profesionales que actúan en relación con las comunidades” (Montero, 2006: 134- 135).

Como se mencionó anteriormente, la investigación acción participativa se nutre de distintas disciplinas de las ciencias sociales de diferentes países. Maritza Montero (2006) así mismo destaca la importancia que tiene la impronta específica que adquiere dentro del campo de la psicología comunitaria latinoamericana. Al ser países atravesados por específicos procesos políticos, económicos y sociales es menester crear y llevar adelante estrategias propias, que abonen a la conciencia y transformación de los pueblos, con su propia idiosincrasia, cultura y especificidad. Al respecto Montero (2006) dice

Lo que la IAP busca es una movilización de la conciencia hacia aspectos no reconocidos o entendidos como naturales. No se trata de "crear" o de "generar" conciencia, pues todas las personas la tienen, sino de movilizar la reestructuración lograda a través de la reflexión discutida en el proceso de desarrollar acciones transformadoras (Montero, 2006: 142).

Se considera importante puntualizar aquí el desafío de impulsar tales procesos colectivos de emancipación dentro del complejo sistema de salud local. Toman relevancia los aportes que se pueden realizar al primer nivel de atención ya que en éste se prioriza el trabajo territorial y en red, confluyendo el trabajo cotidiano con la comunidad. Dicho proceso solo puede ser realizado desde una perspectiva comunitaria y acompañado de políticas públicas dirigidas en el mismo sentido.

A fines de profundizar estas reflexiones se considera necesario analizar la ley nacional de salud mental N° 26.657. Ésta es una herramienta con la cual se cuenta en Argentina para enmarcar el trabajo profesional en salud. El análisis, realizado desde una perspectiva comunitaria, pretende visibilizar las potencialidades de la misma para guiar el trabajo interdisciplinario, en red y territorial dentro del sistema de salud.

Capítulo II

Ley nacional de salud mental: una herramienta para el trabajo en salud comunitaria

La actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, aprobada en el año 2010, debe orientar la práctica profesional en salud mental en todo nuestro país. Este marco legal plantea lineamientos de avanzada en la región teniendo por objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental” (Art. N°1).

Partiendo de una mirada integral sobre la salud se expone en el artículo tercero que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”, completándose esta definición con la promoción del abordaje social de la salud mental explicitado de la siguiente manera: “cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. En los siguientes artículos se plasma el eje principal de la ley: el abordaje terapéutico fuera del ámbito de internación hospitalaria.

Por un lado, se impulsa el trabajo “interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria en salud”. Y en ese sentido se plantea que “se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Art. 9°), mediante la implementación de acciones de inclusión social, laboral y en salud mental comunitarias (Art. 11°).

Por su parte, en caso de ser necesaria la internación, ésta debe ser ambulatoria posibilitando el contacto de la persona con sus familiares y referentes (Arts. 14° y 15°). Además en el artículo N° 38 se reglamenta la creación del órgano de revisión, herramienta conformada por actores de distintos ministerios, secretarías y asociaciones a los fines de proteger los derechos de los/as usuarios/as durante la rehabilitación dentro del hospital y principalmente garantizar una duración del tratamiento lo más breve posible según lo permita cada caso.

Los artículos mencionados evidencian, mediante la promoción de prácticas interdisciplinarias situadas en el contexto social de usuarios/as, la perspectiva desmanicomizante de la ley. Se traza como horizonte el cese del abordaje terapéutico de las instituciones totales caracterizado por la medicalización y el aislamiento prolongado de los/as usuarios/as en instituciones monovalentes.

La lógica mencionada deviene del modelo médico imperante en el campo de la salud que se caracteriza principalmente por la mercantilización de ésta a través de la medicalización y psicopatologización. Impulsa abordajes del padecimiento subjetivo exclusivamente desde la clínica individual con el objetivo de particularizar y extraer los problemas subjetivos de su contexto de producción. Este modelo dominante, del cual la disciplina de la psicología no es ajena e incluso retroalimenta mediante algunas prácticas, representa algo más que ‘simplemente’ un modelo de abordaje de la salud. Como explica Alicia Stolkiner (2017), las representaciones acerca de qué es la salud y la enfermedad “contienen una representación del hombre y la sociedad y toda práctica en salud produce y reproduce formas discursivas que exceden lo específico de la atención médica para operar en el discurso social, para cumplir una función ‘normalizadora’” (Stolkiner, 2017:195).

El ejercicio de desnaturalizar las prácticas dominantes permite reflexionar acerca de los aportes de la disciplina de la psicología al abordaje de prácticas emancipadoras. En Argentina específicamente la ley nacional de salud mental constituye un marco desde el cual trabajar interdisciplinariamente, intersectorialmente y en comunidad lo cual posibilita “preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de su comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar” (Ardila y Galende, 2011: 46). De esta manera se sitúa el trabajo del profesional psi en la creación y

potenciación de lazos sociales que apueste por la autonomía de las comunidades en la prevención y promoción de su propia salud.

Establecer como pilares de trabajo en salud mental tanto a profesionales de diversas disciplinas, como usuarios/as de salud mental, sus familias y referentes sociales cercanos significa situar el proceso salud-enfermedad en un contexto social, cultural y económico en un momento y lugar específicos. Es en este sentido que el paradigma de salud comunitaria aporta otra concepción de salud considerándola a esta “como un proceso de producción, mantenimiento, fortalecimiento, enriquecimiento, recuperación y gestión de la salud y la totalidad de sus determinantes, en sus múltiples contextos y expresiones (...)” (Saforcada et. al., 2015:46). Es así que desde esta visión se considera a la salud como un derecho humano que debe ser garantizado y en el cual la comunidad es partícipe principal.

Se finaliza el presente capítulo reflexionando acerca de los aportes de la disciplina de la psicología a la tensión entre paradigmas dentro del campo de la salud. Los diversos discursos (hegemónicos y emergentes), coexisten tanto en las opiniones populares como en la práctica y la formación profesionales. En ese sentido, como lo expresa Martín de Lellis (2015), la ley nacional de salud mental de nuestro país

Como todo marco normativo transformador, devela por un lado la tensión entre el viejo y el nuevo paradigma y, por otra parte, pone de manifiesto la brecha entre el deber ser expresado en la norma respecto de la práctica de numerosas instituciones y profesionales que componen los servicios de salud mental (Saforcada et. al., 2015:93).

Para reducir la mencionada brecha, entre lo escrito y la práctica, se considera necesario enmarcar el ejercicio profesional psi en el paradigma de salud comunitaria. Éste promueve intervenciones que involucran activamente a diversos actores de una comunidad, elaborándose así estrategias terapéuticas inherentemente relacionadas al contexto social, geográfico e histórico de la misma. Este ‘descentramiento’ de la terapéutica del/los profesional/es a la comunidad constituye una práctica contra hegemónica del modelo biomédico imperante y se encuentra en consonancia con los lineamientos de la actual LNSM. Se encuentran potencialidades específicamente en la realización de dicho proceso de reflexión- acción desde el campo de la psicología. Al respecto Alicia Stolkiner (2012), considera a la salud mental como un subcampo dentro de la salud general, pero con una potencialidad específica ya que

Se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista- individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente que en el campo de la Salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012:58).

Habitar ese espacio único que la autora menciona es apropiarse de sus potencialidades como son la desnaturalización, interrogación y crítica del quehacer cotidiano. Ubicar a la psicología entre las disciplinas que problematizan y reflexionan acerca del ejercicio profesional llevado adelante desde lógicas individuales y curativas de la enfermedad (propias del paradigma dominante), habilita a problematizar a partir de la disciplina desde qué otras lógicas es posible llevar adelante la práctica profesional en salud.

Estas reflexiones toman relevancia en el contexto actual donde la propagación del virus SARS-CoV-2 sumergió al mundo entero en una crisis sanitaria, con repercusiones en el ámbito político, económico y social a nivel global. Se analizarán en el próximo capítulo la implementación de estrategias comunitarias de cuidado para salvaguardar la salud de la población.

Capítulo III

Pandemia: momento propicio para la problematización de estrategias comunitarias en salud

Desde el año 2020 las actividades cotidianas (laborales, educativas y sociales en general) se vieron interrumpidas por una problemática sanitaria de alcance global. La mutación desconocida hasta ese momento de coronavirus originada en 2019 en Wuhan, China alcanzó a principios del año 2020 una escala de contagios a nivel global. Ante la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos de cada país se asesoraron con grupos de profesionales de diversas áreas del campo de la salud para tomar medidas de cuidado y prevención, tomándose en cuenta también las definiciones de la OMS como órgano de relevancia internacional.

A los fines de reducir entre las poblaciones la propagación del virus se impulsaron estrategias sociales de prevención en todo el mundo. Éstas apelaban a la responsabilidad individual del cuidado que al mismo tiempo contribuiría al cuidado comunitario.

Las principales medidas fueron aislamiento social (en una primera instancia), distanciamiento social, el uso de tapabocas y la limpieza de manos. Así mismo se restringió la libre circulación y se implementó la modalidad de teletrabajo en todos los sectores posibles, mutando incluso la educación a la virtualidad.

En Argentina las medidas se implementaron, en un principio, junto a una fuerte presencia policial y numerosas vías de sanción para su efectivo cumplimiento. Aún así se vivieron momentos de colapso en el sistema sanitario a raíz de problemas estructurales y previos al surgimiento del covid-19 que se relacionan con la mercantilizada política en salud: infraestructuras públicas insuficientes, escasez de insumos, conflictos con el sector privado de la salud e insuficientes políticas públicas. En relación a los/as trabajadores/as las indignas condiciones de trabajo junto a sentimientos de estrés y cansancio dificultaron su trabajo diario, siendo quienes padecieron de cerca las consecuencias del virus.

Actualmente, a un año y medio del comienzo de la pandemia, la principal estrategia de contención sanitaria es la inoculación de la población mediante la aplicación de vacunas. Éstas han sido desarrolladas por grupos farmacéuticos privados asociados con los gobiernos de las principales potencias del mundo. Generándose con la comercialización de las vacunas una gran desigualdad en la adquisición de las mismas. Los países con mayores recursos han logrado vacunar a la mayor parte de su población mientras que los países subdesarrollados han podido acceder a escasas cantidades de vacunas e incluso se han visto obligados a negociar con varios grupos económicos para poder adquirirlas. Lo que hay detrás de ellos es la toma de más deudas económicas con diversos fondos y otras negociaciones que no son de público conocimiento. Éstos son conocidos mecanismos de dominación político económica que fueron aprovechados en este contexto para expandirse aún más. Es necesario mencionar también la fuerte influencia de los discursos anti vacunas que tuvieron una fuerte difusión y adhesión en la población, principalmente vía redes sociales, provocando un rechazo a la aplicación de las diferentes vacunas en todo el mundo.

En momentos de crisis sanitaria como el actual, toman relevancia las acciones de prevención y promoción en salud (propias de la APS). El tipo de estrategias de cuidado sanitario desplegadas por igual en todo el mundo ponen en tensión el abordaje de problemáticas en salud. Es hoy un momento propicio para indagar en las estrategias desplegadas desde la disciplina psi.

En Argentina en materia de salud mental, principalmente en los primeros momentos de la pandemia, se agudizó el aislamiento de usuarios/as en instituciones monovalentes. Acerca de esta situación Silvia Faraone y Celia Iriart (2020), tras investigar el funcionamiento de diversos equipos de salud mental durante el año 2020 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dicen:

La supuesta protección a las personas internadas para evitar el contagio recrudeció una concepción biomédica y tutelar, a partir de la cual se eliminó la posibilidad de intercambios, de salidas, de circulación en el propio hospital, de acceso al cobro de pensiones, y hasta del ingreso de acompañantes terapéuticos, todo lo cual dificultó el sostenimiento de lazos sociales, familiares y comunitarios (Faraone e Iriart, 2020).

Aún así los equipos interdisciplinarios del primer nivel de atención en salud han buscado las maneras de continuar su trabajo. Claudia Bang (2020) investigó acerca de los cambios durante la pandemia en los equipos de trabajo que venían llevando adelante prácticas comunitarias en barrios del conurbano bonaerense. Describe que “inicialmente, toda la atención se centró en poder continuar de forma telefónica los acompañamientos a pacientes y usuarios/as que se encontraban en procesos de atención individual” (Bang, 2020:221). Asimismo en las reuniones de equipo surgían constantemente los debates acerca de cómo continuar con el trabajo en talleres que se llevaban adelante en grupo desde los centros de salud. Una primera respuesta a este interrogante fue la participación de los/as profesionales en actividades barriales que se sostenían a pesar del ASPO, así lo explica la autora:

Otra tarea central de este primer período, y para algunos equipos novedosa, fue el acompañamiento de acciones comunitarias de ollas populares, organizaciones sociales, comedores y organizaciones de base. Dicho acompañamiento se dio de forma presencial en los períodos en que esto fue posible y tuvo como objetivo realizar actividades de prevención y promoción de la salud relacionadas con el contexto de pandemia (Bang, 2020: 221).

Esta primera respuesta por parte de los equipos pone en valor la necesidad de un trabajo intersectorial, además de interdisciplinario, dentro del primer nivel de atención. Como segundo momento, tras ser evidente que la medida de distanciamiento social sería a mediano y largo plazo, se discutió acerca de qué hacer con las actividades grupales. La autora explica que “en un primer momento los/las profesionales intentaban ‘virtualizar’ linealmente cada actividad para que siga cumpliendo los objetivos presenciales, lo que era técnicamente impracticable” (Bang, 2020:223). Y finalmente se pudo llegar a la conclusión en el equipo que el objetivo principal era “el de dar continuidad, sostén y permanencia a los vínculos previamente establecidos a través de la actividad grupal” (Bang, 2020:223).

Acerca de la promoción de lazos sociales, las autoras Andrea Druetto y Florencia Orpinell (2021), quienes desempeñan su labor en APS en la ciudad de Rosario, describen una actividad territorial llevada adelante durante el año 2020. La misma consistió en replicar una fiesta comunitaria que todos los años se hace en la semana de las infancias, aunque esta vez con pandemia de por medio, llevándola adelante de manera itinerante por todo el barrio. Sobre esta experiencia reflexionan que,

Nos ofrece la descripción de uno de los tantos escenarios de la práctica cotidiana, hoy atravesada por la pandemia y las medidas de ASPO, en donde se ponen en juego recursos diversos, estrategias creativas y desafíos nuevos para propiciar acercamientos, cuidados y sostenimiento de lazo social en este contexto tan particular (Druetto y Orpinell, 2021).

Las experiencias de trabajo comunitario en APS durante la pandemia demuestran la necesidad de valorizar y poner en primer plano el trabajo en equipo y territorial dentro de este nivel del sistema de salud. Este modo de trabajo que reglamenta la LNSM y forma parte de los principios de la APS, da lugar al debate entre trabajadores/as y el intercambio con la comunidad, dedicándole tiempo a la planificación, evaluación y re planificación de las

estrategias. Prácticas que, inscriptas en un mundo regido por la inmediatez y el impulso de acciones individuales, se constituyen en una verdadera práctica contra hegemónica.

Ahora bien, valorar estas experiencias devuelve también la tarea de problematizar acerca de las políticas públicas en salud. Druetto y Orpinell expresan que el estado en que se encuentra la red de los diversos niveles del sistema de salud en Rosario “está más bien sostenida por el esfuerzo y colaboración de los equipos de salud más que por estrategias de planificación de las políticas en salud mental” (Druetto y Orpinell, 2021).

En relación a ello, las licenciadas en sociología Florencia Cendali y Luciana Pozo (2008), coinciden en que “el sector público se mantiene ‘sobreviviendo’ en lo que respecta a la cobertura y atención -gracias a los trabajadores públicos- a pesar de la disminución de los estándares de calidad a nivel estético, edilicio y hasta tecnológico” (Cendali y Pozo, 2008: 13). Las autoras señalan que la reforma en salud de los años noventa en adelante favoreció a una mercantilización de la misma, generándose “un marco restrictivo para las políticas sociales, a través de la imposición, a nivel estructural, de los procesos de descentralización, desconcentración y privatización, y a nivel de su lógica, de las políticas con carácter focalizado” (Cendali y Pozo, 2008: 13). Provocándose así una imposibilidad estructural para la planificación y elaboración de políticas públicas acordes a la población de la cual el Estado debe ser garante de su derecho a la salud. Abandonando de esta manera a los/as profesionales en su ejercicio cotidiano dentro del sistema público, convirtiéndolos/as en quienes lo sostienen de manera precaria al no contar con políticas públicas que enmarquen y acompañen las estrategias de atención en salud pública.

Al respecto Claudia Bang (2020) hace hincapié en aprovechar el momento actual para impulsar estrategias comunitarias en salud que destierren lógicas medicalizantes y manicomiales que coexisten hoy. A la vez que “también es un tiempo para visibilizar la importancia de un Estado presente, haciendo red, promoviendo y fortaleciendo esas redes comunitarias de cuidados” (Bang, 2020: 229). Se señala la necesidad e importancia de impulsar políticas públicas desde una perspectiva comunitaria que, como lo ha demostrado el contexto actual, tengan a la comunidad como protagonista activa del cuidado de la salud. Abonándose así a los objetivos fundamentales de la salud comunitaria los cuales “tienden a neutralizar las estrategias del mercado de la enfermedad, sobre todo a través de la búsqueda del empoderamiento de las comunidades con respecto a su salud” (Saforcada et. al., 2015:21).

Conclusiones

Tras el recorrido bibliográfico realizado en la presente investigación se exponen reflexiones acerca de los/as profesionales psi, los aportes de la psicología comunitaria al sistema de salud y una lectura del contexto actual. Así mismo se delinean nuevos interrogantes que, se espera, sean disparadores de más debates dentro del fértil campo de la psicología comunitaria.

Entendiendo la complejidad de las problemáticas actuales, los límites estructurales dentro del sistema de salud y siendo conscientes de los alcances de la práctica en salud pública se pretende visualizar la necesaria capacidad crítica y creativa de los/as trabajadores/as dentro del ámbito de la salud pública. Se entiende que en la medida en que las/os profesionales desnaturalicen acciones, problematicen la práctica cotidiana y su rol dentro del sistema de salud, mayor será la capacidad de elaborar estrategias, intervenciones y políticas públicas en salud acordes a la realidad de cada comunidad. Es por ello que la presente investigación se guía a partir de los aportes de 'lo/as profesionales' del campo psi al sistema de salud público.

Con respecto a los aportes desde la disciplina psi se enfatiza en las múltiples herramientas que la psicología comunitaria aporta para afrontar los desafíos de la cambiante realidad que atraviesa tanto a usuarios/as como trabajadores/as. Dentro del sistema de salud, el primer nivel de atención se constituye en un escenario propicio para llevar adelante procesos de emancipación y transformación ya que la estrategia de APS se fundamenta en principios de acción comunitaria. Una psicología que no abone a una mirada liberal e individual de la vida y de sus problemáticas es una psicología con perspectiva comunitaria. Es bajo esta perspectiva como se llevarán adelante acciones impulsoras de autonomía y emancipación, con las comunidades como protagonistas activas.

Así mismo en Argentina también se cuenta con la herramienta de la Ley nacional de salud mental, la cual debe enmarcar el ejercicio profesional hacia el apuntalamiento de procesos de subjetivación desde una mirada integral de su contexto de producción. Aún así esta ley se encuentra en un fuerte campo de disputa, que abarca desde la práctica en salud, la formación académica y el saber popular. Lograr su plena implementación implicará derribar el paradigma dominante de medicalización y mercantilización de la salud, tanto en el discurso social como académico/teórico. Disputa que será posible dar a partir del ejercicio real de prácticas comunitarias.

En relación al contexto actual la presente investigación pretende dar cuenta de la necesidad del despliegue de estrategias comunitarias en salud. Las experiencias llevadas adelante en una situación de emergencia como la pandemia de covid-19 es un ejemplo de los aportes que es posible realizar desde la disciplina al sistema de salud. En todo el mundo no fueron suficientes las medidas estrictamente biologicistas de cuidado sino que se implementaron acciones colectivas evidenciándose las múltiples aristas que componen las problemáticas sanitarias: elementos sociales, culturales, económicos, políticos y más.

Aún así la presente investigación mostró los problemas estructurales que hoy impiden el ejercicio profesional desde un paradigma comunitario. Dichos problemas abarcan un paradigma médico hegemónico que medicaliza la salud mediante la individualización de los problemas y, por lo tanto, de sus soluciones; un sistema de salud público que es una víctima más del largo proceso de mercantilización de la salud a nivel global y deficiencias en políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de toda la población.

Se podría decir que ante un contexto anormal y lleno de incertidumbres como el vivido las principales acciones a impulsar debieron ser las de sostenimiento y promoción de lazos sociales. Éstos son lineamientos principales dentro de la APS y también planteados en la LNSM, respaldo desde el cual se podrían haber implementado masivamente intervenciones comunitarias. Como se fundamenta en el recorrido de la presente investigación, el motivo

principal corresponde al trasfondo político de las intervenciones en psicología comunitaria: su fin último de emancipación y transformación social.

A fines de generar nuevos ejes de interrogación, se considera a la formación práctica en psicología comunitaria como una línea de profundización que excede al presente escrito. En las carreras de grado las currículas reflejan una escasa formación con perspectiva comunitaria y una hegemonía de la visión clínica, individual y académica del ejercicio de la psicología. Intencionalidad que se refuerza con las primeras ofertas laborales a las que se accede en el campo psi las cuales no se encuentran ligadas a trabajos territoriales sino que responden a los mismos intereses a los que abona la formación.

Se finaliza el presente escrito enfatizando la idea principal del mismo: poner en valor los aportes de los/as psicólogos/as al sistema de salud público. Quienes sosteniendo su labor desde la psicología comunitaria aportan una mirada humanizante, con perspectiva de derechos y habilitante de transformaciones sociales a los fines de lograr una sociedad más justa e igualitaria.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S. y Emiliano G. (2011). "El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria". En *Salud Mental y Comunidad*. Año 1- Nro 1.
- Bang, C. (2020). "Salud mental en tiempos de pandemia: recreando estrategias comunitarias en el primer nivel de atención". En *Anuario de investigaciones de de la facultad de psicología UNC*. Vol. 5, Nro 1, 217-232.
- Beltramino, S. y Carlos B. (1984). "Reflexiones sobre participación popular en Salud en Argentina". En *Cuadernos médico sociales* Nro 27.
- Cendali, F. y Luciana P. (2008). Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf
- Constitución de la Nación Argentina Ley N° 24.430 (1995). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm> (Consulta, Junio 2021).
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003 (Consulta, Junio 2021).
- Druetto, A y Florencia O. (2021). "Salud Mental comunitaria. Su lugar en el diseño de políticas públicas". En *Revista Topía*. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-comunitaria-su-lugar-diseno-politicas-publicas?fbclid=IwAR31hXJNkRaCRQpF2RhRuBeuJla9H-7pLCfyFKBh4ZlkuLAO7kJNQPNXTFI> (Consulta, Agosto 2021).
- Faraone, S. y Celia I. (2020). "Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". En *Revista debate público. Reflexión de trabajo social*. Año 10- Nro. 20.
- Fidalgo, M. (2008). Adiós al derecho a la salud. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> (Consulta, Mayo 2021).
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Montero, M. (2006). Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rovere, M. (2018). "La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora". *Revista Saude em debate. Rio de Janeiro, Brasil*. Vol 42: 315-327.
- Saforcada, E., Martín L. y Schelica M. (2010). Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Saforcada, E., Jorge C. S. y Jaime A. (2015). Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Nuevos Tiempos.
- Sonis A., Julio B. y Martin D. L. (2004). Programa de equipos comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 1 salud y sociedad. Buenos Aires, Argentina: PROA XXI Editores.
- Stolkiner, A y Romina S. (2007). "Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías". En Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios. Compilador Daniel Maceira. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Stolkiner, A. y Sara A. G. (2012). "Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas". *Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XXIII: 57 – 67.
- Stolkiner, A. (2017). "El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud/Salud Mental y la perspectiva de derechos". En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Compiladora Beatriz Fernández Castrillo. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitarios.
- Testa M. (1989). *Pensar en salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- The Pan American Health Organization* (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> (Consulta, Abril 2021).