

Investigación en Salud



Investigación en Salud

Comité Editorial

Editora

Adriana Huerta

Editores Asociados

María del Rosario Maidana

Abel Morabito

Cecilia Moyano

Cristian Godoy

Asesores científicos

Aronna, Alicia	(Argentina)
Barradas Barata, Rita	(Brasil)
Bonazzola Pablo	(Argentina)
Briceño León, Roberto	(Venezuela)
Bronfman Pertzovsky, Mario N.	(México)
Calabrese, Alberto E. S.	(Argentina)
Carroli, Guillermo	(Argentina)
Cassanho Foster, Aldaisa	(Brasil)
Cohn, Amelia	(Brasil)
Coimbra, Carlos E. A. (Jr.)	(Brasil)
De Mendoza, Diego	(Argentina)
De Sousa Campos, Gastao W.	(Brasil)
Forni, Floreal	(Argentina)
Franco Agudelo, Saúl	(Colombia)
Fuks Sadovky, Saúl I.	(Argentina)
Galende, Emiliano	(Argentina)
Goldbaum, Moisés	(Brasil)
Koifman, Sergio	(Brasil)
Lattes, Alfredo E.	(Argentina)
Lede, Roberto	(Argentina)
Litvoc, Julio	(Brasil)
Méndez Domínguez, Alfredo A.	(Guatemala)
Menéndez Spina, Eduardo L.	(México)
Menin, Ovide	(Argentina)
Onocko Campos, Roxana	(Brasil)
Pantelides, Edith A.	(Argentina)
Proietti, Fernando A.	(Brasil)
Rohlf's Barbosa, Izabella	(España)
Rovere, Mario	(Argentina)
Ruffino Netto, Antonio	(Brasil)
Sánchez Cabaco, Antonio	(España)
Schapiro, Marta V.	(Argentina)
Stolkiner, Alicia I.	(Argentina)
Zaldúa, Graciela	(Argentina)

Pablo Javkin
Intendente Municipal

Dr. Leonardo Caruana
Secretario de Salud Pública

Adriana Huerta
Coordinadora Área Investigación en Salud

Propietaria
Secretaría de Salud Pública

Director
Dr. Leonardo Caruana

Edición: 2019/2020
Diseño: Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública
ISSN:1667-8044



Darío Nota

Graffiti ubicado en el galpon de la juventud sobre av. Belgrano y San Martín, Rosario.

Material: pintura aerosol.

Dimensiones: 3 x 3 mts.

El artista urbano Darío Nota nació en Rosario el 19/01/79. Vive y trabaja en esta ciudad. Ha cursado la carrera de Licenciatura de Bellas Artes en la Universidad Nacional de Rosario (5to año). Dedicado desde el año 2012 al arte urbano (Street Art). Ha realizado muestras y participado en concursos de pintura, dibujo, escultura, graffittis y bienales en diferentes partes del país. Actualmente ejerce la docencia en un taller de arte urbano que dicta en una cárcel de menores y en dos instituciones escolares del Barrio Toba. Estando en prisión, comenzó a realizar cuadros para superar ese momento donde veía "todo muy oscuro". Hoy en día, en la ciudad de Rosario tiene más de 50 murales pintados por él. Su identidad como artista urbano se define según sus expresiones textuales en una nota periodística "yo pinto de día para que la gente me vea porque no es nada malo", "eligo paredes que estén con contaminación visual por partidos políticos, cosas de fútbol ó insultos", además enfatiza su interés en provocar, conmovir a la gente que observe sus murales, "si fuera por mí todas mis obras dirían algo. A mí me encanta dejar un mensaje, eso me interesa más".

Agradecemos a Darío Nota el permitirnos reproducir esta obra.

Editorial

Elogio de la duda

¡Alabada sea la duda! Os lo aconsejo:
Saludad serenamente y con respeto
a quien pondere vuestra palabra como a falsa moneda (...)
Los irreflexivos nunca dudan.
Su digestión es espléndida, su juicio, infalible.
No creen en los hechos; sólo se creen a sí mismos(...)
Y tú que eres dirigente, no olvides
que lo eres porque antes dudaste de los dirigentes.
¡Permite, pues, a los dirigidos
Dudar!
Bertolt Brecht

Resulta difícil escribir en tiempos como éste, en lo que todo parece haber sido dicho y continuar diciéndose. El tiempo de la Pandemia, el año que vivimos en peligro ha dejado poco tiempo para la reflexión y ha sumergido a algunos sectores de la vida social (dirigentes políticos, gestores sanitarios, equipos de salud entre otros) en un espiral interminable de acciones.

Sousa Santos, el imprescindible pensador portugués sostenía que estamos ingresando en una etapa de "pandemia intermitente" en donde "el virus tendrá mutaciones, habrá una vacuna eficaz y otra no, vendrán otros virus..." como obvio resultado de un proceso de desarrollo del capitalismo, sustentado en una explotación salvaje de la naturaleza que no duda en destruir el ecosistema, si esa destrucción se vuelve rentable. Quizás por eso, quizás porque la experiencia de la pandemia acarrea consecuencias sociales y políticas graves y fundamentalmente pérdida de vidas, quizás por todo eso, es más necesario que nunca detenerse a reflexionar y de alguna manera, analizar algunos interrogantes que deja la pandemia de COVID -19.

Un interrogante remite a considerar si la pandemia no produjo un notable fortalecimiento del paradigma biopolítico y en ese marco, del Modelo Médico Hegemónico. Ligado a ese proceso, sería relevante preguntarse si el surgimiento de la pandemia no deslizó a diferentes niveles estatales a lo que podríamos llamar el "monopolio del COVID". Esto es, gestionar la vida social, desarrollar arreglos institucionales centrados excluyentemente en el "combate contra el virus". Un integrante de un equipo de salud local, lo ponía de manifiesto relatando una experiencia en el marco de los recorridos territoriales orientados a la detección de casos: "Estábamos tan centrados en detectar a los sintomáticos, que una señora decía insistentemente que no tenía para comer y yo insistentemente le preguntaba si había tenido fiebre, dolor de garganta, pérdida del gusto o del olfato... Esa tarde, cuando volví a mi casa me pregunté: ¿qué estoy haciendo, qué sentido tiene lo que hago?..."

Otro interrogante, ligado a lo anterior es si, develada nuestra extrema fragilidad como humanos ante la irrupción de la pandemia, ¿todos somos iguales ante el peligro? ¿El virus nos iguala?, ¿estamos todos igualmente "desamparados"?

Un tercer interrogante remite a reflexionar sobre la lógica de los comportamientos sociales. ¿Podría considerarse que se transitó un primer tiempo de pandemia en el que, además de las medidas gubernamentales de restricción, el miedo operó como un fuerte disciplinador social? Si así fuera, sería necesario reconocer

que el miedo no dura eternamente, y los datos del número creciente de contagiados y muertos que despertaron fuertes niveles de alarma en los primeros tiempos, empezaron a naturalizarse, como si esas estadísticas tuvieran una total exterioridad respecto de los propios comportamientos -percepción probablemente reforzada por medidas de gobierno que iban avanzando en el levantamiento progresivo de las restricciones en simultáneo con el aumento progresivo de contagios y muertes, negando en acto que las primeras eran condicionantes de las segundas-. ¿Se trataría entonces de la necesidad de repensar estrategias de trabajo con la población en la línea de desarrollar la conciencia del cuidado colectivo, y en líneas más generales de invertir esfuerzos en intervenciones en el tejido social que trasciendan el conteo de camas y respiradores, como si de eso se tratara la clave del cuidado de la salud?

Un último interrogante, imprescindible ante un posible escenario de “segunda ola”, o de “pandemia intermitente”, ¿qué aprendizajes logramos en torno al cuidado de los trabajadores de salud? -como pregunta indisolublemente ligada a la pregunta por el cuidado de la población-. En la concepción de una pura dimensión maquina del trabajo en salud, sólo se trata de protocolos, número de camas disponibles, de respiradores, de ambulancias. En el mejor de los casos, previsiones realizadas sobre la base de cálculos matemáticos y anticipación de escenarios epidemiológicos. Pero cuando somos conscientes de los escenarios reales del trabajo en salud, podemos reconocer que hay sujetos que manejan las ambulancias; hay sujetos que operan los respiradores; hay sujetos que caminan el territorio intentando rastrear pacientes; hay sujetos agotados; hay sujetos con temor; hay sujetos que reniegan del temor; hay sujetos atravesados por el dolor de la muerte de sus pares, de sus pacientes; hay sujetos confrontados con la angustia de la posibilidad de la propia enfermedad y la propia muerte. Y en la población hay sujetos con temor; hay sujetos que reniegan del temor; hay sujetos agotados; hay sujetos atravesados por el dolor de la muerte de sus pares, de sus familiares; hay sujetos confrontados con la angustia de la posibilidad de la propia enfermedad y la propia muerte; confrontados con la angustia de no contar con las condiciones básicas de supervivencia. Y frente a ese reconocimiento entonces, es necesario comprender que no hay eficacia posible si no se analiza la complejidad de lo que está en juego, que no hay chance de evitar muertos y contagios si sólo se trata de contar camas y respiradores. Como dijo Badiou, “una epidemia es compleja porque siempre es un punto de articulación entre las determinaciones naturales y sociales. Su análisis completo es transversal: debemos captar los puntos donde se cruzan las dos determinaciones y dibujar las consecuencias”. Y este análisis es, sin lugar a dudas, responsabilidad del Estado como instancia legítima con potencial capacidad para diseñar estrategias que aseguren la protección del bienestar general de la población.

Adriana Huerta
Coordinadora Área Investigación en Salud

Indice

Editorial

Artículos originales.

- **Análisis del proceso de atención de pacientes con VIH-SIDA adscriptos a un Centro de Salud del Distrito Noroeste de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.** Quignard, M. **Pág. 9**
- **Representaciones de lxs Trabajadores de Salud respecto de lxs jóvenes involucrados en situaciones de violencia en un barrio del Distrito Sur de la ciudad de Rosario.** Bravo, M.; Micozzi, J.; Roich G.; Colman Semenza, L. **Pág. 29**
- **Impacto del desempeño del rol de cuidador en la salud mental de cuidadorxs de sujetxs con discapacidad en un Centro de Salud de Rosario.** Bianchini, F.; Delladonna, C.; González, S.; Podestá, E. **Pág. 49**
- **Tecnologías utilizadas por el equipo de salud de un Centro de Atención Primaria en el Distrito Sur en el abordaje de mujeres en situación de violencia de género doméstica.** Vidal, A. **Pág. 64**
-

Revisiones

- Atención primaria de la salud: el largo y no tan sinuoso camino desde Alma-ata hasta Astaná.** Chavero, M. **Pág. 78**
-

Relatos de Experiencia

- Atención Primaria de Salud: recuerdos y reflexiones.** Guevara, R. **Pág. 87**
-

Relatos Jornadas Intercambio de Experiencias de la Secretaría de Salud Pública

- **Sobre las potencialidades de vínculos de cuidado en un espacio de desarrollo infantil.** Repetto, M.; Martino, V.; Vázquez, F.; Mastroberardino, J.; Jasinski C. **Pág. 93**

- **Dispositivo de enlace territorial. Área ambulatoria Hospital Roque Sáenz Peña.** Ferreyra, M.L.; Gradilone, M.F.; Mazza, S.; Mazzola, M. **Pág. 95**

- Normas de publicación.** **Pág. 97**

ANÁLISIS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON VIH-SIDA ADSCRIPTOS A UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO NOROESTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO

Mariana Quignard *

“Si las estructuras de la desigualdad social continúan existiendo, la diseminación de la infección por el HIV y SIDA continuará y continuará siguiendo las fisuras y fallas creadas por la opresión, prejuicio y discriminación social y económica. La lucha contra el SIDA surge necesariamente dentro de la lucha más amplia contra la injusticia, contra la pobreza y la miseria...”

Parker, R. (1994) (1)

RESUMEN

La presente investigación aborda el proceso de atención de pacientes con VIH adscriptos a un Centro de Salud Municipal entre enero de 2017 y noviembre de 2018. **Metodología:** Es un estudio cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo. Las técnicas de recolección de datos fueron: revisión de fuentes secundarias y entrevistas con trabajadores del Centro de Salud para indagar en torno a sus visiones respecto a la modalidad de abordaje de estos pacientes; uso de las diferentes tecnologías; articulación con otros profesionales del centro de salud y de otros niveles de atención; obstáculos y facilitadores percibidos durante este proceso. **Resultados:** La construcción de un vínculo entre profesional y usuario fue valorado como posibilitador de la longitudinalidad en los procesos de atención. La responsabilidad del proyecto terapéutico recae exclusivamente sobre el médico general y de familia y no del equipo de referencia. Por otra parte, se observan “vacíos” en algunos pacientes en el proceso de atención, discontinuidad del tratamiento sin registro de sus determinantes. Respecto al número de interconsultas realizadas al infectólogo, arrojó un promedio muy bajo. Asimismo los médicos de referencia señalan que la ausencia de contrarreferencia de infectología genera un obstáculo quedando el usuario como transmisor de la información clínica. Esto produce muchas veces interrupciones en la longitudinali-

dad. Se puede concluir que el trabajo interdisciplinario sería una necesidad no solo para la construcción de un proceso de atención integral que beneficiaría a los pacientes, sino también como un facilitador para los trabajadores.

Palabras clave: Proceso de atención / VIH-SIDA / longitudinalidad/ atención integral.

SUMMARY

The objective of this research is to approach the care process of HIV patients assigns to a Municipal Health Centre between January 2017 and November 2018. The methodology used is a quantitative-qualitative study, and of the descriptive type. The data collection techniques included reviewing of secondary sources and interviewing workers at the Health Centre to investigate their visions regarding the approach of these patients; the use of different technologies; coordination with other health centre professionals and other levels of care; obstacles and facilitators perceived during this process.

The result is the construction of a link between the health care professional and the patient was valued as an enabler of longitudinality in the care processes. The responsibility for the therapeutic project lies exclusively with the family doctor and not on the reference team. On the other hand, “gaps” are observed in some patients in the care process, disconti-

*Médica Generalista. Centro de Salud Débora Ferrandini

uation of their therapies without the registration of the determining factors. The number of consultations with the infectiologist has showed an extremely low average. Primary Physicians also point out that the absence of an infectiology counter-reference creates an obstacle that leaves the patient as someone who communicates the clinical information. This often causes disruptions in the longitudinality.

It can be concluded that the interdisciplinary work would be a need not only for the construction of a process of comprehensive care, that would benefit patients, but also as a facilitator for workers.

Keywords: Care process / HIV-AIDS / longitudinality / comprehensive care.

INTRODUCCION

El Vih/sida es uno de los nuevos problemas en salud que ha interpelado al modelo médico hegemónico en su decir y hacer, trayendo nuevas preguntas y contradicciones al trabajo de los equipos en el mejor de los casos, y de los médicos que se dedican específicamente a la problemática, en otros. También ha movilizad a sectores de la sociedad civil que se han organizado para luchar contra las inequidades que ha puesto en evidencia esta epidemia. Se trata de una problemática que atraviesa puntos sensibles y controvertidos para los sujetos y la sociedad: sexualidad, enfermedad, muerte. Ha puesto en tensión aquello que se encuentra relacionado con los derechos de los pacientes: consentimiento informado, confidencialidad, intimidad, derecho a decidir la realización de tratamiento, discriminación (incluida la del ámbito laboral) por lo que se han tenido que reformular y crear nuevas leyes como por ejemplo Ley Nacional de Sida N.º 23.798 (2).

Rosario es una de las ciudades que se ha unido al llamado de la Declaración de París para poner fin a la epidemia de SIDA¹. En dicha declaración se compromete a alcanzar una serie de metas para acelerar la respuesta al sida con el objetivo de poner fin a la epidemia. Entre tales compromisos se encuentra alcanzar para el año 2020 los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA, que consisten en que el 90 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de quienes conocen su estado serológico positivo sigan un tratamiento y suprimir la carga viral del 90% de las personas en tratamiento, para que se mantengan sanas y se reduzca el riesgo de transmisión del VIH (3).

Un aspecto central en el abordaje de esta pro-

blemática refiere a la posibilidad de construir vínculos de confianza estables a lo largo del tiempo entre equipos de salud y usuarios. En efecto, múltiples estudios (4,5) han demostrado que la longitudinalidad en la atención permite conocer al paciente y sus problemas de salud, planear el cuidado, profundizar el vínculo, desplegar acciones de promoción y prevención de salud y al mismo tiempo reducir el número de internaciones en enfermedades crónicas. Asimismo, el ejercicio de prácticas integrales a partir de la escucha y el alojamiento de las necesidades en salud son también determinantes para garantizar un proceso de atención adecuado.

La problemática del VIH-SIDA constituye sin duda un tema de jerarquía en el ámbito de la red de salud pública municipal. Según datos aportados en el año 2016, tanto en el ámbito nacional como en el de la red municipal un tercio de los diagnósticos efectuados son tardíos; las defunciones son mayores en hombres, en quienes tienen menor nivel de instrucción y mayor edad, además se constata un aumento de la resistencia a no nucleósidos en los últimos años. Por su parte, en Rosario, la mayoría de los pacientes diagnosticados se atienden en el sistema público de salud municipal, caracterizado por estar enmarcado en una política sanitaria organizada en torno a la estrategia de APS (con el fortalecimiento del primer nivel de atención) y basada en el derecho a la salud (6,7). En tal sentido, la presente investigación gira en torno a la pregunta por las características del proceso de atención de pacientes con VIH del Centro de Salud Municipal Débora Ferrandini durante el período comprendido entre los meses de enero de 2017 y noviembre de 2018. Tomando la perspectiva de los trabajadores se hará eje en los atributos de integralidad y longitudinalidad como elementos que permiten profundizar en el análisis de dicho proceso.

MARCO CONCEPTUAL

Concepciones en torno a los procesos de salud-enfermedad atención.

Menéndez define el **proceso salud-enfermedad-atención** como un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. La enfermedad, los padecimientos, constituyen para este autor algunos de los hechos más frecuentes que afectan a la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Así, "... el sujeto, desde su nacimiento -cada vez más medicalizado-, se constituye e instituye, por lo menos

en parte, a partir del proceso salud- enfermedad- atención⁴¹. El proceso salud- enfermedad- atención se configura en una diversidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades. Estas representaciones y prácticas se orientan a enfrentar y resolver los condicionantes y el impacto generado por los daños a la salud. El padecimiento fundamentalmente a partir del Siglo XVIII se consolida en objeto de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocioal (8). Para Menéndez, esta condición constituye un fenómeno generalizado que tiene lugar a punto de partida de tres procesos: *“la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no solo en términos técnicos, sino socio ideológicos”*⁴². Esta definición teórica es de suma relevancia para analizar la problemática del VIH. Menéndez propone la existencia de diferentes modos de atención que utilizan los sujetos y conjuntos sociales en pos del cuidado de la salud y la enfermedad. Estos modos son múltiples, diversos y se superponen siendo la **biomedicina** sólo uno de ellos. El autor llama a este último Modelo Médico Hegemónico (MMH) y describe como principales características estructurales el biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El biologismo, como dimensión que articula el conjunto de los rasgos del MMH excluye las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad de los procesos de enfermar, instala una “historia natural de la enfermedad” convirtiendo en variables bioecológicas los determinantes históricos y sociales de la enfermedad (9). En este sentido, el objeto de trabajo queda recortado a la enfermedad y sus manifestaciones orgánicas. Desde otra perspectiva teórica el objeto de trabajo es el sujeto y sus necesidades. En este sentido Cecilio (2001) plantea que *“Cuando alguien procura un servicio de salud, está trayendo una “canasta de necesidades”*⁴³. Los equipos de salud tienen la potencia de hacer una “escucha” de las personas que buscan cuidados en salud y tomar sus necesidades como centro de las intervenciones y prácticas (10). El mismo autor propone organizar las **necesidades de salud** en cuatro grandes grupos:

- El primero, respecto a las buenas condiciones de vida hacen referencia a los distintos lugares ocupados por hombres y mujeres en el proceso productivo

de las sociedades capitalistas.

- El otro grupo de necesidades lo constituye el acceso al consumo de la tecnología de salud capaz de mejorar y prolongar la vida. Emerson Merhy (11) propone pensar estas tecnologías en salud en las siguientes categorías: *leves o blandas, blandas-duras y duras*⁴⁴.

- Un tercer grupo de necesidades habla respecto a la creación de vínculos afectivos entre cada usuario y un equipo y/o profesional, vínculo en cuanto a referencia y relación de confianza. Significa el establecimiento de una *relación continua en el tiempo*, personal e intransferible, amable: encuentro de subjetividades.

- Un cuarto grupo de necesidades, habla respecto a la necesidad de cada persona de tener grados crecientes de *autonomía* en su modo de llevar la vida. La autonomía implicaría la posibilidad de reconstrucción para los sujetos, dar sentidos a su vida y esta resignificación tendrá peso en su modo de vivir, incluyendo así la lucha por la satisfacción de sus necesidades, de la forma más amplia posible. Para Cecilio las necesidades en salud podrían ser un concepto estructurante para lograr equidad e integralidad en la atención (12).

En tal sentido, las mismas pueden articularse en la práctica “ampliando la clínica”, es decir incluyendo al sujeto y su contexto. Una **clínica centrada en los Sujetos**, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esta existencia. Así, los servicios de salud deberán operar con la suficiente plasticidad para dar cuenta de esta variedad (13).

Modelo de atención en salud basado en estrategia de APS

Citando a Ferrandini, D. (2003) (14) *“Trabajar en salud en un contexto global de exclusión significa, básicamente, trabajar para incluir (...) el trabajo en Atención Primaria de la Salud es entendido entonces esencialmente como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida (...) se trata de construir capacidades para reconocer necesidades heterogéneas y complejas y desarrollar con la gente respuestas peculiares a esas necesidades. De allí la permanente búsqueda de un modelo de gestión que permita la constitución de los trabajadores de salud como sujetos protagonistas, en permanente revisión y remoción de las barreras con que las instituciones*

obstruyen la participación de la gente en la construcción de su derecho a la salud.^{4VI}

Este concepto se enlaza claramente con la perspectiva teórica señalada previamente donde el objeto de trabajo es el sujeto y sus necesidades, así como también coloca al trabajador en un rol activo, creativo, reflexivo con capacidad de tomar decisiones direccionadas a garantizar el derecho a la salud. Por su parte, la OMS establece elementos conceptuales claves que caracterizan a la Atención Primaria, a saber, que se trata de una atención integral, integrada, continuada y longitudinal, activa, accesible, desarrollada por equipos, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora (15).

De los atributos enumerados, la presente investigación priorizará la mirada en torno a las categorías de **integralidad y longitudinalidad** por considerar que se trata de conceptos clave para analizar los procesos de atención en general y de patologías crónicas como el VIH-SIDA en particular. La **integralidad** en la atención puede ser definida como el conjunto de servicios, prácticas y técnicas desarrolladas por profesionales y por el sistema de salud para la garantía del "cuidado" en los términos apuntados por Ayres (16). Yendo al plano de lo singular la integralidad de la práctica que produce cuidado se vincula con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Desde la mirada del profesional de salud se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, junto al otro, 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. Tiene que ver con la capacidad de albergar el saber del otro en el ejercicio de "otrase" de reconocer la alteridad y producir con otros (17).

Tradicionalmente se define **longitudinalidad** como el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto, la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada a un problema o un diagnóstico (18). En palabras de Starfield (19): «*Presencia y utilización de una fuente asistencial regular a lo largo del tiempo*» o la relación personal a lo largo del tiempo con independencia de cualquier tipo de problema, o de su estadio evolutivo, y aún la ausencia de problema de salud. Como consecuencia

se produce una relación de confianza, y el paciente identifica a «su médico» o a su fuente de cuidado habitual (20).

Puede reconocerse una vinculación entre el concepto de *longitudinalidad* planteado y el tercer grupo de la taxonomía de las necesidades en salud descrito por Cecilio, si se tiene en cuenta que en ambos casos se valora el vínculo como instrumento tecnológico posibilitador de la producción de cuidado. Así, acordando con Mehry, el trabajo en salud está centrado en el trabajo vivo, como trabajo en acto, observando que en las intervenciones asistenciales, además de las diversas herramientas-maquinas que se utilizan, también se movilizan conocimientos bajo la forma de saberes profesionales y fundamentalmente el encuentro entre dos personas (21).

CONTEXTO DE ESTUDIO

Red de atención en Rosario

Desde hace 30 años el Municipio de Rosario sostiene una red de salud sobre las bases de la universalidad, accesibilidad, equidad, eficiencia, integralidad y participación, con una política basada en la salud como derecho y la atención primaria de la salud como una estrategia, fortaleciendo al primer nivel de atención y pensando el sistema de salud como una red. Los centros de salud se ubican como las instituciones estatales del sector más cercano a la comunidad, teniendo la responsabilidad de asegurar el desarrollo de los siguientes ejes:

- *Prácticas de construcción de salud colectiva:* diseñadas a través de procesos locales de programación participativa que partan de una visión epidemiológica dinámica de la situación de salud.

- *Prácticas amplias y contextualizadas de atención de salud:* que permitan la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso salud enfermedad, asegurando *la integralidad* del abordaje de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención, aun cuando este incluya interconsultas o referencias a otros niveles. Esta práctica clínica debe reformularse permanentemente a la luz de una visión epidemiológica y sujetarse a la planificación local.

- *Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad:* desarrollando posibilidades de es-

cucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación a las heterogéneas necesidades de la comunidad (22).

Se trata de construir capacidades para reconocer necesidades heterogéneas y complejas, para desarrollar con la gente respuestas peculiares a esas necesidades. La función asistencial de todo Centro de salud de la red municipal debe asegurar la captación y el seguimiento diferenciado acorde a las necesidades de toda población (23). En ese marco se proponen diferentes herramientas para el desarrollo del trabajo en el primer nivel de atención:

- *Historia clínica familiar*: donde se jerarquizan aspectos vinculados con los determinantes de proceso salud-enfermedad, evitando el habitual reduccionismo centrado en lo individual y familiar. La construcción interdisciplinaria y compartida con el/los sujetos que padecen los problemas es un eje que organiza la lógica de lo que se registra. Se trata de un instrumento que maneja un colectivo que incluye como protagonista a aquél cuyo nombre se escribe al inicio de cada hoja y como actores a aquellos que firmando lo que registran se hacen cargo de lo observado o intervenido. Se trata de un diálogo entre responsables que comparten una ética: no es legítimo registrar nada que no contribuya a construir un problema ni tampoco es legítimo intervenir por fuera de las estrategias diseñadas en el proyecto terapéutico compartido entre padecientes y terapeutas responsables. Dentro de la historia clínica, el proyecto terapéutico compartido, toma jerarquía para el presente trabajo ya que el sentido del mismo es la construcción consensuada (entre un equipo y el usuario) de diferentes propuestas o intervenciones ajustadas a las necesidades singulares del sujeto. Un enfoque integral de los problemas es lo que guiaría la construcción.

- *Adscripción*: definida como la relación entre un equipo de referencia con su población asumiendo la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actuando como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales.

- *Equipos de referencia*: constituidos por generalista, clínico o pediatra y enfermero asumen la responsabilidad en el cuidado de la salud de una población adscripta a los efectos de potenciar el vínculo como recurso terapéutico.

- *Matricialidad*: Profesionales del resto de las

disciplinas involucrados de manera transversal a demanda de los Equipos responsables. La referencia / contrarreferencia, es un instrumento de comunicación entre diferentes actores de un proyecto terapéutico, donde quien referencia -previo acuerdo con el usuario-, expone por escrito de modo contextualizado y preciso el motivo por el cual lo refiere con otro profesional y quien contrarreferencia responde por escrito lo que evalúa y sugiere en función de lo acordado con el usuario.

- *Sistema integrado de salud Rosario (SIRS)*: es la plataforma donde se registran desde distintos puntos de la red de salud las consultas, estudios, datos filiatorios, problemas de salud, que tiene un usuario (24).

El Centro de Salud (CS) en estudio integra junto con otros 50 centros, **el primer nivel de atención**, que constituye el espacio con mayor poder resolutivo (por su contacto estrecho con la población). Dichos CS se encuentran distribuidos y organizados distritalmente, en 6 distritos: Norte, Noroeste, Oeste, Sur, Sudoeste y Centro. Cada Centro de Salud cuenta con un Gestor referente (jefe de centro) o un Equipo de Gestión. Cada distrito cuenta con un Coordinador Distrital. Se realizan reuniones regulares entre cada Coordinador y los jefes o Equipos de Gestión de los Centros pertenecientes a su distrito. Esto tiene el propósito de articular de manera transversal a los Centros de Salud entre sí, con otros efectores de salud (municipales y/o provinciales) y con instituciones, organizaciones o actores sociales locales, y verticalmente a cada Centro con sus respectivos CMD, con la Dirección de Centros de Salud, y con las diferentes instancias de referencia de la gestión de Salud, para esto también se realizan encuentros regulares, aunque menos frecuentes con todos los Equipos de Gestión de la ciudad, los Coordinadores de todos los distritos, Dirección de Centros de Salud y otros actores de la red, según problemática.

En particular, el CS estudiado se encuentra ubicado en el distrito Noroeste, en el mismo edificio en que funciona el Centro Municipal de Distrito, iniciando su actividad en el año 2007. El equipo de salud está constituido por dos psicólogas (una de ellas es jefa de centro), una psiquiatra, tres administrativos, una farmacéutica y una pasante de farmacia, cinco enfermeros, siete médicos (cinco generalistas, una pediatra y un clínico), seis residentes de medicina general y una residente de pediatría, una kinesióloga y estudiantes de kinesiología, una fonoaudióloga,

tres odontólogas con una pasante de odontología y una mucama. En sus inicios el equipo médico contaba solo con un especialista en medicina general y familiar, un clínico, dos pediatras y una tocoginecóloga. La salida progresiva de la mayoría de los médicos que conformaron el equipo inicialmente fue dando lugar a la llegada de médicos generalistas, para sumar en el año 2016 dos líneas de residencia de medicina general y familiar con dos tutoras. Hoy la mayoría del staff médico está especializado en medicina general y familiar, solo queda una médica pediatra que conformó el equipo con que se abrió el centro en el año 2007. Cabe señalar que no todos los médicos generalistas trabajan con familias, algunos solo toman población adulta y mujeres, otros no atienden niños y otros predominantemente trabajan con población infantil.

La población que vive en el área de referencia es de 30554 habitantes según último registro censal. Es un área heterogénea, con diferentes microáreas en su interior, que se diferencian entre sí por las condiciones de vivienda, niveles de ocupación, acceso a la red cloacal, periodos de inundaciones y nivel de instrucción, entre otros indicadores.

OBJETIVOS

General:

-Caracterizar el proceso atención de los pacientes con VIH/sida de un Centro de Salud municipal del Distrito Noroeste, durante el periodo que va de enero del año 2017 a noviembre del año 2018 a partir de los registros de HC y desde la perspectiva de los propios trabajadores.

Específicos:

-Caracterizar la **longitudinalidad** del proceso de atención de los pacientes con VIH/SIDA considerando:

a) Momento de ingreso al efector y continuidad del tratamiento farmacológico implementado

b) Equipo/profesional responsable del proyecto terapéutico

c) Frecuencia y tipo de consultas realizadas por año con médico de referencia, otros médicos del Centro y enfermería.

-Identificar la condición de **integralidad** del proceso de atención de los pacientes con VIH/SIDA, teniendo en cuenta:

a) Registro en Historias Clínicas (HC) de dimensiones condicionantes de los procesos de S-E-C (pertenencia de género, estrategias de reproducción

económica, condiciones de la vivienda, escolaridad, configuración familiar y red social de soporte).

b) Acceso a interconsultas y estudios complementarios en los otros niveles de la red. Frecuencia y criterios de derivación/ interconsulta a Infectología.

c) Registro de inmunizaciones, PAP, controles de embarazo (observar en la HC si los hijos están estudiados) realización de examen físico anual, realización semestral de carga viral y subpoblación linfocitaria.

d) Abordajes desarrollados por otros trabajadores del equipo. Trabajo social, salud mental, etc.

● Describir la perspectiva de los trabajadores del equipo de salud en torno a las modalidades de abordaje de estos pacientes y los obstáculos y facilitadores en los procesos de atención.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio cuali- cuantitativo, de tipo descriptivo, con la revisión de registros de HC, ficheros de farmacia, registros del SICAP^{VII} (Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria) y SISR (Sistema Integrado de Salud Rosario) en el período de enero de 2017 a noviembre de 2018. Se trabajó con la totalidad de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que hubieran tomado contacto con el CS entre enero del año 2017 y noviembre del año 2018 constituyendo un total de 21 usuarios. Asimismo se realizaron entrevistas con trabajadores del CS (médicos y enfermeros) para indagar en torno a los siguientes ejes temáticos: perspectivas en torno a la modalidad de abordaje de estos pacientes; percepciones en torno al uso de las diferentes tecnologías en el proceso de atención; opiniones en torno a la articulación con otros miembros de equipo y profesionales de otros niveles de atención en los abordajes; obstáculos y facilitadores percibidos en los procesos de atención.

Para caracterizar la variable Longitudinalidad^{VIII} del proceso de atención, se recabó información en torno a: Año del diagnóstico, fecha de 1ª consulta al efector, continuidad de tratamiento, profesional responsable del proyecto terapéutico, frecuencia y tipo de consultas realizadas con el médico de referencia, con otros médicos del efector y con otros profesionales del equipo, criterios de derivación e interconsulta con infectología y con otros actores de la red de servicios, realización de examen físico anual.

En cuanto a la variable integralidad, se tomó en consideración la existencia o no de registros en HC en torno a variables socio-demográficas tales como

edad, pertenencia de género ^{IX}, escolaridad, estrategias de reproducción económica, condiciones de la vivienda, existencia de red de soporte familiar y social; cobertura de inmunizaciones ^X, realización de PAP, controles de embarazo y realización de diagnóstico a los hijos, intervención en los abordajes de profesionales matriciales.

RESULTADOS

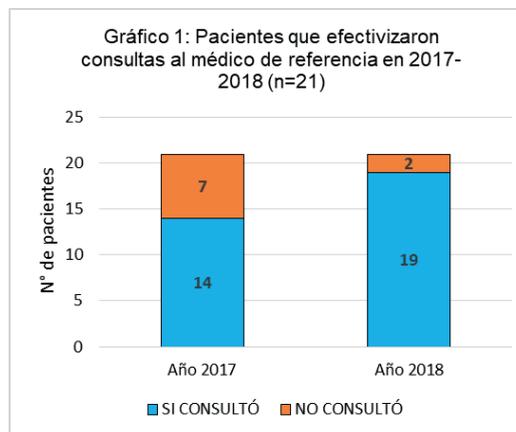
Características sociodemográficas

La población estudiada estuvo constituida por 21 pacientes y tuvo una media de **edad** de 42 años. En relación con el **sexo** 12/21 pacientes pertenecían al sexo femenino. Se analizó también la existencia de información acerca de las **Estrategias de reproducción económica** de los usuarios, encontrando que en 7/21 casos no había registros en la HC. Entre los casos en que sí se relevó este dato, la mayoría de la población estudiada tiene como estrategia el trabajo informal y el subsidio del estado (9/21). Por otro lado se relevó el registro de las **características de la vivienda**, encontrando que la mayoría de las historias clínicas (15/21) no presentaban ningún dato al respecto. En el caso del **nivel educativo**, la ausencia de registros es aún mayor (16/21). Entre los casos en que sí se registró este dato, dos pacientes tenían escolaridad primaria completa, dos, contaban con escolaridad secundaria incompleta y solo un caso

con secundaria completa. En lo referido a datos vinculados a la red social de soporte de los pacientes, no se encontró ningún registro, mientras que en lo referido al soporte familiar, la mayoría de los registros hacían referencia a los convivientes de la población estudiada siendo la pareja y los hijos los mayormente registrado.

Longitudinalidad e integralidad en el proceso de atención

Se analizó el tiempo de atención transcurrido desde la primera consulta al efector de estos pacientes, encontrándose un promedio de 5 años. Además se valoró el tiempo en años, que los pacientes tienen de referencia con su médico, encontrándose que el mismo se extiende en un rango que va entre 1 y 6 años, con un promedio de 2 años. Por otro lado, se analizó la antigüedad del diagnóstico encontrando que la población estudiada presenta una media de 10 años desde el momento diagnóstico, con una mediana de 7 años. A su vez, el tiempo en meses transcurrido desde la última consulta realizada al médico de referencia es menor a 6 meses en el 81% de los usuarios (17/21). Analizando en forma desagregada las consultas al médico de referencia para cada uno de los años, encontramos que en el año 2017, 7 usuarios no realizaron ninguna consulta; número que desciende a 2 durante 2018. (Gráfico 1)



Fuente: Elaboración propia

La frecuencia de consultas con el médico de referencia en el período estudiado oscila en un rango que va de 1 a 17, con un promedio de 6 y una mediana de 5 consultas. Cabe señalar que en la mayoría de los casos, se trata de consultas para acompañamiento

de su problema crónico y muy pocas por afecciones agudas (Cuadro 1). Por otro lado, cabe señalar que un 38% de pacientes no presentaron ninguna consulta vinculada a eventos agudos.

Cuadro N°1

Consultas con médico de referencia		
	Frec	%
Por controles	96	77%
Por eventos agudos	29	23%
TOTAL	125	100%

Fuente: Elaboración propia

Para cada una de las consultas efectivizadas en el período en estudio, se analizó el registro en HC de parámetros de evaluación del examen físico encontrando los siguientes resultados (Cuadro N° 2):

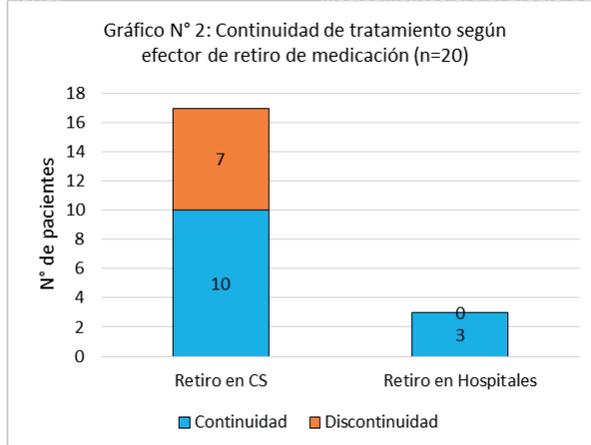
Cuadro N°2: Registro en HC de examen físico

	Año 2017 (N= 21 pacientes)		Año 2018 (N= 19 pacientes)	
	Registrado	No registrado	Registrado	No registrado
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Peso	10	11	17	2
Tensión arterial	10	11	16	3
Descripción de Ex. Físico	6	15	15	4

Fuente: Elaboración propia

Son muy pocas las veces que los usuarios consultan con otro médico del CS, siendo el motivo de consulta más frecuente el evento agudo. En cambio, son frecuentes las consultas a enfermería (una media de 7 consultas en el período estudiado), superando notoriamente en varios casos la frecuencia de consultas al médico de referencia. En efecto, en cinco de los casos, se constata que los usuarios consultaron en promedio 5,2 veces más a Enfermería que a su médico de referencia. En contrapartida, en cuatro de los casos se observa una frecuencia de consultas al médico de referencia considerablemente superior a las realizadas a Enfermería.

Al momento de realizar esta investigación casi todos los pacientes, -excepto uno que abandonó- se encontraban en tratamiento medicamentoso. La mayoría de ellos retira la medicación en el CS (17/21), tres de ellos lo hacen en diferentes hospitales de la red municipal o provincial. Se valoró también la continuidad en el tratamiento tomando en consideración la regularidad en la toma de medicación según constaba en HC y en los registros de Farmacia, encontrando que 10/17 retiran la medicación de modo regular. Cabe destacar que en aquellos casos en los que se constató una toma discontinua de medicación, el efector de provisión de medicamentos era el propio CS. (Gráfico N° 2).



Fuente: Elaboración propia

En relación con las inmunizaciones la mayor parte de la población estudiada no tiene el esquema de vacunación completo (15/21).

Se analizó la cobertura de PAP encontrando que solo en un caso no se realizó la práctica en el período estudiado. Por su parte, la cobertura de pap en esta población es adecuada en la mitad de las mujeres estudiadas (6/12), mientras que 5/12 tienen realizado un solo pap en el lapso de 2 años. De las mujeres que se han realizado pap se observa que 2 de ellas están conectadas con el servicio de patología cervical, lo que implica que cursaron embarazos. Los controles

que realizaron en el CS conjuntamente con el servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Maternidad Martin fueron adecuados respecto de la articulación entre los diferentes niveles de la red sin perder longitudinalidad en el proceso, habiéndose solicitado y realizado el test a los niños en todos los casos.

Se relevó además la participación de otras disciplinas -además de medicina y enfermería- en el abordaje de estos pacientes, y se encontró que en 9/21 casos intervienen también otros profesionales en el proceso de atención (Cuadro N° 3).

Cuadro N°3: Participación de otras disciplinas en los procesos de atención

DISCIPLINAS	PACIENTES Frecuencia
Trabajo Social	5
Salud Mental (Psicólogo y Psiquiatra) + Odontología	1
Trabajo Social + Salud Mental	3
TOTAL	9

Fuente: Elaboración propia

Utilización de tecnologías apropiadas en salud

Se relevaron las interconsultas solicitadas y realizadas al infectólogo en el período estudiado encontrando que 16/21 pacientes fueron interconsultados y de ese total 11/16 efectivizaron la misma. (Cuadro N° 4). Si se considera el total de consultas efectuadas a los médicos de referencia y las corres-

pondientes consultas a infectología, encontramos que por cada consulta a infectología, los pacientes consultaron 8,9 veces al médico de referencia, dato que reforzaría la idea de que el proceso de atención de estos pacientes se concentra fundamentalmente en el primer nivel.

Cuadro N°4: Interconsultas con Infectología

	SOLICITADA	REALIZADA
IC CON INFECTOLOGÍA	Frecuencia	Frecuencia
SI	16	11
NO/NO CONSTA	5	5*
TOTAL	21	16

*Nota: el dato incluye dos casos de usuarios que no regresaron a la consulta con el médico de cabecera y tres casos en los que no hay registro en HC respecto de la concreción de la IC.

Se analizó también la solicitud y realización de interconsultas a otros especialistas, así como la solicitud y realización de exámenes complementarios

bianuales encontrando los siguientes resultados: (cuadro N° 5).

Cuadro N°5: IC y estudios complementarios solicitados y realizados

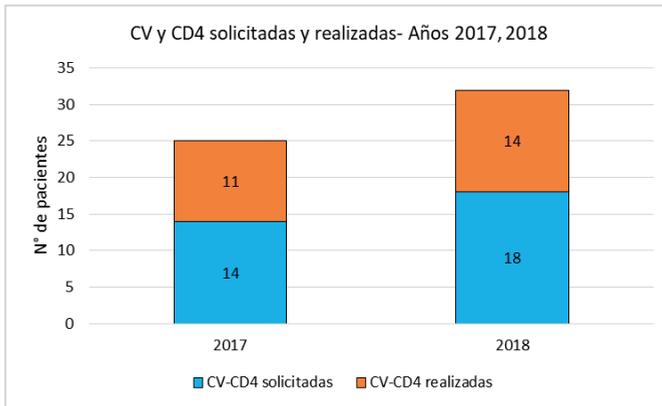
	SOLICITADA	REALIZADA*
	Frecuencia	Frecuencia
IC con oftalmología	4	1
IC otras especialidades (Reumatología, Cardiología, Psiquiatría, etc.)	7	4
Estudios complementarios (Rx tórax, Sonografía, Ecografía)	15	7

*Cabe consignar que se presentan casos de usuarios donde no se puede constatar si efectivizaron las prácticas solicitadas porque no retornaron a la consulta con el médico de cabecera (se trata de 2 casos en los que se solicitaron IC con otras especialidades y 4 casos en los que se solicitaron Exámenes complementarios)

Entre los estudios complementarios, en el año 2017 se les solicitó estos estudios CV y CD4 a 14/21 pacientes y de éstos, 11/14 lo efectivizaron. Se constata un aumento en el 2018, solicitándose

los estudios a 18/21 pacientes y efectivizándose en 14/18 casos (Gráfico 3). De los pacientes que se realizaron CV y subpoblación la mayoría presentó CV no detectable y más de 200 CD4.

Gráfico N° 3



LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES

La construcción del vínculo: pieza clave de la longitudinalidad.

Pueden identificarse diversos elementos clave que operarían favoreciendo la longitudinalidad de los procesos de atención. En efecto, alguno de los entrevistados destaca la importancia del vínculo que se establece entre profesionales y usuarios:

“...sí sí sí sí sí, me ubican, me ubican como su médica de referencia vienen sin problema.”

Médic@2 CS 15/01/19

Uno de los entrevistados describe el vínculo como “fluido”, haciendo clara referencia a lo sencillo que se torna el acceso para los usuarios y a la tarea profesional alejada de toda mecanización.

“Yo lo que veo es que son relaciones, son procesos de atención más fluidos. No es la típica de sacar turno, venir, de “qué te dijo el infectólogo”, que yo me siento como que transcribo...”

Médic@1 CS 14/01/19

Otro aspecto central implicado en la construcción del vínculo refiere al **conocimiento** del equipo respecto de la singularidad de cada paciente, lo que permitiría ajustar las intervenciones en función de esta **singularidad**.

“...la referencia que tienen con enfermería, que se conoce quién es el médico, qué estarían necesitando, se le da una prioridad si está ante alguna cuestión

aguda para que no lo debilite más su enfermedad, tener un ojo de que si te esperan mucho, vos sabes que éste es el que se puede ir o a lo mejor no te espera...”

Enfermer@1 CS 04/02/19

“...cómo son pocos yo sé el que viene si la familia sabe, si la familia no sabe, si los hijos saben, si los hijos no saben... Cómo son pocos yo me puedo acordar cuando hablo, qué decir en frente de cada uno obviamente que la cosa cambiaría si tendría muchos más en donde uno pierde la cuenta”

Médic@2 CS 15/01/19

Algunos de los entrevistados hicieron referencia a vivencias o situaciones que son fundantes del vínculo. Una de las entrevistadas señaló la relevancia que tiene el **momento de comunicación del diagnóstico** para el rumbo posterior que adquiere el proceso de atención:

“Yo creo que eso ayuda muchísimo, la forma en como uno da el diagnóstico, para mí en general la forma en que uno transmite el diagnóstico, la empatía que vos ponés en ese momento yo creo que genera un vínculo bastante fuerte. La confianza que le das al paciente y la apertura que tenés genera un vínculo bastante fuerte. Imaginate esta situación que es un diagnóstico complejo (...) la forma en como uno da el diagnóstico... la empatía que vos ponés en ese momento yo creo que genera un vínculo bastante fuerte”

Médic@1 CS 14/01/19

Otros aspectos identificados como relevantes para la construcción del vínculo fueron la **escucha** y el **respeto**.

“Trato de escuchar al otro y de ver qué es lo que pregunta, qué es lo que quiere saber, hasta dónde”

Médic@1 CS 14/01/19

“hice también un diagnóstico en un embarazo... Era la primer consulta que tenía con la pareja... encima en una situación de embarazo, los dos juntos. Él, súper compañero porque la acompañó hasta el final del embarazo. ... y les digo el resultado es positivo. Positivo significa que estamos ante un diagnóstico de HIV. Vos, sabes qué es esto? se miraban. Se le llenaron los ojos de lágrimas ella no sabía que explicar, que decir. Él, sorprendido. Yo no los conocía mucho. Me mantuve así con precaución...Contesto lo que preguntan, porque no le pifias ahí.”

Médic@1 CS 14/01/19

Flexibilidad en el acceso a turnos como facilitador de la longitudinalidad de atención.

Algunos entrevistados señalan la importancia de la **facilitación del acceso** a la atención como elemento clave para asegurar la longitudinalidad de la atención.

“facilitador es que vienen cuando quieran, cuando tuvieron un tiempito cuando dijeron hoy voy (...) Además en general en pacientes cuando yo lo veo y digo Uy! éste hace un montón que no lo veo..., si a lo mejor hoy no te puedo ver, te doy un sobretorno y te cito mañana, no es que te digo dentro de 15 días. Entonces el paciente se va con una respuesta”

Médic@2 CS 15/01/19

Cercanía del efector como facilitador de la longitudinalidad de atención.

La condición de cercanía que tienen los Centros de Salud con el domicilio de los usuarios es destacado por algunos entrevistados como factor relevante en el aseguramiento de la longitudinalidad de la atención.

“...lo que pasa es que el centro de salud para la persona siempre es lo más cercano que tiene. Tenemos pacientes que el infectólogo está en el Alberdi pero cuando llegan acá por intercurrencias, por cuestiones más sencillas saben que acá va a estar su médico”

Enfermer@1 CS 04/02/19

Vínculo con el equipo/institución.

En el decir de algunos entrevistados puede identificarse como en ocasiones, el vínculo de los usuarios se extiende a todo el equipo de la institución.

“Vende y hace zapatitos los ha traído acá le hemos comprado zapatitos para bebé. O sea hay todo un vínculo, y con el centro de salud también. Con la farmacia, con los chicos de enfermería son esos pacientes que los conocen todos acá en el centro de salud”

Médic@1 CS 14/01/19

Con respecto a **obstáculos** en el proceso de atención ligados a lo local, algunos entrevistados señalaron la **dificultad en la obtención de turnos** con el médico de referencia.

“...como obstáculo justo en este tipo de pacientes la complicación de los turnos”

Médic@1 CS 14/01/19

“... sacar un turno es engorroso. Para tener un turno hay que venir temprano a la mañana y eso cuesta, cuesta tener un turno acá”

Médic@2 CS 15/01/19

Otro obstáculo identificado refiere a la demora en la realización de laboratorios cuando llegan los tubos al efector, hecho atribuido a la ausencia de un equipo de referencia con una posición activa en el seguimiento de los pacientes.

“...en la enfermería... y muchas veces están los tubos ahí y si no viene el paciente tampoco hay un grupo de referencia que diga bueno pidió la autorización están los tubos vamos a buscarlo.”

Enfermer@1 CS 04/02/19

Un obstáculo que refieren los entrevistados alude a la situación de **sobrecarga laboral de los profesionales** y a la vez la **distribución inequitativa de esa carga en los distintos niveles de atención.**

“...por qué puede venir sin turno conmigo tranquilamente, y por qué con el infectólogo no? o con otro especialista.? Por qué el otro no puede hacer la excepción o el huequito?... como que uno acá está siempre obligado a hacer el huequito. Si no es el huequito hoy tiene que ser mañana. El huequito se tiene que generar sí o sí... entonces uno siente, bueno si todos tenemos que hacer huequito lo haremos pero cuando no todos hacemos huequito vos decís, me están tomando el pelo (...) En general a la mayo-

ría de los pacientes y estos puntualmente los ubico bien, los termino ubicando pero te lleva un tiempo y un esfuerzo que vos decís pero también todo a mí me corresponde?”

Médic@2 CS 15/01/19

A su vez, esa sobrecarga parece atentar contra la posibilidad de alojar la otredad, de dar respuestas enmarcadas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso salud enfermedad atención, aparece en lo discursivo la dificultad de alojar a nuevos usuarios u otras necesidades de salud no conocidas previamente por los profesionales.

“...pacientes con atenciones muy irregulares, que viven en el mismo lugar. Cuando vos te mudas tenés que generar un nuevo vínculo y ya venís con una carga, vos le escupís todo al médico... Quizás ahí mejorar un poquito esa relación, darle la misma importancia o generar el mismo espacio... Cuando caen en el medio de un caos y vos ya tenés tu propio caos con tus propios pacientes y te cae éste con una situación, donde vos tenés que hacer el triage y viene con un choclo así de cosas y vos tenés que hacer el espacio, el tiempo y vos tenés que sacar capacidad para decir bueno no esto es una situación compleja. Bueno hoy no te puedo dedicar el tiempo. Venite mañana.”

Médic@1 CS 14/01/19

Uno de los entrevistados hace alusión a un grupo específico de usuarios, la población trans que no se inscribirían como pacientes propios del Centro.

“También tenemos una población acá en el centro de salud, que también lo podría relacionar con HIV, es la población trans. Nosotros acá al tener al doctor X, que es uno de los médicos que están en el tema de la diversidad, hay muchos pacientes que están haciendo tratamiento hormonal, y que si bien, no se el porcentaje, hay muchos que son HIV y a lo mejor no son pacientes nuestros.”

Enfermer@1 CS 04/02/19

La no inscripción de algunos pacientes como pacientes propios del Centro se produce también en algunos casos de usuarios que están privados de libertad.

“Un chico en situación de privación de su libertad, que no era paciente nuestro, esto... te estoy hablando de hace un tiempo, y cuando le daban permiso de salir, una vez por semana venía a curarse por

problemas relacionados en piel, y no se atendía acá.”

Enfermer@1 CS 04/02/19

“...nosotros nos damos cuenta del diagnóstico, cuando vienen a pedir lo de la carga viral”

Enfermer@1 CS 04/02/19

Uno de los profesionales entrevistados señala dificultades inherentes al propio **perfil de estos pacientes en relación a la realización de controles de salud.**

“...los controles son muy difíciles en general. Creo que ninguno tiene la carga viral cada 4 meses... Como están bien, como se sienten bien no se hacen los controles y vienen cuando aparece algo. Entonces tal vez en una consulta de control anual por lo menos las mujeres, que me parece que es lo que más tengo, aprovechar para hacer el control general y el pap”

Médic@2 CS 15/01/19

Criterios de derivación a infectología.

Desde la perspectiva de una de l@s médic@s, la inestabilidad en el cuadro clínico operaría como criterio para la derivación al especialista.

“si el paciente está estable no lo mando al infectólogo. Con carga viral indetectable, está bien con la medicación no lo mando”

Médic@2 CS 15/01/19

Cuando el vínculo con el segundo nivel, desvincula del centro de salud...

Respecto de la **longitudinalidad** del proceso de atención entendida como la relación entre profesional y usuario a lo largo del tiempo, el principal **obstáculo** al que se hizo referencia durante todas las entrevistas realizadas es la interconsulta con el infectólogo:

“Está más el vínculo entre el paciente y el especialista en esta patología, está mucho mejor armado que con un paciente hipertenso...con el infectólogo cuesta a veces que el paciente vuelva”

Médic@1 CS 14/01/19

“...muchos se mudan, o directamente se atienden con su infectólogo y no con el médico generalista o clínico”

Enfermer@1 CS 04/02/19

“Un paciente quedó conectado con infecto, y perdí rastro y sigo su rastro por la mujer, porque la mujer es paciente mía”

Médic@1 CS 14/01/19

En contrapartida, uno de los entrevistados manifiesta una experiencia de contar con un infectólogo en el propio efector y sus beneficios para la **coordinación** del proceso de atención.

“En un momento tuvimos una médica infectóloga trabajando en el centro de salud, entonces en ese momento la mayoría de los pacientes los tomó ella, eso fue muy positivo porque era tener el especialista trabajando con vos”

Enfermer@1 CS 04/02/19

Por su parte, la **ausencia de contrarreferencia de infectología** y el rol del paciente como transmisor de información clínica supliendo la misma, serían otros de los elementos que atentan contra la coordinación de la atención entre profesionales de los distintos niveles.

“Yo hago mucho hincapié en la referencia y en la contrarreferencia que generalmente nunca está.”

Médic@1 CS 14/01/19

“...no existe contrarreferencia... Mandan un papelito con la medicación para que yo le haga el pedido de farmacia cuando inician tratamiento”

Médic@2 CS 15/01/19

Un punto crítico señalado por uno de los entrevistados alude al posible efecto de **empobrecimiento de la clínica**, que suele caracterizar la práctica de las especialidades.

“...un hombre con ese diagnóstico olvídate que – el infectólogo- se ocupe de la próstata o de la presión”

Médic@1 CS 14/01/19

Por otro lado, el hecho de poder contar con los elementos, insumos, laboratorio, medicación, estudios, todo lo relacionado con **las tecnologías duras** para el desarrollo de las tareas específicas, fueron considerados como facilitadores para la atención integral.

“nunca sentí que haya falta en algo con respecto a lo que me preguntás inclusive medicamentos nuevos se los podemos dar”

Médic@1 CS 14/01/19

“Yo creo que con lo que yo puedo hacer desde acá desde el centro de salud bien. Con respecto al acceso al laboratorio yo creo que charlándolo con los enfermeros... se hacen excepciones en cualquier

horario”

Médic@2 CS 15/01/19

Propuesta de mejora de la atención

Uno de los entrevistados plantea el abordaje interdisciplinario como necesario para la mejora de los procesos de atención.

*“... la posibilidad de plantearse objetivos y querer trabajar en grupo **interdisciplinariamente** con lo que pueda aportar cada especialidad. Me parece que eso podría mejorar la atención.”*

Enfermer@1 CS 04/02/19

DISCUSIÓN

En 2017 fue publicado el artículo “Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria de la Salud” (25). En él se llevó a cabo una revisión de antecedentes de investigaciones realizadas en América Latina y el Caribe en torno a la Atención Primaria de Salud y la longitudinalidad como herramienta beneficiosa de los procesos de atención. Los autores señalan en primer término, la escasa producción de antecedentes de investigación en esta línea, concentrándose la mayoría de los estudios desarrollados en Brasil. Del análisis de las publicaciones concluyen que la longitudinalidad permite conocer el paciente y sus problemas de salud, planear el cuidado, establecer vínculo, una relación interpersonal y de confianza, una adecuada atención y satisfacción al usuario. Proporciona mayor orientación, acciones de prevención y promoción de salud, capacidad de resolución y calidad de vida. Ese concepto incluye el cuidado en las diferentes fases de la vida, reduciendo el uso de servicios de alta complejidad y costos en salud. En este sentido, en función de los hallazgos de la presente investigación y tomando en cuenta la perspectiva planteada por los profesionales, podría pensarse que la longitudinalidad es un atributo resultante de elementos centrales como la construcción de un vínculo de confianza con un equipo de salud, la flexibilidad de los profesionales y de la propia organización para facilitar el acceso a turnos de atención y la disponibilidad de insumos (medicamentos, historias clínicas, guantes, etc.)

En efecto, la longitudinalidad del proceso de atención se vería reflejada en el vínculo que tiene el CS como institución, con los usuarios. De hecho, puede observarse que se mantuvo la referencia institucional de este grupo de pacientes a pesar de que, por diferentes razones, los médicos de cabecera fueron

cambiando ^{XII}. Obviamente cabría analizar qué peso específico tiene el acceso a los medicamentos en el efector más cercano al domicilio como condición para asegurar la adherencia institucional de este grupo de pacientes. De hecho, la mayoría de ellos retira la medicación en el centro de salud. En este sentido, también la construcción de un vínculo entre profesional y usuario fue valorado por los trabajadores como posibilitador de la longitudinalidad en los procesos de atención. El total de los entrevistados refiere que el profesional responsable del proyecto terapéutico en el centro de salud es el médico general y de familia y no un equipo de referencia. En este punto sería de inapreciable valor en futuras investigaciones recuperar la perspectiva de los propios usuarios, habida cuenta que diversos estudios (26, 27) señalan la relevancia de la continuidad de relación con el mismo profesional, en la fidelización de los usuarios, más aún si se trata de usuarios portadores de patologías crónicas.

En el presente estudio, si bien el infectólogo jugaría un rol matricial en el proceso de atención, se pudo observar que en muchos casos aparece como responsable parcial del mismo y en otros como claro referente, hecho que trae como consecuencia la desconexión del paciente con el CS.

Por otro lado, el análisis de las consultas con distintos miembros del equipo, mostró que, si bien las consultas médicas se sostienen casi exclusivamente con el médico de referencia, la frecuencia de consultas a enfermería es comparativamente más alta que con los médicos. Esto último podría deberse a que la enfermería funciona como una puerta de entrada sencilla al centro de salud.

También se observa que el tiempo transcurrido desde la última consulta realizada al médico de referencia es menor a 6 meses en la mayoría de los casos, tratándose de consultas para acompañamiento de su problema crónico y muy pocas por afecciones agudas. Si bien por un lado, esto podría representar un dato positivo, considerando su posible relación con el recurso del médico de referencia de viabilizar una "atención espontánea" -no programada-, por otro lado, el bajo porcentaje (y en algunos casos nulo) de consulta por eventos agudos alertaría acerca de posibles barreras en el acceso al centro de salud. La mayoría de los pacientes tuvieron una consulta en los últimos seis meses, siendo mucho más bajo el número de pacientes que no realizaron ninguna consulta durante 2018 en comparación con el año anterior. Al respecto, cabe hipotetizar que la incorporación de las

líneas de residencia de Medicina General al efector, haya facilitado el acceso de la población.

Por otra parte, considerando la relevancia que, desde el paradigma de la medicina social -al que adscribiríamos como médicos generalistas-, tiene el conocimiento del sujeto y su contexto para contribuir a abordajes integrales del proceso de atención, llama la atención la marcada insuficiencia de los registros en esta dimensión. Se trata de un hallazgo a profundizar en futuras investigaciones, fundamentalmente para despejar si se trata de la brecha habitual que opera entre la práctica profesional en contexto real y aquello que se registra de esa práctica, o si estaría reflejando más bien una práctica clínica centrada exclusivamente en aspectos biomédicos con desestimación de los vínculos afectivos y otros aspectos subjetivos del paciente en el armado del proyecto terapéutico.

En lo que refiere a la utilización de **tecnologías apropiadas** en salud la utilización de servicios de salud según necesidad se articula claramente con la producción de prácticas integrales. En tal sentido, si bien el número de interconsultas realizadas al infectólogo, según lo recabado en las HC, arrojó un promedio muy bajo, esto podría deberse a subregistros por parte de los profesionales así como también a recitaciones del especialista generando procesos de atención en paralelo. Como parte del proceso de atención, el momento de la interconsulta es clave para un abordaje integral. En este sentido los médicos del centro de salud hacen mención a que la ausencia de contrarreferencia de infectología genera un obstáculo ya que el usuario queda intermediando la información clínica. Asimismo hicieron mención a la inequidad en el acceso a la atención comparando infectólogos y médicos del centro de salud (generalistas o clínicos). Más allá de posibles diferenciales en el acceso a la atención entre médicos de referencia y especialistas, cabe señalar que no hay consensos alcanzados en la red respecto de algunos criterios básicos del abordaje, por ejemplo, quién sería el profesional responsable del proyecto terapéutico de estos pacientes y el modo en que funcionaría la matricialidad.

Para algunos integrantes del equipo, la responsabilidad por un proyecto terapéutico les cabe a los médicos de cabecera, quienes generan una referencia estable con estos pacientes, mientras que otros consideran que el abordaje de este problema compete al núcleo del infectólogo, a partir de lo cual, los pacientes son derivados al especialista para realizar el seguimiento. En este último caso, el paso de los

pacientes por el centro de salud se restringe a una instancia burocrática.

Pudo observarse también que hay una brecha importante entre las solicitudes realizadas por los médicos de referencia (ya sea interconsultas o exámenes complementarios) y lo que efectiviza el paciente. Posiblemente los tiempos de espera prolongados entre la solicitud de estos turnos y la obtención de los mismos sea una posible explicación -entre otras- para esa brecha.

Algunos de los entrevistados atribuyen a la consulta con infectología características de lo que Souza Campos (28) denomina “Clínica degradada”, en el sentido de un tipo de práctica que atentaría contra la posibilidad de una atención integral, en la medida que sólo focalizarían la mirada en su núcleo especializado. Para otros entrevistados los criterios de interconsulta al infectólogo estuvieron regidos por una lectura de las necesidades en salud del paciente, lo cual posibilitaría procesos de atención integrales.

Con respecto a la atención de mujeres que cursaron un embarazo, cabe destacar que se logró una coordinación adecuada del proceso de atención entre el centro de salud y el servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Maternidad Martín, evitando la fragmentación en el proceso de atención.

En relación con las estrategias preventivas, llama la atención el alto número de pacientes que no tiene el esquema completo de **inmunizaciones**. Este constituye sin duda un aspecto a retribujar con el equipo de salud si se tiene en cuenta el beneficio de inmunizar a algunas poblaciones especiales, tal como lo señalan los lineamientos técnicos de la Secretaría de Salud de la Nación para la Vacunación en Huéspedes especiales (29). En efecto, allí se sostiene que la inmunización correcta de estos pacientes es indispensable, ya que debido al compromiso inmunológico que presentan, muchas de estas infecciones tendrán un curso clínico diferente o una evolución más grave.

Continuando con las estrategias de prevención se observó también la cobertura de **pap** es adecuada sólo en la mitad de las mujeres, habiéndose encontrado lesiones malignas o pre malignas entre aquellas que lo tienen realizado pap. Así, la realización sistemática del pap en las personas con útero con VIH debe ser una tarea jerarquizada ya que presentan mayor riesgo de lesiones precancerosas (SIL/ASCUS), éstas pueden avanzar más rápidamente, dando lugar a una progresión más temprana hacia el cáncer. El carcinoma invasor del cuello uterino se considera

una enfermedad marcadora de sida, mientras que la displasia moderada y grave están incluidas en la lista de patologías cuyo curso puede verse comprometido por la infección de VIH (30).

El seguimiento y la adecuada interpretación del recuento de CD4 y principalmente de la Carga Viral son fundamentales para evaluar la evolución de la infección y la respuesta a TARV, y permiten detectar tempranamente la existencia de fallo terapéutico y la toma de conducta oportuna. Al respecto, en 2018, se dio un aumento positivo tanto en las solicitudes como en la realización de estos estudios. La posibilidad de contar con los insumos y la accesibilidad respecto de la realización de los laboratorios en el centro de salud, es sin duda un facilitador para la atención de la población en estudio. Por tanto, no quedan claros los motivos del menor porcentaje de solicitudes de estos laboratorios en 2017.

Respecto del seguimiento, se recomienda realizar examen físico al momento del diagnóstico, luego anual y al comienzo de TARV si el paciente se encuentra asintomático (31). En este sentido pudo constatare una mejora de los registros clínicos en el año 2018, particularmente en lo que hace a la descripción detallada del examen físico, posiblemente atribuible a la incorporación de la residencia de medicina general.

Considerando el discurso de algunos entrevistados, se desprende que la práctica profesional es percibida como solitaria, individual y por momentos se transforma en una carga para el médico. De hecho, uno de los entrevistados propone los abordajes conjuntos con otros profesionales para mejorar los procesos de atención, ya que percibe que dicha práctica no forma parte de las estrategias de trabajo. Stolkner (32) plantea que un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación, reduce el mismo. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. Desde esa perspectiva, cabe interrogarse en qué medida el modelo médico hegemónico seguiría calando hondo en las prácticas profesionales del efector.

Algunos entrevistados refirieron lo engorroso de “hacer lugar” ante la llegada de nuevos pacientes, situación que se vivencia como una carga. Anudado a esto puede constatarre cierta disparidad a la hora de alojar situaciones complejas y acompañarlas. Esto se ve reflejado en la circulación reiterada que tienen

algunos pacientes en el efector en virtud de problemas que no logran respuesta, muchas veces debido a que la oferta asistencial se acota al motivo puntual de consulta sin hacer una lectura compleja de las necesidades en salud (ej. Población trans con vih solo se aborda tratamiento hormonal, usuarios con proceso de atención irregulares sin referencia clara, usuarios en conflicto con la ley que sólo reciben curaciones sin quedar incluidos en procesos de atención más integrales). Se observaron algunos facilitadores que producen prácticas integrales como la escucha, el respeto y la confidencialidad. En tal sentido, tiene particular interés resaltar que la confidencialidad en relación a las personas con vih es considerada en la ley Nacional de SIDA (23.798), y es una de las tres reglas éticas comprometidas en la práctica de los equipos con trabajo en VIH/sida, las otras dos son veracidad y consentimiento informado (33).

Un estudio realizado en Brasil (34) analizando el proceso de atención de 1970 pacientes, muestra el modo en que las prácticas integrales inciden positivamente en el proceso de atención. Los resultados en relación con el momento diagnóstico mostraron que para quienes pertenecían al género masculino con una edad 45 años y mayores y cuando las pruebas eran iniciadas por el operador aumentaban las probabilidades de retraso en el diagnóstico. El uso de drogas y la recepción de resultados en un espacio privado disminuyeron las probabilidades del mismo. La producción de cuidado a partir del vínculo se vio retardada en quienes se encontraban desempleados y tenían dificultades para entender o hablar con un profesional de la salud. La recepción del asesoramiento posttest disminuyó las probabilidades de retraso en la vinculación a la atención. La no adherencia del tratamiento se vio ligada siempre a la experiencia de discriminación verbal o física relacionada con el VIH y sentirse maltratado o no atendido adecuadamente en el cuidado del VIH. El asesoramiento posttest disminuyó las probabilidades de no adherencia del tratamiento. Se concluyó que entre las variables analizadas, la recepción de servicios de salud de calidad disminuía significativamente las probabilidades para el retraso en el diagnóstico, el retraso en la producción de cuidado a partir del vínculo y la no adherencia al tratamiento. Este estudio resalta dos puntos críticos con respecto a los cambios en la provisión de servicios. Uno es la importancia de evaluar múltiples etapas a lo largo del proceso de atención, en lugar de centrarse sólo en un punto solitario de entrada a la

atención. El otro es la necesidad de estrategias de intervención matizadas que apoyen las necesidades de las personas infectadas por el VIH a lo largo de toda su trayectoria asistencial.

Finalmente la disponibilidad de insumos, laboratorio, medicación, estudios, y todo lo relacionado con las tecnologías duras para el desarrollo de los abordajes se reconocen como factores relevantes para viabilizar procesos de atención ligados al cuidado.

CONCLUSIONES

La realización del presente trabajo ha posibilitado caracterizar el proceso de atención de los pacientes con vih recuperando la perspectiva de los trabajadores del Centro de Salud. Puede afirmarse que la construcción del vínculo trabajador-usuario funciona como un cimiento para la producción de la longitudinalidad del proceso de atención. El mismo da lugar a que se establezca la referencia estable en el tiempo, lo cual favorecería el sostenimiento de un proyecto terapéutico. Cuando esto no sucede, la atención se fragmenta entre especialista /generalista, centro de salud/hospital. En muchas de las escenas clínicas relatadas por los trabajadores se puede ver el modo en que las tecnologías blandas (representadas en la escucha, la mirada, la comunicación) se ponen en juego y habilitan el vínculo, haciendo sencillo el acceso para los usuarios y la tarea para el profesional. Esta doble condición también está ligada a la longitudinalidad.

Dentro del proceso de atención de las personas con VIH, la interconsulta con infectología produce muchas veces interrupciones en la longitudinalidad y no es enfocada desde una perspectiva integral. Es preciso detenerse en este punto ya que revisar la matricialidad a la luz de las directrices de trabajo de la Secretaria de salud Pública generaría procesos de atención un poco más ajustados a las necesidades de los usuarios. Si bien el vínculo que se construye entre diferentes trabajadores del equipo posibilita el alojamiento del usuario, la responsabilidad por un proyecto terapéutico recae sobre el médico y también aquí se observan heterogeneidades entre los mismos. Esto plantea interrogantes y desafíos tanto para los trabajadores como para los responsables en la gestión local. En el mismo sentido, se incluye la dificultad para el acceso a turnos programado en el Centro de Salud.

Respecto de algunos aspectos relevantes que posibilitan un proceso de atención integral, llama la

atención la no utilización de la historia clínica como una herramienta absolutamente necesaria para la construcción de los proyectos terapéuticos desde una perspectiva de complejidad, evitando la focalización exclusiva en aspectos biomédicos. Posiblemente este tipo de práctica esté relacionada con la matriz de formación de corte positivista en el que está estructurado el modelo médico hegemónico, donde las condiciones de vida, la subjetividad y los procesos de reproducción social en general, no se reconocen como determinantes de los modos de enfermar y morir, sino que engrosan las listas de los factores de riesgo.

También, llama la atención la brecha que existe entre lo que solicita el profesional y lo que efectiviza el paciente. Si bien no es objeto del presente trabajo analizar este problema, queda delineado como posible objeto de futuras investigaciones.

Se observa heterogeneidad en el cumplimiento de las directrices de trabajo en la red de salud, tanto en el centro de salud, como en otros puntos de la red. En tal sentido, podría considerarse que la manera en que cada uno de los trabajadores decide "hacer clínica" genera múltiples lógicas, que no siempre acompañan el sentido planteado por la SSP, convirtiéndose en obstáculos para la atención y en una sobrecarga para los trabajadores. La revisión de los procesos de atención como uno de los ejes de la gestión local, de la mano de la programación participativa partiendo de una visión epidemiológica de la situación de salud, sería un camino interesante a transitar por el equipo.

Por otra parte, se observan "vacíos" en algunos de los procesos de atención analizados, largos periodos de tiempo en el que algunos pacientes no consultan, del mismo modo que el registro en las HC de discontinuidad del tratamiento sin ahondar en sus determinantes. Desde esta lógica en muchas ocasiones la atención se recorta a una prestación limitada a lo biomédico, delegando las dimensiones subjetiva, social o intersectorial a abordajes "en paralelo" por otros profesionales. La atomización del proceso de atención se ve reflejada, de esta manera en los diferentes espacios de la institución. De este modo, se puede concluir que el trabajo interdisciplinario sería una necesidad no solo para la construcción de un proceso de atención integral que beneficiaría a los pacientes, sino también como un facilitador para los trabajadores. Habilitar los diferentes discursos, podría producir múltiples movimientos; entre ellos, convocar el deseo de quienes encontrándose aco-

rralados por una tarea que aparece como inasible, siguen apostando a un modelo de atención basado en los derechos.

Los momentos en que se ha logrado la producción de cuidado fueron a punto de partida del vínculo, la escucha y la confidencialidad (algunas de las tecnologías blandas) al articularse con los saberes profesionales y las tecnologías duras, que siempre se encontraron al alcance de los trabajadores.

Posiblemente esta particular configuración del escenario de las prácticas de salud esté dada, entre otras cosas, por la manera en que cada integrante del equipo local y otros profesionales de la red de salud utilizan la caja de herramientas. Dicha utilización podría estar determinada por el modo en que ha calado el modelo médico hegemónico, los lineamientos políticos en salud, expresados en las directrices de trabajo expuestas en el marco teórico y la articulación con la práctica.

COMENTARIOS FINALES

Como efecto no buscado la realización de la entrevista a los trabajadores, posibilitó por momentos, la reflexión sobre la propia práctica, al poder realizar una historización y una mirada con cierta distancia de la tarea realizada cotidianamente, así como también ubicar la importancia de las tecnologías blandas como herramienta facilitadora del proceso de atención y de la satisfacción que le genera al propio trabajador su uso. También, fue un pedido de los profesionales la socialización del presente trabajo como posibilidad para profundizar algunos puntos respecto al tema.

Respecto de los motivos de consulta a enfermería, hubiese sido de interés su caracterización para el análisis de la longitudinalidad e integralidad del proceso de atención. En este sentido, queda planteado como problema observar si la "puerta" de la enfermería funciona solo como una puerta de entrada sencilla que posibilita la consulta médica, o si se trata de un actor con su especificidad y responsabilidad en los proyectos terapéuticos de los pacientes ya conocidos o nuevos.

Hubiese sido interesante contrastar estas observaciones con la mirada de los usuarios, sus percepciones y vivencias relacionadas al proceso de atención. No fue posible efectivizarlo por la complejidad que implicaba el acercamiento a partir del diagnóstico.

Quedan las siguientes preguntas respecto de lo investigado como una nueva posibilidad para reflexionar y tomar nuevas decisiones: ¿Cómo hacer con la

llegada de nuevos problemas, en este contexto donde la pérdida y vulneración de derechos va en aumento? ¿Qué sucede con la equidad? ¿En función de las necesidades de quién se organizan los servicios de salud? ¿Qué percepciones tienen los usuarios de su proceso de atención? ¿Cuáles son sus necesidades?

Estamos diariamente invitados a volver a pensar la clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Parker, R. *Building Solidarity: AIDS, Sexuality and Politics in Brazil*. Rio de Janeiro: Relume - Dumará: ABIAIMS, UERJ, 1994.

2. Ley Nacional de SIDA N° 23543. Disponible en www.servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm

3. ONUSIDA. 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Disponible en <https://www.unaids.org/es/resources/909090>.

4. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, Fisher ES. Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults. *JAMA Intern Med*. 2013 Sep 16. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.10059. [Epub ahead of print]

5. Kessler, Marciane; Eberhardt, Thaís Dresch; Soares, Rhea Sílvia de Ávila; Signor, Eduarda; Lima, Suzinara Beatriz Soares de; Weiller, Teresinha Heck. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. *Evidentia*. 2016 enmar; 13(53). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n53/ev10182e.php Consultado el 24 de Febrero de 2017

6. Boletín sobre vih/sida en Argentina. Número 33. Año XIX, Ministerio de salud de la Nación, diciembre 2016.

7. Boletín Epidemiológico de VIH/SIDA. Número 12, Programa Municipal de Sida y el Sistema Municipal de Epidemiología de Rosario, año 2014.

8. Menendez, E. La Enfermedad y la Curación. ¿Que es Medicina Tradicional? *Alteridades* 4 (7). p 71-83.

9. Menéndez, E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *SALUD COLECTIVA*, La Plata, 1(1): 9-32, Enero – Abril, 2005.

10. Cecilio de Oliveira LC. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. En: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os Sentidos da*

Integralidade na atenção e no cuidado a saúde.”; Río de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO; 2001.

11. Mehry E. *Salud: la cartografía del trabajo vivo en acto*. San Pablo. Hucitec: 2002.

12. *Ibíd*em 10.

13. Campos G.W.S. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar Editorial: 2001.

14. Ferrandini D. *Trabajo en atención Primaria de la Salud*. Documento de la Dirección de APS, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 2003.

15. Zurro A. M., Jodar Sola G. *Atención primaria de la salud y atención comunitaria*. España. Elsevier editorial: 2011.

16. Ayres, J. R. C. M. *Care and reconstruction in healthcare practices*, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev. 2004.

17. Terenzi Seixas, C., Merhy, E., Staeve Bady R., Slomp J.H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*. 2016, 12 [Fecha de consulta: 7 de abril de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643009>> ISSN 1669-2381.

18. *Ibíd*em 14.

19. Starfield B. *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías*. 2da edición. Madrid: Masson: 2004.

20. Gálvez Ibáñez, M. *Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas*. 2003; *Medicina de Familia (And)* Vol. 4, N° 1

21. Merhy E., Túlio Batista F. *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2016.

22. *Ibid*em 14.

23. Ferrandini D. *Instructivo historia clínica familiar por problemas*. Documento de la Dirección de APS, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

24. Ferrandini D. “Comentarios sobre la admisión y adscripción de personas”, 2004; Documento de la Dirección de APS, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

25. Kessler M.; Eberhardt T.D.; Soares Rhea S.; Signor E.; Lima S. Soares de; Weiller T. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. *Evidentia*. 2016 ene-mar; 13(53). Disponible en: <<http://www.indexf.com/evidentia/n53/ev10182e.php>> Consultado el 24 de Febrero de 2017.

26. Dois A., Contreras A., Bravo P., Mora I., Soto G., Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile* 2016; 144: 585-592

27. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, de Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):360-7.

28. *Ibíd*em 13.

29. Vacunación en Huéspedes especiales. Lineamientos técnicos actualización. Argentina 2014

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000499cnt-2014-04_lineamientos-huespedes-especiales.pdf.

30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Guía para la atención integral de personas adultas con VIH en el de atención primer nivel. 2018. Disponible en: www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001366cnt-2018-10_guia-vih_per-nivel-atencion-adultos.pdf.

31. *Ibíd*em 30.

32. Stolkiner A. Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas nacionales de salud mental, I Jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina. Misiones. Octubre 2005 ·

33. Maglio I. Guía de Buenas Prácticas ético-legales en VIH/sida. Fundación Huésped www.huesped.org.ar.

34. MacCarthy S, Hoffmann M, Nunn A, Silva LAV, Dourado I. Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: a cross-sectional study from a large urban center of Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(6):418-26

NOTAS FINALES

I En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA recurrió a ONUSIDA a fin de respaldar los esfuerzos nacionales y regionales para establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH después del 2015. A modo de respuesta, las partes interesadas han llevado a cabo una serie de consultas sobre nuevos objetivos en todas las regiones del mundo. A escala mundial, las partes interesadas se han reunido en negociaciones temáticas sobre sociedad civil, medicina de laboratorio, tratamiento pediátrico antirretrovírico, adolescentes y otros asuntos clave.

II Menéndez E. (1994) *La Enfermedad y la Curación*.

¿Qué es Medicina Tradicional? *Alteridades* 4 (7). P 71-83. pp71.

III *Ibíd*em ii pp72

IV Cecilio de Oliveira LC. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. En: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde.*; Río de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO; 2001. Pp 117

V Según Mehry, el trabajador de salud utiliza tres tipos de maletines: Uno vinculado a sus manos (un estetoscopio, una lapicera, papeles, medicamentos, estudios diagnósticos), caja de herramientas formada por “tecnologías duras”; otro que está en su cabeza referido a los saberes estructurados (la clínica, la epidemiología), al que designa como “tecnologías leve-duras”, y un tercero que está presente en el espacio relacional trabajador-usuario y que contiene “tecnologías leves” (acogimiento, vínculo, responsabilización) implicada en la producción de relaciones de dos sujetos que solo tienen existencia en acto y en las intercesiones del trabajador y el usuario. Ese encuentro es el que da uno de los momentos más singulares de proceso de trabajo como productor de cuidado.

VI Ferrandini D. Trabajar en Atención Primaria de la Salud. *Boletín Capacitalud*. Feb. 2017. Pp 1.

VII Se trata de una base de datos online desarrollada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en la que se carga información sanitaria de la población atendida (vacunas, cobertura social, grupo familiar, atención médica, etc.)

VIII Cabe señalar que no fue posible establecer el estadio de la infección al momento del diagnóstico, -información que hubiese sido de interés para comparar con el estadio actual-, ya que no se cuenta con el dato “subpoblación linfocitaria al momento del diagnóstico”.

IX La variable pertenencia de género no pudo ser construida con los datos de la historia clínica, solo se encontró el registro del sexo biológico.

X En relación a la variable inmunizaciones se optó por categorizarla en completa/incompleta, en base a la “Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención”. Completa: influenza: anual, neumococo: idealmente con más de 200 CD4 una dosis de 13 valente seguida de una dosis de 23 a las 8 semanas, hepatitis b: idealmente con más de 200 CD4, tres dosis 0-1-6, doble adultos: con más de 200 CD4 una dosis, VPH: entre 11 y 26 años con más de 200 CD4, tres dosis: 0-2-6. NO se incluirá hepatitis A ya que requiere de serología previa, ni triple viral considerando que las vacunas a virus vivo atenuado están contraindicadas en esta población,

y si bien esta vacuna tiene indicación de ser colocada con más de 200 CD4, al igual que doble viral, fiebre amarilla y varicela, requeriría de la indicación del profesional médico.

XI En la entrevista se hace referencia a darle la misma importancia que al paciente con el que se tiene un vínculo previo, con el paciente ya conocido que tiene una referencia estable.

XII Los usuarios estudiados tienen una mediana de 4 años de antigüedad de atención en el efector pero solo dos años de antigüedad de atención con el actual médico de referencia.

REPRESENTACIONES DE LXS TRABAJADORES DE SALUD RESPECTO DE LXS JÓVENES INVOLUCRADOS EN SITUACIONES DE VIOLENCIA EN UN BARRIO DEL DISTRITO SUR DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Matías Bravo*; Julieta Micozzi**; Gabriela Roich***; Lucía Colman Semenza****

RESUMEN

El presente trabajo se centró en las representaciones de trabajadores de un Centro de Salud y de un Centro de Convivencia Barrial municipales, respecto de jóvenes involucrados en situaciones de violencia del distrito Sur de la ciudad de Rosario en 2018-2019. Se desarrolló un abordaje cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas a informantes clave de las instituciones y observación informal. **Resultados:** El territorio en el que se inserta el Centro de Salud y el Centro de convivencia barrial se ha ido modificando en el tiempo y de modo gradual. La reconfiguración de micro-áreas a partir de movimientos migratorios, y particularmente del avance migratorio de una organización vinculada al narcotráfico, fue condicionando el incremento de conflictos y enfrentamientos entre bandas. La mayoría de los jóvenes del barrio están en situación de conflicto con la ley,

y relacionados a la venta, consumo y distribución de algún tipo de drogas. Este escenario de marginalidad y desigualdad social configuran una violencia sistémica, como lógica de producción y reproducción del sistema capitalista. En ese contexto los jóvenes que ejercen esa violencia emergente, se encuentran con muchos de sus derechos vulnerados. Frente a ello, las instituciones que participan en el barrio intentan ampliar la mirada, para abordar esa problemática en forma más integral, yendo muchas veces más allá del límite que implica la falta de recursos y la sobrecarga de responsabilidades, ante la creciente crisis económica y social. Intento anclado en la convicción de que cuando el estado responde de forma ineficiente, o se retira del territorio, deja a la población sin apoyo y sostén, incrementando el desamparo de los sectores más vulnerables.

Palabras claves: Violencia / Jóvenes / Trabajo

* Licenciado en Enfermería. Ex concurrente del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental (PCISAM) de la Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

**Psicóloga. Ex concurrente del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental (PCISAM)

*** Licenciada en Enfermería. Ex concurrente del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental (PCISAM)

****Trabajadora Social. Ex concurrente del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental (PCISAM)

SUMMARY

This work focused on the representations of workers of a Health Center and a Neighbourhood Coexistence Center, related to young neighbours involved in violence situations in Rosario South District, years 2018-2019. A qualitative approach, through semi structured interviews with institutions's key informants and by means of informal observation, was developed.

Results: The space area in which the Health Center and the Neighbourhood Coexistence Center are placed has going through gradual changes in late years. Micro-areas reconfiguration due to migratory movements and particularly to a narco-trafficking organization conditioned the increased number of conflicts and confrontations between rival gangs. A major part of the young inhabitants of this neighbourhood are law offenders, also been involved with drug trafficking and drug use. This marginality and social inequality scenario shape systemic violence, as part of capitalist system's production and reproduction logic. In the context of this emergent violence exerted by these young people, their own rights are infringed. The institutions' workers try to approach this problem in a more broaden and integral way, beyond the limits imposed by the lack of resources and responsibility overload, and in the context of increasing economic and social crisis. This attempt lies in the strong shared belief that an inefficient or absent state will bring most vulnerable groups aidless and with no social support.

Keywords: Violence / Youth / Health workers / Social representations

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolló en el marco del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental (PCISAM) de la Secretaría de Salud Pública de Rosario. En su origen, la inquietud de investigación giraba en torno a la problemática de las violencias en las que están involucrados jóvenes que habitan el territorio de un barrio del Distrito Sur de la ciudad de Rosario. Esta inquietud se enlazaba a sucesos de violencia armada que acontecieron en el contexto del Centro de Salud de la zona durante el 2014 y que tuvieron como protagonistas a jóvenes del barrio. Esos hechos de violencia desencadenaron el cierre momentáneo de la institución, realizándose la atención de la

población en efectores del segundo nivel de atención.

Así, se consideraba relevante analizar los modos de expresión y efectos que tienen estas violencias en los jóvenes del barrio y caracterizar las intervenciones, estrategias y/o dispositivos implementados desde el Estado para dar respuesta a esta problemática. De esta manera se procuró pensar las expresiones, las producciones de subjetividad en esta coyuntura histórica, las construcciones de identidad, las pertenencias, las exclusiones, las situaciones de vulnerabilidad, los proyectos, las relaciones asimétricas y lo que ellas proveen en tanto identificaciones, referencias, vínculos, en este tiempo y en este grupo. No obstante, el equipo en forma conjunta con la Coordinación del PCISAM, reflexionó acerca de la posible exposición¹ de estos jóvenes ante la eventualidad de ser entrevistados en el marco de un proyecto de investigación, planteándose así un límite ético que llevó a modificar el objeto de estudio, focalizando entonces en las representaciones de lxs propios actores institucionales en torno a los jóvenes involucrados en situaciones de violencia.

Entendemos que apuntar a espacios micro sociales implica hacer aprehensible diversos aspectos de la comunidad seleccionada para trabajar y es aquí donde debemos hacer anclaje para nuestra investigación, intentando generar un conocimiento que apunte a mejorar y fortalecer las estrategias de intervención con este grupo poblacional.

CONTEXTO DE ESTUDIO

El B° Tiro Suizo se encuentra en el centro de la zona sur de la Ciudad de Rosario. Hay fundamentalmente dos instituciones del estado que intervienen en el abordaje de los jóvenes, el Centro de Salud "J", dependiente de la Secretaría de Salud y el Centro de Convivencia Barrial F (CCB), dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario. Ambas dependencias han desarrollado un trabajo conjunto en relación a esta población materializado a través del "**Dispositivo de trabajo con adolescentes de 12 a 15 años**", y el Programa "**Nueva oportunidad**". En los fundamentos del Dispositivo de 12 a 15 años, se plantea: "... considerando el acceso a la atención de salud, los Centros de Atención Primaria no suelen ser puntos de referencia para los adolescentes de los barrios, y su llegada a ellos suele ser esporádica o inexistente, por lo cual, este ámbito es contemplado como espacio de contención y acompañamiento"¹¹. Por su parte,

un informante clave del CS refería específicamente que el Programa Nueva Oportunidad (PNO) comenzó a trabajar con jóvenes de 18 a 30 años y luego fue tomando jóvenes de 12 a 15, porque (“...llegaba tarde, siendo un grupo donde los jóvenes están terminando la primaria y comienzan la secundaria, es allí donde empieza a haber coqueteo con los circuitos delictivos, empiezan a ser “soldaditos” y a probar nuevas sustancias. Se debería estar desde antes en la prevención, ya están consumiendo dentro de circuitos delictivos, con conflictos de tramas familiares, conflictos barriales, que no pueden cruzar acá, ni para allá, que no pueden ir al Centro de Salud, pibes de 12 a 13 años, y está bueno empezar a trabajar con eso” (fragmento de entrevista).

En este sentido, se considera que la temática seleccionada podría constituir un aporte para los equipos de trabajo del primer nivel de atención, en tanto insumo para enfrentar las complejas problemáticas actuales y para la transformación de los modelos de atención en el campo de la salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos.

MARCO CONCEPTUAL

La Red de Salud Municipal plantea abordajes poblacionales desde una perspectiva integral de la salud articulando efectores y niveles de atención, propiciando también articulaciones intersectoriales desde los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), como estrategia transversal que impregna todo el sistema. De este modo la salud es pensada desde sus múltiples dimensiones, superando el enfoque estrictamente médico-biológico, para hacer hincapié en los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e históricos que dan cuerpo a los modos de vivir, enfermar y morir de las poblaciones.

Desde este punto de vista el proceso de salud-enfermedad constituye un fenómeno colectivo, en el cual, el proceso biológico asume formas históricas específicas a partir de su articulación con procesos políticos, económicos, culturales e ideológicos de un sistema social. En este sentido, Laurell (1) plantea que “lo social tiene una jerarquía distinta que lo biológico en la determinación del proceso salud-enfermedad”^{III}. Esto significa que cada grupo social tendrá un particular modo de manifestar los procesos biológicos de desgaste y reproducción, de enfermar y morir, y que estas particularidades son explicables a partir de su carácter histórico social.

Considerando el campo específico de la salud

mental, nos posicionamos desde el paradigma de la complejidad (2) reconociendo que son múltiples los determinantes y entrecruzamientos de las problemáticas de salud mental; por eso su abordaje incluye necesariamente un enfoque complejo e integral, siendo la protección de derechos un pilar fundamental de las prácticas en este campo.

En la perspectiva de las prácticas comunitarias en salud hay autores que conceptualizan a la comunidad como una unidad geográficamente situada, compacta y homogénea, unida por lazos de cooperación e intereses comunes. Asimismo, aunque no siempre consciente o intencionalmente, la participación comunitaria suele traducirse como colaboración en una actividad decidida por otros desde una estructura vertical (3). Sin embargo, desde el paradigma de la complejidad, diversos desarrollos introducen perspectivas más complejas en torno a los conceptos y las prácticas comunitarias en salud, cuestionando las visiones simplistas y homogeneizantes antes citadas. Por ejemplo, Marisa Montero (4) concibe a la comunidad como un grupo social complejo conformado por una intrincada red de relaciones sociales. En esa perspectiva, pensamos el “territorio” como sinónimo de apropiación, tiempos y espacios sociales, donde los diversos actores se desenvuelven (5). Postulamos que la identidad de una comunidad se constituye a partir de procesos sociopolíticos y culturales; hombres y mujeres se identifican por medio de su accionar y de su saber, a partir de la comunicación intersubjetiva y dentro del contexto de determinadas relaciones de producción.

En sociedades capitalistas como la que vivimos, la construcción de sentido tiene lugar en un espacio social donde la distribución del capital económico y de los capitales simbólico, cultural y social se da en los términos de desigualdad característicos de la sociedad dividida en clases. Una comunidad “produce” sentido -pautas culturales y capital simbólico- por compartir códigos de significación comunes y reconocidos como propios; y es a partir de esta intersubjetividad que construye pautas identitarias colectivas. En tal sentido, el concepto de representación social resulta clave para comprender la complejidad de las dinámicas que tienen lugar en los territorios^{IV} si se tiene en cuenta el rol de apuntalamiento de la identidad que opera en un grupo al compartir una representación social (6). Así, en la trama de conversaciones y acciones cotidianas, las personas atribuyen significados a los objetos sociales incorporándolos en el

mundo social del grupo. A partir de esas significaciones compartidas en torno a los objetos, se establecen comunicaciones y coordinación de las acciones al interior de los grupos. Autores como Wagner y Hayes (6) señalan también el carácter evaluativo de las representaciones de los objetos sociales, evaluación que orientará luego las prácticas, siendo las acciones verbales y corporales relacionadas con el objeto, una expresión de las representaciones sociales en juego. Saavedra (7) plantea que una representación posibilita mostrar la realidad o bien “producir efectos de realidad que una sociedad considera como verdad en un momento histórico determinado”^v. Para la autora, el problema está en que la sociedad está compuesta por grupos heterogéneos, siendo habitual la violencia simbólica derivada de las desigualdades existentes entre ellos. Así, pueden reconocerse grupos autorizados para tomar la palabra, y grupos que son silenciados, con efectos de exclusión y discriminación frecuentes en estos últimos.

Estas nociones resultan de interés para adentrarse en los procesos de socialización y dinámicas de interacción que tienen lugar en el territorio. El territorio puede concebirse como espacialización del poder del Estado, como escenario físico donde operan los determinantes sociales de la enfermedad. En esta perspectiva, según Molina Jaramillo (8), las unidades territoriales (localidades, barrios, municipios, regiones) son organizadas y administradas de acuerdo a la espacialización del poder estatal, cuyas acciones se orientarían a achicar las desigualdades en salud. Las principales funciones de la territorialidad en los seres humanos están referidas a los procesos de organización social y la construcción de la identidad; sin embargo, bajo el entendimiento del territorio como construcción social y espacio de poder, la actividad espacial de los actores es diferencial y por lo tanto su capacidad real y potencial de crear, recrear y apropiarse territorio es desigual.

Molina Jaramillo (8) propone el concepto de lugar como puente entre los vínculos identitarios y el espacio vivido. De este modo, el “lugar” posibilitaría visualizar un territorio más cercano y familiar, siendo objeto de significaciones estrechamente vinculadas a la experiencia y representaciones de quienes lo habitan, configurando identidades. “El lugar implica un espacio y un sujeto que posee la capacidad de apropiarse de él para habitarlo, para actuar sobre él. Es entonces en los lugares o territorios micro, significados por las acciones individuales y colectivas,

donde se construyen territorialidades alternativas, es allí donde los actores locales cuestionan los ordenamientos hegemónicos del territorio”^{vi}.

Saavedra (7), a partir de una investigación sobre la construcción de identidades y representaciones sociales desarrollada en un barrio de la ciudad de Salta, señala que el uso social del territorio establecería bordes, mediante los cuales se diferencia por un lado a aquellos que se encuentran dentro de los bordes, o sea los actores familiarizados y por otro lado a quienes están fuera de los mismos, es decir a los que se reconoce como extranjeros. A la vez, el dominio del territorio se vincularía directamente con la desigual distribución del capital entre los individuos y los grupos. Esta distribución de lugares en consonancia con la desigual distribución del capital en los espacios territoriales, es de particular importancia para pensar la situación de los adolescentes y jóvenes en nuestro ámbito de estudio.

Zelmanovich (9) señala las implicancias de transitar los avatares de la adolescencia, que implica subjetivar lo que el cuerpo denuncia y habilita. “En términos subjetivos, implica que aquello que en la infancia significaba ubicarse en la estructura, con una escena propia, con una novela familiar propia, en el marco protegido sosteniendo por un adulto, ahora es poner en acto una estructura, es decir, salir del juego para entrar en la realidad de los adultos”^{vii}. Françoise Dolto (10) dirá que se trata de una fase de mutación y denomina a este período como una “segunda vida imaginaria”, donde los temas de interés se encontrarán ahora por fuera de la vida familiar. En este sentido, Ricardo Rodolfo (11) ubica el “nosotros” como categoría intrapsíquica que debe escribir el adolescente, donde me puedo diferenciar del otro sin necesidad de oponerme a él, poniendo de relieve lo extrafamiliar, que, a diferencia de la infancia, devendrá más importante que lo familiar. Desde esta perspectiva, Silvia Bleichmar (12) plantea a la adolescencia “como un tiempo abierto a la resignificación y a la producción de dos tipos de procesos de recomposición psíquica: aquellos que determinan los modos de concreción de las tareas vinculadas a la sexualidad, por una parte, y los que remiten a la deconstrucción de las protestas originarias y a la reformulación de los ideales que luego encontrarán destino en la juventud temprana y en la adultez definitiva”^{viii}.

Por su parte, Rodríguez (13) sitúa que las condiciones juveniles son construcciones culturales situadas en el tiempo y en el espacio y no un simple grupo

de edad. Se asume que LA juventud no existe, asumiendo en simultáneo la existencia de una amplia y variada gama de juventudes (diferenciadas en términos de género, edad, clase social, área de residencia, pertenencia étnica o racial, orientación sexual y otras muchas categorías conexas) que, aunque comparten muchos componentes de sus respectivas “existencias”, tienen especificidades muy marcadas, que no pueden desconocerse.

En cuanto al contexto, la trama del territorio, el Colectivo Juguetes Perdidos^X dice muy claramente, que en su mutación sensible (económica y social) los barrios proponen codificaciones existenciales -más o menos exitosas- para los pibitos y pibitas de hoy. Así, introducen la denominación “pibxs silvestres” como aquellxs que crecieron solxs y que se hicieron a sí mismos. Y Valenzuela Arce (14) construye el concepto de “juvenicidio”, allí se indica que esta construcción alude a la condición límite en la que se asesina a sectores o grupos específicos de la población joven. “El juvenicidio tiene como antecedente la obliteración de los canales de movilidad social de los y las jóvenes. Estamos hablando de horizontes de vida restringidos tanto en términos de empleos disponibles, como en su capacidad para superar la línea de pobreza (...) la mayoría de las y los jóvenes se encuentran excluidxs de los estilos de vida y de las opciones de consumo promovidas por el capitalismo”^X. Entonces, la precarización se sitúa como primer elemento que define las condiciones de vulnerabilización en los y las jóvenes en los territorios de América Latina. En este contexto, los juvenicidios, aluden a procesos de precarización, vulnerabilización (15), estigmatización (retomado de Goffman (16)-, en tanto el estigma identifica las marcas distintivas a través de las cuales se le imputan condiciones específicas a las personas, grupos sociales, considerados inhabilitados para una plena aceptación social), criminalización y muerte. “Refiere a la presencia de procesos de estigmatización y criminalización de las y los jóvenes construidas por quienes detentan el poder, con la activa participación de las industrias culturales que estereotipan y estigmatizan conductas y estilos juveniles creando predisposiciones que descalifican a los sujetos juveniles presentándolos como vagos, revoltosos, violentos, pandilleros, peligrosos, anarquistas, criminales”^{XI}.

Así, se construye una imagen criminal del sujeto juvenil, donde el delito de “portación de cara” resulta contundente cuando se asocia a otros repertorios

identitarios estereotipados como son las etnias, géneros, clases, etc. En la lucha simbólica por definir lo juvenil y los modos legítimos de ser joven, los medios de comunicación ocupan un lugar relevante. En efecto, los medios, al escenificar la violencia, profundizan la estigmatización de los jóvenes, al considerarlos como los portadores del conflicto y colaboran en construir sentidos sobre la criminalización de este grupo etario. En la actualidad del territorio en que desarrollamos nuestra investigación (en un Barrio del Distrito Sur de Rosario) y de manera general en la ciudad de Rosario, aparece el “juvenicidio” en tanto asesinato extendido e impune de jóvenes portadores de identidades desacreditadas, hecho que plantea la necesidad de una sostenida problematización en torno a las políticas públicas que se implementan para abordar esta problemática.

En opinión de los autores de este artículo, los actores de las violencias, aquellos que las convocan y las realizan, no son sólo los ejecutores materiales. Las clases medias juegan un papel central en el desarrollo de las violencias, no sólo porque legitiman la presencia de cuerpos policiales y militares para asegurar sus cada vez más reducidos beneficios, sin poder reconocer que lo que elimina sus privilegios es el modelo socioeconómico, sino porque construyen explicaciones para presentar las violencias como algo que es externo a su realidad, naturalizando la existencia de la violencia en los sectores marginales como algo que les es consustancial, lo que permite identificar la delincuencia como acto realizado por marginales. Sin embargo, es habitual que pasemos por alto lo que podríamos llamar “la violencia de todos los días”: la de la mortalidad infantil, la desnutrición, la enfermedad, la injusticia y la humillación que tocan a los socialmente marginados con mucha mayor frecuencia. Éstas son formas de violencia no reconocidas, invisibles, puesto que las desigualdades estructurales tienden a ser “naturalizadas”, en la línea en que lo concibe Zizek (17). El concepto de desigualdad propone una visión de tipo relacional en la cual la condición de pobreza es pensada en un proceso mayor y como parte de una dinámica social marcada por un conjunto de inequidades en el acceso a bienes y servicios. Así, la desigualdad, en tanto distribución diferencial de bienes y servicios, no solo se refiere a la cuestión de los ingresos, sino que también incluye aspectos de la vida social como la salud, la vivienda, el entorno urbano, entre otros. Estas situaciones generan amplio impacto en las subjetividades,

exponiendo a situaciones de mucha vulnerabilidad, concebida por Castel (18) como la articulación entre la precarización de trabajo y la fragilización de los soportes sociales. Al respecto, Fernández (15), prefiere usar el término vulnerabilización “con la intención de enfatizar que esa situación social era una construcción activa, un producto, un proceso, y no meramente un hecho o dato, que una larga y variada serie de decisiones económicas, políticas y sociales había logrado finalmente configurarla”^{XII}.

El presente estudio intenta caracterizar el tiempo colectivo en el cual la violencia se despliega, para entender entonces su carácter productor de materialidad y de significación. La violencia produce relaciones y corporalidades que la soportan, causa sentidos negativos de la vida colectiva. La violencia no es una amenaza, es la condición de la vida contemporánea, por eso es importante seguir formulando preguntas que ayuden a desentrañar su función en el marco de la reproducción del capitalismo en tiempos de crisis. En este marco, el objetivo del trabajo apunta a caracterizar las representaciones sociales que circulan entre trabajadores de salud del territorio, en torno a los jóvenes involucrados en situaciones de violencia que toman contacto con las instituciones del estado en un Barrio del Distrito Sur de la ciudad de Rosario, las respuestas implementadas desde el Estado local ante la problemática de violencia y el impacto en los propios trabajadores de salud de esta problemática.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se realizó un abordaje cualitativo a partir de los discursos y relatos de lxs actores institucionales y comunitarios. Las técnicas de recolección de datos fueron entrevistas semiestructuradas a informantes clave y observación. Esta última refiere a la participación en espacios de encuentro y reuniones barriales donde participan referentes de distintas instituciones y organizaciones barriales.

Las entrevistas giraron en torno a los siguientes ejes temáticos: configuración del territorio a lo largo de la última década; representaciones en torno al lugar de los jóvenes en la dinámica barrial, dispositivos estatales implementados para jóvenes en condiciones de vulneración de derechos, rol de las fuerzas policiales en el territorio, impacto en los trabajadores de las situaciones de violencia en el territorio.

La muestra estuvo conformada por trabajadores de distintas pertenencias disciplinares que se desempeñaban en el CS previo al momento del cierre del

efector; trabajadores del equipo que se conforma con la reapertura del mismo. Así, la selección de la muestra tiene que ver con el lugar estratégico que ocupan en el territorio e instituciones dichos actores. Al mismo tiempo, se fundamenta en el vínculo que sostienen lxs jóvenes del barrio en estudio con estos referentes.

A los fines del análisis de datos, una vez desgrabadas las entrevistas se procedió a la segmentación y posterior codificación del material a la vez que se siguió un proceso de comparación de las categorías emergentes en las distintas entrevistas.

Las mismas se llevaron a cabo en lugar y horarios acordados con los informantes, previa solicitud de su consentimiento, asumiendo los investigadores el compromiso de resguardo del anonimato y transferencia de resultados una vez finalizada la investigación.

RESULTADOS

● CAMBIOS EN EL TERRITORIO A LO LARGO DE LA ÚLTIMA DÉCADA

Una de las entrevistadas, que empezó a trabajar en el CS hace 14 años atrás y hasta poco tiempo después de la reapertura en el año 2014, pudo historizar cómo se fue configurando y modificando el territorio. Ante la necesidad habitacional y la participación de las organizaciones sociales, se generaron diferentes proyectos de modificación barrial, con el apoyo del estado. Nos relata cómo fue la ubicación del Centro de Salud (CS):

“esos terrenos, donde está ahora el CS pertenecían a la industria del calzado, a un sindicato, entonces eran de un privado. Después, había estado en quiebra, por eso verán que quedó así como el esqueleto, -que es lo que se llama Fuerte Apache- de lo que eran las viviendas del sindicato del calzado para sus obreros, para sus empleados. Tiene, más para el lado de Lamadrid una primera etapa de construcción que finalizó y que son beneficiarios de la gente de la industria del calzado, entonces estos terrenos estaban ahí, por eso se buscaban terrenos o viviendas para poder adaptar porque eso no estaba en ese momento a disponibilidad, sino que era un privado así que bueno, después no sé si lo compro Provincia o lo compro Nación o como fue la cuestión de las gestiones que... bueno, se proyecta esto de hacer las viviendas y el CS”.

Trabajadrx Equipo Antiguo

Señala además que la instalación del CS fue mar-

cada por la participación de los vecinos y las organizaciones sociales de esa época:

“...cuando se gana el proyecto del presupuesto participativo, se buscan terrenos, los vecinos buscaban el terreno para comprar, alguna casa para adaptar. Luego viene el Plan Abre, dinero de nación y la construcción de las viviendas, entonces ahí se construye el CS donde está ahora, está dentro de esa edificación que se hizo...esas casitas, las viviendas sociales, y el centro de salud, y en el medio donde ahora están todas esas otras viviendas que se han armado atrás del CS era una canchita, ahí era un espacio de juego, de niños...”.

Trabajadx Equipo Antiguo

La canchita, era un lugar abierto que la comunidad utilizaba como espacio recreativo, donde se realizaron algunas intervenciones para facilitar el tránsito hacia las escuelas de la zona:

“...hubo, así como unas líneas de avances, que eso fue importante, porque incluso también algunas vereditas se hicieron para poder cruzar toda la canchita. Concurrían a la escuela República del Paraguay y los días de lluvia, como eso era una canchita y unos árboles gigantes, añejos, no podían pasar, entonces, bueno, como un problema esto de poder pensar en veredas, en su momento, otra cooperativa puso el tema de los cestos, como para que, si no pasaba el camión, poder llegar hasta los cestitos enfrente de las casas”. Y “el CS se sumaba como un actor en el barrio y la lectura era, bueno, las primeras reuniones vinieron las distintas organizaciones, los distintos agrupamientos del barrio, que también se podría pensar como lugares de tensión...”

Trabajadx Equipo Antiguo

Señalando luego que ese espacio fue tomado para la instalación de nuevas viviendas:

“que hoy en día, bueno está tomada, hay armadas otras viviendas”

Trabajadx Equipo Antiguo

Un entrevistado que también trabajó en el CS antes de su cierre, señalaba la modificación que observó en el territorio, fundamentalmente a partir de la migración de la banda de Los Monos¹ hacia el barrio.

“...cuando yo llegué ahí, el territorio existía, estaba el CS nuevo...estaba el CCB a un par de cuadras...eh...Nuestra referencia en salud era el Hospital “Roque Saénz Peña... como un segundo nivel, como guardia. Era un barrio tranquilo, muy tranquilo Flammarion, había una sola persona que vendía y vendía

porro, no vendía otra cosa...Después hubo todo un movimiento migratorio, interno en la ciudad, de...donde al lado teníamos una gente que robaba...desguazaba motos...tranquilo, no pasaba nada ahí en la convivencia. Después si, hubo una migración se ve, de nuevas personas. Fue el momento que hubo quilombo con... los Monos...que se fueron huyendo porque los perseguían y se fueron asentando en diferentes barrios. Ahí sí, ahí se complicó mucho el barrio... yo me acuerdo que trabajaba con los chicos del otro lado de la vía, que podían cruzar todavía...hoy sé que ya no pueden cruzar.

Trabajadx Equipo Antiguo

Por su parte, unx entrevistadx nos relata la itinerancia que se producía entre los vecinos con la ocupación de las viviendas ante la nueva problemática instalada en el barrio, con los circuitos de venta y distribución de drogas:

“Estas viviendas sociales, que en su momento fueron municipales, la zona X, ese núcleo ahí, también es un gran centro de distribución con respecto a la venta de drogas, de circulación, y después, lo que es Flammarion, en ese momento como que se estaban intentando instalar en Paraguay y Lamadrid, después el Fuerte se desarma, con el tema de la construcción de las viviendas, y queda como la isla ahí, de mucha itinerancia... Las casitas, se fueron construyendo, que los mismos vecinos después las vendían, entonces hoy había un vecino y después había otro vecino, y otro vecino, y así como muy itinerante, en calle H es más consolidado, hay gente que vive hace años, quizás otras generaciones, más jóvenes, son las que van y vienen pero ellos son las que están desde hace años...”

Trabajadx Equipo Antiguo

Otrx entrevistadx que trabajo luego del cierre del CS, también alude a la transformación que se fue dando en el territorio motivada por lo que denomina “cuestiones vinculadas al conflicto de armas”, pero sin hacer referencia específica a la problemática de la venta y distribución de la droga, que refieren otros entrevistadxs.

“...lo que venía sucediendo era toda una reconfiguración, un poco del barrio, donde había habido algunos hechos de violencia, cuestiones vinculadas al conflicto de armas, y en todo ese proceso, falleció una niña en un tiroteo que se había hecho acá en la puerta y bueno, fue como un quiebre para el equipo que... justamente fue una situación que desbordó y

1. Organización delictiva rosarina dedicada al tráfico de drogas

definen no volver al centro de salud”.

Trabajadxr Equipo Actual

Asimismo, otrx trabajadxr actual del CS considera que la reconfiguración territorial es considerada “causa” de la existencia de “banditas”, hecho que eliminaría la ley provocando la “sensación de inseguridad” entre los vecinos y la proliferación de puntos de ventas de drogas.

“Lo que tienen de particular hoy este barrio, no hoy, sino en estos últimos años del 2012, para acá tiene que ver con una proliferación de puntos de venta, de narcomenudeo, donde en un momento está más claro, en un momento había un lado de la vía, y del otro lado de la vía, dos bandas más definidas incluso provocaban un conflicto. Hoy la vía sigue siendo una barrera física que produce muchos conflictos en el barrio. Que el CS esté ubicado específicamente en este lugar hace más visible los problemas ... Estamos en un punto problemático del barrio, las barreras físicas, los pasillos que hay son escenarios de problemas, de conflictos de intercambio de tiros y bueno, si bien en su momento estaba mucho más claro ser de una banda y ser de otra, ser de la Dolly, o ser de los Pochochos era más claro y eso te facilitaba circular o no en una forma más tranquila. La reconfiguración territorial estableció que haya diferentes banditas y eso me parece que le aporta mayor complejidad a este territorio, hay los que se juntan acá en H, los que se juntan un poquito más por M, los que se juntan más por el otro lado por F, los que son amigos de tal. O sea, tenés 5 o 6 bandas en un territorio muy chico, (...) tenés diferentes bandas de pertenencia y eso al dejar de ser tan claro elimina la ley, elimina el código en el barrio. Entonces la falta de ley, la falta de código hace un incremento de la inseguridad, de la sensación de inseguridad que sienten los vecinos para circular”.

Trabajadxr Equipo Actual

Es de sumo interés comprender que la reconfiguración territorial es resultante de un proceso largo y gradual, a lo largo del cual se fueron evidenciando diversos emergentes. Así un integrante del anterior equipo del CDS que se desempeñó durante una década en dicho efector planteaba:

“...veíamos que estas cuestiones de los jóvenes... esto del incendio de viviendas, y detrás todo lo que era,... los distintos recursos económicos por los cuales vivían, que tenían que ver con venta de droga y también en su momento fue el de autopartes, motos, es más por eso se veía... Venían así como cada vez in

creciendo todo esto... las disputas por los territorios, si venía gente del oeste, se baleaban viviendas,... si bien en tensión de territorialidad ¿no? entre los que estaban desde siempre. Hubo varias familias, digo “varios” grupos, y gente que venía de afuera a querer instalarse, después también otras de las cuestiones, el tema de los robos, por ejemplo atrás, había, donde dejaban las partes de motos, desarmaban motos, o sea, en un momento quedó la parte de atrás del centro de salud como un lugar donde se guardaban las cuestiones así de distintos arrebatos, y fue quedando el centro de salud como la única institución...”.

Trabajadxr Equipo Antiguo

Otrx de los entrevistadxs, hace un relato de lo que emergían como prácticas violentas en el barrio.

“...personas que vendían y...bueno ahí sí se empezó a complicar, se empezó a vender mucha merca... pastillas...eran varios los que estaban vendiendo y ahí...bueno...ahí se puso violento el barrio, se empezó a violentar...los chicos de aquel lado de la vía no podían venir para esta...Después se complicó con lo que fue este barrio que se llamaba Fuerte Apache ...digamos, se empezó a espesar el ambiente en ese territorio...”, “...violencia había en el territorio, por estas cuestiones, se habían desmadrado bastante...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

Las grandes desigualdades destruyen el capital social, erosionan esos vínculos entre las instituciones y la comunidad; y entre los individuos, los jóvenes aparecen como población emergente de esa violencia estructural. Nos refiere otrx entrevistadx:

“...yo me entero que hay un pibe que falleció... que a los...no me acuerdo si a los 14 o 15 recibe un balazo, no ahí, sino en otro barrio...allá cerca de Ayo-las, allá abajo...por parte...creo que de la policía... todo creo, ¿no?... Bueno, el chico era un chico que vendía, o era soldadito ...estaba vinculado en toda esta cuestión de...relacionada más con vender. Y bueno, le pegaron un balazo, uno o dos balazos, y queda en silla de ruedas...sin cuidado familiar, cero cuidados familiares y...y bueno, de esa zona donde él vivía la madre se muda después ahí a F”.

Trabajadxr Equipo Antiguo

Muchas fueron las situaciones que se manifestaron como violentas y que terminaron produciendo el cierre del CS, que se fueron acrecentando y que configuraban un escenario social muy particular. Desde el estado se tenía un diagnóstico de los hechos relacionados con los heridos de armas de fuego, desestimando no obstante que los actos de violencia

fueran dirigidos hacia la institución. Así unx de lxs entrevistadxs relata:

“Sí, en realidad F es uno de los barrios que a través de indicadores un poco más duros marcaron en su momento, mayor nivel de violencia... fueron indicadores puntuales, heridos, muertes, que F tenía...”. Teníamos indicadores reales, digo de muertes, heridas de arma de fuego, que hoy no tenemos, pero que en ese momento sí, y el CS jamás tuvo una situación de violencia hacia dentro, es decir, ninguno de estos jóvenes jamás tuvo una situación con nosotros”.

Trabajadxr Equipo Actual

Sin embargo, otrx entrevistadx planteaba una sucesión de hechos de violencia que tuvieron lugar en el ámbito del propio CS:

“El CS desde que yo llegué sufría hechos de violencia por parte de los pibes que se subían al techo, que hacían eso en el tanque de agua... el compresor... Creo que entraron una vez a robar y todo... sí, entraron a robar una vez, yo me acuerdo que nosotros teníamos, teníamos ahí en la carpintería un equipo que lo usábamos para escuchar música y se lo llevaron... No eran los que iban a trabajar, pero eran conocidos de ellos, desde chiquititos... así que... pero bueno, no pudieron hacer nada los chicos... no iban a confrontar a otra banda y decirles: devolveme el grabador... entraron a chorear... no, estaban en la misma situación de exposición que cualquier otro vecino...”.

Trabajadxr Equipo Antiguo

Y continúa en su descripción:

“...mientras el CDS estuvo abierto... hasta que estos hechos de violencia entre bandas se fueron recrudeciendo y ahí definen cerrar... hubo una... dos balaceras en la puerta del CS, se le echó la culpa a uno de los pibes que estaba ahí con nosotros... En el mientras tanto, robaron, entraron creo que una vez al CS... en otra oportunidad robaron cosas de arriba, del compresor que está arriba, en otra oportunidad orinaron dentro del tanque de agua, defecaron dentro del tanque de agua que estaba arriba... eh... situaciones violentas si las querés contra la institución... las había... las había. No circulaba una pregunta de ¿por qué pasaba eso? ...no...”.

Trabajadxr Equipo Antiguo

● EL LUGAR DE LOS JÓVENES EN LOS DISCURSOS

En los discursos de lxs trabajadores pertenecientes al ámbito de la gestión, ya sea dentro de Salud (Jefatura de Centro de Salud y Coordinación

de Distrito) así como en el ámbito de Desarrollo Social (Dirección de CCB) se mencionan las categorías “jóvenes y juventudes” destacándolos como espacios de anclaje para este grupo etario y como programas, proyectos y políticas públicas que permiten el enlace entre Estado y territorio:

“Entonces esto es “Jóvenes más y mejor trabajo” que es esto que les digo, que está enmarcado en la Dirección de empleo...”

Trabajadxr Equipo Actual

“...esta propuesta, que se llamó Dispositivo de 12 a 15, que nosotros creemos que es desde los 13, eh, que sumó las Direcciones de Infancia y Juventud, trabajaron en conjunto...”

Trabajadxr Equipo Actual

“...otra experiencia muy rica de trabajo con jóvenes acá en Flamarion fue el Programa Jóvenes y Memoria que se hizo en el año 2016-2017. Ese programa estuvo coordinado y acompañado también desde el Memoria con el área de cultura, de desarrollo, de salud y los chicos hicieron investigaciones súper completas sobre violencia institucional en el último año y en el primer año habían hecho una investigación sobre ser joven en Flamarion, qué implicaba ser joven acá en este barrio... (podríamos buscar) ...las finalizaciones de los trabajos fueron luego con puestas en escenas”.

Trabajadxr Equipo Actual

Unx entrevistadx señala en particular el tiempo previo al surgimiento del Programa Nueva Oportunidad, como un tiempo de desconcierto en lo que hace al abordaje de los jóvenes. Podría decirse que es un tiempo en el que los jóvenes no se configuran aún como sujetos de intervención sino más bien como representando una potencial “amenaza”.

“El Nueva Oportunidad es un programa que en realidad es de la provincia de Santa Fe, pero surge de un trabajo realizado por todas las instituciones del municipio... Hace más o menos 5 o 6 años atrás, fuimos a una serie de encuentros de trabajo de todas las áreas del municipio donde definíamos cada uno desde su lugar, cuáles eran los problemas a abordar en las poblaciones, en un porcentaje diría, casi unánime, la cuestión era abordar la violencia y el laburo con los jóvenes.... Pasaba esto... teníamos a los pibes en la puerta del centro de salud, fumando un porro, bardeándonos y nosotros cerrando las puertas, y si era posible, cerrar con llave y salíamos por el otro lado (...) La verdad es que no sabíamos qué hacer, algunos le tenían miedo y habían muchos que entendíamos

que no, pero no sabíamos qué hacer con esos pibes, nada de lo que nosotros proponíamos eran ofertas

Trabajadrx Equipo Antiguo

Por su parte, unx de lxs entrevistadxs sólo menciona “jóvenes” en referencia a los programas y políticas propuestas desde lo gubernamental y retomando el discurso de lxs entrevistadorxs, deslizado cierta exterioridad con ese concepto. Cabe señalar que el proyecto de Mini-equipos tuvo lugar alrededor del año 2010 y consistía efectivamente en equipos de profesionales dependientes de la Secretaría de Promoción Social y de Salud pública destinados a trabajar con jóvenes con problemas de consumo. Esos profesionales no integraban el equipo de los CS, sino que se acercaban al territorio articulando el trabajo en algunas situaciones con los equipos de Centros, condición que podría explicar esa exterioridad.

“Mini Equipo era como...eran duplas, eran dos o tres personas que formaban un equipo para trabajar con los jóvenes, para acompañarlos, digamos a jóvenes ...en el proceso...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

Por otro lado, se presenta en el discurso de la mayoría de lxs entrevistadxs, la categoría “Jóvenes” como grupo priorizado (tanto en el equipo de salud que se desempeñaba antes del cierre del efector como en la gestión actual) para el desarrollo de estrategias en el territorio, con necesidades específicas, factible de ser acompañado desde intervenciones desde lo público. No obstante, trabajadores del antiguo equipo señalaban la escasa llegada de los jóvenes al CS:

“Al centro de salud llegaban muy muy poco ... No había trabajos con jóvenes en el CS (...) En realidad siempre es como que fue, un, así como los niñxs y los jóvenes, pensar esas poblaciones... de niñxs llegan con sus madres digo, de niñxs hay mayor concurrencia, sobre el seguimiento del estado de salud de los niñxs, pero los adolescentes y los jóvenes consultan muy poco en este sentido, consultan por urgencias, entonces, en aquel entonces, digamos desde el centro de salud llegaban así por una urgencia...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

“Sí, pero son pibes que como todos están entrando en la adolescencia y son pibes que los estamos empezando a perder, porque no tienen ninguna referencia institucional, y ni siquiera tienen que venir a hacerse un control de salud para la escuela, porque no van a la escuela”.

Trabajadrx Equipo Antiguo

A su vez, ubicaban que en ese momento (años

previos al cierre del efector), la problemática de consumo no se configuraba como una demanda desde la comunidad.

“...con los jóvenes notábamos eso, la gran dificultad para llegar, o cuando llegaban realmente estaban así, en condiciones que había que intervenir. Cuando se pensaba si una cuestión..., de pensar bueno la “problemática del consumo” ..., porque eso sí, eso era una problemática de consumo pero que no era de una demanda, que uno lo ve como problemática, pero no como una demanda de la comunidad ¿no? ...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

Por su parte unx de las entrevistadxs señalaba las consecuencias de un tránsito en la infancia marcado por la asunción de roles del mundo adulto.

“Las infancias en F en particular acá duran muy poco, porque son niños que rápidamente tienen que empezar a hacerse cargo de otras cuestiones de la casa, de ayudar, de acompañar a los hermanitos, de llevar de traer, se les asigna rápidamente que tienen que ser grandes, en eso de querer ser grandes cuando todavía son chicos quedan expuestos a muchos de los circuitos informales de violencia del barrio”

Trabajadrx Equipo Actual

Desde la perspectiva de uno de los actores de gestión, los chicos de 11 a 12 años se empezaban a “soltar” de la estructura familiar.

“Hay una edad, a partir de los 11 y 12 años, donde habitualmente, digo... uno mismo no iba al médico si no tenía una situación de salud. Muchas veces los chicos, hay una edad en la que se empiezan a soltar de esta estructura más... (no me sale la palabra) ... de esta estructura más rígida de la familia, la mamá, el papá, que lleva al niño al control de salud, hay un momento a partir de los 11, 12 años donde eso no sucede...”

Trabajadrx Equipo Actual

Al respecto unx de lxs entrevistadxs aludía a la situación de los jóvenes de todos los barrios, ligando su situación a una historia de vulneración de derechos, donde las instituciones y propuestas del Estado no tendrían la capacidad suficiente de “enganche” de los jóvenes.

“yo creo que los jóvenes hoy en todos los barrios de la ciudad de Rosario están expuestos a condiciones de vulnerabilidad desde antes de ser jóvenes. Son jóvenes que llegan a ser jóvenes donde precisamente se les vulneró el estatuto de niños, dejaron muy rápidamente de ser niños, yo creo que ese es un factor que el equipo también pueda problematizar acá, que

es el estatuto de ser niño (...) Me parece que esa es la particularidad de los pibes de F hoy, que son pibes que circulan de hecho en su mayoría, por instituciones del estado, que no son pibes que no tengan referencia con el estado, son pibes que han estado inscriptos en el Nueva Oportunidad, son pibes que por momentos se desenganchan de las lógicas, y lo coopta el mercado del narcomenudeo. Obviamente, hay algo que está faltando desde las propuestas del estado y del mercado del trabajo...una propuesta más (silencio) ...algo que los enganche más productivamente..."

Trabajadxr Equipo Actual

Así, superada la infancia la figura de los jóvenes, pibxs, chicxs, comienza a estar enlazada a "conflictos con la ley", "circulación en circuitos ilegales/delictivos", si bien en una basculación con actividades legales:

"bueno había varios jóvenes que estaban en conflicto con la ley..."

Trabajadxr Equipo Antiguo

"Estos jóvenes que muchas veces intentan hacer otras cosas... Se puede tomar el concepto de deriva de los jóvenes, que son jóvenes que en algún momento tienen vinculación con actividades legales, pueden hacer actividad de trabajo o sea pueden incluirse en el Nueva Oportunidad, pueden ir a la escuela y con todo eso van mechando a su vez actividades ilícitas, me parece que estar de un lado o del otro, haciendo actividades legales o ilegales lo determina después el peso que tome una u otra de estas instancias lo que determina después si quedan presos o no, o sea el corte que se les hace cuando caen presos o no. Mientras tanto son pibes que están oscilando, coqueteando con ambos lados, y de la manera que pueden sobreviviendo".

Trabajadxr Equipo Actual

Al mismo tiempo, podemos leer que los modos de circular en el territorio y en el entramado social arman identidades en estas juventudes. Así, estas trayectorias singulares y grupales nos cuentan de distintos modos de "ser y ocupar el territorio". Los distintos entrevistados hacen referencia a los denominados "satélites", jóvenes que han tomado parte en dispositivos propuestos por el estado y que recibirían una mirada sancionatoria de sus propios pares; jóvenes que integran "bandas" de pertenencia; los de un lado de la vía y otro lado de la vía, los "soldaditos".

"Hay, que se yo..., nosotros pensamos chicos que están medio por fuera de las instituciones, que

estamos viendo que están empezando a tener, eso, coqueteo con consumo o con circuitos delictivos, que sabemos que sus familias son de las más vulnerables y de las que nosotros tenemos siempre dando vueltas en la cabeza, o que trabajamos situaciones dentro de las reuniones, y hay hoy pibes que están consumiendo, que están vendiendo, de este mismo grupo de pibes con los que hicimos el taller, y que ya sabíamos que en ese momento estaban, todavía no estaban vendiendo, pero hoy son los que los llaman "satélites", son los que llevan y traen, teniendo eso 14, 15 años..."

Trabajadxr Equipo Actual

"Chicos de este lado de la vía", "chicos del otro lado de la vía" ...los chicos de aquel lado de la vía no podían venir para esta...después se complicó con lo que fue este barrio que se llamaba "F. A." ..."

Trabajadxr Equipo Antiguo

"Bueno, el chico era un chico que vendía, o era soldadito...estaba vinculado en toda esta cuestión de...relacionada más con vender. Y bueno, le pegaron un balazo, uno o dos balazos..."

Trabajadxr Equipo Antiguo

● LA POLICÍA EN EL TERRITORIO: ¿PROTECCIÓN O AMENAZA?

El rol de la policía parece controvertido según las miradas de distintos entrevistados. Así trabajadores pertenecientes al equipo anterior al cierre del centro de salud, le asignan un rol de persecución, con cierto desagrado por su presencia y funciones en el barrio, manifestando su desconfianza ante el hecho de presuponer su implicación en circuitos delictivos. También son nombrados en funciones como la de "cachear", "revisar" y "revolver".

"Yo me quería quedar hasta que después me pasó algo espantoso, volvía del CEMAR que habíamos ido con los chicos a presentar una factura para cobrar los pediómetros ...yo venía, los traje en el auto porque justo estaba cerrado el CS, ...y los dejo en España y Uriburu...y habían mandado, no sé si la cana o gendarmería, habían mandado gente no sé para qué mierda, porque no hicieron nada...y me paran... ahí en la esquina esta de la Escuela "Malvinas Argentinas"... ahí en la guardia..., hacen bajar a los pibes, me hacen bajar a mí, me cachean, me revuelven todo el auto y... Ya fue...no, ...la pasé re mal, la pasé re mal...a los pibes los rebardearon adelante mío, les tuve que decir de dónde veníamos, quién era, donde iba...los pibes vivían ahí. A los pibes peor...contra la pared,

¡un bajón!...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

“(…) en otro momento que se yo, la policía incendiando las casitas de atrás... Entonces si bien los vidrios que están así quebrados eran por la policía que quemaban casas en función, lo que yo digo, como lo económico a veces... las relaciones que se van dando entre policías y la gente como terminan, así como complicando”.

Trabajadrx Equipo Antiguo

Particularmente una de las entrevistadas señalaba una vinculación que podría caracterizarse como “perversa” entre policías y jóvenes, en el sentido de que los policías capturarían a los jóvenes para desempeñarse como “mano de obra” en actividades ilegales.

“Había jóvenes que en ese momento trabajaban, estaban detenidos y después los liberaban para que salieran a la noche a “trabajar...”. Los usan..., también los golpeaban, los acompañábamos a hacer la denuncia por vulneración de sus derechos, entonces bueno, como que los jóvenes ahí expuestos y tironeados, por toda esta situación (...)”

Trabajadrx Equipo Antiguo

A la vez, trabajadores del equipo antiguo, manifestaron una clara posición de discrepancia con la presencia policial en el Centro de Salud.

“Yo tengo una posición con respecto a los Centros de Salud con policías adentro, yo no acuerdo con que la policía esté. Uno trabaja con personas que tienen conflictos con la ley, pero uno no está ni para juzgarlo, ni para intervenir sobre eso, uno escucha su padecimiento, y su enfermedad o lo que lo hace sufrir, nada más, después lo otro se arregla en otro lado...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

“Nosotros trabajábamos con Seguridad Comunitaria...ellos mandaban un móvil de la policía...ponele que el proceso fue: al ingreso de los trabajadores y a la salida. Al ingreso no estaban, había que llamar, a la salida no estaban...entonces dijeron “lo dejamos en la puerta” ...lo cual es una cagada, ¡tener un móvil apostado en la puerta!!...Estuvieron un día y se fueron al carajo. ¿Entraban adentro..., no podés estar adentro del Centro de Salud armado, viste? ¡No jodamos con eso!!... una cosa es que vos armes un cordón seguro, para que entren los trabajadores, para que la gente circule y otra cosa es que tengas una cana, la policía apostada en la puerta, que esté adentro, no está bueno eso...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

Luego del cierre del centro de salud y a posteriori de su reapertura, entrevistados del antiguo equipo refieren una fuerte presencia policial en el territorio, cuestión que era visualmente violenta a la mirada de lxs entrevistadxs. Se trataba de una actitud más intervencionista, en articulación con otras organizaciones de dependencia nacional y provincial (como gendarmería).

“(…) cuando se iba a abrir después fue..., en realidad vinieron los policías tácticos, que realmente era muy chocante (...) Hubo también cambios en la seccional de la cual dependían, que era la 15, cambiaron tres veces, ... (...) cuál fue la manera para cortar, bueno vinieron la PDI, estábamos con el camión blindado en la puerta del centro de salud. Era la verdad...en la reapertura, con las máscaras y todos sus uniformes, pero bueno, muy violento...para mí visualmente violento(...)”

Trabajadrx Equipo Antiguo

Por otro lado, para entrevistados del equipo actual del CS, la policía es caracterizada como una organización con estructura rígida y orgánica, con lógicas de funcionamiento y dinámicas difíciles de trabajar en conjunto, no pudiendo contarse con interlocutores directos. Aparece el término más cuidado de “fuerzas policiales”, atribuyéndole funciones de circulación, de tipo preventivas en el barrio, de protección de la población y los trabajadores del equipo de salud, pero con una muy clara definición del “para que no están”, que es la de “no requisar a los pibes, ni parar motos”.

“(…) se definió hasta poder tener un poco más de claridad de qué se trataba; si tenía que ver con una cuestión puntual, que otra vez hubiese una circulación policial, para poder estar un poco más atento, donde están los focos de conflictos. Me parece que tiene que ver con una cuestión más preventiva que otra cosa, también es real que las fuerzas policiales tienen una estructura un poco más rígida, que muchas veces, uno intenta diseñar una dinámica, y es difícil, porque ellos son un poco más orgánicos, entonces, nosotros lo que veníamos planteando desde el distrito era una circulación de la policía, de otro modo...”

Trabajadrx Equipo Actual

“La policía de acción táctica es la que circula por esta zona, viene a tener presencia acá en el barrio después de la muerte de “P” (...) Después de eso empezó a tener presencia con una cuadrícula la policía de acción táctica que tiene que estar caminando por

el barrio y bueno, garantizando que la población pueda circular por el barrio y acceder a las instituciones y que los equipo puedan venir a trabajar. Ese es el sentido que tienen (...) La policía es otra institución con otras lógicas con las cuales no podemos dialogar, es muy difícil dialogar con las lógicas de seguridad, porque vienen y te dicen, -“mi jefe me dijo esto”- y te muestran un mensaje que se tienen que quedar acá dentro y contra eso no tengo interlocutor y bueno, depende de quien esté ese día de jefe.(...)” (...) Observaciones negativas hay un montón, desde ¿para qué están? que ellos tengan en claro para que están, que no es para requisar a los pibes, no es para parar motos (...).”

Trabajadxr Equipo Actual

● LAS RESPUESTAS DEL ESTADO

Unx entrevistadx que trabajara hace más de una década atrás en el territorio, planteaba algunos abordajes dirigidos a jóvenes formulados desde el Estado en el marco del Presupuesto Participativo, considerando que tenían ciertas limitaciones.

“Pero después hubo algunos proyectos de presupuesto participativo de años antes, que bueno... era poder pensar en acciones dirigidas a los jóvenes, entonces ..., está bien que el presupuesto participativo tiene como un tiempo acotado de trabajo porque son contratos que van de marzo a noviembre, entonces como que, si bien era una ventaja también tenía sus límites...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

Señala también que en un marco de crecimiento gradual de la violencia en el territorio, el CS va quedando sólo con un repliegue de otras instituciones del Estado como el CCB.

“Después también otras de las cuestiones, el tema de los robos, por ejemplo atrás, había, donde dejaban las partes de motos, desarmaban motos, o sea, en un momento quedó la parte de atrás del centro de salud como un lugar donde se guardaban las cuestiones de distintos arrebatos, y fue quedando el centro de salud como la única institución, porque el CCB en su momento trabajaba mediodía, con muy pocos recursos,...y mucha... la institución quedó ahí en el medio ...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

Una referencia de interés aportada por esx mismx entrevistadx señala que en un momento en que el CS empezó a trabajar con jóvenes en conflicto con la ley (“Esos”) el equipo recibió amenazas telefónicas

para que cesara con esa actividad, anticipando así las líneas de tensión generadas en torno al abordaje de la problemática de los jóvenes.

“Yo recordaba...en otro momento había varios jóvenes que estaban en conflicto con la ley y se habían empezado a acercar al CS y poder trabajar con la trabajadora social, conmigo, y en ese momento hubo unas llamadas al Centro de Salud, al teléfono fijo del Centro de Salud, diciendo que, no recuerdo ahora las palabras textuales, pero era como “terminenla de trabajar con “esos” o van a terminar mal”... bueno una cosa así, “van a terminar todas incendiadas”

Trabajadxr Equipo Antiguo

En materia de seguridad algunos entrevistadx perciben un estado ausente con políticas públicas desacertadas.

“...todo eso se dio en una clara ausencia del Estado...en lo que son Políticas Públicas, por lo menos en lo vinculado a seguridad “(...) El territorio cambió, de ser un lugar sumamente tranquilo, pasó a ser un lugar intransitable...eh...las políticas públicas de seguridad nunca estuvieron y si estuvieron fue de una manera muy desacertada, el Centro de Salud desde que yo llegué sufría hechos de violencia”

Trabajadxr Equipo Antiguo

Respecto a los cambios e intentos de intervención por parte del Estado, como una forma de modificar las condiciones de vida de los ciudadanos, otrx de los entrevistadx reflexiona:

“...el estado siempre tiene que estar presente, no este repliegue y avance, repliegue y avance, ¿no? Ahora está en proyecto de abrir calle Lamadrid, bueno, todo eso también fue como dándole otra circulación, y bueno al tener otra circulación, al contrario, eso descomprime...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

Otrx entrevistadx manifiesta que las intervenciones que hizo el estado no eran suficientes para abordar la problemática de la venta y el narco menudeo.

“El tema es que no hubo respuesta, porque no se actuó, no tiene sentido poner un móvil en la puerta cuando en frente te están vendiendo o se instaló otro y hay bronca y no se ponen de acuerdo... ¿no? ...en quién comercializa en ese territorio. (...) si no modificas lo que está pasando ahí, que es lo que te decía antes...la gente no podía salir a la calle, no éramos nosotros solos, la gente no podía salir a la calle”.

Trabajadxr Equipo Antiguo

En la misma línea de percibir la insuficiencia en las respuestas del Estado, unx entrevistadx alude a

un retiro del estado mediante el desdibujamiento de políticas que en algún momento se habían implementado en el territorio:

"(...) no está que el estado tiene que competir con eso, el estado debe garantizar, que el niño esté en la escuela, que el niño esté con la familia, que tenga una casa, que tenga su atención en salud, de qué manera son las políticas como para poder, bueno, y en eso hubo muchos cambios también, yo cuando empecé en el 2005, por ejemplo, había otras políticas de infancia, había equipos que trabajaban en la calle, para tener vínculos con los niños en situación de calle, y después articulaban con las instituciones, con las familias, y bueno,....después todo eso se fue desdibujando también, eso fue en el 2005, estamos en el 2019, y sí, son los jóvenes de ahora, si están vivos, (...), realmente no había ninguna apuesta."

Trabajadxr Equipo Antiguo

Puede pensarse que la causa de la pobreza y la desigualdad social es la violencia sistémica, como lógica de producción y reproducción del sistema capitalista. En ese contexto los jóvenes que ejercen esa violencia emergente, se encuentran con muchos de sus derechos vulnerados. Frente a esto, desde las instituciones del Estado que se encuentran en el barrio intentaron ampliar la mirada, para abordar esa problemática en forma más integral, en tal sentido, el Programa Nueva Oportunidad se configura como un intento de respuesta a esta problemática. Unx de los entrevistdxs comenta:

"Se venía trabajando y se llegó a la conclusión de que las problemáticas de heridas de arma de fuego, las cuestiones de, ¿cómo llega Salud?, ¿cuáles son las cuestiones de salud que aparecen en estos jóvenes?, y ¿qué propuestas? y ahí es donde se arma, como una propuesta más intersectorial, pero también a nivel Provincia, Municipalidad, se da también, con que en la Provincia también ganan la elecciones la misma línea política, y surgen los primeros programas del Nueva Oportunidad (NO), entonces como un espacio de capacitación-formación, - ahora ya está más aceitado, ahora ya es otra cosa... En aquel momento era: incendio en las casas, viene la policía, los usan, también los golpeaban, los acompañábamos a hacer la denuncia por vulneración de sus derechos, entonces bueno, como que los jóvenes ahí expuestos y tironeados, por toda esta situación, entonces,...) el NO para los jóvenes que ya estaban escolarizados, con determinada edad, puedan capacitarse, y en ese contexto es que surge, que un grupo de chicos iba a

participar en un NO, que estaban haciendo de herrería, entonces en ese espacio se suma,....ah porque..., ahí se priorizo un fuerte acompañamiento del equipo, a los jóvenes..."

Trabajadxr Equipo Antiguo

En ese trabajo que se planteaba como preventivo, como una forma de llegar antes de que se manifieste la problemática, se observaba desde las instituciones que la edad de los jóvenes que se vinculaban con el circuito delictivo, con el narco menudeo y el consumo problemático de sustancias, había descendido marcadamente.

"A partir de 2017-2018, se observa una baja en la edad de los heridos de armas de fuego, se intenta trabajar con una franja que nunca fue tomada formalmente (12 a 15 años); el primer planteo fue en diez CCB, para pensar cómo desarrollar esta práctica con estos jóvenes, que aparecían sobre todo en un estudio que se hizo de "los heridos de arma de fuego", había bajado la edad a esa edad. Eso más la deserción escolar, es como que apuntó a esa edad (...) En estos registros que se unificaron, es donde salta como problemática lo de los más chicos, me parece que eso es lo más importante..."

Trabajadxr Equipo Actual

Unx de lxs entrevistadxs acuerda en describir un Estado con funciones de acompañar procesos, con políticas públicas que vayan en sintonía con lo que necesita la población, escuchándola y agendando sus necesidades.

"nosotros estamos para percibir, para abrir las puertas y escuchar que necesita la gente, y cuál es la disposición de todo lo que el estado pueda para eso, para garantizar un derecho, que es el acceso a la salud pública (...), generar todas aquellas condiciones o transformar aquellas que limitan la vida a las personas "(...) Para mi es una muestra clara, que cuando los problemas de la población son todos tomados, son agendados y se terminan transformando en una política pública, digo, ese es para mí el camino, es decir, poder reconocer, hacer un diagnóstico de situación, atender que es lo que necesita una población, que las políticas públicas vayan en sintonía con eso, y no a la inversa, bajo algo y adaptarlo como puedas(...)"

Trabajadxr Equipo Actual

No obstante, otrx entrevistadx reconoce la insuficiencia de la propuesta del Estado frente a los circuitos delictivos e ilegales del narcotráfico o mercado ilícito que aseguran otra rentabilidad económica.

"Nosotros obviamente, hay algo que está faltan-

do desde las propuestas del estado y del mercado del trabajo, una propuesta más... algo que los enganche más productivamente, que les devuelva un trabajo digno. Nosotros tenemos programas, becas, cosas de \$1000 por mes, que claramente con eso no sobrevive nadie, y del otro lado tenemos una propuesta económica mucho mayor, y bueno no tenemos con qué pelearle a eso, le peleamos con lo simbólico, con la construcción de lazos, le peleamos con la ternura, le peleamos con aportarle otra mirada, pero bueno lo que está del lado de la vereda del frente que coopta a los pibes, es un engranaje mucho más perverso, que los toma cada vez más chicos, (...)"

Trabajadxr Equipo Actual

● EL IMPACTO EN LXS TRABAJADORES DE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA EN EL TERRITORIO

Con la reconfiguración del territorio, instalándose en el mismo nuevos circuitos de venta y distribución de drogas, la violencia se fue manifestando de diferentes maneras. Podemos pensar que la violencia constituye el presente histórico, causando efectos negativos en la vida colectiva de la comunidad. Producto de los hechos de violencia en el año 2014 se produce el cierre transitorio del CDS. Unx de las entrevistadxs pone el acento en el enojo de la población con el equipo de salud frente al hecho del cierre.

"habían quedado platos con comida que ese día se fueron y quedó como si se hubiera detenido el tiempo, mientras se definió armar nuevamente el Centro de Salud... era venir e intentar, mientras reconstruíamos el equipo ... fue difícil porque en realidad la población estaba como un poco enojada, porque en un punto habían sentido, digamos como de entender los que los médicos o el equipo de salud planteaban pero por otro lado planteando: nosotros vivimos también esta cuestión y no podemos cerrar e irnos, y como se van y..."

Trabajadxr Equipo Actual

Unx de lxs entrevistadxs que ha formado parte del equipo, previo al cierre del Centro de Salud, ha referido diversas situaciones de violencia hacia los trabajadores y en la población misma:

"...después en otro momento entraban por el pasillo que ustedes conocen, tiroteándose, descargando armas arriba del centro de salud, como una situación así muy compleja y de mucha exposición (...) Fue la sumatoria de decir, "bueno algo hay que hacer porque

en estas condiciones..." Muere la niña cruzando la calle, viene la policía e incendia la casa de acá atrás y los vidrios estallan, todo el tiempo están desarmándose armas por... todo el tiempo, las balaceras por todos lados, el frente del centro de salud era, auto, autos estacionado por todos lados, un desarmadero de autos, naturalizado o sea, (...) como que había un abandono de las instituciones, del estado, en el territorio y quedaba el Centro de Salud como único ahí, con la bandera, cuidando los heridos, entonces dijimos, "hasta que no se den las condiciones"..."

Trabajadxr Equipo Antiguo

Por otro lado, otrx entrevistadx que también formó parte del equipo en el periodo previo al cierre, comparte la existencia de situaciones de violencia, no obstante, agrega falta de interrogación ante las situaciones por parte del equipo:

"... Y bueno, ahí fue, hasta que después eso duró lo que duró... que fue mientras el Centro de Salud estuvo abierto... hasta que estos hechos de violencia entre bandas se fueron recrudesciendo y ahí definen cerrar... hubo una... dos balaceras en la puerta del Centro de Salud, se le echó la culpa a uno de los pibes que estaba ahí con nosotros... En el mientras tanto, robaron, entraron creo que una vez al Centro de Salud... En otra oportunidad robaron cosas de arriba, del compresor que está arriba, en otra oportunidad orinaron dentro del tanque de agua, defecaron dentro del tanque de agua que estaba arriba... Eh... situaciones violentas si las querés contra la institución... las había... las había. No circulaba una pregunta de ¿por qué pasaba eso?...no..."

Trabajadxr Equipo Antiguo

Atendiendo a los anteriores relatos llama la atención el señalamiento de unx de lxs entrevistadxs que niega situaciones de violencia hacia el Centro de Salud.

"Teníamos indicadores reales, digo de muertes, heridas de arma de fuego, que hoy no tenemos, pero que en ese momento sí, y el centro de salud jamás tuvo una situación de violencia hacia dentro, es decir, ninguno de estos jóvenes jamás tuvo una situación con nosotros".

Trabajadxr Equipo Actual

Otrx entrevistadx refiere que el equipo iba notificando a las instancias de gestión acerca del agravamiento de los hechos de violencia sin encontrar respuesta. Cabe interrogarse si la falta de reflejos de actores del estado frente a la problemática, no terminaría dejando desprotegida a la comunidad y

también a sus trabajadores, los que están insertos en el territorio y comparten las vivencias.

“Cuando se empiezan a recrudecer estas situaciones...que los pibes empiezan a contar:he está re complicado, che está re complicado, también se habla con el CCB, por eso te digo que Diego me dice: “che, se cagaron a balazos en la puerta del CCB”. Entraron a robar adentro del CCB, estaban muy locos, muy locos algunos pibes ahí. Y bueno, ahí empezamos a tener reuniones con Seguridad Comunitaria...Decir: loco paren un poco esto...fue denunciado de alguna manera... che, loco, esto se está poniendo cada vez peor, cada vez peor y no hubo repuesta. Era un circo muy bizarro todo lo que sucedía. Hasta que bueno, nada, después se cagaron a balazos...pasaron y tiraron ahí en la puerta del CDS...ahí ya fue...”

Trabajadrx Equipo Antiguo

Unx de lxs entrevistadxs del equipo previo al cierre, menciona que la selección del grupo de jóvenes para el proyecto de armado de pedímetros, estuvo destinado a jóvenes de un sector del barrio, hipotetizando que tal decisión podría haber condicionado la balacera posterior al CS:

“E: Después se comenzó a trabajar, bueno esto antes del cierre... Se venía trabajando en este proyecto con los jóvenes de armar los pedímetros que están en todos los Centros de Salud,- esta es una lectura y de hipótesis personal, en función de que venían preguntando para..., si bien fue para un grupo, no para todos, bueno pensando en las problemáticas y en las posibilidades, algunos vecinos planteaban por qué no podían venir sus hijos, como una de las hipótesis quizás, lo que quedó es que el grupo que venía es de un solo sector, entonces....No es casual que el día que estaba el muchacho sentado en el tronco en la puerta del centro de salud se da la balacera

C: ...ahí fue que se dio la balacera...

E: si...si...después de todo este proyecto.”

Trabajadrx Equipo Antiguo

Otrx entrevistadrx, minimiza los hechos de violencia y fallecimientos, adjudicándolo a una reconfiguración territorial, agregando desconocer más datos al respecto:

“... Mira, en realidad lo que venía sucediendo era toda una reconfiguración un poco del barrio, donde había habido algunos hechos de violencia, cuestiones vinculadas al conflicto de armas, y en todo ese proceso, falleció una niña en un tiroteo que se había hecho acá en la puerta y bueno, fue como un quiebre para el equipo que justamente fue una situación que desbor-

dó y definen no volver al centro de salud, pero bueno no tengo mucha información más que esta, la que me comentaron en su momento, cuando me proponen un poco venir a intentar acompañar este proceso de rearmado del equipo y es lo que se...”

Trabajadrx Equipo Actual

Así mismo, otrx entrevistadrx, refiere que la decisión del cierre del efector, fue consecuencia de “falta de claridad” para definir algunas áreas para trabajar, de la gestión, sindicatos y del equipo mismo, repercutiendo negativamente en la población:

“... bueno gente que estaba en ese equipo en ese momento se asustó mucho y bueno evidentemente confluye en un momento donde faltaba algo de aceite en el trabajo, en el engranaje de gestión, equipo, sindicato, había bastante lógicas jugando que no estaban funcionando armoniosamente y bueno quedo como detonante del equipo que estaba acá y la población las víctimas de esta coyuntura...”

Trabajadrx Equipo Actual

Otrx entrevistadrx comparte la falta de claridad para definir el trabajo a realizar por parte del equipo, a la vez que pone el énfasis en la situación de abandono en que el equipo dejó a los vecinos.

“... Esto que te digo, el aumento de la violencia armada, conflictos entre grupos, poca claridad para definir algunas áreas donde se podría trabajar o no, bueno cosas creo que el equipo que estaba en ese momento entendió que no había condiciones para poder laburar, pero la verdad es que tampoco podría decir mucho más... `Nosotros vivimos también esta cuestión y no podemos cerrar e irnos, y como se van y....’, digo fue difícil, que si bien era entendible lo que vivió el equipo anterior, uno puede dimensionar que evidentemente era una situación que los desbordó, pero también entendible lo que uno escuchaba de los vecinos de los usuarios, de que... “se fueron todos y nos dejaron, y nosotros qué hacemos?”

Trabajadrx Equipo Actual

Lxs entrevistadrx manifiestan que la decisión de cerrar el CS fue parte del mismo equipo, debido a que se habían presentado situaciones de violencia hacia la institución, conflictos, amenazas, hechos de violencia entre bandas, que imposibilitaban al trabajo; uno de los entrevistados menciona al nivel central también en la decisión de cerrar, y reuniones con seguridad comunitaria, este último debido a las situaciones de violencia:

“... Ese fue el momento donde se decide...donde desde el nivel central se dice “bueno, hasta...hasta

porque van a matar a alguien...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

En entrevistadxs del equipo antiguo puede rastrearse el impacto subjetivo de la confrontación con las situaciones de violencia:

“...y me paran –la policía-, hacen bajar a los pibes, me hacen bajar a mí, me cachean, me revuelven todo el auto...y ya fue...no, no...la pasé re mal, la pasé re mal...(...) A los pibes peor...contra la pared, ¡un bajón! ...y bueno...y después dije bueno, listo ya está...ya fue porque esto... Viste cuando ves que ya se pasa un límite? Así que después de eso yo me fui a reunir, tenían una reunión para hablar de esto...y yo llego tarde y les digo: perdonen porque llevaba los pibes para el barrio, me paró la cana, me hizo bajar, me revisó todo, me cacheó, ta ta... No da esto, le digo, no da...ya está, están persiguiendo a medio mundo ahí adentro y no a los que tienen que perseguir...ya está”.

Trabajadxr Equipo Antiguo

“...bueno después del cierre, cuando se definió cerrar, fue como que todo quedamos así shockeados en ese sentido, que bueno, compañeros fueron a... no querían volver... entonces...compañeros habían decidido “a ese lugar no vuelvo”, es cierto que uno tiene una vida aparte del trabajo, volver a mi casa con mi hijo tranquila, no quiero volver en esa situación así como que de mucho impacto subjetivo lo digo ¿no?...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

Unx de lxs entrevistadxs del equipo actual refiere las vivencias de bronca e impotencia del equipo a posteriori del asesinato de otro joven del barrio.

“Matan a Pascual, a este pibe, bueno la próxima reunión fue una cuestión de catarsis de mucha bronca y de mucho decir, bueno no nos podemos estar sentados acá a ver que talleres hacemos para....., es otra la respuesta que uno tiene que dar institucionalmente, mientras tanto nos siguen matando a los pibes”.

Trabajadxr Equipo Actual

Teniendo en cuenta la relevancia institucional y comunitaria que tiene la condición de haber cerrado un Centro de Salud por la situación de violencia con un recambio total del equipo de salud, llama la atención la falta de pasaje de la historia y la experiencia desde el equipo antiguo al nuevo equipo. Por el contrario, los entrevistadxs manifiestan que no hubo intención de decir o de transmitir las situaciones vividas al nuevo equipo de salud; así mismo tampoco se registraron intenciones de los actores del nuevo equipo de preguntar al respecto:

“... Bueno en realidad en ese momento yo no estaba trabajando acá, estaba trabajando en otro centro, cuando se decide reestructurar un poco el equipo y pensar una apuesta de no alejarnos del territorio, de hacer una doble apuesta y volver a trabajar. Ahí es cuando vengo yo al centro de salud como jefa, y bueno construimos un poco el equipo y después cuando inicia la gestión la intendenta Mónica Fein en este periodo 2015-2019, desde la dirección de centros me convocan a formar parte del equipo de la dirección, coordinando el distrito sur, así es como llegamos...”

Trabajadxr Equipo Actual

“... Nosotros cuando ingresamos acá como equipo en general, en el mes de febrero, que nos sumamos después de la reapertura del CS, cuando yo tuve la primera entrevista, no sabía nada de este CS y ahí lo googlee y vi las noticias de que había estado cerrado por hechos de violencia en el barrio. Era un desafío la reapertura y la constitución de un nuevo equipo que venga primero a conformarse y después a tener lógicas para alojar a la población y a los problemas y en ese contexto la gente estaba muy enojada... (...) Y en realidad son los de público conocimiento o sea, salió la noticia que era el hito que hizo el cierre del equipo fue la muerte de una niña de 5 años que quedó en medio de una balacera y bueno, también un episodio donde había unos chicos sentados en la puerta del CS y pasaron con una moto y tiraron tiros...”

Trabajadxr Equipo Actual

“... no, a mí la percepción es ‘de eso no se habla’...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

“... No, para mí que no se hizo (transmisión de la historia de trabajo)... : No...lo único que yo hice fue pedir la continuidad del proyecto de los pibes...para eso fui a hablar al CEMAR...”

Trabajadxr Equipo Antiguo

CONSIDERACIONES FINALES

El territorio en el que se inserta el Centro de Salud, y por ende el espacio por donde circulan lxs jóvenes, se ha ido modificando en el tiempo y de modo gradual. Podemos situar dos grandes hitos en este sentido: por un lado, ante la demanda habitacional y la participación activa de organizaciones sociales, se lleva adelante la propuesta y puesta en práctica de proyectos y planes sociales vinculados a políticas públicas (Plan Abre, etc.) de re-estructuración del espacio en términos geográficos que incluyeron tanto la asignación de viviendas como la apertura de calles.

Por otro lado, la reconfiguración de micro-áreas a partir de movimientos migratorios, y particularmente del avance migratorio de una organización delictiva vinculada al narcotráfico, fue condicionando el incremento de conflictos y enfrentamientos de estxs nuevxs actores sociales del barrio. A su vez, se van instaurando nuevos modos de violencias que se traducen en nuevos “modos delictivos” (paso del desguace de vehículos a la venta de drogas, etc.). Frente a la complejidad de este escenario, si pensamos en cómo abordar las problemáticas territoriales, se abre un abanico múltiple de opciones que sería importante entrelazar, ya que no basta con abrir una calle, o colocar más efectivos policiales como respuesta a la problemática.

En este contexto, la figura de los jóvenes constituye un sector poblacional también afectado por grandes desigualdades y, en un tiempo previo a la implementación por parte del estado de programas y dispositivos específicos de abordaje, algunos de los entrevistados refieren que los jóvenes eran considerados por algunos trabajadores del territorio como una potencial amenaza antes que como sujetos de intervención. Luego, con la implementación de programas / dispositivos dependientes de las Secretarías de Salud y Promoción Social, se fue produciendo la inclusión de este grupo en el Centro de Salud, en prácticas vinculadas a la formación de oficios y producción de lazos sociales más que en procesos de atención específicos. Este último proceso, no obstante se va dando con el reconocimiento por parte de los trabajadores de salud de la carencia o insuficiencia de las propuestas estatales que efectivamente funcionen como “enganche” o alternativa, frente a una realidad en la cual lxs jóvenes, producto de una temprana trayectoria de desamparo y vulneración de Derechos, se ven rápidamente expulsadxs a circuitos delictivos y prácticas violentas que van combinando con actividades legales tanto en sus juventudes como en el paso a su vida de adultxs jóvenes.

En este marco es de fundamental importancia comprender que la violencia no es un acto singular, sino un conjunto articulado de prácticas que, siendo puestas a cuenta de los “sectores marginales”, como “acto generalizado de los marginales”, invisibilizan en realidad las violencias estructurales, las injusticias y las desigualdades que padecen esos mismos sectores, generándose así la paradoja de “culpabilizar a la víctima”. En otras palabras, podría considerarse que las profundas inequidades que produce un orden

socio-económico-político injusto cuentan con el aval de diferentes grupos sociales que a la vez, colocan el acento sobre esa violencia explícita que ejercen los jóvenes del barrio. Así, el contexto social y cultural dota de un sentido a la violencia. La mayoría de los jóvenes del barrio estaban en situación de conflicto con la ley, y relacionados a la venta, consumo y distribución de algún tipo de drogas. A su vez, los jóvenes van armando identidades en sus modos de circular en el territorio. Así, estas trayectorias singulares y grupales nos cuentan de distintos modos de “ser y ocupar” el territorio. En este sentido, lxs distintxs entrevistadxs hacen referencia a los denominados “satélites”, jóvenes que han tomado parte en dispositivos propuestos por el estado y que recibirían una mirada sancionatoria de sus propios pares; jóvenes que integran “bandas” de pertenencia; los de un lado de la vía y otro lado de la vía, los “soldaditos”. Indudablemente hablar de los jóvenes dista mucho de remitir a un universo homogéneo, pero en virtud de lo que relatan algunos entrevistados, parece evidente que cuando los jóvenes de los barrios intentan transitar la ciudad, ir más allá de ciertos límites geográficos o simbólicos (vías, avenidas) y acercarse a vecindarios en los que habitan clases más privilegiadas, pasarán a constituirse en objetos de intervenciones concretas. Demoras, cacheos, detenciones, revisiones, traslados, golpes, empujones. Acciones acompañadas siempre por el “verdugueo”, malos tratos verbales, insultos, referencias despectivas. Desde la adolescencia temprana, “lxs pibxs” empiezan a adquirir estilos vitales y a asumir una estética, que los hace encajar en las categorías policiales (y claro está, no solo policiales) acerca de aquello que debe ser vigilado y controlado (la gorra, el buzo, las “llantas”). En definitiva, son marginales, y deben volver a los márgenes (“cada cosa a su lugar”). Para ello, en numerosas ocasiones lxs policías participan activamente de esas operaciones de “reconfiguración territorial” o “reterritorialización” bajo la consigna de “mantener el orden”. Así, la policía participa activa y materialmente de un potente proceso de estigmatización que afecta a muchos jóvenes. Para muchos de ellos, sin embargo, su relación con la institución policial, no termina aquí. Se trata de aquellxs que se aproximan, a lo que la policía define como “el mundo del delito”, comienzan a cometer robos y hurtos en las calles, consumen drogas ilegales, protagonizan conflictos y peleas, y utilizan armas de fuego. En sus expresiones más perversas, la participación en el de-

lito, según refieren algunos entrevistados es promovida activamente por la misma fuerza policial que es convocada para prevenirlo o persuadirlo, profundizando así la encerrona en la que caen muchos jóvenes. Indudablemente podemos ubicar aquí la clave de lo planteado por diversos entrevistados en relación a lo controvertido que resulta para los equipos de salud, la convocatoria a las fuerzas policiales como herramienta para procurar la “protección” de población y trabajadores frente a las situaciones de inseguridad.

La inclusión de las fuerzas policiales como herramienta para asegurar condiciones de seguridad para acceder o retirarse del Centro de Salud, tuvo lugar a posteriori de una sucesión de hechos de violencia (homicidios, balaceras, etc.) que ocurrieron en las puertas mismas del Centro de Salud. La situación de riesgo leída a punto de partida de esos hechos y el impacto subjetivo que los mismos generaron en los trabajadores, desembocaron en el cierre transitorio del efector con un recambio total del equipo de salud que se desempeñaba hasta ese momento. Paradójicamente, es esa misma presencia policial la que parece hacer obstáculo al acceso a la atención, justamente de los sectores más vulnerados.

Teniendo en cuenta la relevancia institucional y comunitaria que tiene el hecho de haber cerrado un Centro de Salud por las situaciones de violencia, es sorprendente la falta de pasaje de la historia y la experiencia de trabajo acumulada hasta entonces desde el equipo antiguo al nuevo equipo, según se desprende de las percepciones de algunos entrevistados.

Para concluir, las grandes desigualdades destruyen el capital social, erosionan los vínculos entre las instituciones y la comunidad; y entre los individuos, los jóvenes de sectores vulnerables no son sino emergentes de esa violencia estructural.

Así, las causas de la pobreza y la desigualdad social configuran una violencia sistémica, como lógica de producción y reproducción del sistema capitalista. En ese contexto los jóvenes que ejercen esa violencia emergente, se encuentran con muchos de sus derechos vulnerados. Frente a ello, las instituciones que participan en el barrio intentan ampliar la mirada, para abordar esa problemática en forma más integral, yendo muchas veces más allá del límite que implica la falta de recursos y la sobrecarga de responsabilidades, ante la creciente crisis económica y social. Intento anclado en la convicción de que cuando el estado responde de forma ineficiente, o se retira del territorio, deja a la población sin apoyo y

sostén, incrementando el desamparo de los sectores más vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Laurell, A.C. (1982) La salud como proceso social. Cuadernos Médico Sociales N° 19. CESS. Rosario. p10. Recuperado de: <http://www.ccgsm.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
2. Almeida Filho, N.; Silva Paim, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999, 75: 5-30.
3. Bang C.; Stolkiner, A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. Ciencia, Docencia y Tecnología. 2013, 46: 123 – 143.
4. Montero, M. Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós. 2006.
5. Guattari, F; Rolnik, S. Micropolítica. Cartografías del deseo. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones. 2013.
6. Wagner W.; Hayes N. El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales. Anthropos Editorial: México. 2011.
7. Saavedra M.N. Identidad(es) y representaciones sociales en el barrio Gauchito Gil. Un caso de ocupación y apropiación territorial, en vinculación a los procesos de transformaciones urbanas en Salta. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. 2015, 48: Recuperado de: <http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos/index.php/cuadernos/article/view/56/318#bibliografia>
8. Molina Jaramillo N. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. Cad. Saúde de Pública [online]. 2018, 34, (1).
9. Zelmanovich P. Contra el desamparo. 2002 Recuperado de: https://www.academia.edu/15558237/Contra_el_desamparo._Zelmanovich
10. Dolto, F. La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Ed. Seix Barral: México. 1990.
11. Rodulfo, R. 2004-08-08. Paradojas de la adolescencia. La Nación. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/625264-paradojas-de-la-adolescencia>
12. Bleichmar S. Acerca de la subjetividad. 2003. Disertación en U.N.R, recuperada de http://www.silvialeichmar.com/actualiz_08/Acerca_sub

jetividad.html.

13. Rodríguez, E. Bases para la construcción de un índice de desarrollo de políticas sectoriales de juventud en América Latina. 2015. Recuperado de: <http://www.celaju.net/doc/bases-para-la-construccion-de-un-indice-de-desarrollo-de-politicas-sectoriales-de-juventud-en-america-latina/>

14. Valenzuela Arce J.M. Juvenicidio. Ayotzinapa y las vidas precarias de América Latina y España. Cap 1 – Remolinos de viento: Juvenicidio e identidades desacreditadas. Barcelona: Ned Ediciones. 2015.

15. Fernández, A.M. Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y Biopolíticas. Buenos Aires: Ed. Biblos. 2013.

16. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Ed. Amorrortu. 3ª reimp. 1995.

17. Zizek S. Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales. Buenos Aires: Paidós. 2009.

18. Castel R. La dinámica en los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En El espacio institucional 1 Volnovich y otros. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1991.

NOTAS FINALES:

I Esta preocupación deriva de haber relevado que aquellos jóvenes que toman contacto con instituciones del Estado, son denominados “satélites” por los propios pares del territorio, incrementándose potencialmente el riesgo de ser objeto de violencia, en la medida que, en el imaginario de los jóvenes los “satélites” podrían funcionar como informantes del Estado sobre actividades ilícitas.

II Municipalidad de Rosario. Dispositivo de 12 a 15 años. Documento de trabajo.

III Laurell, A.C. (1982) La salud como proceso social. Cuadernos Médico Sociales Nº 19. CESS. Rosario. Pp10. Recuperado de: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>

IV Entendemos el territorio como un espacio socialmente producido y un espacio apropiado, a través de las acciones conjuntas de las personas en los microterritorios; se trata del espacio donde se despliega la vida cotidiana de los sujetos y grupos.

V Saavedra M.N. Identidad(es) y representaciones sociales en el Barrio Gauchito Gil. Un caso de ocupación y apropiación territorial, en vinculación a los procesos de transformaciones urbanas en Salta. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy. 2016, 48. Recuperado de: <http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos/index.php/cuadernos/article/view/56/318#bibliografia>

VI Molina Jaramillo A. Territorio, lugares y salud:

redimensionar lo espacial en salud pública. Cad. Saúde Pública 2018; 34(1):e00075117. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000103001

VII Zelmanovich P. Contra el desamparo. P5. Recuperado de: https://www.academia.edu/15558237/Contra_el_desamparo_Zelmanovich

VIII Bleichmar, S Conferencia “Acerca de la subjetividad”. Disertación en U.N.R, recuperada de http://www.silviableichmar.com/actualiz_08/Acerca_subjetividad.html.

IX El Colectivo Juguetes Perdidos realiza, entre otras cosas, talleres y diversos espacios de investigación, agite y pensamiento junto a pibes y pibas en distintos barrios del conurbano de la Provincia de Buenos Aires.

X Valenzuela Arce J.M. Juvenicidio. Ayotzinapa y las vidas precarias de América Latina y España. Cap 1 – Remolinos de viento: Juvenicidio e identidades desacreditadas. Barcelona: Ned Ediciones. 2015. Pp 17.

XI *Ibidem* x. Pp.21

XII Fernández, A.M. Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y Biopolíticas. Buenos Aires: Ed. Biblos. 2013.. Pp 66.

IMPACTO DEL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR EN LA SALUD MENTAL DE CUIDADORXS DE SUJETXS CON DISCAPACIDAD EN UN CENTRO DE SALUD DE ROSARIO

Franca Bianchini*, Carla Delladona**, Salomé González***, Emanuel Podestá****.

RESUMEN

La investigación se desarrolla a partir de una propuesta en el marco del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental 2017-2019 sumado al relevamiento de preocupaciones en el equipo del Centro de Salud Itatí -ubicado en la ciudad de Rosario (Argentina)- en relación a los padecimientos y posibilidades de alojar a quienes cuidan sujeto/as con discapacidad. El equipo de investigación -compuesto por profesionales de enfermería, psicología y medicina- se propuso realizar un estudio de corte cualitativo para poder indagar los efectos sobre la Salud Mental de los/las cuidadorxs, así como las configuraciones de este rol y las condiciones en las que este se desarrolla. La metodología consistió en entrevistas semiestructuradas a cuatro mujeres que figuraban como cuidadoras en su historia clínica familiar, conjuntamente con la realización del "Pastel de la Vida" -instrumento proveniente del campo de la Terapia Ocupacional- seleccionado con el propósito de discriminar la cantidad de tiempo dedicado a cuidar a la persona con discapacidad y otras actividades. La selección de una muestra constituida en su totalidad por mujeres no fue intencional, sino que

devino de la prevalencia de éstas en las funciones de cuidado resultantes de la intersección entre los roles de género y el cuidado. Como resultado de esta investigación se logra recopilar información a los fines de reflexionar acerca de: efectos en la salud mental de las cuidadoras, circulación de estas mujeres por la Red de Salud como pacientes, asignación de roles de cuidado y posibles tensiones con el rol de maternidad, complejidades del cuidado de personas con discapacidad en contextos de vulnerabilidad, rol del equipo de Salud.

Palabras Clave: Salud Mental- Cuidadorxs- Discapacidad- Interdisciplina- Género

ABSTRACT

The research is based on a proposal framed in the 2017-2019 Interdisciplinary Training Program in Mental Health, combined to concerns transmitted by the work team of Itatí Health Center -located in the city of Rosario Argentina- regarding the sufferings and possibilities of offering a proper strategies offered to those who care for subjects with disabilities. The research team - composed of nursing, psychology and medical professionals- intended to conduct a

*Médica * Psicóloga *** Psicóloga ****Licenciado en Enfermería

qualitative study in order to investigate the effects on the Mental Health of caregivers, as well as the configurations and conditions in which this role is developed. The methodology consisted of semi-structured interviews concerning four women that appeared as caregivers in their family medical history and the structuring of the "Cake of Life", an instrument originally from the Occupational Therapy field, which was selected with the purpose of discriminating the amount of time destined at caring for the person with disabilities, and time allocated to other activities. The selection of a sample made up entirely of women was not intentional. Instead it reflected the prevalence of women in care functions, concerning the intersection between gender roles and care. As a result from this investigation valuable information was collected in order to contrive about: effects on the Mental Health on caregivers, circulation of these women through the Health Network as patients, assignment of care roles and possible tensions amid motherhood roles, complexities of caring for people with disabilities in contexts of vulnerability and functions of health teams.

Keywords: Mental Health- Caregiver- Disability- Interdisciplinary- Gender

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación surge en el marco del cursado del Programa de Capacitación Interdisciplinaria en Salud Mental de la Municipalidad de Rosario (en adelante PCISaM) durante el periodo 2017/ 2019. En este contexto, fuimos elaborando en forma conjunta con lxs trabajadorxs del Centro, cuáles podrían ser problemas prioritarios a abordar en un proceso de investigación identificando el abordaje de la "discapacidad" como problema complejo de salud. Tal como dice Souza Minayo (1) nos encontrábamos frente a nuestra Área de interés e intentábamos definir nuestro objeto. Para esto utilizamos diversas herramientas, como entrevistas abiertas, encuentros individuales y grupales con referentes del equipo de salud, sumado a los espacios tutoriales y entrevistas a informantes claves referentes del PCISaM.

En los diversos espacios de encuentro, los trabajadores del CS se planteaban en un nivel general la reflexión sobre el tipo de oferta que resultaría posible desde el equipo de salud más allá de los tratamientos y Centros Educativos Terapéuticos¹ y en particular, manifestaban preocupación acerca de la salud de lxs cuidadorxs -"cuidar al cuidador"-, como así también

interrogantes respecto al rol de la familia con respecto al cuidado entre otros. Coincidimos con A. P. Balaguer (2) en su prólogo a "Mujeres Intensamente habitadas. Ética del cuidado y Discapacidad" en que, "si el cuidar no tiene que ver con unos cuantos, la discapacidad tampoco porque tarde o temprano, antes o después nos tocará de algún modo, y pasaremos a formar parte de este grupo indeseado por la normalidad"². Bien podría quien esté leyendo estas páginas preguntarse ¿por qué realizar la investigación sobre lxs cuidadorxs, cuando la preocupación habitual pareciera ser la persona con discapacidad y los problemas de abordaje? Durante el trabajo en el Centro de Salud, abordamos de manera interdisciplinaria situaciones complejas, muchas incluían el trabajo con sujetxs con discapacidad en salud mental. A partir de allí fuimos construyendo diferentes estrategias de intervención, y llegamos a la conclusión que, sin la incorporación de lxs cuidadorxs en el proyecto terapéutico, no hay trabajo posible. Surge allí entonces el cuidado como asunto ineludible para la constitución de un sujetx. Tomando a A.P Balaguer una vez más: "Cómo se construye alguien como sujeto si previamente no se establecen las condiciones de posibilidad para que pueda advenir. Si aceptamos el supuesto que los sujetos no deben ser hablados por nadie, pero paralelamente no hay un lugar más allá o más acá de los significados sociales que los subalternizan, ¿cómo construir otros parámetros de inteligibilidad de la discapacidad sin que sean hablados por otros? Aquí la relación de cuidados se instala en una delgada línea de tensión entre ambas cuestiones (política y cuidados)"³.

Por otro lado, cabe considerar que quienes cuidan son mujeres, puede haber excepciones, pero su carácter es justamente excepcional. Así, considerando la investigación y la gestión de conocimiento como una práctica en salud, entendemos que no podemos desconocer la perspectiva de género en este trabajo. Elegimos no romantizar, ni naturalizar las relaciones de género en la división sexual del trabajo, no desoír las relaciones de poder que se ocultan en esta tarea, elegimos explorar oyendo desde una "objetividad situada" (3), que hace un esfuerzo ético por no desconocer el dónde, él quienes, ni el cuándo de la realidad política en la que se inscriben los vínculos. Entendiendo que los vínculos, tienen un más allá de lo singular, y es su determinación por parte de la organización social.

En nuestra experiencia de trabajo en territorio, la

condición de discapacidad y las relaciones que esta genera distan de ubicarse en el paradigma social de la diversidad funcional. Quienes nos vinculamos con estxs usuarixs y trabajamos en el marco de su garantía de derechos sabemos que, en términos de T. Kuhn (4), este cambio de paradigma no ha tenido aún su revolución científica. Es en este sentido que Angelino afirma, "Discapacidad es la palabra, el concepto, el nombre vigente, aunque en congresos, simposios y artículos le hayamos declarado la muerte y sostenemos orgullosos hasta las lágrimas que finalmente se hará justicia y que ésta (la palabra) ya nunca más será usada porque ha caído en desgracia y ha sido exiliada a tierras ignotas" ^{IV}.

En el marco de la Ley 26.657^V, la salud mental es claramente reconocida como un derecho humano, pero no es sólo la letra escrita del derecho lo que nos permitirá garantizarla, sino que creemos necesario brindar una escucha sensible a aquellas personas y poblaciones con las que trabajamos. Asimismo, es bajo la lupa del modelo de análisis que propone P.L. Castellanos (5), que comprendemos las condiciones de determinación (en este caso podríamos ubicar a la ideología de la normalidad, al sistema patriarcal, el capacitismo, al trabajo en términos de producción, entre muchos otros posibles) que generan limitadas posibilidades de existencia/ vinculación y salud, en todos los niveles. Esto no niega las experiencias diversas aisladas que pudieran desarrollar algunxs sujetxs, pero sí implica que las fuerzas condicionantes para transformar las posibilidades de existencia son del orden de la resistencia y lo colectivo (nivel particular en términos del autor). La discapacidad invisibilizada, el cuidado como femenino, la salud mental y la salud mental de quienes cuidan, en particular como un elemento relegado, podrían desde nuestro punto de vista ser algunas de las resultantes de nuestros determinantes vigentes. Partiendo del supuesto de que la naturalización de estas características, en relación al vínculo de cuidado, puede generar efectos negativos en la Salud Mental de quienes encarnan el rol de cuidar a una persona con discapacidad dentro de una familia, es que iniciamos este trabajo, intentando fortalecer acciones orientadas hacia otras posibilidades de existencia.

Emprendimos pues un proceso que intenta problematizar, como opuesto a naturalizar. Problematizar el cuidado es ingresar a lo doméstico; no en términos de control o vigilancia del mismo, no como un intento de totalizar la vida de lxs usuarixs, sino como

una apuesta a volver visibles las tensiones que han sido ubicadas puertas adentro. Bajo el rótulo de natural, biológico, instintivo, y hasta destino, el cuidado pierde la posibilidad de generar conflicto; conflictos vinculares, personales, de salud, emocionales. También en esta clave cuidar se muestra como equivalente a un acto de amor, este carácter inequívoco puede conducirnos a anular los efectos, y hasta perjuicios que puede suponer para quien cuida y/o quien es cuidado/a. Como plantea Angelino (6), un cuidado que no proporcione alteridad podrá ser un "buen cuidado" en términos técnicos, aunque esto pueda implicar, en realidad, un destrato o maltrato hacia ese otrx que es cuidadx.

Creemos necesario ingresar a lo privado, no con violencia, sino invitando a un diálogo que, lejos de tener una definición del "buen cuidar", intenta explicitar, aflorar, explorar, las múltiples dimensiones que componen este vínculo. A. P. Balaguer plantea: "Lo que no se explora termina formando parte de la interiorización del discurso hegemónico"^{VI}, es este el sentido y el compromiso asumido con esta investigación.

EL CUIDADO COMO CATEGORÍA CLAVE EN EL CAMPO DE LA SALUD

Stolkiner y Gómez (7) plantean que la dimensión del "cuidado" presente en los actuales debates en el campo de salud, "tendría una connotación mucho más amplia e integral que la "atención", al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas... reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos..."^{VII}.

En particular, para pensar la categoría del cuidado desde el discurso del psicoanálisis, es necesario situar que la Subjetividad implica la relación con lx otrx-lx semejantx- y con lx Otrx, efecto del Lenguaje, lx semejantx es vehículo de ese legado cultural. Para el psicoanálisis, aquella persona que ocupa una "función materna", antes de encontrarse con unx hijx, se encuentra con un cuerpo. Ese cuerpo podrá ser el esperado o no, pero se necesitará de algo más para que ese cuerpo devenga hijx. En este sentido, creemos que la noción de cuidado puede pensarse en dos vertientes: el cuidado de sí, al cual relacionaremos con el concepto de responsabilidad subjetiva; y por otra parte los cuidados primarios que se brindan a la cría humana en su desvalimiento, los cuales desde una lectura psicoanalítica no son cuidados sólo en relación a lo biológico sino fundamentalmente a lo

vincular y a la libidinización de un cuerpo.

En relación al concepto de responsabilidad subjetiva, la cual se diferencia de la culpa, nos permitirá pensar la noción de autonomía. El psicoanálisis postula una ética que no busca el bien de *lx* *pacientx*, sino que propicia un encuentro con la verdad propia de cada *sujetx*, mediando para esto lo que se nombra como transferencia con *lx* *analista*. Para que se produzca este conocimiento de sí, señala Laura Katz (8) son necesarias dos condiciones: la alteridad y la semejanza. A partir de aquí podemos comenzar a pensar la noción de autonomía, en tanto el conocimiento de sí mismo importa para *lx* *sujetx* la posibilidad de cuidarse a sí *mismx*. Pero, ¿Es posible para *unx* *sujetx* a quien no se le han brindado las herramientas subjetivas necesarias, hacerse cargo en relación a su malestar? ¿Qué ocurre, por otra parte, con aquello que Silvia Bleichmar (9) enuncia como malestar sobrante? El malestar sobrante está dado, para la autora, por el hecho de que la profunda mutación histórica sufrida en los últimos años deja a cada sujeto despojado de un proyecto trascendente que posibilite, de algún modo, avizorar modos de disminución del malestar reinante. Es necesario pensar una clínica que pueda ver más allá de los padecimientos individuales, sin dejar de lado la singularidad. Al respecto Alfredo Eidelsztien (10) señala que es frecuente encontrarse con el error de suponer que “hay una persona a la que se designa sujeto que, aunque dividido en “su interior”, debe moralmente hacerse cargo de todo aquello de lo cual padece o goza, piensa, desea o actúa. Esto ya configura un nuevo ideal social: no hay que victimizarse”^{viii}. Para el autor, no sería ésta una posición del psicoanálisis derivada de su práctica específica, sino una “concesión del psicoanalista a la moral capitalista en la que habita”^{ix}. Este señalamiento nos confronta con el desafío de ser cautelosos a la hora de interpretar cuales son aquellas cuestiones que sí tienen que ver con la responsabilidad subjetiva de *unx* *sujetx* (dimensión singular) y cuales *lx* *exceden*. Confundir esto es contraproducente si lo que buscamos es promover la autonomía de *unx* *sujetx*.

Desde la Medicina la categoría “cuidado” aparece principalmente a cuenta de *lx* *usuarix*, se aplica en general a aquellas actitudes esperables sea para estar “*sanx*”, o para controlar la enfermedad, dependiendo si se vincula con la promoción de la salud, prevención, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad. Se trata de acciones específicas, a modo de enseñanzas generales, que difícilmente

puedan contemplar las singularidades y variedad de condiciones materiales de existencia en las que esas tareas se desarrollan. Para Menéndez (11), tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales y generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. Es por esto que se puede considerar que los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideológicas, frente a los procesos de salud enfermedad, una parte de las cuales se ha organizado profesionalmente delimitando una manera legitimada de entender y de actuar ante los daños a la salud y también orientando, normalizando, formas “correctas” para prevenir/evitar el desarrollo de ciertos padecimientos y/o favorecer la salud. Por otra parte Menéndez desde la antropología médica, aborda las tareas de cuidado nombrándolas como “modelo de autoatención”, que tiene por centro a la mujer, y constituye el primer nivel real de atención a la salud. Desde aquí podríamos analizar que, el cuidado como trabajo, con sus impactos, dificultades y responsabilidades aparece por fuera de la injerencia del estado y, aun cuando se relaciona con el proceso de salud-enfermedad-atención, se encuentra ligado al ámbito doméstico. Por su parte, Venturiello plantea: “El estado no es neutral en la definición de políticas de cuidado, pues da por sentado que se trata de una cuestión a dirimir fundamentalmente en los hogares y donde las demás instituciones tienen un rol secundario.”^x Cabe preguntar, ¿Cuándo las personas no cuentan con los medios para cuidar de sí *mismxs*, a quien le corresponde esta tarea?. Esta pregunta motoriza uno de los ejes de esta investigación que busca echar luz sobre la distribución de las tareas de cuidado, a través de la historización de las mismas.

Desde la Enfermería el cuidado es considerado una categoría central de la disciplina (12). El cuidar, parte del interés de alguien por *otrx*, pero no solo de manera afectiva, sino reflexiva y racional. Esto tiene relación con la etimología de la palabra “cuidado”, del latín *cogitatus*, que significa reflexión, pensamiento, interés reflexivo que *unx* pone en algo. Cuidar es, por tanto, “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida pero que son diversas en su manifestación”^{xi}. Cuidar es “encargarse de la protección, el bienestar, o mantenimiento de algo o alguien”^{xii}. Por otra parte, el cuidado ético involucra la interacción y contacto mo-

ral entre dos personas, en el que media una solicitud, en el que hay unión entre las personas, como parte de la relación humana. La ética del cuidado se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersxs, y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otrxs. Algunxs teóricxs de la enfermería han incluido el cuidado como valor central en las dimensiones éticas de la práctica profesional. Gadow (13) afirma que el valor de los cuidados apoya una ética de enfermería dirigida a proteger y promover la dignidad humana de lxs patientxs que reciben atención en salud. El cuidado profesional, como labor propia, debería acabar con la dualidad entre las dos conocidas dimensiones del cuidado: la técnica y la humana. Es decir que el cuidado profesional comprende tanto la parte instrumental como la trascendental, no es una sin la otra. En definitiva incluye tareas de lo técnico en sí mismo, aquellas que garanticen la satisfacción de necesidades humanas básicas, o actividades o actitudes que establezcan las relaciones terapéuticas, así como la propia realización profesional y sobre todo de lx sujetx de atención. Ésta relación terapéutica, como la preocupación, la educación sanitaria, la escucha, la motivación, forman parte de los llamados cuidados invisibles o subvalorados. El proceso de cuidar por parte de lx enfermerx conlleva la utilización de una serie de valores y principios éticos inherentes a cada una de las etapas del Proceso de Cuidado Enfermero. En primera instancia lidera la autonomía como derecho de lx sujetx para determinar sus propias acciones, de acuerdo con los planes que ha escogido, respetando sus convicciones, y por ende, sus decisiones. Es decir que desde el inicio de dicho proceso, las etapas de Valoración, Diagnóstico enfermero, Planificación, Ejecución y Evaluación están atravesadas por valores y principios tendientes a asegurar el respeto por lx otrx, seguridad, responsabilidad y participación activa de lx sujetx en la construcción de su propio cuidado, objetividad en la enunciación de un diagnóstico, claridad, amor, afecto, competencia para lograr una adecuada interpretación, entre otros. Es por esto que la ética del cuidado es adoptada como teoría clave para la formación disciplinar.

Por su parte, Orem (14) propone que el Cuidado de Enfermería se asienta una relación interpersonal de ayuda con el individuo, familia, y comunidad orientada a satisfacer sus necesidades básicas, sustituyendo al sujeto de cuidado en su satisfacción en la medida que permanezca en estado de dependencia o

de déficit de su autocuidado, pero tendiendo a fortalecerlo para el logro de su independencia o autocuidado. Así, el Rol de Cuidadorx resulta ser la capacidad adquirida por una persona para conocer o satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente. (Actividad de cuidado dependiente).

Desde las diferentes disciplinas que pudieron dialogar en este trabajo, hay acuerdo en considerar que el cuidado no trata solamente de una dimensión que hace al cuerpo biológico, sino que hay otras dimensiones en juego: la subjetiva, la social, la vincular, la ambiental. Por otra parte, aunque resulta evidente que en algunos momentos de nuestra vida todxs necesitamos del cuidado de otrxs, podría suponerse que esta necesidad se acentúa en el caso de sujetos con discapacidad, donde suelen operar condiciones que limitan la autonomía, muchas veces en forma crónica.

LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA CATEGORÍA DISCAPACIDAD

La categoría de discapacidad se puede abordar desde, al menos, tres dimensiones. Por una parte aquella enunciada en el marco normativo-legislativo, tomando como referencia la Ley nacional 22431 y su versión provincial 9325 actualizada en 2004 las cuales consignan: "Se considera discapacitado a toda persona que padezca una alteración permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educativa o laboral"^{XIII}. A esto se suma la Ley 26.378 "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, ONU 2006", promulgada en Argentina 2008, que en su artículo 1° enuncia: "Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."^{XIV}

En una perspectiva histórica, cabe observar en los artículos citados previamente, el pasaje de la categoría "discapacitado" hacia "persona con discapacidad". Así, a estas dos enunciaciones le corresponden respectivamente dos paradigmas. El primero de ellos, es el denominado "Modelo médico o de rehabilitación" que toma relevancia a principios del Siglo XX. Desde esta perspectiva la deficiencia es el valor

desde el cual se define la capacidad o incapacidad y, el tratamiento de rehabilitación por parte de un equipo de especialistas es la estrategia para disminuir las limitaciones de lxs patientxs. Esta corriente surge como superadora del “Modelo tradicional”, que prevalece hasta principios del Siglo XX aproximadamente. En ese modelo, lo que hoy entendemos por discapacidad era concebido como “anormalidad”, y así, los sujetos portadores de esta condición eran susceptibles de exclusión a través de diversas acciones.

A mediados del Siglo XX la denominación “personas con discapacidad” comienza a ser utilizada asociada principalmente al “Modelo social”, desde el cual la discapacidad es vista como una resultante de aquellas configuraciones del medio que limitan la vida de las personas. Esta vertiente teórica se encuentra fuertemente vinculada al movimiento de los derechos de las personas con discapacidad desde el cual se tracciona la categoría de sujetxs de derechos en relación a la discapacidad. En esta línea surge en España el término “Diversidad Funcional” que pone en jaque al modelo capacitista. Este término tiene el objetivo de superar definiciones en negativo tales como discapacidad o minusvalía. Fue propuesto por el Foro de Vida Independiente y Diversidad que lo define como “la diferencia de funcionamiento de una persona al realizar las tareas habituales (desplazarse, leer, agarrar, ir al baño, comunicarse, relacionarse, etc) de manera diferente a la mayoría de la población”^{XV}.

Esta breve caracterización de los distintos paradigmas es necesaria para poder ubicar como en el tejido social y la realidad diaria coexisten y disputan sentido estos diversos posicionamientos, resultando imposible concebirllos como capítulos aislados de la historia. Sin ir más lejos, la vasta mayoría de las políticas públicas, así como las legislaciones actuales en nuestro país buscan posicionarse desde el paradigma denominado “Social”, pero una de las estrategias determinantes para el acceso a las atenciones en salud en personas con discapacidad, como es el Certificado Único de Discapacidad (en adelante CUD) opera desde la lógica del “Modelo médico hegemónico”. En relación a esta contradicción Angelino (6) dice: “las personas diagnosticadas que gestionan esa “llave maestra” en la búsqueda de acceder a una vida digna se denominan a sí mismos/as como discapacitados/as o personas con discapacidad”.

Más allá y más acá de las definiciones propuestas por los distintos paradigmas y desde las con-

tradiciones que el abordaje teórico y práctico nos devuelven, los autores de este trabajo comparten con Angelino (6), el pensar la discapacidad “como una relación de opresión a partir de la cual pueden advertirse y analizarse las implicancias y el papel central de Estado, sus instituciones políticas, agentes y saberes disciplinares en su producción y reproducción”. En tal sentido, este enfoque ubica el carácter de responsabilidad compartida y la potencialidad de cambio al concebir a la discapacidad como una relación -específicamente como una relación de opresión-, donde la ideología de normalidad (15) es aquello que necesita ser nombrado para poder continuar la transformación cultural en pos de lograr vidas más vivibles para todxs en igualdad de posibilidades.

EL CUIDADO DE LOS QUE CUIDAN

En su Informe sobre la Salud en el Mundo, la OMS advierte respecto del incremento en las expectativas de vida, disminución de las tasas de mortalidad y cambios en los patrones de morbilidad (16). Esta situación provoca indudablemente una creciente demanda de cuidados de la población en general, con mayor acento en adultxs mayores, sujetxs en situación terminal y con discapacidades. Es posible advertir en la actualidad que ante procesos de reconfiguración familiar marcados por divorcios, la mayor participación de mujeres en el mercado laboral, o la modificación del modelo de familia tradicional conlleva a que la tarea de cuidar recaiga sobre algunxs pocxs, sobre todo en mujeres en núcleos familiares con menor cantidad de miembros a disposición para el cuidado, hecho que acentúa el papel de “lo femenino” en la responsabilidad del cuidado, al ser asumido como una obligación natural.

El acto de cuidar de otrxs incide de manera directa sobre la salud de quienes asumen el rol, afectando así aspectos relevantes tanto en la salud física como mental. Los procesos de vulneración que sufren los estratos sociales más desfavorecidos resultan un factor determinante en cuanto a la capacidad de acceso al sistema de salud, disponibilidad de tiempo y recursos para prevenir la aparición de enfermedades o para la realización de actividades de ocio y/o deportivas, como factores protectores de la salud. La sobrecarga y el estrés derivado de proporcionar cuidados durante largo tiempo a una persona dependiente o con discapacidad afecta a su calidad de vida y al estado general de salud. Estas consecuencias se han estudiado de forma extensa arrojando como

resultados que el gasto de energía y el tiempo que se invierte en ello provoca cansancio, disminución del tiempo de ocio, abandono de las relaciones sociales, sentimiento de depresión, deterioro de la propia salud, abandono del trabajo, problemas económicos, menos tiempo para cuidar a otras miembros de la familia y a sí misma, entre otros (17).

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió a la cuidadora primaria como la “persona que asume voluntariamente el papel responsable de la misma en un amplio sentido; esta persona estaría dispuesta a tomar decisiones por la paciente y a cubrir las necesidades básicas de la misma de manera directa e indirecta”^{XVI}. Existen estudios que demuestran que entre el 46 y 59% de las cuidadoras primarias están deprimidas y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (18), esto, más allá de las dolencias físicas (dolores lumbares, cervicales, y de brazos) derivadas de la movilización constante de la paciente. Por otro lado, en entrevistas realizadas en el Gran Buenos Aires con el objetivo de examinar los cuidados que ejercen las mujeres de diferentes niveles socioeconómicos hacia sus familiares dependientes y explorar cómo encaran los cuidados de su propia salud (19), se observó que cuanto mayor es el nivel de dependencia del familiar a cargo, menor es la disponibilidad de tiempo de las entrevistadas para sí, situación que suele ser agravada por los mandatos éticos, morales y de género que inciden en las prácticas de cuidado.

Como mencionamos anteriormente, encontramos relevante incluir la categoría de género en el análisis del concepto de cuidado, a la luz de los antecedentes revisados y de los encuentros con informantes clave, quienes señalaban que son mayoritariamente mujeres o identidades feminizadas quienes desempeñan este rol. Los estudios de género han tomado esta temática como un interés en repetidas ocasiones. Molinier (20) señala que uno de los conceptos que ha ganado terreno en el último tiempo y articula muchas de las preocupaciones que han orientado los debates feministas es el de “care”. Retoma la definición de Patricia Paperman, que lo describe como: “una disposición a preocuparse por el bienestar ajeno (la sensibilidad con respecto a la vulnerabilidad de los demás y a los vínculos afectivos con quienes nos son próximos) pero también una forma de trabajo que se realiza con el fin de responder a las situaciones de dependencia.”^{XVII} Molinier piensa que una sociedad

de cuidado, es decir, una sociedad que pueda pensar al cuidado como central, plantearía necesariamente las siguientes cuestiones: ¿Quién se beneficia del cuidado y quién lo da? ¿Sobre qué apoyos descansa la fuerza de unos en detrimento del respeto de las otras o los otros?.

En este sentido nos pareció importante realizar un análisis desde la perspectiva de género en relación al cuidado entendido como un objeto complejo. Consideramos que es esta complejidad la que nos encuentra con la necesidad de un abordaje interdisciplinario que tenga en cuenta la perspectiva de género y de clase.

OBJETIVOS

GENERAL

- Explorar las representaciones de cuidadoras de personas con discapacidad en torno a los efectos en la salud mental del desempeño de este rol en el ámbito de un Centro de Salud del Distrito Suroeste de la ciudad de Rosario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las representaciones en torno al acto de cuidar y modos de asignación/asunción del rol.
- Identificar las prácticas de autocuidado de las cuidadoras y formas de acceso al Centro de Salud.
- Indagar redes de soporte socio-familiares y estrategias desarrolladas para el sostén del cuidado.
- Caracterizar representaciones en torno al uso del tiempo libre de las cuidadoras.
- Analizar la vinculación entre el grado de autonomía de la persona con discapacidad y la organización de la vida cotidiana realizada por las cuidadoras.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se desarrolló un abordaje de corte cualitativo con entrevistas semi-estructuradas a sujetos que desempeñan el rol de cuidadora de personas con discapacidad que estuvieran adscriptas al CS Itatí y que hubieran realizado al menos una consulta al efector durante durante el 2018. Se seleccionó una muestra intencional y heterogénea intentando reflejar la complejidad de los procesos de cuidado que operan a punto de partida de los distintos tipos de discapacidad.

Así, se consideraron cuidadoras de pacientes con diversos tipos de discapacidad (física, mental), diferentes edades de estos pacientes (niños y adultos) y grado de autonomía de los mismos.

En particular, para caracterizar los diferentes

grados de autonomía de quienes son cuidadx, partimos de la propuesta de Orem (14) del campo de la Enfermería, quien establece tres tipos de sistemas de cuidado, por un lado el Sistema Totalmente Compensatorio, donde el cuidador realizaría el principal papel compensatorio para lx sujetx de cuidado, en el sentido de asegurar la satisfacción de los requisitos de autocuidado universales de carácter vital (mantenimiento de aporte suficiente de aire, de alimentos, de agua; cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos; mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, prevención de peligros para la vida y el bienestar humano, etc.). Por otro lado el Sistema Parcialmente Compensatorio, donde no se requiere de la misma intensidad de cuidados como el caso anterior sino que lx sujetx se encuentra mucho más implicadx en su propio cuidado, toma de decisiones y acciones. Por último un Sistema de Apoyo Educativo, donde el sujeto es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero en mayor o menor medida, requeriría ayuda del cuidadorx.

A los fines de valorar la cantidad de tiempo destinado al cuidado de la persona con discapacidad, tomamos la herramienta denominada el "Pastel de la vida", proveniente del campo de la Terapia Ocupacional. Mediante el autoanálisis de una jornada de 24 hrs, a intervalos de 30 minutos, se genera una representación gráfica (pastel de 24 porciones) donde a cada tipo de actividad le corresponde un color. Las actividades son categorizadas de la siguiente manera: Actividades de la vida diaria (AVD) que refiere a Tareas del hogar, ir de compras, tareas destinadas al cuidado de sí mismx; Actividades de la vida instrumental (AVI) que se relacionan con la actividad de Cuidado de otrxs; trabajo remunerado; recreación; descanso. A estas categorías se le sumó la denominada Actividades de la vida instrumental en relación al sujetx con discapacidad (AVId), para identificar el tiempo que específicamente se destina en el día a esta práctica de cuidado.

Entendemos que esta herramienta podría contribuir a la desnaturalización de las tareas de cuidado en lxs entrevistadx, al brindar una representación concreta del tiempo diario dedicado al cuidado en el marco de la vida cotidiana de lxs cuidadorxs.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el proceso de pensarnos como investigadorxs y asumir tal rol, creemos necesario tener en cuenta

la dimensión ética de la producción del conocimiento. Partimos de pensar que no hay neutralidad posible, ya que hablamos y leemos la realidad desde un recorrido que incluye variadas experiencias vitales, a su vez la construcción misma de los conceptos y el recorte de la o las problemáticas en una investigación da cuenta del aspecto subjetivo que conlleva. Sin embargo, estar advertidxs acerca de los prejuicios o sesgos que estas trayectorias vitales pudieran conllevar, nos permite construir conocimientos que den cuenta de las problemáticas recortadas de la manera más fidedigna posible. Entendemos que adoptar una actitud de revisión permanente de los propios presupuestos, es una posición ética que debemos adoptar en el campo de la investigación en Salud.

Al decir de Diana Maffia (2007) lx científicx es alguien atravesadx por determinaciones que es necesario reconocer y que se vinculan a un sistema social más amplio. Entre estas determinaciones se encuentra el género, sigue la autora quien lo define como "la interpretación que cada grupo social hace de las diferencias sexuales, los roles sociales atribuidos en razón de este género, y las relaciones establecidas culturalmente entre ellos"; y el desafío es "demostrar de qué modo en el producto del trabajo de esta comunidad, producto que ha pasado los controles intersubjetivos que asegurarían su neutralidad, se instala el sexismo como un sesgo fortísimo". Lo mismo podría aplicarse a aquellos que hace a los modos de pensar la discapacidad o la Salud Mental, siendo necesario un estado de alerta y revisión permanente para que no se cuelen lógicas manicomiales o capacitistas.

En relación a lxs entrevistadx participaron voluntariamente en la investigación previa firma de consentimiento informado (ver Anexo). A lxs mismxs se les garantiza su anonimato, reemplazando sus nombres por iniciales así como cualquier otro dato que pudiera revelar sus identidades. Nos comprometimos, además, a brindarles información acerca de los resultados si así lo solicitaren a quienes fueron entrevistadx. Con respecto al equipo del CDSI se realizará una devolución que respete la confidencialidad.

RESULTADOS

La muestra de estudio abarcó cuatro usuarias que cumplen el rol de cuidadoras de sujetos con diversos diagnóstico de discapacidad, a saber: neurofibromatosis (no maligna) con trastornos específicos del desarrollo del habla, el lenguaje y las actividades escolares así como perturbación de la actividad y de la

atención; esquizofrenia paranoide; parálisis cerebral y retraso mental no especificado con alteración del habla, hipoacusia y parálisis cerebral infantil. Cabe aclarar que hacemos referencia a los diagnósticos que figuran en el Certificado Único de Discapacidad, haciendo la salvedad de nuestra discrepancia como autorxs con algunas nomenclaturas ya que consideramos que cristalizan sentidos patologizando sujetxs.

Desde el análisis de las entrevistas se desprenden algunos datos sobre las representaciones acerca del cuidado de estas mujeres. Así, para alguna de las entrevistadas, el cuidado aparece, como designio divino:

“Dios me lo mandó” (Graciela)

Para otras, supone una posición permanentemente activa, apelando a la metáfora del cuidado como lucha:

“Siempre estoy entretenida, siempre tenés que estar activa, luchando” (Juana)

Pero en todos los casos en que la cuidadora es la madre de lx paciente, aparece naturalizado que es el destino de una madre abocarse al cuidado de sus hijxs, sin que aparezca como posible otra opción:

“Lo hacés como haría cualquier mamá” (Juana)

Aparece una certeza, un convencimiento de que el destino estaba marcado. La posibilidad de elección a la hora de cuidar no aparece en el discurso.

“...en mi caso, lo tomé como algo que me tocaba, no como algo que... o sea, no me quejo de esto, lo llevo, no sé si lo hago bien o mal, lo llevo” (Juana)

Ninguna de las entrevistadas se había preguntado por cómo se habían asignado los roles de cuidado dentro de su familia. Creemos que esto da cuenta de una naturalización de los roles de cuidado vinculada al género femenino y al rol de madre.

“...yo siempre tomé esa responsabilidad, de hacerme cargo “...” así que lo tomé normal [...] siempre me hice cargo, así que no tuve ni que preguntarme”. (Lucía)

Sin embargo frente a la pregunta por esta asignación se generaron situaciones diferentes. Algunas entrevistadas pudieron interrogarse, sorprenderse o irse con preguntas

“no me doy cuenta pero... pero exponerlo me hace ring [...] me lo tomo como algo diario, es como que (lagrimea) algo te hace un clic” (Juana)

En función de las diversas representaciones en

torno al cuidado podemos pensar que el modo en que se conciba al mismo podría tener efectos diferenciales en la salud mental tanto de quien cuida cómo de quién es cuidadx. Así, según se desprende del discurso de algunas entrevistadas, en algunos casos se favorece la autonomía en la persona con discapacidad mientras que en otros casos, parece reforzarse una mayor dependencia.

Lucía, por ejemplo, hace referencia a que ella puede “soltar” a su hijo a partir de la recomendación de una psiquiatra.

“Yo recién el año pasado lo solté porque digamos... me lo indicó la psiquiatra. Porque hasta el año pasado le cortaba la comida.. Me decían que tenía que soltarlo y que le dé el cuchillo al nene”. (Lucía)

Afirma que le “gusta que vaya haciendo cosas solo”, sin embargo aparecen algunas contradicciones en el discurso de la mujer al respecto: “Me cuesta soltarlos” esto último lo dice en relación a su hija de 25 años.

Para continuar analizaremos cómo se designan las tareas de cuidado en esas composiciones familiares. Podemos pensar el concepto de “Monopolio del cuidado”, entendido como la dificultad de estas mujeres para delegar tareas de cuidado. Esta dificultad queda asociada muchas veces a cómo se representan estas mujeres el rol de madre. Este aparece inequívocamente atado a la abnegación. Se puede rastrear en sus discursos una dificultad para diferenciar el rol de madre del de cuidadora. Una entrevistada expresa:

“Está bueno (que se investigue la temática)... por el interés por las personas que cuidan, más allá que yo sea mamá” (Lucía)

Consideramos que, tanto la maternidad abnegada, la imposibilidad de deslindar maternidad y cuidado, como las tareas de cuidado asociadas a identidades feminizadas son efectos de una estructura social y cultural donde estos roles son los prefigurados, sosteniendo así las desigualdades de género. Por otra parte en algunos casos aparece una falta de redes (no solo redes de apoyo informales y/o familiares, sino también redes institucionales) que no permite a la cuidadora delegar parte del cuidado aún cuando hubiera disposición para ello. Frente a la carencia de estas redes, las mujeres entrevistadas reparten su tiempo entre el cuidado del sujeto con discapacidad y el resto de tareas asociadas al cuidado del hogar y de la familia. Una de las entrevistadas expresa estar

realizando trámites para obtener algún tipo de recurso material que le permita solventar la inclusión de algún otro referente ligado al cuidado de su hijo:

“Recién ahora... voy a ver si... Incluir Salud me da un terapeuta. Una chica, no es como un terapeuta pero es como una allegada a la familia que me empecé a dar cuenta que lo puede manejar. Pero está iniciando los papeles recién. Así de ahí a que me den bolilla o que me los otorguen... porque como viste... no están pagas”...

Entrevistador: ¿a vos qué te parece sobre el hecho de que el estado pueda garantizarte a alguien que te ayude a cuidar a Franco? ¿Te parece que sería necesario tener a alguien que lo cuide?

J: Y como estado le falta mucho, de todo. Y... me facilitaría por ejemplo, yo tengo trabajo pero mi hijo no. Si yo le consigo trabajo a mi hijo, yo tengo que dejar de trabajar” (Juana)

En relación al rol de los varones en estas configuraciones familiares se presentaron situaciones diversas. Podemos mencionar como un denominador común que ninguno de los hombres del grupo familiar tiene un lugar protagónico en relación al cuidado. Al consultar a una de las cuidadoras si el padre de su hijo participa en el cuidado refiere:

“Ahora está obligado por la justicia, después otra cosa nada, no colabora ni para traerlo acá, ni para buscar medicación, ni para traer los pañales, nada” (Juana)

Por otra parte, en algunos de los casos en que varones de la familia participan del cuidado, son estas mujeres las que organizan las tareas que llevarán a cabo o deben indicarles cómo realizarlas. Dos de las entrevistadas lo exponen claramente:

“Casi siempre hago que sobre -comida-, porque si no, al mediodía yo ya no tengo. Imaginate un pibe de veintitrés años lo que puede llegar a cocinar. O le da puré todos los día, o fideos con manteca todos los días” (Juana)

Otra entrevistada refiere que su momento de tranquilidad no es cuando la ayudan, sino cuando el niño no está, explicitando el desgaste que supone orientar a otros para la realización de las actividades de cuidado:

“Pero bueno descanso más cuando se va a la escuela el nene, ahí sí (haciendo referencia al niño que está con ella) por lo menos no estoy: hey fijate

el nene, hey cambiale, así tengo que estar porque mi marido no sabe de esas cosas.” (Graciela)

Adentrándonos en los efectos sobre la Salud Mental de la tarea de cuidado se pueden rastrear distintas problemáticas en el discurso de las entrevistadas. Una es la percepción de **inexistencia o escasez de tiempo libre**. El tiempo libre es mencionado como algo de lo cual no es importante disponer en este momento de sus vidas o que lo ha sido en un pasado. Una de las entrevistadas, interrogada sobre la posibilidad de salir a pasear o tener amigas responde:

“...no existe eso en mi vida, no existe...”

Por otra parte Anastasia da cuenta de sus razones para no contar con tiempo libre:

“No, siempre hay alguien, nunca se queda solo, está mi nene o mi nena. Pero como generalmente son cinco minutos -que es para salir a comprar, la tengo a media cuadra así que son cinco minutos-, después ya vengo y le digo a mi nena que vaya a hacer lo que tenga que hacer.” (Anastasia)

Durante las conversaciones un hilo conductor fue intentar despejar si asumir el rol de cuidadora marcó una inflexión en algún aspecto de su vida y si esto ha tenido efectos sobre su salud mental. En relación a esto pudimos rastrear **dificultades para sostener vínculos** a partir de que se asume el rol de cuidado de la persona con discapacidad, no solamente a raíz de la demanda de cuidados sino que también los prejuicios sociales asociados a la discapacidad confluyen para complejizar la situación:

“No, no soy de salir. Amigas no, porque no sabes con qué intenciones vienen, entonces para criticar o que se sienta mal mi hermano, prefiero que no” (Anastasia)

También se relevaron dificultades en el sostenimiento del vínculo con una pareja a punto de partida de la condición de discapacidad del hijo.

E1: ¿Vos estabas en pareja?

MV: Yo estaba casada, la cosa es que... bueno, estas cosas así te ...marcan, y hacen una diferencia, y hay gente que soporta y hay gente que no (risas nerviosas), tenía una diferencia en mi anterior pareja y era una persona violenta. (Juana)

Las entrevistadas relatan efectos en el cuerpo y ritmos biológicos tales como dolor de cabeza o migrañas, cansancio, insomnio. Para ejemplificar compartimos, algunos dichos de Lucía:

“Por ahí me desgasta el estar muy pendiente de él”, “me agota el estar tanto atrás de él, cuando él está”, “más que nada migraña crónica que empieza con un dolor de cabeza que se va a haciendo intenso. Que me arde la cabeza y vos decís basta, basta, basta”.

Haciendo referencia a la cefalea Juana relata:

“no sé si es el tránsito o viste la tensión que uno tiene también el estrés, no se si llamarlo estrés, pero tener una vida así, hace que uno viva acelerado, o cumpliendo, cumpliendo, cumpliendo”.

Asociado a estos síntomas aparece la medicalización de efectos que tienen que ver con una sobrecarga del cuidado, como las internaciones y medicación en paciente con migrañas.

En relación al **autocuidado** se observa en algunas ocasiones postergación por situaciones puntuales, en otras la concepción que los cuidados de salud son para lxs niñxs, como por ejemplo Graciela quien nos dice:

“Yo nunca vine a control, soy sana, por la gloria de Dios, soy sana.

E- Has venido a hacer alguna consulta con alguna médica, médico?

G- Nunca jamás, desde que abrió, nunca me hice atender acá. A los nenes los traigo acá”.

Otra situación es la de Anastasia, quien trasluce claramente el impacto que cuidar a otrxs le ha generado para con sus propios cuidados:

“Pero no te hacés controles de rutina?

- Si me hacía, yo era muy obsesionada con el tema médico, vacunas, enfermedades. Yo dos o tres veces al año me hacía un control y después me dejé de atender. Ahora fui a ver si me podía sacar un turno para mi y no tienen así que la semana que viene vuelvo a ver.”

Podemos pensar qué vinculación hay entre la centralidad de cuidar a otrxs y la marginación de los propios cuidados. En esta misma línea se observa que la relación que han podido establecer las usuarias con el equipo del Centro de Salud, se produce mayoritariamente a partir de la atención de sus familiarxs a cargo, dejando en un segundo lugar sus propios cuidados. Es importante mencionar, además, que a estas mujeres se les ha dificultado poder transmitir algo de su malestar al equipo. Se le pregunta a una de las entrevistadas: ¿Sentís que los médicos, el centro de salud en general te han dado lugar a lo que vos

sentís? ¿Qué han podido escuchar y tomar el cuidado como algo que puede generar problemas y que necesita de acompañamiento? Y Juana dice:

“J: no sé, nunca lo traje así al centro. Nunca me habrán visto a mi cansada ni nada. (Ríe) no demuestro eso a nadie. No creo que haya llamado la atención. Siempre me vieron dispuesta a todo así que no creo.

E1: y ¿Cuándo vas a tus consultas, podés hablar de esto que sentís? ¿Podés mostrar tu cansancio?

J: no. (Lagrima) nunca le dije así.”

Por otro lado, la dificultad de expresar el malestar parece trascender el vínculo con el equipo de salud. Pareciera en todo caso que es condición del rol de cuidadora/madre/mujer el no rendirse, ni quebrarse. Pareciera que está mal visto quejarse, llorar o simplemente manifestar cansancio. Siempre erguidas, con la cabeza en alto, donde llorar no está permitido. Anastasia ante la pregunta acerca de referentes con quien compartir sus sentimientos, señalaba:

“A- Si, eso sí, obvio. El tema de lo que pasó con eso sí..., quedé muy dolida, la tengo muy presente, por ahí me afecta mucho. Por ahí la recuerdo más y no se como sacar todo lo que tengo encima y para no desquitármela con alguien, me voy me acuesto, muerdo la almohada hasta que me sale todo y después ya está, se me pasa y seguimos.

E- Considerás que tenés con quien compartir lo que te pasa? Te descargas más en soledad?

A- Si, digamos que sí, porque una que no va nadie, y tengo los chicos y no puedo andar demostrándole a los chicos; no me la voy a quitar con ellos el dolor que uno tiene.”

Además de las situaciones de postergación del propio cuidado, otro efecto que se lee del ejercicio de la función del cuidado de otrxs, tiene que ver con el abandono de intereses o proyectos personales, por ejemplo, la interrupción de la escolaridad:

“Si, ahora este año ya había suspendido la secundaria la tuve que suspender por el tema de mi mamá que había enfermado”(Anastasia).

Aparece una dificultad de proyectar en el tiempo a mediano o largo plazo algo que tenga que ver con lo propio. “Vivo en el día a día”, comenta una de las mujeres. Pareciera que lo cotidiano quedara asociado a sobrevivir. Entendemos que la posibilidad de pensar proyectos personales o colectivos, la posibilidad de

disfrute de intereses propios hacen a la garantía de la Salud Mental de una persona.

El contexto de vulnerabilidad, a su vez, propicia la fragmentación de los lazos sociales. En una de las configuraciones familiares aparece una disputa por el dinero que recibe la persona con discapacidad a través de una pensión. Retomamos el siguiente fragmento al respecto:

E: "Con el resto de tu familia, tus otros hermanos, no son de juntarse?"

Entrevistada- No, porque yo los veo más interesados que otra cosa. Con X había una discusión por eso, porque como X cobra una pensión, uno de mis hermanos se lo quería llevar a vivir con él, por el tema de la pensión y no por los cuidados; sino por tema plata. Entonces ahí me incomodó eso a mí.

Quedó conmigo porque yo hacía rato había firmado la curatela."

En relación al análisis de datos surgidos del "Pas-tel de la Vida", un sesgo posible de la distribución del tiempo señalada por las entrevistadas, es que reconocían realizar diversas actividades simultáneamente, por lo que encontraban dificultosa la asignación de cargas horarias para tareas específicas. Entendemos que esto es expresión de una complejidad no posible de ser medida con la mencionada herramienta cuantitativa. Dos de las entrevistadas, fueron incluidas en la categoría de Sistema de cuidados totalmente compensatorio (STC), es decir se trata de usuarias cuyos familiares con discapacidad dependen absolutamente de los cuidados proporcionados por la cuidadora. Por su parte las otras dos usuarias se incluyeron en la categoría de Sistema de cuidados de apoyo educativo (SAE), donde la usuaria que cuida es quien regula el ejercicio, desarrollo y acción de autocuidado del sujeto, pero donde éste también posee la capacidad para realizar su autocuidado aunque no podría prescindir de esta ayuda, es decir, que cuenta con una autonomía relativa. En particular, las dos usuarias "STC", poseían además un trabajo remunerado y contaban con alguna red de apoyo para la realización de actividades de la vida diaria. En contraste con las entrevistadas "SAE", es notable el escaso tiempo destinado a la recreación, hecho atribuible a la doble jornada laboral a la que están sometidas (Ver Gráficos en Anexos). En tal sentido, el recurso de contar con apoyo para actividades de la vida diaria, está al servicio de sostener el trabajo remunerado asegurando un ingreso familiar, antes que a algún tipo de

ganancia de tiempo libre. Además ambas expresaban llegar agotadas a la noche reconociendo la necesidad de dormir.

Con respecto a la categoría Descanso, en una de las usuarias el porcentaje asignado es significativamente más bajo, comparado con las tres restantes. Pero a su vez, esta misma usuaria es la que presenta el mayor porcentaje en comparación con sus compañeras en la categoría Recreación. En las entrevistas la mencionada usuaria señalaba que destina gran parte de la noche y madrugada a realizar actividades recreativas (mirar series televisivas). Podríamos decir que resigna las horas de reposo y sueño para acceder a la recreación.

CONCLUSIONES

Si bien la muestra de casos seleccionados es pequeña, todas las cuidadoras que entrevistamos se identificaron como mujeres. Este dato estuvo en concordancia con los antecedentes rastreados, los cuales indicaban que las tareas de cuidado de otras más vulnerables suele ser asignada a mujeres o identidades feminizadas.

Podemos concluir que la sobrecarga del cuidado produce diferentes efectos en la Salud Mental de estas mujeres: cansancio constante, síntomas en el cuerpo a partir de la sobrecarga del cuidado (migrañas, dolores de cabeza), dificultad para tramitar duelos o permitirse expresar malestar, alteraciones del sueño, dificultad para el sostén de algunos vínculos e interrupción de proyectos personales tales como su escolaridad.

Con respecto a la representación acerca del rol de cuidadoras y su asignación, no parece haber ninguna interrogación/problematización por parte de estas mujeres acerca de cómo se asignan los roles y tareas de cuidado en una organización familiar. De hecho un efecto que podríamos leer del trabajo de estas entrevistas es que algunas de ellas pudieron hacerse la pregunta con sorpresa, al indagar sobre este aspecto. Por otra parte, frecuentemente el rol de cuidadora de la persona con discapacidad se veía confundido con el rol de madre, teniendo esta fusión la consecuencia de que se refuerce la naturalización de que era la entrevistada quien "debía cuidar".

Con respecto al modo en que se concibe la tarea de cuidado ubicamos que tiene consecuencias diferentes sobre la Salud Mental y las rutinas diarias de las personas. En esta línea nos preguntamos si es posible considerar como cuidado aquel vínculo que

no permite o limita la autonomía de la persona con discapacidad. Como una respuesta tentativa postulamos que para que exista cuidado es necesario que se instaure la dimensión de la alteridad, el reconocimiento de las posibilidades de ese otro que se está cuidando, en pos de promover sus potencias y garantizar sus derechos.

Observamos que aquellos casos donde hay mayor dependencia de la persona con discapacidad en relación a cuidados de su propio cuerpo, hay menor tiempo libre de la cuidadora destinado a recreación. Sin embargo, estas situaciones son coincidentes con aquellas en que estas mujeres tienen un trabajo remunerado por lo cual se tornó difícil establecer una única relación causal. Por otro lado, en los dos casos en que la discapacidad de la persona que se cuida no requería de asistencia en relación a procesos biológicos, sino un sistema de apoyo en relación a sus rutinas o aprendizajes la cuidadora expresa dificultad para descansar adecuadamente. Aun cuando se contabilizan algunas horas más que la anterior dupla, destinadas al descanso y recreación mediante el instrumento del Pastel de la Vida, estas mujeres expresan en sus relatos un agotamiento proveniente de la atención constante en la persona con discapacidad.

La circulación de estas cuidadoras por el sistema de Salud y por el Centro de Salud en particular es principalmente en torno al cuidado de sus hijos o familiares y, sólo en segunda instancia, en torno al cuidado de su propia salud. En uno de los casos no existe acercamiento a efectores de salud en relación a la búsqueda de atención propia. En este sentido, consideramos que los Equipos de Salud del primer nivel de atención tienen un rol clave al respecto, en la medida que o bien pueden reproducir/reforzar la naturalización de las cuidadoras respecto de la postergación del propio cuidado si solo se limitan a poner el foco en la atención del sujeto con discapacidad, o bien, contribuir a una problematización del cuidado que permita que quien cuida pueda pensarse a la vez como alguien que puede ser cuidado por el sistema de Salud.

Por último, encontramos que la experiencia del cuidado de personas con discapacidad en sectores vulnerados plantea particularidades en cuanto a las posibilidades reales de acceso a prestaciones, condiciones de privación de recursos materiales reflejadas, entre otras cosas, en las condiciones del hábitat, desarrollo de la vida cotidiana en espacios territoriales que suelen presentar innumerables barreras urbanas

y arquitectónicas, todo ello sumado a la fragilización de los lazos sociales, que en muchos casos, torna más difícil el poder contar con redes sociales de soporte. Esta configuración plantea sin duda un enorme desafío en términos de las Políticas Públicas que deben diseñarse para este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa Minayo, C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1995.
2. Balaguer, A.P. en Angelino, M. A. Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad. Paraná: Fundación La Hendija. 2014.
3. Haraway, D. Conocimientos situados, en D. Haraway. Ciencia, cyborgs y mujeres, Valencia, España: Ed. Cátedra. 1995.
4. Kuhn, T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de la Cultura Económica. 1962.
5. Castellanos, P.L. Principales problemas de salud en las áreas marginales. Cuad Méd Soc. 1984, 29-30.
6. Angelino, M. A. Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad. Paraná: Fundación La Hendija. 2014.
7. Stolkiner, A.; Gómez S.A. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Rev. Vertex. 2012, 23 (101), 57-67.
8. Katz, L. "El cuidado de sí". Encuentros y desencuentros entre la filosofía y el psicoanálisis. Rev. El psicoanalítico. 2015, 21, 53-61.
9. Bleichmar S. Acerca del malestar sobrante. Rev. Topía. Nov. 1997.
10. Eidszhtien, A. La "responsabilidad subjetiva" en psicoanálisis. El Rey está desnudo. 2015. 8 (2) P11.
11. Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teorismo al movimiento continuo. Cuad Méd Soc. 1992; 59: 3-18.
12. Watson J. Nursing: Human science and human care. Connecticut: Appleton-Century Croft 1985. En Urra M.E., Jana A., & García V.M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería, 17(3), 11-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
13. Gadow, S. Nurse and patient: the caring re-

lationship. En: Bishop y Scudder eds. *Caring, curing, coping: nurse, physician, patient relationship*. Alabama: University of Alabama Press. 1985 p. 34- 37.

14. Orem D.E. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería. 1993.

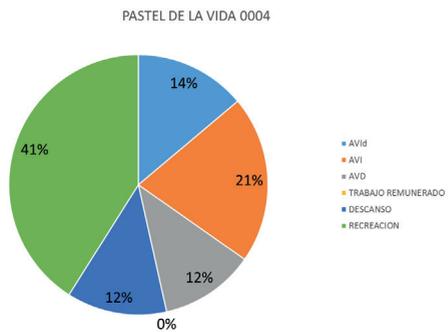
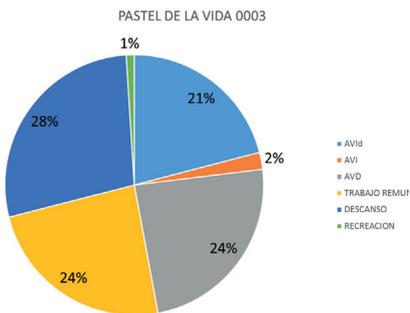
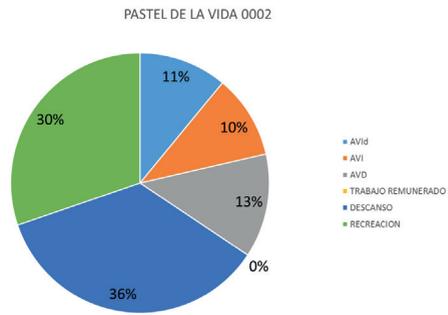
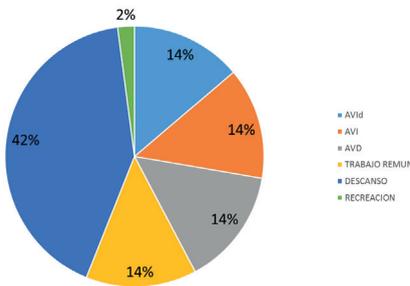
15. Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M.E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Spadillero, A., Vallejos, I., Zuttión, B., Priolo, M. *El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad*. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 2009. XX, (39) pp. 87-105.

16. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. 2013. Disponible en : <https://www.who.int/whr/es/>

17. Andreatta M. *La pérdida de un hijo. Vivir y convivir en su proceso de morir en el domicilio*. *Rev. Investigación en Salud*. 2015; 11 (1): 44-71

18. Domínguez Sosa G., Zavala González M., De la Cruz Méndez D.C., Ramírez Ramírez M.O. *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas*. 2008. *MéD. UIS*. 2010; 23: 28-37.

ANEXOS



NOTAS FINALES

I Se trata de servicios destinados a personas con discapacidad, en las que a través de diversas actividades de corte educativo, terapéuticas y ocupacionales, se apunta a favorecer la inclusión social y ocupacional, brindando espacios concretos de prácticas y aprendizajes, propiciando el desarrollo de estrategias para favorecer los procesos de autonomía.

II Balaguer, A.P. en Angelino, M. A. Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad. Paraná: Fundación La Hendija. 2014.

III *Ibidem* i.

IV Angelino, M. A. Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad. Paraná: Fundación La Hendija. 2014.

V Ley Nacional de Salud Mental 26.657 sancionada en 2010.

VI Balaguer, A.P. en Angelino, M. A. Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad. Paraná: Fundación La Hendija. 2014.

VII Stolkiner, A.; Gomez S.A. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Rev. Vertex*. 2012, 23 (101), p 61.

VIII Eidelsztien, A. La "responsabilidad subjetiva" en psicoanálisis. *El Rey está desnudo*. 2015. 8 (2) P11.

IX *Ibidem* vii.

X Venturiello, M.P. Las políticas públicas en discapacidad: las estrategias institucionales y los principales actores sociales. P13. Disponible en: alimentos.web.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/2016/04

XI Collière, F. M. Promover la vida, Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1993, p. 8.

XII Fry, S. La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras. 1994. p.37.

XIII Ley N° 22.431 "Sistema de protección integral de los discapacitados". Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 16 de marzo de 1981.

XIV Ley N° 26.378 "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo". Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 21 de mayo de 2008

XV Foro de Vida Independiente y Divertad. 2005. Disponible en <http://forovidaindependiente.org/que-es-el-fvid/>.

XVI Organización Mundial de la Salud. Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores. Disponible en: www.imersomayores.scis.es/documentos/documentos/oms-consenso-01.pdf

XVII Paperman & S. Laugier, Le soucides autres. Ethique et politique du care. Paris: Editions de l'EHESS. En Molinier P. El trabajo de cuidado y la Subalternidad. Francia: Archives Ouvertes. 2012

TECNOLOGÍAS UTILIZADAS POR EL EQUIPO DE SALUD DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DISTRITO SUR EN EL ABORDAJE DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO DOMÉSTICA.

María Ailén Vidal *

RESUMEN

Introducción: La violencia de género debe considerarse un problema de salud de la población y una violación a los derechos humanos. La ley Nacional N° 26.485 establece que el Ministerio de Salud de la Nación debe incorporar la problemática de violencia contra las mujeres en los programas de salud integral. El objetivo de este trabajo es caracterizar y describir las herramientas utilizadas para el abordaje integral de mujeres en situaciones de violencia de género doméstica por parte de un equipo de un centro de salud de atención primaria del Distrito Sur de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. **Metodología:** Estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal del primer semestre del año 2018. Se utiliza como técnica la entrevista semi-estructurada a los trabajadores y los registros de atenciones ambulatorias en el Sistema Informático de Salud de Rosario. **Resultados:** Parte del equipo no tiene capacitación específica en violencia de género pero todos realizan su detección y abordaje. La escucha a través de la entrevista, el asesoramiento, la gestión de recursos y el trabajo en territorio son las tecnologías que más utilizó el equipo. La mitad de los entrevistados no

abordan situaciones de violencia de género junto con otras instituciones, y más de la mitad consideraron que sólo a veces lo realiza inter-institucional e intersectorialmente.

Conclusión: El vínculo con la población adscrita, la capacitación, la sensibilización sobre la problemática de violencia de género, trabajar con perspectiva de género en APS y conocer todos los recursos disponibles y posibles es fundamental para realizar un abordaje integral y repensar-nos como actores capaces de garantizar derechos.

Palabras claves: violencia, género, atención primaria, tecnologías, salud.

SUMMARY:

Introduction: Gender-based violence must be considered a population health problem and a violation of human rights. National Law N.º 26.485 establishes that the Ministry of Health of the Nation must incorporate the problem of violence against women in integral health programs. The objective of this research was to characterize and describe the tools used for the comprehensive approach of women in situations of domestic violence by the health team of

* Médica especialista en Medicina General y Familiar, Universidad Nacional de Rosario, ailen_vidal@hotmail.com

a Primary Care Center in Southern District of the city of Rosario. **Methodology:** qualitative-quantitative study of descriptive type of cross-section of the first semester of 2018. The semi-structured interview of the workers and the records of outpatient care in the Health Information System of Rosario are used as a technique. **Results:** Part of the team does not have specific training in gender violence, but all of them carry out their detection and boarding. Listening through the interview, advice, resource management and work in territory are the technologies that the team used the most. Half of the interviewees do not address situations of gender-based violence together with other institutions, and more than half considered that it is only sometimes done inter-institutionally and cross-sectorally. **Conclusion:** The linkage with the ascribed population, training, awareness of the problem of gender violence, working with a gender perspective in primary health care and knowing all available and possible resources is essential to carry out a comprehensive approach and rethink us as actors able to guarantee rights.

Keywords: violence, gender, primary care, technologies, health.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida y que el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por su pareja (1). El Estado tiene la responsabilidad de ser garante del derecho a la salud, es decir, nosotros como trabajadores de la salud tenemos este compromiso. El Preámbulo de la Constitución de la OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (2); a mi entender la salud es una construcción individual, colectiva y dinámica. Acordando con el Dr. Floreal Ferrara, parafraseado por Débora Ferrandini¹ quien define la salud como “la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida” (3), es decir, desear transformar lo que produce sufrimiento, que en definitiva es una construcción social y cultural donde cada sujeto vive de manera diferente según el momento y el espacio que habite y se enmarcan en un mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud que interaccio-

nan permanentemente con el sistema de salud.

Por lo tanto esta construcción condiciona la percepción del problema de salud que se convierte en necesidad, y ésta en demanda al Estado. La violencia de género es un problema complejo; Débora Ferrandini se refería a los problemas como la distancia entre lo que alguien está viviendo y aquello que desea. Así, los problemas son construidos por quien/es quiere/n cambiar la realidad, de allí que entender como construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio (4). Según Edgar Morin (5), “complejo” es algo que no podemos explicar; la complejidad existe donde quiera que se produzca un enredamiento de acciones, interacciones de interretroacciones. Por ello es trascendente comprender cómo se produce dicha realidad, como así también, tener conocimiento de las herramientas con las que cuentan los equipos de salud para abordar dicha situación de forma integral. ¿Cómo podemos incidir sobre el problema los trabajadores de la salud? ¿Con qué capacidad? La violencia de género afecta la salud de las personas que la padecen, y su entorno, es una de las principales causas de morbimortalidad, provocando daños físicos, psicológicos y efectos sociales; por lo tanto, debe considerarse un indiscutible problema de salud de la población y una violación a los derechos humanos. Necesariamente debe ser un problema en la agenda de salud pública de la ciudad de Rosario, y los actores intervinientes en este proceso de atención deben tener las herramientas/tecnologías apropiadas para su abordaje integral. De modo que podamos así contribuir a visibilizar la problemática y generar las transformaciones necesarias en las prácticas institucionales, colectivas e individuales para arribar a una atención integral a esta necesidad (que puede muchas veces no ser una demanda) y repensarnos como actores capaces de garantizar derechos.

El equipo de salud tiene una gran posibilidad y compromiso de detectar y acompañar a mujeres víctimas de violencia, ya que se encuentran en territorio y pueden conocer el contexto y los obstáculos que pueden tener estas familias para sobreponerse a estas situaciones.

Este trabajo se limita a analizar sólo la violencia de género doméstica porque ésta es la forma más común de violencia contra la mujer, donde la mayoría es perpetrada por su pareja o ex-pareja u otro miembro de su familia. La violencia de género tiene una dinámica diferente que la violencia en general, ya que

la asimetría de poder de la mujer se naturaliza y se da por hecho, la violencia basada en el género es una manifestación del patriarcado aceptado socialmente.

La Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (6), N° 26.485 sancionada en Argentina en el año 2009, reglamentada en 2010, define por **violencia contra las mujeres** “...a toda conducta, acción u omisión, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal; quedan comprendidas también las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”. El artículo 6 define la **violencia doméstica contra las mujeres como aquella ejercida** “... por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres.

Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por

consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia”. La Ley Nacional promueve el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional y establece que el Ministerio de Salud (actualmente Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación) debe incorporar la problemática de violencia contra las mujeres en los programas de salud integral, por lo que la violencia de género **es un problema del sector salud**. La provincia de Santa Fe adhiere a esta legislación a través de la Ley Provincial N° 13.348 en el año 2013 (7).

En este trabajo considero el concepto de “herramientas” como los recursos que utilizan las/os trabajadoras de salud para generar y llevar a cabo una estrategia de abordaje de acuerdo a una problemática particular, esto es lo que Emerson Merhy (8) propone como tecnologías. Este autor plantea que cada profesional de salud puede utilizar tres tipos de tecnologías: tecnologías duras (equipamientos y protocolos clínicos), blandas-duras (saber profesional) y blandas (vínculo).

CONTEXTO DE ESTUDIO

El centro de salud donde se desarrolla la investigación se encuentra en el Distrito sur de la ciudad de Rosario, situado en la calle Ayacucho N° 6309. Sobre Ayacucho y bajo las instalaciones del centro de salud se encuentra emplazado el Centro de Convivencia Barrial “Ayacucho”. El equipo de salud está conformado por: una odontóloga, cuatro médicos generales y de familia, tres residentes de la carrera de especialización de medicina general y de familia, una pediatra, dos psicólogas, dos administrativas, tres enfermeras, una trabajadora social y una farmacéutica. He seleccionado dicho centro porque he trabajado allí como médica desde Mayo del 2016 hasta Junio del 2017; esto me permitió conocer el contexto social y reconocer la importancia del rol que cumple esta institución de salud en dicho territorio.

OBJETIVOS

General:

- Caracterizar y describir las herramientas utilizadas para el abordaje integral de mujeres en situaciones de violencia de género doméstica por el equipo del Centro de Salud en el primer semestre del año 2018.

Específicos:

- Indagar sobre la capacitación/formación que poseen los trabajadores del equipo de salud para el abordaje de mujeres víctimas de violencia de género doméstica.

- Identificar y describir las herramientas que utilizan para detectar mujeres en dicha situación.

- Identificar y describir las diferentes prácticas (disciplinarias, interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales) que conoce y emplea el equipo.

- Conocer las acciones de promoción de la salud y prevención de violencia contra la mujer.

- Conocer las formas de registros que utiliza el equipo de salud.

- Identificar los diferentes tipos de obstáculos que reconoce el equipo de salud para poder realizar un abordaje integral de mujeres víctimas de violencia de género.

PROPÓSITOS

La presente investigación pretende contribuir a visibilizar la problemática y generar las transformaciones necesarias en las prácticas institucionales, colectivas e individuales para arribar a una atención

integral de mujeres víctimas de violencia de género y repensar-nos como actores capaces de garantizar derechos. Además intenta ser un aporte para visibilizar las herramientas utilizadas por los equipos de salud de atención primaria en situaciones de violencia de género, y los obstáculos para responder ante esta demanda.

ESTRATEGIA METODOLOGICA

Se planteó un abordaje cuali-cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. El periodo en estudio abarcó el primer semestre del año 2018. La población estuvo constituida por todos los integrantes del equipo del Centro de Salud municipal que trabajaron en los primeros 6 meses del año 2018.¹¹

Para el relevamiento de datos, se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas en el contexto de una entrevista semi-estructurada: se realizaron 14 entrevistas en el ámbito del centro de salud, durante el mes de Agosto del año 2018, luego de aceptar su participación a través del consentimiento informado. El cuestionario abordó los siguientes ejes: herramientas utilizadas por el equipo de salud para la detección de mujeres en situación de violencia de género doméstica y la identificación de obstáculos y saberes para el abordaje de ésta problemática. Se analizaron las respuestas de los entrevistados según el tipo de pregunta, para las preguntas cerradas se presentará el número de respuestas y el porcentaje de cada opción, según corresponda, se realizó el agrupamiento de los datos por categorías (Si / No / No sabe - No contesta) a través de una planilla de Excel. Para preguntas abiertas se consideraron todas las respuestas para observar las coincidencias, las variaciones y las diferencias.

Se revisaron además fuentes de información: registros de atenciones ambulatorias en el Sistema Informático de Salud de Rosario (SISR). Se solicitaron datos concernientes a cantidad de pacientes adscritos al centro de salud Sur (grupo etario y sexo), cantidad de atenciones ambulatorias por situaciones de violencia de género (grupo etario y sexo) y el tipo de prácticas realizadas por el equipo de salud para abordar dichas consultas.

La participación en este estudio fue estrictamente voluntaria, se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes respecto de las respuestas. El comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario otorgó la autorización para este estudio y

contó con el aval del Comité de docencia de la Carrera de Postgrado de Especialización en Medicina General y Familiar.

RESULTADOS

De las 14 personas que participaron de las entrevistas, 3/14 son de sexo masculino y 11/14 de sexo femenino. El rango de edad entre 30 y 52 años, con una edad promedio de 37 años. La antigüedad del desempeño de los profesionales en instituciones del primer nivel, va desde 8 meses a 25 años, con un tiempo promedio en el Centro de Salud de 5 años, y en otros efectores del primer nivel de atención de 7 años.

Según información provista por el área de estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, el centro de salud bajo estudio en el primer semestre del año 2018 fue el segundo centro de APS del distrito Sur en número de consultas por motivos generales (9.104 consultas en el centro de salud Sur/ 50.007 en el distrito Sur) representando un 18 % del total. Los adscritos a los centros de salud del distrito Sur al 30 de Junio del 2018 son: 27164, de éstos 6,78% (1843) corresponden al centro de salud Sur.

Las adscripciones en dicho centro en el primer semestre del 2018 fueron de 683 personas. Según referencia del Jefe del centro, existen al 28 de Agosto del año 2018, 3970 historias clínicas, y los datos son cargados al Sistema Informático de Salud de Rosario (SISR) desde el año 2017 pero de forma continua y de todos los trabajadores del equipo de salud desde ese año; de ahí que puedo inferir que puede haber un subregistro del total de personas adscritas a dicho centro. Las personas entre 20 y 49 años constituyen el 38% de los pacientes adscritos al Centro de Salud. Si sumamos las personas entre 15 y 19 años el porcentaje de adscritos alcanza el 52%, por lo tanto las personas entre los 15 y 49 años constituyen la población adscrita y usuaria mayoritaria del Centro de Salud.

En la provincia de Santa Fe existe el denominado RUVIM (Registro Único de Situaciones de Violencia contra la Mujer) (9) que brinda información actualizada, centralizando y sistematizando la información disponible en registros administrativos en cada una de las Áreas del Gobierno Provincial, Áreas de los Gobiernos Municipales y Comunales como así también las Organizaciones Sociales. En el primer cuatrimestre del 2018, las situaciones de violencia hacia las

mujeres registradas en todo el territorio provincial fueron 6.514. El registro está basado en la consulta médica 35%, asesoramiento y orientación 9%, exposición policial 2%, denuncia judicial 2%, denuncia policial 52% y otros 0,3%. La edades fueron: de 0 a 9 años 5%, de 10 a 19 años 14%, de 20 a 29 años 28%, 30 a 39 años 26%, 40 a 49 años 16%, 50 a 59 años 8% y 60 años o más 3%. En conclusión en la franja de 20 a 40 años se registra la mayor frecuencia de situaciones de violencia, con un 54%. Con lo que respecta al vínculo con el agresor, el mayor porcentaje encontrado es la violencia ejercida por la pareja o ex-pareja: 60% (pareja/novio 41% y ex-pareja 19%), luego le siguen en porcentaje otros familiares 31% y otros no familiares 9%.

Según el Sistema SISR la población entre 0 a 49 años constituye el 90 % de los usuarios del centro de salud. Las mujeres, hombres en edad reproductiva y niños se encuentran entre las personas que más consultan al efector.

Las intervenciones registradas más frecuentes son: entrevista, asesoramiento, visita domiciliaria y la gestión de recursos y/o servicios. Conviene subrayar la importancia de la utilización de tecnologías blandas y blandas-duras como herramientas de abordaje y el avance de ésta con respecto al empleo de tecnologías duras como el tratamiento farmacológico.

El abordaje interdisciplinar y el retrabajo de éste por el equipo, en las situaciones de violencia son las prácticas más frecuentemente utilizadas, ya sea de manera individual con la persona o de forma grupal. Cabe destacar que los dispositivos interinstitucionales y/o intersectoriales constituyen una de las prácticas menos utilizadas por el equipo.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS AL EQUIPO DE SALUD

VALORACIÓN DEL SABER DEL EQUIPO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Con respecto a la **capacitación/formación en temas de violencia de género**, 6/14 de los entrevistados respondieron que **no** habían tenido formación. De los que **sí** tuvieron, 5/14 la tuvieron en la **residencia o postgrado**, de los cuales 3/14 también la adquirieron por **interés particular**, uno además por la **gestión**, y otro también por estos dos últimos **interés particular y gestión**, y 2/14 de los entrevistados realizaron capacitación motivados por interés particular solamente.

Se indagó también en relación al **conocimiento de la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres**, encontrando que 6/14 de los entrevistados contestaron que **no** conocían la ley. De los 6/14 trabajadores que no recibieron capacitación, sólo 2/14 de ellos conocían la Ley N°26.485.

HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Pesquisa sobre violencia de género de manera sistemática en cualquier situación de contacto con mujeres

Trece (de 14 entrevistados) refirió no hacer de manera sistemática una valoración de potenciales problemas de violencia de género en las consultas con usuarias mujeres. Del total de trabajadores, 12/14 sí preguntan en una situación particular. Las situaciones que expresaron como punto de partida para indagar sobre la posible ocurrencia de una situación de violencia de género doméstica son: 1) Crisis subjetivas o angustia; 2) consulta sobre salud sexual, reproductiva y no reproductiva, enfermedad de transmisión sexual (ETS); 3) traumatismos; 4) consultas sin turno programado, sin una causa clara, varias consultas por el mismo síntoma o relatos confusos; 5) conocimiento de antecedentes de violencia de género; 6) embarazo; 7) observación del vínculo entre parejas en los espacios comunes; 8) conocimiento de la situación a través de un familiar o vecino; y 9) falta de regularidad en los controles de los hijos/as, dificultades en su cuidado y trastornos de conducta.

Conviene subrayar que algunos miembros del equipo, por ejemplo con funciones como administración y farmacia, al tener un contacto fluido y frecuente por la solicitud y búsqueda de turnos o de medicación, pueden ser actores clave para generar un vínculo de confianza que es importante valorar y esos encuentros pueden ser una oportunidad del equipo para detectar situaciones de violencias de género en las mujeres.

Conocimiento sobre los indicadores propuestos por el Ministerio de Salud de la Nación para detectar mujeres en situación de violencia de género doméstica (10):

La totalidad de los trabajadores de la salud encuestados no los conocía.

Existencia de herramientas específicas para detectar mujeres víctimas de violencia de género doméstica creadas por el equipo:

13/14 contestaron que no habían desarrollado este tipo de herramientas, y 1/14 respondió **no sabe/no contesta**. Cabe recuperar una reflexión hecha por uno de los entrevistados frente a esta pregunta y que aludiría a la existencia de "herramientas" no formalizadas: *"...como está tan cerca la gente del centro de salud, a veces es como fácil reconocer que una manifestación problemática tiene que ver con una situación de violencia de género, porque se conoce a la familia, porque alguien más lo dice, en realidad las personas tienen referencia entonces confían. El elemento de detección es la confianza, no planteamos nada en términos de protocolos."*

PRÁCTICAS (DISCIPLINARES, INTERDISCIPLINARES, INTERINSTITUCIONALES E INTERSECTORIALES) QUE CONOCE Y EMPLEA EL EQUIPO PARA EL ABORDAJE

Organización específica del equipo de salud ante la detección de una mujer en situación de violencia de género

En líneas generales, no hubo un consenso en las respuestas del equipo frente a este tópico. El punto de coincidencia de los entrevistados es que no existe una organización del equipo previa a la presentación de la situación problemática compleja. En cambio, identifican los distintos momentos en que el equipo puede trabajar y re-trabajar una situación compleja como es el abordaje de mujeres víctimas de violencia de género doméstica: reunión de equipo y "reunión de casos complejos". En general, los entrevistados acuerdan en la importancia del **trabajo en equipo e interdisciplinario**, así como en lo fundamental de trabajar **"siempre acompañado"** en el abordaje de dichas situaciones. En una entrevista se remarca la importancia de esto, ya que en algunos casos el equipo de referencia puede no encontrarse en la institución y debe abordarse la situación en ese momento. Se destaca en varias entrevistas, la singularidad de cada situación, en la que su abordaje es determinado por varios factores y se organiza en función de múltiples variables: la necesidad de la mujer víctima de violencia de género, del personal de salud que se encuentre en el centro en ese momento, del vínculo del paciente con alguien específico del equipo y de los recursos materiales disponibles. En varias de las

entrevistas se menciona la importancia de la conformación de un equipo de referencia como herramienta para su acogimiento.

Acciones realizadas

En varias entrevistas aparece como herramienta en el abordaje de primera instancia, **la escucha, la contención** y promover un **vínculo de confianza**, así de esta manera, conocer las necesidades de la mujer y su grupo familiar para luego proponer intervenciones posibles, y acordar en forma conjunta el mejor proyecto terapéutico. Se mencionó que las prácticas y abordajes que se llevarían a cabo dependerían de la manera en la cual llegue la situación: por la propia mujer, un familiar, a través de una institución (Centro de Convivencia Barrial- CCB) o de alguna otra manera. El tipo de intervenciones que se mencionan son: Recurrir al jefe del centro de salud y/o a otro compañero del equipo, -aquí aparece la figura del jefe como posibilitadora de intervenciones por fuera del equipo de salud-; los actores del equipo que se identifican prioritariamente para el diseño de los abordajes son: el médico de referencia de la paciente, los profesionales del área de salud mental y trabajo social. También se explicita la reunión de equipo como espacio de encuentro. Aparece en varias entrevistas el uso del teléfono verde, y el Área de la Mujer de la Municipalidad de Rosario como recurso de consulta y asesoramiento. Se considera que la manera con la cual se propone una intervención depende si la resolución tiene/debe ser inmediata por su gravedad o puede permitir otros tiempos y tipos de abordaje.

Herramientas/recursos utilizados por fuera del centro de salud para su abordaje

Once de los entrevistados nombraron como recurso utilizado el teléfono verde (Línea gratuita 0800-444-0420), 4 de ellos además nombraron el Área de la Mujer de la Municipalidad de Rosario y 3 el Instituto Municipal de la Mujer. De los entrevistados, cinco destacaron la relación con el CCB y el trabajo en coordinación con él. Otros de los recursos nombrados son: tribunales, el trabajo con otras instituciones, el Centro Territorial de Denuncia, lugares de acogida/de tránsito, el Ministerio Público de la Acusación, la Comisaría de la Mujer, la posibilidad de brindar una tarjeta de transporte, guardias hospitalarias en situaciones de urgencia ("resguardar a la mujer"), el Distrito Sur, el Centro de Acceso a la Justicia (CAJ), la Defensoría del pueblo, el Centro de

Salud “Alfonsina Storni”, las escuelas del barrio, la organización social General San Martín (espacio de “noviazgo no violento”), el programa Nueva oportunidad (como dispositivo para alojar y acompañar en diferentes aspectos a las mujeres y su familia), y recurrir a los coordinadores de salud y desarrollo como otra instancia de intervención.

Existencia de un protocolo de manejo de casos de violencia de género en el Centro de Salud

13/14 de los entrevistados contestaron que **no conocen** la existencia de un protocolo específico, en tanto que 1/14 no contestó. Uno de los entrevistados mencionó el protocolo de actuación de la Guardia Urbana Municipal.

Abordaje con otras instituciones

La mitad de los entrevistados contestaron que **sí** abordan situaciones de violencia de género junto con otras instituciones y el resto **no** lo hace. Las instituciones que fueron nombradas son: CCB, hospitales, centro de salud y escuelas territoriales, instituciones que participan en nueva oportunidad (CCB Ayacucho), otras secretarías de la municipalidad de Rosario, tribunales, Área de la Mujer y teléfono verde. Algunos entrevistados destacaron que el abordaje con estas instituciones ha estado referido al momento de la detección y fueron situaciones notificadas al equipo, o bien situaciones en que el equipo ha conectado a la víctima con una institución, pero que ésta no ha hecho el seguimiento.

Conocimiento de redes intersectoriales

4/14 contestó que **no** conocía, 2/14 **no** contestaron y el resto, respondieron que **sí**. Entre aquellos que refirieron conocer redes intersectoriales, las redes nombradas fueron: red de mujeres (ésta es una convocatoria de mujeres que se lleva a cabo en el distrito sur, no es una red intersectorial constituida como tal), las escuelas territoriales, la organización barrial General San Martín. Varios de los entrevistados expresaron que no hay un trabajo articulado entre estas instituciones y entre los diferentes sectores con el centro de salud.

Consideraciones acerca del tipo de abordaje

Con respecto al carácter disciplinar de los abordajes, 5/14 de los entrevistados considera que **a veces** el abordaje se realiza multi e interdisciplinariamente dentro del centro de salud y 9/14 **siempre**.

Las razones por la que se considera que no se realiza en todos los casos son: dificultades en el seguimiento o acompañamiento de la mujer y/o su grupo familiar por parte de todos los que intervienen del equipo en dicha situación, y la falta de recursos humanos, así como el tiempo necesario destinado al abordaje.

Por otro lado 9/14 entrevistados refirieron que **a veces** se realiza el abordaje de manera intersectorial e inter-institucional, 4/14 contestaron que **siempre**, y 1/14 **no** contestó.

Realización de seguimiento/accompañamiento de las mujeres víctimas

Se indagó respecto de la efectivización de seguimiento y/o acompañamiento de las mujeres víctimas de violencia encontrando que 10/14 **sí** refirieron realizar acompañamientos mientras que 4/14 dijeron que **no** lo realizan. Ante la pregunta de si dicho acompañamiento lo realizaban con un compañero de equipo, todos respondieron que **sí**, y entre quienes se mencionaron estaban: médicos/as, enfermeras, psicólogas, trabajadora social, y se nombró al CCB y fonoaudiología como partícipe de intervenciones, donde se incluye en el proyecto terapéutico a los niños de la familia de la mujer víctima de violencia de género.

Realización de acciones territoriales

Se valoró también la implementación de acciones territoriales en el abordaje de las víctimas de violencia doméstica, encontrando que 13/14 entrevistados refirieron **realizan acciones territoriales** en estos abordajes. Todos los entrevistados contestaron que realizan **visitas domiciliarias** para el acompañamiento de mujeres, y que éstas en algunos casos las realizan como parte de una estrategia y anunciando otro motivo para dicha visita. Algunos expresaron que el tiempo destinado a realizarla es una dificultad para desempeñar acciones territoriales que permitan un adecuado acompañamiento. Las visitas domiciliarias como parte del trabajo en terreno son una herramienta muy útil para conocer, generar y/o fortalecer vínculos con la población, y trabajar en promoción y prevención.

Abordaje del hombre violento

En la mayoría de los casos (11/14) los entrevistados refirieron **no** realizar el abordaje del hombre violento, mientras que 3/14 contestaron que **sí**. De éstos se nombró al equipo de referencia de la mujer

y/o familia y al servicio de salud mental como quienes realizan el abordaje del hombre violento. Varios de los entrevistados mencionaron la dificultad de la llegada/acercamiento del hombre violento al centro de salud, condición que se agrega al ya de por sí acceso menos frecuente que caracteriza a los usuarios de género masculino.

Conocimiento de programa/dispositivo de abordaje del hombre violento

La mayoría de los entrevistados (11/14) manifestó **no** conocer ningún programa/dispositivo de abordaje, 1/14 respondió que **no sabe/no contesta**, y 2/14 respondieron que **sí**. Sólo dos de los trabajadores contestaron que conocían el dispositivo público grupal con Varones que Ejercen Violencia contra la Mujer que ofrece el Instituto de la Mujer.

Registro de detección

Atendiendo a la cuestión de los registros de los casos de violencia de género, 3/14 de los entrevistados manifestaron **no registrar** los casos mientras que 11/14 respondieron que **sí** lo hacen, de éstos, todos lo plasman en la **historia clínica**, 4/14 de ellos además lo hacen **en la planilla de atenciones ambulatorias** y 1/14 también lo hace en un **fichero calendario personal**. Algunos de los entrevistados especificaron que los registros lo hacían en “la parte de adelante de la historia clínica”, para encontrar de modo más ágil la información de las intervenciones. De los trabajadores que respondieron que no, varios de ellos detallaron que cuando detectan alguna mujer en situación de violencia de género se lo refieren a un compañero, en general al médico de referencia y son ellos los que registran.

Registro de prácticas para el abordaje

Se exploró también la realización de registros en torno a las prácticas específicas que se llevan a cabo en los abordajes de esta problemática, encontrando que 9/14 **registran** las prácticas en la **historia clínica** mientras que 5/14 **no lo hacen**.

Existencia y tipo de acciones de promoción de salud y prevención orientadas al tema de violencia contra la mujer e instituciones que participan de ellas

Con respecto al desarrollo de acciones de promoción y prevención de la problemática de violencia doméstica, 4/ 14 de los entrevistados manifestaron **no**

llevarlas a cabo, 1/14 **no sabe/no contesta** y 9/14 de los entrevistados respondieron que **sí**, entre ellas mencionaron las que se desarrollaron en días especiales como el día de la Mujer (difusión y se entrega de folletería), en el consultorio de manera individual, y en el taller de nutrición. Entre las dificultades de realizar actividades se nombró la falta de disponibilidad de tiempo y de recursos materiales (folletería, cartelería, etc.) durante todo el año.

Consideración si el abordaje es integral

Se relevaron también las opiniones de los entrevistados respecto a la percepción de integralidad de los abordajes implementados. En tal sentido, 8/14 contestaron que **sí** consideraban que los abordajes eran integrales, mientras que 6/14 contestaron que **no**. Algunos de los entrevistados especificaron que el abordaje tiene el atributo de integralidad al interior del Centro de Salud, pero ubican dificultades tales como: la falta de coordinación con otras instituciones, la demora en la respuesta de otras instituciones, la falta de capacitación en el tema de violencia de género para realizar las prácticas y la falta del abordaje del hombre violento. Mencionaron la necesidad de mejorar la capacitación sobre violencia de género.

Existencia y tipos de obstáculos

Con respecto a la identificación de obstáculos para el abordaje integral, 8/14 entrevistados **sí** consideran que existen obstáculos mientras que 6/14 consideraron que **no**. Los obstáculos mencionados fueron: 1) falta de detección de otras instituciones. 2) el déficit de recursos por fuera del equipo de salud (tanto materiales como humanos), 3) la falta de tiempo y de espacios donde se pueda trabajar en la elaboración de una estrategia de abordaje, 4) insuficiente respuesta de los otros sectores a las necesidades planteadas como estrategia dentro del abordaje (sea éste planteado por necesidad del equipo y/o por la mujer víctima de violencia de género y su grupo familiar), 6) la falta de una articulación más fluida por parte de las partes participantes de la estrategia, 7) la imposibilidad de un adecuado monitoreo, acompañamiento y seguimiento del Área de la Mujer en el territorio (por falta de personal y de tiempo); 8) la dificultad en resolver el problema económico familiar de la mujer víctima de violencia de género, 9) la falta de “comunicación” entre las diferentes instituciones de salud, como los servicios de guardia y el Centro de Salud, hecho que condiciona que las mujeres que

consultan a las guardias hospitalarias no tengan continuidad en sus procesos de atención en los centros de primer nivel de atención. En definitiva estos múltiples obstáculos ocasionan que algunos trabajadores hablen de la sensación de soledad en el acompañamiento de estas familias. Además se nombra a la realización de denuncia por parte de la mujer como requisito para realizar otras intervenciones. Otros mencionan la falta de inclusión en espacios de fortalecimiento de los derechos de las mujeres. Varios de los entrevistados mencionan la necesidad de un protocolo en los casos en donde la situación de la mujer y su grupo familiar tengan que ser abordados de manera inmediata.

DISCUSIÓN

La violencia de género es un problema complejo de salud por lo que la capacitación de los trabajadores de los centros de APS es de gran importancia. En tal sentido resulta un dato preocupante que cerca de la mitad de los trabajadores del equipo de salud refirieran no haber tenido formación en temas de violencia de género, y casi la mitad tampoco conocían la Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Cabe considerar que la capacitación de los equipos en esta materia posibilita, entre otras cosas, sensibilizar en la visibilización de la problemática y conocer los “ciclos de violencia de la pareja” (fase I o de acumulación de tensión, fase II o de crisis o episodio agudo y fase III o de arrepentimiento o luna de miel) (10). Este último aspecto es esencial para comprender la dinámica que posiblemente adopten los vínculos y poder prevenir los momentos de agresión, con la finalidad que se desarrollen respuestas adecuadas frente a los casos de violencia de género, permitiendo a la vez dar lugar a re-pensarnos como actores capaces de modificar la realidad.

Casi la totalidad de los entrevistados manifestaron no relevar de manera sistemática sobre esta problemática en cualquier situación de contacto con mujeres, pero la mayoría si indaga en situaciones particulares. La realización sistemática de preguntas, también llamada detección universal o indagación sistemática, a todas las mujeres sobre violencia, es de eficacia controvertida al no disponer de suficientes evidencias científicas que la justifiquen. Se ha demostrado que formular preguntas a todas las mujeres que solicitan atención médica permite aumentar la identificación de mujeres que sufren violencia por

la pareja, pero no ha mostrado que reduzca la violencia ni que mejore su estado de salud o sus niveles de ansiedad. Hay estudios que señalan que su aplicación universal podría suponer un posible daño para la mujer si fuese etiquetada como maltratada erróneamente (11). El Ministerio de Salud propone realizar dos preguntas que apuntan a detectar tensiones en los vínculos y que pueden ser punto de partida para la detección temprana de situaciones de violencia sobre las mujeres: éstas son: “¿Cómo describirías tu relación de pareja?”, y “¿Cómo resuelven las discusiones dentro de la pareja?”(12). La DMS recomienda la realización de preguntas en aquellas mujeres que declaran inicialmente haber sufrido actos de violencia. De ahí que a mi entender, fomentar un **vínculo** con los usuarios del centro de salud, la presencia de **trabajadores sensibilizados** con la temática y formados con **perspectiva de género** para realizar su práctica en APS son las herramientas que tenemos que considerar para una detección adecuada que nos permita un mayor acercamiento a la problemática (13).

Si bien parte del equipo no tiene capacitación específica en violencia de género, y la totalidad de los entrevistados contestó que no conocía los indicadores propuestos por el Ministerio de Salud de la Nación para detectar mujeres en situación de violencia de género doméstica, todos realizan su detección y abordaje. Esto da cuenta de que trabajar con la lógica de una clínica ampliada/clínica del sujeto (14), en las situaciones de mujeres víctimas de violencia de género, permite ver más allá del motivo de consulta específico a partir del cual la mujer toma contacto con el sistema de salud. Cabe destacar que siempre que hay una mujer maltratada en una familia con hijos/as, hay niños, niñas y adolescentes que también son víctimas de la violencia de género, y la modalidad inmediata y más común es que son testigos involuntarios de violencia. Los indicadores que con más frecuencia encontramos en los niños y niñas testigos de violencia son: baja autoestima, aislamiento, introversión; dificultades para socializar, llamar la atención de alguna manera, ejercer violencia hacia sus pares o hacia algún animal; dificultades de aprendizaje, trastornos de la alimentación, enuresis, encopresis, problemas para dormir, problemas en el lenguaje, hiperactividad, tartamudeo, mutismo, agresividad o pasividad, trastornos en el desarrollo (15). Tanto en lo que hace a la detección de estos indicadores como en el acompañamiento de estas situaciones, es esencial el rol de las escuelas y de los espacios donde transcurren la

cotidianidad estos niños, niñas y adolescentes (Centro de Convivencia Barrial, organizaciones barriales, clubes, dispositivos como Nueva Oportunidad, etc.). Por tanto el trabajo interinstitucional e intersectorial permitiría realizar un acompañamiento más adecuado del grupo familiar por la complejidad que amerita dicha problemática.

La escucha a través de la entrevista, el asesoramiento, la gestión de recursos y el trabajo en territorio son las tecnologías que más utilizó el equipo para el abordaje de situaciones complejas. Dentro de las herramientas para realizar un abordaje, los trabajadores nombraron como recursos dentro del centro de salud, la conformación de un equipo de referencia, la “reunión de casos complejos” y la “reunión de equipo” como espacios de discusión y como momentos para repensar multi e interdisciplinariamente situaciones complejas. Estas acciones permiten que el personal de salud se sienta más preparado y acompañado para dar respuesta a esta problemática. De modo que la generación de ciertos saberes en dichos espacios, son constituidos para la producción de respuestas que se adecúen a la demanda singular de cada mujer y/o grupo familiar. La relación entre el personal de salud, las mujeres y su grupo familiar, el tipo de vínculo que allí se genera determina, y es el que permite, una escucha activa, y un acompañamiento se adapte a las necesidades de estas familias. Hablar de “equipos de referencia” trasciende al “médico/a de referencia” poniendo en tensión el histórico y característico modelo médico-hegemónico, ya que se pretende trabajar en forma integrada e interdisciplinaria. Tomando el término de “Equipos de Referencia” de Gastón Wagner de Sousa Campos (16), que plantea que su composición es multiprofesional, variable, recortado según sea su objetivo, las características locales y la disponibilidad de recursos; éstos tendrían bajo su responsabilidad un conjunto de pacientes adscriptos según su capacidad de atención y la gravedad de los casos. La principal función de los profesionales de referencia sería elaborar y aplicar el proyecto terapéutico individual variando en el tiempo el tipo de recursos ofertados a cada usuario. Indudablemente esta función depende del vínculo entre paciente, familia y profesionales de referencia, e implica la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas.

Para comprender mejor, es imprescindible remarcar algunas de las condiciones necesarias para que exista la interdisciplina. Según Horacio Lejarra-

ga (17), para dar consistencia a la interdisciplina, es necesario que: las personas que debaten tengan conocimientos suficientes de la propia disciplina y que no se diluyan los saberes específicos; la institución debe estar organizada de manera tal que la definición de las misiones y funciones de sus agentes favorezcan el encuentro interdisciplinario y que tenga una estructura arquitectónica (ambientes y lugares) que favorezca la interdisciplina, debe haber una cultura que valore la interdisciplina, o sea el debate simétrico entre los actores, la necesidad del tiempo compartido, y debe haber una disposición y un interés de los profesionales/actores intervinientes por participar de una reflexión crítica. Además de estas condiciones que comparto con el autor, considero que es necesario el cuidado de estos grupos de trabajo por parte de las autoridades institucionales. Por ello quiero destacar la importancia del diálogo que debe existir entre la gestión de estas instituciones con los trabajadores que llevan adelante las prácticas para abordar situaciones complejas, como así también, la realización de investigaciones que incluyan la perspectiva del trabajador, pudiendo así derribar juicios y prejuicios sobre esta temática, como además acompañar al trabajador en el proceso para alojar a las mujeres y al grupo familiar.

Por otro lado, en las diversas entrevistas se puso de manifiesto la importancia de reunión de equipo como una herramienta interdisciplinaria que permite definir estrategias de promoción de la salud, prevención y atención, al mismo tiempo fue considerada un espacio donde poder compartir sentimientos (frustración, ansiedad, angustia) generados en el trabajo con este tipo de problemas complejos.

La mitad de los entrevistados contestaron que no abordan situaciones de violencia de género junto con otras instituciones, y más de la mitad consideraron que sólo a veces lo realiza inter-institucional e intersectorialmente. El trabajo interinstitucional como inter-sectorial es importante ya que no es posible un abordaje integral sin tener en cuenta los múltiples aspectos que hacen al tránsito de una mujer y su grupo familiar víctima de violencia de género, como el económico, de vivienda, laboral, de seguridad, etc. Se debe reflexionar acerca de la relevancia de la coordinación entre sectores, teniendo en cuenta que, no todas las mujeres víctimas de violencia se detectan a través del centro de salud. Según datos del RUVIM de la provincia de Santa Fe, de las situaciones registradas en el primer cuatrimestre del 2018, el 52%

fueron a través de la denuncia policial y luego le sigue el registro basado en la consulta o atención médica que llega al 35% (18). Unos pocos trabajadores nombraron la denuncia policial, por lo que el sector de seguridad no es muy tenido en cuenta para trabajar en forma conjunta esta situación problema (el estudio de este condicionante quedaría para otro tiempo de análisis). Cabe destacar que la conexiones inter-institucionales y/o inter-sectoriales conforman una de las prácticas menos utilizadas por el equipo. Es de especial importancia trabajar en forma conjunta con otras instituciones, tanto en la detección como en el acompañamiento a las familias víctimas de violencia, y en el armado de estas redes, es imprescindible la participación activa de la comunidad.

En varias de las entrevistas se mencionó un espacio de la organización barrial General San Martín, donde se trabaja con jóvenes la prevención de violencia dentro de la pareja, quedando manifiesta la importancia de la organización vecinal como lugar de vínculo y participación en APS.

Analizando las respuestas acerca de si los abordajes se realizan de forma integral, puede concluirse que probablemente el concepto de "abordaje integral" es diferente para cada uno de los entrevistados. En efecto, aunque varios de ellos consideraban realizar abordajes integrales, esta noción no incluía la articulación intersectorial e interinstitucional, mientras que para otros la integralidad subsumía necesariamente el componente de articulación intersectorial e interinstitucional. Cabe destacar que las visiones y los recursos intersectoriales para abordar las violencias de género son fundamentales para poder pensar acciones que abarquen la complejidad del problema.

Los recursos nombrados por los entrevistados son algunos de los varios que existen, pero considero que para poder realizar un abordaje integral es de relevancia tener en conocimiento la totalidad de los recursos locales disponibles. En tal sentido, una "guía de recursos locales" podría constituir una herramienta útil que permite recurrir a los actores que conforman la red intersectorial, para que las acciones de prevención y asistencia puedan realizarse de manera rápida y eficaz (19).

Casi la totalidad de los entrevistados manifestaron no conocer la existencia de un protocolo específico, y varios de ellos comentaron la necesidad de tenerlo para aquellos casos de mujeres en que se necesite tomar medidas de forma inmediata. A la vez, no se podría pensar un protocolo exclusivamente

desde el sector salud, sino que sería fundamental involucrar en su diseño la participación de otros actores, instituciones y sectores. Pensar en un protocolo estático, universal, juega en contrapartida con el tipo de tecnologías/herramientas (blandas, blandas-duras) necesarias para abordar situaciones de esta complejidad. No obstante pensar en un protocolo como un posible ordenamiento de trabajo, utilizado en forma dinámica, con la participación de otros sectores, con un procedimiento más o menos acordado para resolver las situaciones de mayor vulnerabilidad, permite muchas veces mejorar el funcionamiento de redes. El Ministerio de Salud de la Nación propone algunos aspectos a tener en cuenta para proceder frente a una situación de alta vulnerabilidad donde se debe realizar una valoración del riesgo de vida y menciona algunas pautas a seguir para que la mujer y su grupo familiar se pongan a resguardo. (20)

Más de la mitad de los entrevistados que consideraron que se realiza un abordaje integral, no realizaban un abordaje del hombre violento, lo que evidencia una dificultad/limitación en lo que hace a las intervenciones necesarias para tratar esta problemática. Considerar la dificultad de los hombres en el acceso a las instituciones de salud de atención primaria, como en el transitar de su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, es una de las variables a tener en cuenta cuando pensamos las masculinidades desde las políticas públicas. Incluir dentro del abordaje integral de mujeres víctimas de violencia de género al hombre violento, no es sólo parte fundamental sino que está estipulado en la Ley Nacional N°26.485 (21).

Otro aspecto que merece especial atención es el hecho de que todavía un sector de los profesionales entrevistados no registra la detección de mujeres víctimas de violencia de género y tampoco asienta las prácticas llevadas a cabo en el abordaje, mencionando la dificultad para unificar criterios en la codificación en las planillas de atenciones ambulatorias. El registro de las prácticas para abordar a las mujeres víctimas de violencia de género y su grupo familiar es parte fundamental del proceso de atención. El registro en la historia clínica como la unificación en los códigos de las planillas de atenciones ambulatorias son fundamentales para avanzar en la visibilización de esta problemática, a la vez que un buen registro del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, permite acciones consecuentes con un abordaje integral. En este mismo sentido, es de suma relevancia

el hecho de que muchos entrevistados reconocieran llevar a cabo acciones de promoción y prevención en el centro de salud y en el territorio. Así, considerar la estrategia de trabajo en conjunto con la comunidad para conocer la magnitud del problema, para pensar un abordaje preventivo del mismo y para la atención a las víctimas hace posible y facilita la detección temprana de estas situaciones.

Por otro lado, los obstáculos expresados por los trabajadores deberían ser considerados para la implementación de políticas sanitarias, que a través de acciones concretas favorezcan la tarea de atención de este problema en salud pública.

La violencia de género es una problemática compleja, y la imposibilidad de llegar al "objetivo" (separación del hombre violento, por ejemplo) de una manera inmediata y a corto plazo, puede desgastar el acompañamiento del equipo. Aunque pensar la atención como un proceso y no como una resolución de un conflicto, permitiría correrse de esa meta (algunas veces inalcanzable), para realizar un acompañamiento libre de juicios y prejuicios, tanto para la mujer como para los trabajadores del equipo. En tal sentido, el vínculo con la población adscripta, la capacitación, la sensibilización sobre el problema de violencia de género, trabajar con perspectiva de género en APS y conocer todos los recursos disponibles y posibles en el alojamiento de estas mujeres y su grupo familiar es fundamental para realizar un abordaje integral.

CONCLUSIONES

En este trabajo intenté conocer las herramientas con las que cuenta el equipo de un Centro de Salud en el abordaje de situaciones de mujeres víctimas de violencia doméstica basada en el género, ya que no existen muchos trabajos dedicados a analizar esta perspectiva, pretendiendo ser un aporte, al análisis de esta problemática. Construir un análisis amplio e integral de esta problemática es un proceso lento, progresivo y donde el objeto de investigación no puede centrarse solamente en las mujeres, sus condiciones de vida y trabajo, ni en las sociedades como generadoras de la subordinación de la mujer en el patriarcado, sino que el análisis debería incluir, a mi parecer, la mirada de los trabajadores de la salud sobre esta problemática, sus propias prácticas, teniendo en cuenta que en ellos también puede estar presente la naturalización de las violencias en sus vínculos interpersonales, familiares y no familiares y que sus creencias y prejuicios no escapan a estos

condicionamientos. Incorporar una mirada de género en salud es aceptar que hay asimetrías sociales entre varones y mujeres que determinan procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado distintos, incluyendo también otras diferencias como la edad, la etnia y clase socio-económica.

La violencia contra la mujer es un problema complejo y requiere acciones y políticas coordinadas, intersectoriales e inter-institucionales que incluyan al Estado y organizaciones sociales, que respondan a los diferentes determinantes de la desigualdad de género, y que favorezcan la participación de las mujeres. El centro de salud es reconocido en la comunidad por su presencia en el territorio y el vínculo que sostiene con las personas que concurren a él, por lo que es un ámbito propicio para la detección, abordaje y acompañamiento de las situaciones de violencia que viven las mujeres y su grupo familiar. Por ello, la formación de recursos humanos en salud con perspectiva de género permite brindar algunas herramientas que son importantes en la práctica y son de relevancia por la función que cumplen en la institución de salud. El conocimiento de estas tecnologías/herramientas contribuyen al "saber", pero éste lo proporciona también, la experiencia en abordar dichas situaciones junto con otros trabajadores del equipo de manera multi e interdisciplinariamente, el trabajo en territorio donde se perciben las particularidades de la población que concurre al centro de salud y que determina su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado singular. Tomo el concepto de Gastón Wagner de Sousa Campos: "Saber aprender y hacer aprendiendo son hermosas recomendaciones, mas implican lidiar, al mismo tiempo, con la polaridad entre teoría y práctica y con la tendencia de encierro en sí mismo de los saberes" (22).

Es importante también que se produzcan herramientas de información y prevención respondiendo a las necesidades del territorio, así como también investigaciones sobre la problemática de violencia de género que permitan analizar el proceso de atención de mujeres víctimas de violencia de género para potenciar las estrategias de abordaje, de ahí que es fundamental un buen registro del proceso. Indudablemente, la violencia de género doméstica es un problema complejo de salud, y en el caso estudiado, el equipo del centro de salud utiliza en su mayoría tecnologías blandas y blandas-duras para su abordaje, en coincidencia con el criterio que plantea de Emerson Merhy: "Al contrario de lo hegemónico, un

modelo pautado en el mundo de las necesidades de los usuarios estará centrado en las tecnologías blandas y blandas-duras". (23)

Para finalizar destaco, a mi parecer la mejor síntesis sobre el trabajo en salud, de Débora Ferrandini "la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿No es eso la salud?". (24)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=Las%20estimaciones%20mundiales%20publicadas%20por,violencia%20infligida%20por%20la%20pareja>.
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución. 48ª Edición. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
3. Ferrandini D. Algunos problemas complejos de salud. 2011. Disponible en: <https://pdfslide.net/documents/ferrandini-concepciones-de-salud.html>
4. Ibídem 3.
5. Morin E. La epistemología de la Complejidad. *Gazeta de Antropología*. 2004, 20, (27): 02-20.
6. Ley Nacional Nº 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Información Legislativa. Buenos Aires. 11 de marzo de 2009. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf.
7. Ley Provincial Nº13348 de Protección Integral. Legislatura Provincia de Santa Fe. Boletín Oficial. 17 julio de 2013. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/233556/1221144/file/Ley%20N%C2%B013348-13%20-%20Adhesi%C3%B3n%20a%20la%20Ley%20N%C2%B026485-09.pdf>.
8. Merhy E. La micropolítica del trabajo vivo en acto: una cuestión institucional y territorio de tecnologías blandas. En *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2006.
9. Instituto Provincial de Estadística y Censos, Gobierno de Santa Fe. Registro Único de Situaciones de Violencias hacia las Mujeres (RUVIM) primer cuatrimestre del 2018. Santa Fe. Disponible en: <http://www.estadisticasantafe.gov.ar/wp-content/uploads/sites/24/2018/12/RuvimSF-1218-1.pdf>
10. Violencia sobre las Mujeres. Herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. Programa Médicos Comunitarios, equipos de salud del primer nivel de atención. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. 2017. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000943cnt-Violencia_Sobre_Mujeres_17.pdf.
11. El ciclo de la Violencia de Lenore Walker. CFEC. Estudio criminal. Blog. Madrid, Disponible en: <https://www.estudiocriminal.eu/blog/ciclo-de-la-violencia-de-lenore-walker/>
12. Ibídem 10
13. Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas" Centro de Prensa. 2013. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
14. Sousa Campos, GW. *Gestión en Salud*. 2ª Ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
15. Rodríguez-Blanesa, G., Vives-Casesb, C., Miralles-Bueno, JJ., San Sebastián M., Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*. 2017, 31 (5): 410-415.
16. Ibídem 14.
17. Lejarraga, H., Schetjer, V. *Desarrollo del niño en contexto*, Capítulo 16: Trabajo interdisciplinario Buenos Aires: Editorial Paidós, 2008.
18. Ibídem 9.
19. Ibídem 10.
20. Ibídem 10.
21. Ibídem 6.
22. Ibídem 14.
23. Ibídem 8.
24. ibídem 3

NOTAS FINALES

I La Dra. Débora Ferrandini fue Directora de Atención Primaria del Municipio de Rosario y Secretaria de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el gobierno de Hermes

Binner.

II Se excluyeron los trabajadores tercerizados (ya que no participan en el planeamiento de atención en el centro de salud) y los trabajadores que se encontraron ausentes en el periodo de tiempo que se realizó el estudio.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: EL LARGO Y NO TAN SINUOSO CAMINO DESDE ALMA-ATA HASTA ASTANÁ

Mario Chavero*

“Nadie sabe qué cosa es el comunismo/ y eso puede ser pasto de la censura
Nadie sabe qué cosa es el comunismo/ y eso puede ser pasto de la aventura”

Silvio Rodríguez. Reino de Todavía.

INTRODUCCIÓN

En el año 2018 se cumplieron 40 años desde la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) que tuvo lugar en Alma-Ata (“padre de las manzanas”), capital en ese entonces de la República Socialista de Kazajistán, en la ex URSS. Entre el 6 y el 12 de Setiembre de 1978, 134 representantes de países y decenas de organizaciones de la Sociedad Civil, así como diversas personalidades y representantes de la “comunidad internacional”, se dieron cita en esa ciudad, convocados por la OMS y Unicef, para asistir a una reunión que habría de ser histórica y significar, indudablemente, un hito en la historia mundial de la Salud. Por ello en 2018 la OMS convocó a “renovar el compromiso” asumido en 1978 por los líderes mundiales. La cita fue en Astaná, actual Capital de Kazajistán desde 1998.

El compromiso actual que explicita la OMS es lograr la Cobertura Universal de Salud¹ (CUS) en todas las naciones, a través de la APS: *“La APS es el enfoque más eficiente, eficaz y equitativo para mejorar la salud, lo que la convierte en un elemento fundamental de la CUS.”* (1)

En este escrito se intenta presentar parte de la historia que permitió llegar a la idea y concepción oficial (i.e.: de la OMS) de APS y a la Conferencia de Alma-Ata, arribando a la visión que predominó finalmente en la Declaración y a partir de la misma. Se contemplan las tensiones entre distintas concepciones existentes en el propio seno de esta agencia así como en otros organismos e instituciones destacados. Finalmente se proponen algunas preguntas con la intención de estimular la reflexión y el debate en nuestro ámbito.

Comenzaremos realizando un breve racconto histórico de algunos hechos que jalieron la concepción de APS.

Algunos antecedentes de la APS/OMS

Entre los antecedentes que fueron tenidos en cuenta desde el momento en que comienza el largo proceso que desembocaría en la decisión de realizar una Conferencia mundial sobre lo que finalmente se denominó en idioma español “Atención Primaria de la Salud” (Primary Health Care-PHC en su versión en inglés), es clásico hablar de la experiencia de los “mé-

* Psiquiatra. Centros de salud “Salvador Mazza”, “Alicia Moreau de Justo” y Sistema Municipal de Epidemiología. Secretaría de Salud Pública Rosario.

dicos de pies descalzos”^{II} (barefoot doctors) en China (2, 3). Este fue uno de los ejemplos que la OMS tomó con gran interés en su análisis de experiencias a tener en cuenta a nivel mundial, en cuanto a implantación y desarrollo de servicios básicos de salud, que era el eje sobre el que giraba el interés de la Organización, y que constituyó la antesala de la idea de APS. China tenía una enorme carencia de médicos y de personal de salud en general, al momento del triunfo de la Revolución de 1949. Y a comienzos de la década de 1960 no había podido subsanar ese déficit. En 1965 Mao Tse-Tung lanza la famosa “Directiva del 26 de Junio” (4), criticando el sistema de salud vigente y la formación médica^{III}. Esta Directiva es previa al comienzo de la llamada “Revolución Cultural” (que comenzó en 1966 y finalizó en 1976) en la cual (y aquí sólo nos referiremos estrictamente a lo concerniente a salud y al número de trabajadores de salud para el área rural), según Sidel, aumentó drásticamente el número de los barefoot doctors.

Habitualmente los registros y textos que historizan la gradual construcción del concepto y movimiento de APS (haciendo foco en el importante, pero no exclusivo rol cumplido por la OMS) reservan también un lugar destacado al papel cumplido por los misioneros religiosos y muy principalmente a la Comisión Médica Cristiana (CMC), dependiente del Consejo Mundial de Iglesias, que en su periódico “Contacto”, creado en 1970, utiliza el término “Atención Primaria de la Salud” (“Primary Health Care”), tal vez por vez primera (5). En efecto, la CMC y la OMS comienzan a establecer contactos y se establece un trabajo de colaboración más formal en el año 1974. (6). Este organismo, cuyas instituciones afiliadas contaban con más de 1200 hospitales (sobre todo en África, Asia, América Latina, es decir fundamentalmente en regiones de países “no desarrollados” del mundo), mostraba preocupación por el hecho de que las tareas desarrolladas por sus misioneros en esta área (salud) eran fundamentalmente de índole “curativa” y tenían poco impacto en la resolución de estos problemas y en la remoción de sus causas, así como en la promoción y mantenimiento de la Salud. Del mismo modo se lamentaban por la ausencia en dichos lugares de medidas de Salud Pública y de “servicios de salud primaria”. Señalaban también el hecho de que los recursos y servicios brindados por las instituciones pertenecientes a las Misiones, junto con los demás recursos disponibles de “Medicina Occidental”, sólo daban asistencia al 20% de la población de esos

países, dejando el restante 80%, los más pobres y necesitados, privados de toda asistencia, salvo algunas formas “tradicionales” de tratamientos (medicina tradicional), cuestionando los alcances en cuanto al impacto sanitario y criticando el rol asignado al “milagro” (entrecorinado en el original) de la tecnología médica moderna. (7) (p. 19, énfasis agregado)

Desde principios de la década de 1970 la OMS estuvo discutiendo y generando una serie de borradores y documentos que promovían y llamaban a estimular el desarrollo de “servicios básicos de salud”, sobre todo en los países “en vías de desarrollo”. En el año 1970 la Asamblea Mundial de la Salud adopta la Resolución WHA23.61: “Principios Básicos para el Desarrollo de los Servicios de Salud” (8). Esta Resolución es, sin duda, un antecedente importante en el camino que desemboca finalmente en Alma Ata. De alguna manera es un pequeño gran triunfo en el terreno sanitario de la política exterior soviética en el marco de la guerra fría, aunque, según Litsios (9), en el texto final de la Declaración los representantes de EEUU lograron diluir algunos planteos fuertes del texto original.

En el año 1973 se evidencian signos de preocupación sobre lineamientos que la OMS había venido sosteniendo. El Organismo consideraba que la estrategia de servicios básicos de Salud que había promovido desde comienzos de la década de 1950 había “fallado” y que se estaba desarrollando una “crisis de magnitud” que debía ser enfrentada (10). También en este año se produce el regreso de China a la OMS^{IV}. La Resolución ONU 2758 de 1971 establece la recuperación de los derechos legales de China –ahora República Popular China– en el foro, luego de su exclusión hacía 22 años, en 1949, y la “expulsión inmediata a los representantes de Chiang Kai-shek”, cuyo Gobierno se había establecido en Taiwán.

En 1974 se publica el muy citado Informe Lalonde (11). Este minimiza el rol cumplido por el Sistema de Salud en términos del impacto en la morbi-mortalidad de la población canadiense, propone la existencia de cuatro “campos” en salud, enfatizando la importancia de los “estilos de vida”, único campo que el individuo podía llegar a modificar^V. Es además un antecedente importante que establece las pautas del movimiento mundial de Promoción de la Salud^{VI} (12). Asimismo en ese año Ivan Illich publica “Medical Nemeses”(13) (publicándose la traducción al español al año siguiente), texto que tuvo fuerte repercusión, con un cuestionamiento radical a la “medicina institucio-

nalizada" que, sostenía Illich, era responsable de una "epidemia de iatrogenésis" y de expropiar el manejo de la salud de la propia población.

El año 1975 es un año clave en la historia de APS-Alma Ata. Se producen varios hechos destacables, entre los cuales se ubica la publicación de textos importantes que abonaron el terreno teórico de APS: "The Promotion of National Health Services" (La Promoción de los Servicios Nacionales de Salud), que ubica la APS en el centro de la escena de los sistemas de salud (9). Allí se estipula que el desarrollo de servicios de atención primaria de la salud debía ser guiados por 7 principios: a) necesidad de constituir la APS alrededor de los modos de vida de la población; b) implicación de la población local; c) debían depender fundamentalmente de los recursos comunitarios disponibles permaneciendo dentro de las posibilidades y limitaciones de costos; d) abordaje integrado de servicios de promoción, preventivos, curativos tanto para la comunidad como para el nivel individual; e) las intervenciones debían ser llevadas a cabo en el nivel más periférico posible de los servicios de salud, por el trabajador entrenado de la manera más simple para llevar adelante esta tarea; f) diseño de otros componentes de servicios como soporte de las necesidades del nivel periférico; g) los servicios de APS debían estar completamente integrados con los servicios de otros sectores involucrados en el desarrollo de la comunidad.

Además vieron la luz dos importantes publicaciones que sirvieron para avanzar sobre el concepto de APS: "**La Salud por el pueblo**" (14) editado por K. Newell, importante funcionario de la OMS en aquel momento y que jugó un rol central junto con Mahler^{VII} en las discusiones sobre APS^{VIII}. Y además "**Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo: estudio conjunto UNICEF/OMS**", editado por V. Djukanovic, E. P. Mach, también funcionarios de la OMS (15). En ambos se describían y analizaban desarrollos en el área de salud en países como China, Cuba, Tanzania, Irán, Venezuela, y se incluían ejemplos de proyectos basados en comunidades, de India, Indonesia y Guatemala.

La Unión Soviética, a través de su delegado, el Viceministro de Salud Dimitri Venediktov, había propuesto a la OMS en 1974 la realización, en territorio de la URSS, de una Conferencia Internacional sobre Salud (la Unión Soviética se había retirado de la OMS en 1949, retornando a ésta en 1957). Esta solicitud

es rechazada, así como una nueva solicitud al Organismo en ese sentido realizada a principios de 1975. Pero la sistemática insistencia del delegado soviético rinde sus frutos: logra que en la Asamblea Mundial de la Salud de ese año se apruebe dicha solicitud. En la sesión del 29 de Mayo de 1975 se discutió y aprobó la Resolución "Promoción de Servicios Nacionales de Salud relativos a Atención Primaria de la Salud" (16). En esta se define a la APS como "el punto de entrada de los individuos a los Sistemas Nacionales de Salud...". En el punto 2 urge a los Estados miembros a llevar adelante acciones en el área de la APS que lleven a la provisión de un sistema de atención de salud abarcador/integral para toda la población; y en el punto 5 define como "deseable" la realización, lo más pronto posible, de una Conferencia o Encuentro internacional bajo el auspicio de la OMS, para "compartir experiencias en el desarrollo de la APS como parte de los servicios nacionales de salud, especialmente en lo referente a planificación y evaluación" (énfasis agregado), aunque no se definía el lugar. En este punto vemos la APS centrada en los servicios de salud, como parte de él, y no como desarrollo que parte de la propia población.^{IX}

En la Asamblea Mundial de la Salud del año 1976, Mahler propone la meta de "Salud para Todos en el año 2000" (SPT 2000/HFA-2000); la misma es adoptada por la OMS en la Asamblea Mundial del año siguiente (Resolución WHA30.43: SPT-2000/HFA-2000). Se descartan otros lugares para la Conferencia: Costa Rica, El Cairo, Teherán. En la URSS se desestiman Moscú y Bakú (17).

Padre de las manzanas

Se llega así al año 1978 y a Alma Ata como el lugar elegido para la realización de la conferencia. Para un comentario más detallado del desarrollo de la misma, sugerimos la lectura de la pormenorizada descripción realizada por Cueto (5) y Tejada de Rivero (17), así como el Documento Completo de la Conferencia. (18)

Con respecto a las diferentes concepciones y contrapuntos que tenían lugar en aquel momento, el texto de Litsios, (9) si bien debe ser compulsado con otras fuentes (pues tampoco está exento de posibles sesgos), es extremadamente interesante para percibir las tensiones que se daban al interior de la OMS en la época inmediatamente anterior a la realización de la Conferencia. Y por qué Mahler (19), según sostiene, no estaba de acuerdo con la realización de una

Conferencia y “particularmente una que tuviera lugar en la Unión Soviética”, cuyo sistema de Salud era considerado por el danés como sumamente centralizado (no dejando espacio para los cambios “desde abajo”), y excesivamente medicalizado. (Ibíd. 19, pp. 716-719)

Otro señalamiento que enfatiza este autor es la presencia de dos tendencias identificables entre los miembros de la OMS que participaban activamente de las discusiones y diseño de lo que pretendía ser la estrategia de APS: por un lado quienes propugnaban una visión de APS centrada en los servicios de Salud, y por el otro quienes pensaban que dicha estrategia podía ser desarrollada no sólo a partir de los Servicios de Salud sino a partir de la organización comunitaria, es decir organizada “por la población misma”, ubicando a Mahler entre estos últimos. Litsios llega a decir que si la Conferencia de Alma Ata no se hubiera realizado, el trabajo conjunto entre la OMS y UNICEF que había comenzado en esos años se habría consolidado, que las chances de la estrategia de APS de echar raíces se habrían incrementado, y que los objetivos tendientes hacia el “mandato más abarcador de SPT” se habrían facilitado grandemente (Ibíd. 9, p.728). Este deslizamiento desde una visión y concepción más abarcadora de la consigna-meta de SPT habría quedado centrada fundamentalmente en la promoción de la estrategia de APS como eje principal y modo de alcanzar aquella. Es decir que se habría ido limitando desde su concepción original en donde, por ejemplo, ocupaba un lugar destacado el problema de la pobreza y la necesidad de reducirla como modo de mejorar la salud de las poblaciones. En el proceso de discusión y de elaboración de sucesivos documentos de trabajo, este tema habría ido diluyéndose, terminando finalmente por desaparecer de la concepción de APS y por ende de la meta de SPT, no habiendo ninguna referencia a la misma en el documento final (Ibíd. 9, 724)^X. Así entonces, en el propio proceso de trabajo y discusiones de aquel momento previo a la Conferencia habría tenido comienzo la “contrarrevolución”, como la denominaron algunos autores, que quedó manifestada de manera patente al año siguiente del encuentro de Alma Ata, en la Conferencia “Salud y Población en Desarrollo”, que tuvo lugar en la sede de la Fundación Rockefeller de Bellagio, Italia. Fue patrocinada por dicha Fundación y tuvieron destacada intervención UNICEF, así como también el Banco Mundial. Es allí donde tiene nacimiento la “Atención Primaria de la Salud Selecti-

va” (SPHC por sus siglas en inglés). Esta perspectiva que contempla las distintas visiones que a su vez expresaban la necesaria lucha ideológica y política al interior del “campo” de la salud, complejiza las versiones más lineales y simplistas que habitualmente plantean un momento en donde no habrían existido prácticamente conflictos (o éstos habrían sido mínimos, de matices sin importancia) y que habría dado lugar a una APS “pura” y “progresista”, seguido de un segundo momento de “reacción” o “contrarrevolución” que habría tenido lugar recién a partir de la Conferencia de 1979^{XI}.

Quizás Alma Ata señala el punto cúlmine en cierta etapa “progresista”, si se nos permite el término, de la OMS (o al menos de su liderazgo por Mahler). El año 1979 es una fecha que suele destacarse como el comienzo del fin de la concepción “comprensiva” o “abarcadora” de APS^{XII}. Los postulados de la Conferencia de Alma Ata fueron criticados en aquel entonces por ser demasiado abarcadores e idealistas y por fijar plazos de cumplimiento irreales (5). La “Salud para Todos en el año 2000” no era un objetivo que pudiera alcanzarse, sostenían los críticos. Miembros de la Fundación Rockefeller generaron la inspiración original para la Conferencia de 1979, a la que se unieron el Banco Mundial (su presidente desde 1968, R. McNamara, había sido Secretario de Estado de EEUU, de los gobiernos de Kennedy y Johnson, con intensa participación en la Guerra de Vietnam), así como la USAID, la Fundación Ford, y otras agencias u organismos. Al Banco Mundial, bajo el mandato de McNamara, le interesaba apoyar, en aquellos tiempos, iniciativas que apuntaran a la “reducción de la pobreza”, intentando contrarrestar las críticas que se le hacían a ese organismo parido en Bretton Woods (junto al FMI, en 1944) por haber “ignorado la pobreza social” en los países pobres, en años anteriores.

La Conferencia se basó en el artículo “Atención Primaria de la Salud Selectiva, una Estrategia Provisional para el Control de Enfermedades en Países en Desarrollo”, de J. Walsh y K. Warren (20). Planteaba hacer foco en enfermedades comunes en la infancia, como diarrea, y las producidas por falta de inmunización. Sin criticar abiertamente la APS “comprensiva”, presentaban “puntos de entrada” a través de los cuales servicios básicos de salud podían ser desarrollados. El término “selectivo” significaba un paquete de intervenciones de bajo costo para abordar los principales problemas de salud de los países pobres. Las intervenciones recomendadas en un inicio fueron

disminuyendo de número hasta quedar, luego de unos años, limitadas a cuatro: Monitoreo de Crecimiento (Growth Monitoring), Técnicas de Rehidratación Oral (Oral Rehydration), Amamantamiento (Breast-feeding), e inmunización (Immunization) (GOBI, por sus siglas en inglés). Luego se agregaron otras tres: Suplementación alimentaria (Food supplementation), Alfabetización de la mujer (Female literacy), y Planificación familiar (Family planning) (FFF, en inglés). Quedando entonces conformada esta estrategia por las 7 intervenciones (GOBI-FFF) (7).

“Horizontal” y “Vertical”: ¿opuestos?, ¿complementarios?

La lógica de los “puntos de entrada” o “paquetes de intervenciones” se prolonga hoy en día en diversas lógicas de focalización, aunque no significa que este modo de entender y enfrentar los problemas haya nacido en aquel momento. De alguna manera los “programas de lucha contra...” no escapan a esta concepción y existían desde mucho antes y, en algunos casos, habían sido implementados con éxito en cuanto a sus objetivos (al menos los objetivos explícitos)^{XIII}. De hecho, las intervenciones que dieron lugar a la erradicación o control de algunas enfermedades en distintas partes del mundo, siguieron este modelo.

Sin embargo se hace evidente que estas intervenciones de tipo “vertical”, focalizadas en algún problema específico o enfermedad, más allá del impacto que pudiera tener en términos de una eventual modificación de algunos parámetros (morbi-mortalidad, incidencia o prevalencia de alguna enfermedad, etc.), se contraponen claramente con un enfoque o abordaje “horizontal” de los problemas de salud poblacionales. Y en este contexto la “horizontalidad” (que se distingue de esta “verticalidad focalizada”) implicaría el abordaje abarcador e integral de diversas enfermedades y problemas de salud, no la particularización y “combate” contra uno sólo. Pero, a la vez, no se trata simplemente del eventual abordaje y “tratamiento” de los problemas de salud en tanto enfermedades, antes reificados que comienzan y terminan en sí mismos, sino de una correcta comprensión de la determinación social de la salud, la que puede manifestarse de diversas maneras. Una de ellas, pero no la única, es en tanto “enfermedad”. Es decir: una verdadera concepción de la salud-enfermedad como proceso social. O, mejor, biológico-social.

Y para ello sería necesario contar con una teoría de la salud que contemple y brinde las herramientas

conceptuales para considerar a la salud en sus múltiples facetas. Que considere la dimensión tanto biológica como social de los seres humanos dimensiones no relacionadas externamente sino imbricadas la una con la otra, la una en la otra. Y que contemple la dimensión individual y colectiva del ser humano de la misma manera, es decir, en tanto seres biológico-sociales.

A modo de cierre y apertura: algunas preguntas. Y La importancia del debate conceptual

¿Es la APS un enfoque o abordaje que habilite la posibilidad de desplegar este tipo de interrogantes críticos acerca del estatuto ontológico de las “enfermedades” o, mejor, de los problemas de salud-enfermedad? ¿Llegó a implementarse o nunca se logró? ¿Se “hace” APS actualmente? ¿Es la APS una estrategia o concepción vigente hoy en nuestro medio? (Subsector Público municipal/provincial). ¿Se ha convertido tan sólo en una “marca”, una mera etiqueta declamada que perdió su estatuto y factibilidad de aplicación? ¿Se trata APS de la atención de enfermedades agudas o crónicas? ¿Del abordaje y resolución de problemas simples, únicamente, o también complejos^{XIV} (y de qué grado)? Y relativo a esto: ¿se trata de un modo organizacional, de una disposición de recursos humanos y materiales diferenciado según el nivel de complejidad del efector (por ejemplo cuando se sostiene que “la APS se realiza en el centro de salud, y no en efectores de 2° o 3er nivel”)?^{XV} ¿Del modo en que llegan a asistirse las personas (atención fundamentalmente programada, o atención “espontánea”, es decir sin turno)? ¿La posibilidad y pertinencia de la APS está limitada al Subsector Público o debe defenderse también como estrategia y modo de abordaje de los otros dos Subsectores? ¿Es factible la APS fuera del ámbito “público”-estatal? ¿Es posible la APS en el ámbito “público”-estatal?^{XVI}

Estas son apenas algunas de las tantas preguntas que pueden formularse al respecto. Pero se evidencia que cualquier posible respuesta que se intente dar a estos y cualesquiera otros interrogantes debe estar precedida por una clarificación sobre el qué, por un concepto de lo que es APS, que no se superpone con lo que podría ser la definición de APS, sin el cual la discusión anterior se desarrolla en un terreno completamente abstracto y el avance hacia algún tipo de respuesta se torna directamente imposible. No pretendemos sugerir que sería conveniente llegar a una definición de APS (definición que por otro

lado ya existe). Nos parece más urgente y productivo la discusión conceptual, esto es: la caracterización de lo que significaría este abordaje en cuanto a sus aspectos ideológicos, políticos, científicos. En otros términos: las categorías fundamentales, las determinaciones que dan forma a este concepto (21).

En nuestro ámbito el término Atención Primaria de la Salud se emplea cotidianamente de una manera tan profusa, dándose por sobreentendido su sentido y alcance, que se ha transformado, en buena medida, en un cliché más. Si esta hipótesis es correcta, ha perdido parte de su potencial poder para interpelar a los abordajes más conservadores en salud, como la de un asistencialismo de tipo individualista, curativista, y reduccionista (preferentemente, aunque no únicamente, biologicista). Y que predomina, también, en el subsector público estatal.

Por ello se impone una discusión amplia sobre el significado y alcance actual, en nuestro medio, de esta estrategia, al interior mismo de los espacios de trabajo y, obviamente, también en los distintos espacios de formación de las/os trabajadoras/es de la salud, entre otros sectores que necesariamente deben aportar a este debate.^{XVII}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Declaración de Astaná sobre atención primaria de salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Informe Preliminar. 2018. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=323-declaracion-astana-2018-version-preliminar&category_slug=desarrollo-de-politicas-sistemas-y-servicios&Itemid=624

2. Sidel, V. The barefoot doctors of the People's Republic of China. *N Engl J Med* 1972; 286:1292-1300.

3. Sidel, V.W. Sidel, R. The health care delivery system of the People's Republic of China, 1975. En: Newell, Kenneth W. & WHO (1975). *Health by the people*.

4. Mao Tse-Tung. *Selected Works of Mao Tse-tung*. 26 June Directive On Public Health. 26 June, 1965. Disponible en: https://www.marxists.org/reference/archive/mao/selected-works/volume-9/mwv9_41.htm

5. Cueto, M. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. November 2004, 94 (11)

Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.94.11.1864>

6. Litsios, S. The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach. *American Journal of Public Health*, 94 (11) (November 1, 2004): pp. 1884-1893. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448555/>

7. McGilvray, James. C. 1981. *The Quest for Health and Wholeness*. German Institute for Medical Missions, Tübingen. Disponible en: https://difaem.de/fileadmin/Dokumente/Publikationen/Dokumente_AErztliche_Mission/webThe_The_Quest_for_Health_and_Wholeness.pdf

8. OMS. 1970. *Asamblea Mundial de la Salud*. Principios básicos del desarrollo de servicios nacionales de salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/104675>

9. Litsios, S. 2002. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, 32, (4), pp. 709-732. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/RP8C-L5UB-4RAF-NRH2>

10. World Health Organization. *Official Records*, No. 206, Annex 11. Geneva, 1973. Cit. en Litsios, 2002.

11. Lalonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*. A working document. Ottawa. Government of Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

12. Minkler, M. Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Health Education & Behavior*. Vol 16, Issue 1, pp. 17 - 30 March 1, 1989. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818901600105>

13. Illich I. *Medical Nemesis*. London: Calder & Boyars, 1974.

14. Newell, Kenneth W. & World Health Organization. 1975. *Health by the people* / edited by Kenneth W. Newell. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40514>

15. Djukanovic, V., Mach, E. P., OMS & UNICEF (1976). *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo: estudio conjunto UNICEF/OMS* / presentado por V. Djukanovic, E. P. Mach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Versión original en inglés 1975). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40099/9243560484.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. WHO, 1975. Resolutions of the 28th World Health Assembly of interest to the Regional Committee. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/169578>

17. Tejada de Rivero, David A. 2003. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. 8(1), 2003. http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm

18. OMS, 1978. Atención primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978. <https://apps.who.int/medicine-docs/documents/s21370es/s21370es.pdf>

19. Mahler, H. 1978. DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR. HALFDAN MAHLER Director General de la Organización Mundial de la Salud (Reunión IEA patrocinado por OMS y OPS, Sept 1977). Bol Of Sanit Panam 84(2), 1978. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16130/v84n2p95.pdf?sequence=1>

20. Walsh, Julia y Warren, Kenneth. 1979. Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. Disponible en : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197911013011804>

21. Dussel, E. 2006. Kategorie. UAM-Iz., México. Disponible en : <https://www.enriquedussel.com/txt/KATEGORIE.pdf>

22. Banco Mundial. 1993. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. Washington, D.C. <http://documents.worldbank.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDROSPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

23. World Bank. Financing Health Systems in Developing Countries. Washington, D.C. 1987. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf>

24. Solórzano, Armando. ¿Fiebre dorada o fiebre amarilla? La fundación Rockefeller en México (1911-1924). México: Universidad de Guadalajara. 1997. Cit. en Breilh, Jaime. 2003. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial, Bs. As, p. 161-163.

25. Birn, Anne Emanuelle y Richter, Julie. U.S. Philanthrocapitalism and the Global Health Agenda: The Rockefeller and Gates Foundations, Past and Present. En: Waitzkin, Howard and the Working Group on Health Beyond Capitalism. 2018. Health

Care Under the Knife: Moving Beyond Capitalism for Our Health. Chp. 10.

NOTAS FINALES

I La idea o concepto de Cobertura Universal de Salud reconoce una historia y diversos significados. Se hace imperioso debatir este tema, a la luz del desarrollo e implementación de esta nefasta propuesta en nuestro país, que en realidad, conceptualmente, ya tiene años de existencia y antecede, de manera muy clara pero llamativamente ignorada o silenciada, a la pergeñada por el gobierno nacional de Cambiemos. Claro que para ello debemos aludir a, y concentrarnos en, el concepto “genérico” pero técnicamente más preciso de Seguros Públicos de Salud.

II Los famosos “médicos de los pies descalzos”, como explica Sidel habitualmente ni eran médicos, ni andaban descalzos, según la breve experiencia y contacto directo con estos que pudo tener durante su visita a China en 1971. El término chijiao –“sin calzado”, que no era peyorativo, se empleaba para denominar a los campesinos que desarrollaban sus tareas en los arrozales, en regiones del sur de China. Eran, en esencia, trabajadores que ocupaban la mayor parte de su tiempo viviendo y haciendo las tareas habituales del campo. La comunidad los consideraba (así como ellos mismos) como campesinos que realizaban algunas actividades médico-sanitarias, antes que como trabajadores de salud que realizaban también tareas de agricultura (por ello Sidel considera que sería más apropiado traducir el término con el que se los denominaba en China, chijiao yisheng, por campesino trabajador de la salud antes que como médico de pies descalzos). Tenían responsabilidad sobre salud ambiental, educación en salud, inmunización, primeros auxilios, algunos aspectos de cuidados médicos primarios y atención de algunas enfermedades. Su maletín contaba con medicación que iba desde hierbas, remedios tradicionales chinos y agujas de acupuntura, hasta fármacos de la medicina occidental (AAS, antiácidos, etc.), alcohol, vendajes, violeta de genciana, fórceps, jeringas, termómetro. Su formación consistía, habitualmente, en un período de 3 meses en el hospital del condado o “comuna” en la cual vivía, seguido de un período variable de supervisión en el trabajo en terreno. Otras figuras en el terreno sanitario a tener presentes en China, en aquel tiempo, eran el médico del trabajo (worker doctor), equivalente del barefoot doctor en las fábricas urbanas. Y, además, el médico de la Guardia Roja (Red Guard doctor) que en general eran mujeres, “amas de casa” (housewives) que vivían en el vecindario de los puestos de salud y que luego de una capacitación de 10 días (seguidas por un trabajo supervisado)

trabajaban junto con el médico asignado al puesto de salud, siendo responsables de la inmunización de la población de referencia, entre otras tareas.

III “Díganle al Ministro de Salud pública que sólo trabaja para el 15% de la población nacional... mientras la gran masa de campesinos no tiene tratamientos médicos...”, comienza. Realiza luego una dura crítica al sistema de enseñanza médica vigente que sólo servía, según decía, para asistir a los gentlemen (con este término se refiere irónicamente, sobre todo, a nuevos cuadros del Partido Comunista Chino) de las ciudades, dejando la totalidad de la población rural (más del 80% de los 700 o 750 millones de habitantes del país en aquel entonces, según las fuentes actuales) sin atención médica. Y finaliza: “En el trabajo médico y de la salud, pongan el esfuerzo en el área rural”.

IV China finalmente no participó de la Conferencia de Alma Ata debido a que su conflicto con la URSS había recrudescido en los años anteriores a la misma.

V Con respecto al Informe Lalonde, es necesario destacar que a pesar de ser habitualmente presentado como un ícono del progresismo sanitario, es, por el contrario, uno de los hitos en los que se asienta una concepción conservadora en Salud. Lalonde, en ese entonces Ministro de Salud y Bienestar canadiense, estaba interesado necesariamente, además de mejorar los indicadores sanitarios, en controlar y disminuir el gasto del Sistema de Salud. Para argumentar en tal sentido describe cuatro determinantes (“campos”) de la salud (Cap. 4): biología humana, (medio) ambiente, estilo de vida, y organización del campo de la salud (Sistema de Salud). Escapa a los objetivos y límites de este texto realizar una crítica pormenorizada de este Informe, pero sólo señalaremos un aspecto: para el autor, de los cuatro determinantes/campos, son los 3 primeros en donde están localizadas las principales causas de enfermedad y muerte. Siendo el último (Sistema de Salud), según Lalonde, el campo en el que hasta ese momento se habían puesto los mayores esfuerzos para mejorar la salud y en el que se realizaba la mayor parte del gasto sanitario. Pero el único determinante que podía ser modificado por los individuos (y aquí el término “individuo” no es ingenuo) era el del estilo de vida (ámbito estricto de elecciones personales de hábitos y conductas que, si afectan negativamente la salud, pueden considerarse como “riesgos auto-impuestos”). Nada podía ser hecho en el campo de la biología, dice Lalonde (nada que objetemos en este punto). Y continúa: nada o muy poco podía hacerse en el del (medio)ambiente (pág. 32). ¡¿Nada?! Las luchas que llevan adelante numerosas organizaciones, movimientos sociales, asambleas y sectores de la población que intentan limitar y frenar el envenenamiento producido como consecuencia de

lo que hoy habitualmente se denomina “modelo extractivo” (fumigación-envenenamiento con agrotóxicos, minería, tala indiscriminada de montes y bosques, monocultivo, etc. y las distintas consecuencias entre las que se destaca entre otras el desplazamiento y represión de comunidades que habitan en las zonas impactadas por estas actividades), con el ostensible aval gubernamental y el hostigamiento estatal-represivo a través de sus ententes ejecutivas, judiciales y legislativas (operativizadas por la represión directa de las distintas fuerzas de seguridad y, eventualmente, también por grupos de choque para-estatales), en prácticamente todas las provincias y jurisdicciones del país, dan cuenta de algo muy diferente. Por otro lado no hay mención alguna a determinantes que tengan que ver con la “organización social” o el “sistema económico” o las “condiciones materiales de vida” o el (ambiente del) trabajo (los hoy muy famosos “Determinantes Sociales de la Salud”, que sería más correcto conceptualizar y abordar siguiendo a J. Breilh y otros como “Determinación Social de la Salud”). Es en ese sentido uno de los importantes fundamentos teóricos a nivel internacional de la Teoría o Modelo del Estilo de Vida, hoy universalmente dominante como teoría clínica y epidemiológica, es decir de la causación y ocurrencia de enfermedades, respectivamente. Y Argentina, obviamente, no es una excepción. Esta teoría/modelo es propugnada y promovida por las agencias internacionales y por los Ministerios de Salud de la mayoría (con contadas excepciones, quizá) los países del mundo (derramándose “en cascada” hacia las restantes administraciones), tornándose hegemónica y más eficaz aún por su carácter muchas veces tácito. Es hora de visibilizarla y lograr un debate amplio sobre esta visión y abordaje conservador de la salud.

VI Aunque de ninguna manera podemos coincidir con esta autora, quien se las ingenia para insinuar que el Informe Lalonde (junto con otro documento fundamental y fundacional para la Promoción de la Salud, “Healthy People”, documento oficial estadounidense de 1979) no situaba ese “campo” en un nivel privilegiado, por no decir exclusivo, en cuanto a las posibilidades de modificarlo en términos individuales, lo cual terminaría impactando en indicadores a nivel societal. Ambos documentos, dice, “...discutían el rol de factores (medio)ambientales amplios que influenciaban la salud y no se limitaban a una discusión sobre estilos de vida individuales o cuestiones relativas a comportamientos personales.”. Ver Nota v.

VII Halfdan Mahler (1923-2016): médico danés que ofició de Director General de la OMS durante tres períodos consecutivos (1973-1978, 1978-1983, 1983-1988).

VIII Nos parece sumamente interesante las experiencias de diversos países presentadas en este texto (China,

Cuba, Guatemala, India, Indonesia, Irán, Níger, Tanzania y Venezuela). Sobre el habitualmente mencionado ejemplo de Cuba, además del artículo sobre ese país en el libro de Newell & WHO.

IX Ver más adelante las dos visiones en pugna, según Litsios, en el seno de la OMS sobre esta cuestión.

X Pero vale señalar que en el abordaje de “la pobreza” (u otros grandes temas: inseguridad, hambrunas, catástrofes “naturales”, sequías, etc.) en la órbita de este tipo de organizaciones internacionales jamás se cuestionan seriamente las causas de la misma. Todo queda en la condena a la “injusticia” y pedidos o reclamos a la “Comunidad Internacional” para que contemple la situación y colabore en su disminución o alivio. El eje o vector que guía este razonamiento, en general, va de la enfermedad a la pobreza (o lo que es lo mismo: de la salud al desarrollo/riqueza). Es decir: la idea es que hay que mejorar la salud (o combatir la enfermedad) como modo de disminuir la pobreza (o estimular el “desarrollo” o riqueza). Esto en vez de interrogar y cuestionar los mecanismos de producción, de generación de pobreza y la inequidad inherente al modo de organización y el sistema de producción vigente en las sociedades, que es un “determinante” (para seguir con la jerga de la OMS) mucho más potente de la salud (o enfermedad) que la ecuación contraria. Este razonamiento que alienta el mejoramiento de la salud como modo de estimular el desarrollo y riqueza de las naciones se patentizó y recibió “documento de ciudadanía” con una claridad meridiana en el Documento del Banco Mundial “Invertir en salud”, del año 1993 (22). Aunque esta propuesta puede rastrearse en documentos previos de este mismo organismo (23). De todas formas, y como podemos ver en este análisis de las discusiones y documentos de la OMS, esta lógica tiene existencia muy anterior a dichos documentos del Banco Mundial.

XI Es, por ejemplo, creemos, la versión de Tejada de Rivero, subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985, y quien estuvo a cargo de la organización general de la Conferencia.

XII La aparición de la versión “selectiva” de APS (SPHC) en 1979, de alguna manera, “crea” la versión “abarcadora” de la APS que hasta ese momento no necesitaba adjetivación.

XIII Algunos autores han desarrollado el concepto de filantropocapitalismo para describir el procedimiento empleado por intereses privados (Fundaciones) para actuar como una especie de “ariete del capital”, con la excusa de ayudar a algunos países en el combate contra las enfermedades (24, 25).

XIV Es notable cómo se diferencian en este punto las distintas concepciones de los propios trabajadores: desde

los que sostienen que los problemas de salud se van derivando a niveles de atención de “mayor complejidad” (del 1er al 2do, y de este al 3er nivel), hasta quienes propugnan que los problemas que se abordan “en APS”, es decir en el “primer nivel de atención” que tendría lugar en los Centros de Salud (y acá tenemos otro punto de discusión, evidentemente) son “complejos”, y en algunos casos extremadamente complejos. Evidentemente se impone la necesidad de una explicitación del significado que se le asigna al término “complejidad”.

XV Ídem nota anterior.

XIV Se afirma el carácter y dominio de la esfera estatal en este subsector. Pero afirmar a la vez que su carácter es “público” supone una discusión previa sobre el alcance e implicancia de este término.

XVII Consideramos provechoso para el desarrollo de esta discusión la lectura de un texto de Mahler, basado en un discurso del año 1977, (30) así como también el ya citado texto de Guevara.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: RECUERDOS Y REFLEXIONES

Dr. Rafael Guevara*

Rafael "Taco" Guevara, 1959-2020.

Nació en Buenos Aires el 17/06/1959, donde vivió hasta el año 1976 en que debió exiliarse junto a su familia en Cuba. Allí finalizó los estudios secundarios y realizó la carrera de médico, especializándose, al finalizar, en Medicina Interna. En el año 1987-1988 vivió y trabajó como médico en Nicaragua. Regresa en 1991 a la Argentina donde continúa su trabajo en distintas dependencias y funciones. Se desempeñó también como consultor de la OPS, con intervenciones sanitarias en diversos países de sur América.

En el año 2017 vuelve a Cuba, donde residía desde entonces. Falleció el 14/12/2020.

El presente artículo de su autoría es inédito

Me pidieron que escribiera sobre la Atención Primaria de Salud, que sería publicado en conjunto por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA y la Organización Panamericana de la Salud.¹ – Toneladas de papel ya están escritos – les respondí esquivando la invitación.

- No, escribe sólo tus experiencias en APS...

Ahí me aguijoneó la espina del reto. Nunca supe cuánto podía saber sobre el tema; en teoría muy poco, pero la práctica sí me ayudaba.

Antes de comenzar quisiera transcribir el punto 6 y algunos extractos del 7, de la declaración de la Conferencia Mundial de Alma Ata, (Kazajistán, ex Unión Soviética) de septiembre de 1978, que entre sus objetivos y estrategias definía así a la Atención Primaria de Salud:

"6. La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pue-

dan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."

"7. La atención primaria de salud: (...)

b) se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas.

c) comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abaste-

* Doctor en Medicina. 1984. Universidad de la Habana. Facultad de Medicina. E-mail: guevara1@fibertel.com.ar
1 Al leer este trabajo los expertos en el tema, jamás lo incluyeron en publicación alguna, y es comprensible.

cimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

d) entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos con el desarrollo nacional y comunitario..." En un inicio creí que la tarea sería fácil. Ahora, sentado frente a esta hoja en blanco, veo que no es tan así. Intento ordenar ideas y recuerdos dispersos, que ojalá, cumplieran el objetivo deseado, el de amalgamarse, para hacer de estas líneas algo fácil de escribir para mí; y lo más importante: algo interesante de leer para ustedes, que son en definitiva las víctimas de esta intentona tediosa de escribir mi pequeña experiencia, en fin, lo que recuerdo. Les agradezco la paciencia.

Esto que ahora me ocurre a mí, frente a la tarea tan simple de escribir mi paso personal por la APS, me lleva a recrear recuerdos que no sé si ustedes los considerarían como una práctica dentro de la Atención Primaria, y este es un punto interesante, pues demuestra la enorme cantidad de conceptos y criterios disímiles que cohabitan bajo el mismo tema. En vez de haberle dado a la Atención Primaria, la generalidad con la que fue concebida, la hemos acotado a la triste y mediocre particularidad de confundirla con la práctica estricta del consultorio externo. Es la creencia de muchos profesionales del ámbito asistencial, y lo que es peor, en el ámbito de dirección (Nacionales, Provinciales, Municipales) que la APS se acota a programas como el de Médico de Cabecera, Médico de familia, o médicos asistenciales de Centros de Atención Periféricos, lo que convierte a programas y a los actores en salud en médicos receptores de pacientes. Y es el Sistema quien los conduce a ello. La APS, maniatada por nuestras propias ataduras, jamás será APS, máxime si la evaluamos con un concepto holístico. Subestimamos su potencialidad y desaprovechamos su alcance.

En mi experiencia personal, comencé a incursionar en ella sin saber lo estaba haciendo. Incluso desconociendo su existencia. Pues para ser honestos, debemos reconocer que en Cuba, país donde estudié la carrera de medicina y luego me hice especialista, los objetivos y definiciones de la Conferencia Interna-

cional de Alma Ata ya se aplicaban, mucho antes de septiembre de 1978.

Es que la esencia de la APS es la aplicación del sentido común frente al chaparrón de demandas y dificultades que, en el área de la Salud, nos impone la población. Y mientras en 1978 la Conferencia Mundial de Alma Ata (ex URSS) definía con precisión ambiciosa lo que debería ser APS, nosotros, los estudiantes de medicina de la Universidad de la Habana, por entonces de 1er año, concurríamos dos tardes de cada semana, creo recordar que los miércoles y los viernes, a trabajar al Policlínico Comunitario, dependiente de un hospital de referencia, (Aquí Área Programática) cuya función básica era descentralizar la demanda asistencial sobre los niveles superiores de atención médica.

En el Policlínico Comunitario, nuestra tarea era ir a trabajar a la comunidad, "Trabajo de terreno" como le dicen en Cuba y en tantas partes.

¿Qué trabajo de terreno podría hacer un estudiante de 1er año de medicina que fuera útil, que tuviera impacto en la comunidad? La pregunta, adquiere su propia lógica por el grado de desconocimiento normal que teníamos en esa etapa incipiente de nuestra formación teórica y práctica. Y la respuesta era simple: trabajaríamos de fumigadores.

Previamente acordado el número de viviendas a visitar por cada uno de nosotros, según la distribución que recibíamos del Área Programática del Policlínico Comunitario "Reina" de Centro Habana, íbamos casa por casa los estudiantes de primer año fumigando contra las cucarachas.

Una mochila, que era un tanque metálico, bastante pesado para mis hambreados 59 kilos, junto con un una buena carga de líquido blanco y un inflador para darle presión, era nuestro instrumento de trabajo comunitario. La procedencia de la mochila fumigadora se desnudaba ante las siglas CCCP, que quiere decir en ruso "Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas" (URSS), y los cubanos, con su característico sentido del humor ante las cosas decían que CCCP eran las iniciales de "Cuidado Con Cargarlo; Pesa". Y era cierto, todo lo que venía de la URSS era pesado.

En lo personal me sentí realmente útil en mi primer trabajo comunitario. Antes de salir a fumigar tuvimos que aprendernos el hábitat de las cucarachas, sus distintos tipos, escondrijos y hábitos.

Pasados veinticinco años evalué los resultados. Jamás pudimos eliminar a la última de todas ellas, siempre había más. Pero el trabajo de fumigación era para

la población más que necesario. ¿Y no era eso APS? Luego, en las vacaciones de primer año para segundo, nos movilizan a los estudiantes de medicina al campamento de verano de los escolares de primaria de La Habana, llamado "Tarará". La epidemia de Dengue comenzaba a hacer estragos. Nuestra tarea era tomarles la temperatura a todos los niños dos veces por día, y buscar y destruir diariamente posibles criaderos de larvas del mosquito *Aedes Aegypti*.

¿No pudiera enmarcarse ese trabajo preventivo, mitad asistencial, mitad epidemiológico, bajo el amplio regazo de la APS?

En el segundo año de la carrera, el trabajo en el Policlínico comunitario consistía en ir a la comunidad a relevar a todos aquellos niños que no tuvieran actualizado su carnet de vacunación. Se les entregaba la citación a los padres para que concurrieran con sus hijos al Policlínico para vacunarlos. Si no lo hacían, los multaban. Y así, con esa nueva tarea íbamos casa por casa buscando a los olvidadizos y a los infractores.

¿No es este trabajo preventivo comunitario, APS?

En tercer año de la carrera, y con otra epidemia de Dengue dando vueltas (creo que ésta era en su versión más nefasta, la hemorrágica) Fumigábamos casa por casa con una moto-mochila japonesa, y poníamos "abate" en los tanques de agua o lugares obligados de recolección. Lo llamábamos descacharrización. Además se explicaba a la población que no podían dejar nada expuesto a la intemperie que acumulara agua (latas, botellas, baldes, macetas, gomas, etc.).

¿No era eso APS?

Distintas tareas de Prevención de Salud, de Promoción de Salud o de Protección Específica desempeñamos en la comunidad ante las epidemias de Dengue, Dengue Hemorrágico, Conjuntivitis Hemorrágica y la temida Meningitis Meningocócica, en ésta última ya estaba en 5º año de medicina.

Distintas tareas Prevención de salud y de Promoción de salud desempeñamos durante todos los años de formación académica, aunque no hubiera ninguna epidemia.

¿Y eso no era APS?

En sexto año, era obligatorio desplazarse a una zona rural durante un mes y cumplir lo que se llamaba "tarea asistencial", requisito obligatorio para poder rendir el examen final de la carrera. A mí me tocó movilizarme a la cosecha del tabaco en una zona rural de la provincia de Pinar del Río. La tarea, preventivo asistencial, consistía en clorar el agua, evaluar la lim-

pieza de las letrinas, evaluar el estado de la comida en la cocina del campamento, y la limpieza con detergente de los utensilios, calderos etc. y de la limpieza en general. Aparte de evaluar, diagnosticar y tratar a los enfermos, que podían ser amigdalitis, gripe, dolores musculoesqueléticos, algún corte, o algún vago que no quería ir a trabajar.

¿Y eso era o no era APS?

Y todavía no he hablado de un centro hospitalario, o de una unidad asistencial, o una sala sanitaria, no he hablado de una consulta médica. Me he referido a la comunidad, a la población en sus propias casas, en sus centros de recreación, escuelas, guarderías infantiles, etc.

Hospitales, ninguno. Consultorio externo tampoco.

¿Y no estoy hablando de APS?

Años después, ya en 1990, trabajé en la región Brunca al sur de Costa Rica, con las poblaciones Indígenas de Rey Curre y Terraba, en la elaboración de un Diagnóstico de Salud de la Comunidad, con un equipo multidisciplinario, para un abordaje integral de los problemas de salud, entre otros.

¿Esto no es otra forma de APS?

En Nicaragua, en la década del 80 con las poblaciones autóctonas del norte de Bluefields se intentó hacer algo similar. Que situaciones adversas (la guerra) no nos hayan dejado avanzar en el proyecto, no quiere decir que no estuviera bien concebido. Y era bajo un estricto criterio integral de APS.

En Ecuador, hace un año, en la región andina de Chimborazo, impartimos un taller docente para la formación de Promotores locales de Salud quechua parlantes, que identificaron la problemática de salud de sus comunidades indígenas. Las verificamos en el trabajo de terreno, desde una perspectiva epidemiológica y asistencial.

¿No es esto APS?

En el ámbito asistencial también se desarrolla la APS, y es fundamental. Pero no es sólo aquí donde debe practicarse. Llevarles esta idea es el objetivo de estas líneas.

Durante el primer año de mi residencia en Medicina Interna, en Cuba, 1984, trabajé a tiempo completo en APS como médico asistencial, entre otras tareas. Por la mañana consultaba a todos los pacientes de mi área de salud, que cubría a 2215 habitantes, y todas las tardes había que salir a trabajo de terreno a evaluar a los pacientes que estaban "Dispensarizados". Un paciente dispensarizado era aquel que tuviera una

patología que había que darle seguimiento para que no se descompensara. El seguimiento era en consulta (se lo obligaba a asistir) y en su casa (se lo visitaba y chequeaba "in situ").

Eran Dispensarizados los pacientes con las siguientes patologías:

1. Cardiopatía Isquémica
2. Insuficiencia cardíaca
3. Hipertensión Arterial
4. Asma Bronquial
5. Diabetes Mellitus
6. Accidente Vascular Encefálico
7. Epilepsia
8. Obesidad
9. Tuberculosis

La unidad de trabajo la componían el médico residente y la enfermera del área de salud. Además conformábamos un equipo horizontal con el residente de Ginecología y el de Pediatría, a los que se les asignaban las mismas casas que a mí. El pediatra atendía a los niños de nuestra Área de Salud. El Ginecólogo a las mujeres mayores de 15 años, y yo a toda la población de 15 años o más, que eran los 2215 habitantes. Siempre hablo de la misma área de salud, para aclarar, hasta los 15 años la Historia Clínica la manejaba el pediatra y después caía la misma historia clínica en nuestras manos, lo que nos dejaba conocer los antecedentes de cada paciente. En mi criterio era magnífico.

Todos éramos residentes de primer año de las respectivas especialidades. Compartíamos la misma Historia Clínica. Era obligatorio escribir en cada consulta en la Historia Clínica, el Motivo de Consulta, el Examen Físico, el o los Diagnósticos, los estudios indicados y el tratamiento.

De 8 a 9 de la mañana nos reuníamos el grupo horizontal de trabajo para discutir algún caso de interés de nuestra área de salud. Y luego había un equipo vertical de trabajo, que estaba conformado por los especialistas a los que derivábamos a nuestros pacientes y atendían en el Policlínico una vez por semana. Hablo de especialistas en: Cardiología, Neurología, Endocrinología, Psiquiatría, Traumatología, Medicina Interna, ORL. Había que acompañar al paciente y presentarle el caso al médico del equipo vertical, quien aclaraba las dudas y escribía en la Historia Clínica. Radiología, Psicología, Laboratorio, eran servicios que estaban en el Policlínico a tiempo completo.

Pacientes con alguna urgencia de cualquier tipo eran derivados al hospital de referencia siempre que no se

podiera tratar en el "Cuerpo de Guardia" del Policlínico.

Así estaba organizada la APS en cada uno de los Policlínicos.

Aunque aquí, el trabajo asistencial era diario, la prevención ocupaba un espacio fundamental en la APS. La prevención de las enfermedades y el trabajo en la comunidad eran la base y razón de ser de la APS en Cuba, y lo más importante: estaba dirigida a toda la población. Aquí el trabajo era multidisciplinario. Médicos de varias especialidades, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, agentes sanitarios conformábamos el equipo.

La prevención se clasificaba en:

1) Estrategia Poblacional: Se basaba fundamentalmente en la Educación de la Población (información general, audiencias sanitarias, dinámica de grupos, charlas educativas, etc.) El objetivo era corregir hábitos, estilos de vida, determinantes sociales, características ambientales, que influían en el desarrollo de enfermedades.

2) Estrategia de Riesgo Elevado: Iba estrechamente unida a la anterior para cubrir al 100% de la población. Dentro de esta estrategia se aplicaba la llamada Protección Específica, mediante la identificación de los "susceptibles", que eran los portadores de algún o algunos Factores de Riesgo. Controlar a los susceptibles implicaba evitar en todo lo posible, el desarrollo de las enfermedades. Hablamos de:

- a) Riesgo de Enfermedades Transmisibles.
- b) Riesgo de Enfermedades Crónicas no transmisibles.
- c) Riesgo de Enfermedades Perinatales.
- d) Riesgo de conductas antisociales, delictivas o violentas.
- e) Riesgo de adicciones (alcoholismo era la preponderante)

En los Centros de Atención Primaria, también era posible y necesario aplicar los distintos Niveles de Medidas Preventivas:

1) Prevención Primaria:

A) Promoción de Salud

- Elevación del nivel económico y social de la población.
- Educación para la salud a toda la población. Cambiar estilos de vida y factores ambientales que influyen en el desarrollo de enfermedades.
- Condiciones adecuadas en la vivienda, recreación y en el trabajo.
- Higiene mental.

- Educación Sexual.
- Exámenes periódicos de salud. Control y chequeo preventivo anual de toda la población.

B) Protección Específica:

- Inmunización específica.
- Higiene personal.
- Saneamiento ambiental.
- Protección contra enfermedades transmisibles.
- Protección contra enfermedades profesionales.
- Protección contra accidentes.
- Uso de nutrientes específicos e higiene de los alimentos.
- Protección contra enfermedades crónicas no transmisibles, identificación de susceptibles y control de grupos de riesgo.

C) Conducta del hombre sano frente a acciones preventivas en APS.

- Decisión de participar y participación efectiva en programas de salud.
- Búsqueda de información adecuada para el mantenimiento de la salud.
- Adopción de hábitos nutricionales adecuados.
- Rechazo del hábito de fumar.
- Realizar ejercicios periódicos.
- Consulta médica periódica.

2) Prevención Secundaria:

A) Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

B) Limitación de la incapacidad o lesión

C) Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas secundarias:

- Decisión de concurrir a la consulta médica periódica.
- Correcta percepción de síntomas y adecuada definición de la propia enfermedad.
- Búsqueda de ayuda médica competente.
- Adopción apropiada del papel de enfermo.
- Cumplimiento de las indicaciones médicas.

3) Prevención Terciaria:

A) Rehabilitación.

B) Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas terciarias.

- Abandono oportuno del papel de enfermo y paciente.
- Adaptación adecuada a una nueva identidad y problemática.
- Aprender a vivir con sus limitaciones.

Hasta aquí un apretado resumen de mi experiencia en APS en otras partes de nuestro continente. Hago hincapié en la idea de la Prevención en Salud (Primaria, Secundaria, Terciaria), tomándola como un criterio básico para entender a la APS, e interiorizar que es mucho más que una consulta externa o y debe estar incorporado a todo programa médico.

Y lo principal: No es sólo el paciente el que debe acudir al profesional de salud. Es el Equipo de Salud el que debe salir hacia la comunidad, interactuar con ella, conocerla, educarla día a día. No hay Prevención Primaria sin conocimiento cabal de lo que ocurre en la comunidad.

Si esto no se logra (como en la mayoría de los casos) la estadística que se maneja y plantea que el 85% de los problemas de Salud se resuelven en el 1er Nivel de Atención, es peregrina y mentirosa. Pero no se cansan de repetirlo una y otra vez. ¿Están bien comprendidos y bien ejecutados, desde los niveles superiores de coordinación o dirección, los programas existentes que responden a las siglas de Atención Primaria de Salud?.

La APS es una política integradora de los distintos programas en los distintos niveles del Sistema de Salud, fundamentalmente en el 1er Nivel, pero repercute directamente en el 2º y en el 3er Nivel de Atención.

Que nuestro Sistema Nacional de Salud pudiera absorber lo aprovechable de la experiencia y el desarrollo, que en APS, han alcanzado países muchos más pobres que nosotros, sería vivir de ilusiones e imposibles. No hay voluntad política para hacerlo.

Ojala alguien lo revierta.

Calcar en nuestro país la experiencia realizada en otros, sería una idea imposible. Pero trasladarles el concepto de la necesidad ineluctable de salir de la consulta y desplegar una parte del trabajo de la APS en el terreno, en la comunidad, trabajando con poblaciones sanas para evitar que se enfermen; a la larga, sin dudas daría magníficos frutos.

La década del 80 con la llamada "Crisis de la deuda externa", seguida de la aborrecible década del 90, cargada de inequidad, indolencia y neoliberalismo, debemos agregarles la incorporación a esta corriente mundial, de otros actores nefastos en el área de salud como el BID y el Banco Mundial, o algunas ONG's depredadoras, que han llevado a la Salud Pública a su estado más precario. Consumiendo el país más de un 9.5% del PBI en el área de Salud, sin ningún impacto

sostenido o beneficioso para la población.

El concepto erróneo que se tiene de la APS es lo que la ha llevado casi a su desaparición. En algunos foros internacionales se discute hoy si la APS es una estrategia válida, aplicable y útil, y vemos que de a poco perdemos la batalla. En nuestro mundo actual, donde la inequidad propia del sistema vigente, que en su esencia sólo busca su propio beneficio económico, le da la espalda a sectores de la población cada vez más numerosos y marginados o excluidos, negándoles a ellos sus necesidades básicas elementales y su derecho a una vida digna; parecería imposible insertarle los conceptos que en la Conferencia de Alma Ata se manejaron.

¿Es la APS demasiado revolucionaria para nuestro mundo globalizado?

Quizás, sea la amplitud de la propia definición de la Atención Primaria la causa de su fragilidad actual, y hasta pudiera ser (y ojalá nunca suceda) la de su muerte. Quizás, y estoy seguro de ello, a muchos les

convenga que no exista la equidad, ni la distribución racional de recursos, la salud para todos, o la cobertura de nuestras necesidades básicas garantizadas, aunque en su retórica y en su apología, nos quieran hacer creer lo contrario. Todo lo dicho nos lleva a este concepto irrevocable: la política globalizada (llamada neoglobalización) injusta, y cruel en su esencia, cuenta con la complicidad del primer mundo, y lo que es peor, con la de nuestros gobiernos obedientes.

Quizás sea nuestra tarea mantener a la APS viva.

Quizás sea la labor de muchos de nosotros lograr que la APS deje en algún momento de ser lo ha sido hasta hoy, un deseo quimérico. O en el peor de los escenarios, un canto inconcluso.

SOBRE LAS POTENCIALIDADES DE VÍNCULOS DE CUIDADO EN UN ESPACIO DE DESARROLLO INFANTIL

Marina Repetto, Vanesa Martino, Facundo Vázquez, Juliana Mastroberardino, Celina Jasinski CS Emaús - Centro de Convivencia Barrial Emaús
Contacto: psmarinarep@gmail.com

La experiencia sobre la que nos explayaremos trata de una actividad sobre la Atención Integral para el Desarrollo Oportuno gestada desde el proyecto de “Desarrollo Infantil” del Gabinete Social Municipal del 2017 y al que denominamos “Para mirarte mejor”. Está destinado a duplas constituidas por madres, padres y/o cuidadores y pequeñxs desde recién nacidos hasta los tres años, de quienes se presumen déficits en el desarrollo y/o de quienes debemos atender especialmente las relaciones parentales/filiales.

Esta actividad que dio sus primeros pasos a fines de julio del 2017 y continúa sin interrupciones hasta la actualidad, es compartida entre algunos integrantes del Centro de Salud Emaús y el Centro de Convivencia Barrial Emaús (CCB), lugar en el que se desarrolla. También existen otros recorridos, como paseos programados y temporada de esparcimiento en un complejo recreativo durante el verano.

El espacio tiene una frecuencia semanal de tres horas de duración los viernes, no tiene fecha de caducidad y cuenta con la coordinación de un equipo interdisciplinario constituido territorialmente. Desde el centro de salud, nos sumamos una fonoaudióloga, una pediatra, una psicóloga y temporalmente residentes. Desde el CCB se incluyen su educadora y en el corriente año se incorporó un docente que realiza juegos en los que sobresalen la musicalidad y lo sonoro. Contamos también con un apoyo matricial por parte de una pediatra y una psicóloga, y esporádicamente tenemos capacitaciones mensuales.

Los momentos del dispositivo son tres. El primero es el momento lúdico que dura una hora aproximada-

mente. Generalmente comenzamos saludándonos con una canción y algún movimiento corporal o saludo. Luego, los bebés, niños y niñas junto a sus cuidadores y quienes coordinamos, nos explayamos lúdica y espontáneamente.

Tratamos de involucrar a los adultos con el espacio, en la importancia del juego con sus hijxs y en acompañar a lxs pequeñxs en el contacto con los objetos lúdicos y la relación con otros y con el espacio. Concluimos este primer momento con una consigna sonora y desde la musicalidad, donde se involucra la corporalidad, la concentración y la compaginación del juego grupal. En un segundo momento se le da lugar a la comensalidad, lo que llamamos merienda, momento de reflexión sobre lo vivido o de intercambio entre mujeres cuidadoras respecto a inquietudes relacionadas con sus hijxs.

Por último, nos quedamos solo el equipo coordinador, compartiendo impresiones sobre los modos en los que se desarrolló la actividad, realizando observaciones sobre las duplas, retrabajando situaciones y decidiendo a veces estrategias de articulación con otras instituciones.

En nuestro espacio, sostenemos la importancia de pautar el momento del saludo o el reconocimiento de quienes asistimos, de nombrar a las personas con sus nombres propios, de recuperar la mirada tierna y de atender a los motivos de las inasistencias de algunos de los integrantes. Aquí, las ceremonias conviven con los estados que cada uno lleva, con los efectos de los encuentros y desencuentros. Y en estos vaivenes entre silenciamientos y decires, entre risas y

llantos de bebés, entre inercia y movimientos, se encausa el carácter transformador del espacio.

Las personas que asisten a la actividad, principalmente mujeres progenitoras de aquellxs niñxs con quienes conforman la dupla, vienen silenciadas; también traen puesto el ropaje de los nombres médicos, diagnósticos o sanciones en sus capacidades de su hacer materno.

Ninguna de ellas pide en un comienzo un lugar exclusivo para jugar o solicita ampliar las dimensiones de su sensorialidad. Al comienzo, suele haber miradas y cuerpos tímidos; donde impera una inercia que parece naturalizar la idea de que el jugar y el dejarse llevar sólo debe ser cosa de chicxs.

En esa tensión, (en la que muchas ocasiones sucede que lo único que puede protagonizar la escena son expresiones del malestar) hay quienes identifican a este espacio con un “otro lugar” de los lugares que habitan. Otrxs, privilegian la posibilidad de poder ofrecer a sus hijxs un “estar con otros”.

Un aspecto importante de destacar, radica en el valor que aporta la construcción del vínculo. El encuentro que en este marco se sucede, favorece no solo la periodicidad que toda actividad conlleva, sino también una forma de acercamiento diferente de las indicaciones de salud. En este sentido, una especie de cotidianidad que se instala, permite ajustar los modos y los momentos de intervención por parte de los profesionales, y en el caso de los pacientes, ayuda poder tomar aquellas sugerencias y poder apropiárselas para luego generalizarlas. Tal como lo plantea Sousa Campos, la “construcción de vínculo es un recurso terapéutico”.

Una de las experiencias para destacar sucede cuando las madres hablan de sus hijos; cuando resulta necesario mencionar recuerdos, transmitir sus preocupaciones, sus pequeñas certezas o para poder mirar embelesadas. En esos momentos se suele delegar la relación lúdica de sus hijxs a otros adultos para hablar de ellxs, como si se tratase de una distancia necesaria para evocar el “poder decir” que no tuvo lugar antes o que tal vez busca una repercusión diferente a la que existe en el ámbito privado de lo familiar.

Existe otra experiencia agradablemente desconcertante. Se trata de momentos en el que se desvirtúa la lógica de la dupla. Nos referimos a momentos en que se fractura el “de a dos”. Fenómeno a veces repentino y fugaz que se transita de “dupla” a “múltiplas”. Nos preguntamos si esta “multiplicidad” se

hace posible gracias a un colectivo de madres que se reúnen en un mismo espacio a lo largo del tiempo, o si se genera también por la necesidad de habitar de otra manera el territorio de la maternidad y de la crianza o si están germinando nuevos modos de cuidados.

Hemos podido comprobar que muchas de las intervenciones realizadas en este dispositivo de carácter grupal se legitiman en el ámbito comunitario. Los cuidadores están atentos a las indicaciones que los profesionales hacen a otras díadas, y con el correr de los tiempos se sienten habilitados a dar su parecer, ofrecer propuestas, contar sus experiencias y evocar algunas devoluciones que recibieron de los terapeutas. Con respecto a este punto, se genera una dinámica más que interesante, porque en muchos casos los cuidadores se sostienen y estimulan entre sí, y el cuidado de los niños adquiere una lógica “de tribu” donde cada uno no solo se responsabiliza del cuidado de su hijo, sino que también colabora con la crianza de los demás.

Parafraseando a Sousa Campos, concluimos que: “estimular la capacidad de las personas para enfrentar los problemas a partir de las condiciones de vida (...) involucrar a los pacientes, familias y comunidad en la producción de su propia salud (...) considerar a cada grupo como agentes de salud de su propia familia y de su propia comunidad” es el desafío de cada nuevo encuentro en nuestro espacio de desarrollo oportuno.

DISPOSITIVO DE ENLACE TERRITORIAL, AREA AMBULATORIA. HOSPITAL ROQUE SÁENZ PEÑA (HRSP).

María del Luján Ferreyra; María Fernanda Gradilone; Sebastián Mazza; Maricel Mazzola

A partir de la observación de los motivos de consulta atendidos en la guardia de adultos del HRSP que muestran que el 65-80% corresponden a problemas de resolución de un primer nivel de atención se propone el dispositivo de enlace con los siguientes objetivos:

1. Caracterizar la demanda a la guardia del HRSP según los motivos de consulta y según la adscripción a las instituciones del primer nivel.

2. Considerar un plano del hacer y del abordaje de las intervenciones en articulación con la dimensión territorial.

3. Contribuir al ordenamiento de los circuitos de atención que realizan los pacientes por los efectores de salud municipales, provinciales y en todos los niveles.

El dispositivo funciona a través de un consultorio atendido por profesionales médicos, y en relación al triage que realiza un equipo de enfermería. Lo que intentamos ofrecer además de dar respuesta a la consulta, a lo agudo, es brindar un espacio de reorientación-adscripción que favorezca la continuidad de la atención en el primer nivel, y que mejore la accesibilidad y la comunicación entre todos los actores (población adscripta- equipos de salud). En este sentido, se propuso una "planilla de enlace" que está a disposición del equipo de salud de la guardia las 24 hs, donde se puede registrar cualquier situación que se considere compleja o que requiera intervención o seguimiento por un equipo ampliado.

Una vez puesto en marcha, al caracterizar las situaciones que requerían un abordaje complejo (situa-

ciones de violencias contra las mujeres, de violencia armada, problemáticas de salud mental infanto-juvenil, problemas de enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras), se trabajaron desde la lógica de "gestión de la atención de casos". Esto implica el análisis de cada situación a partir de la revisión de las historias clínicas, del circuito de atención, de la identificación de obstáculos en la accesibilidad, del diálogo entre los profesionales de referencia, y de la comunicación con los pacientes. De esta manera, la práctica de este dispositivo, facilitó el intercambio, la reflexión conjunta entre los profesionales de guardia con el primer nivel, con especialistas, con los servicios de trabajo social y salud mental, entre otros. Así como mejoró el seguimiento longitudinal de las situaciones y el abordaje con instituciones de la comunidad.

En esta publicación, ampliaremos la revisión del circuito de atención de enfermedades crónicas, pre-ocupación que los médicos de guardia referencian con mayor frecuencia.

Las políticas de salud pública de Rosario, impulsan una clínica del sujeto, que implica una mirada interdisciplinar e integral, y la coordinación entre niveles de atención. Para eso es de uso difundido en el primer nivel la herramienta historia clínica familiar, que incluye ítems como historia de vida, listado de problemas complejos, actualización de los problemas de salud y proyectos terapéuticos compartidos; uso de carnet de medicamentos crónicos, hoja de referencia y contrarreferencia que comunica el accionar interniveles.

Sin embargo dentro de las atenciones de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que llegan a la guardia del hospital Roque Saénz Peña, se identifican dificultades en relación al seguimiento y referencia adecuados. Se vinculan a estos problemas la no adscripción en el primer nivel del sistema de salud pública (pacientes con obra social o que han perdido su cobertura privada); pacientes adscriptos al sistema público pero con discontinuidad de los tratamientos ya iniciados (problemas de adherencia), y para ambos grupos: dificultades de acceso a la información sobre metodología diagnóstica y proyectos terapéuticos indicados.

De la revisión que realiza el dispositivo de enlace, se puede describir la escasez de referencia y contrarreferencia escrita que dé cuenta de la práctica para el trabajo y la coordinación entre niveles. Desde nuestra mirada entonces, se entiende al registro de atención, como una técnica que refleja un proceso complejo, de atención en circuito; que considera variados aspectos: la práctica en el primer nivel de atención, lo que el paciente puede comprender y transmitir, y la práctica en el segundo nivel.

A partir del dispositivo de enlace, se propone caracterizar la calidad de los registros de 1° y 2° nivel de atención, de pacientes con enfermedades crónicas que consultan a la guardia del HRSP y de los Centros de Salud de su área de referencia; a fin de conocer los obstáculos en el circuito de atención. Para esto realizamos un análisis "piloto" de historias clínicas, del primer nivel del distrito sur y del HRSP. Para dicho análisis se confeccionó una lista de ítems que se consideran, deben ser registrados para una buena calidad de atención, y que son los sugeridos por las Guías de Prácticas Clínicas específicas para cada ECNT.

Los primeros resultados arrojan que en el primer nivel, el 70% de las historias clínicas presentan dificultades de registros ordenados y actualizados en la lista de problemas y el plan terapéutico, teniendo en cuenta que el promedio de consultas anuales fue de 3 veces en el último año. Se observa también que los registros de consultas espontáneas por emergentes agudos se interponen con otras consultas programadas para la atención longitudinal de la ECNT, ofreciendo una lectura fragmentada de la atención, y que posiblemente dificulten pensar y registrar las nuevas intervenciones. Por otro lado, se suma el problema de la alta rotación de los profesionales médicos de cabecera del primer nivel, con variaciones de estilo y

esquemas de registro.

En cuanto a los registros del segundo nivel de especialistas que atienden enfermedades crónicas (cardiología, nefrología, neumonología, endocrinología, etc.) también muestran dificultades en la confección de listas de problemas y planes terapéuticos. Encontramos descripciones propias de cada especialidad, desconectadas entre sí, que hacen, por lo menos, preguntar por los espacios comunes, de discusión para el abordaje conjunto, en el que se incluyan las observaciones y necesidades de los profesionales de los otros niveles.

En base a esta descripción y con el conocimiento de que el mejor registro escrito en las historias clínicas, se corresponde con mejores resultados terapéuticos; se propone una ficha individual como herramienta para integrar, consolidar y simplificar la implementación de recomendaciones dirigidas a la atención de las ECNT, para facilitar el registro a los equipos de Primer y Segundo Nivel de Atención. Esta ficha, que denominamos "Planilla de ECNT: Registros Clínicos y Autocuidados Apoyados" es un instrumento que tiene como objetivo principal el de optimizar la coordinación de la información clínica, basado en un registro compartido interniveles para la gestión de ECNT. El diseño de esta planilla propone un registro estructurado a base de ítems, para marcar datos positivos, estándares de guías de atención recomendadas para ECNT, a completar por primera vez por el médico de cabecera, por duplicado. Uno de los formularios quedaría en los registros de historia clínica y el otro a disposición del paciente, para ser leído y actualizado por las siguientes atenciones de guardia, de especialistas, o de seguimiento con el médico de cabecera.

Esta planilla propone una gestión poblacional de la atención y del autocuidado apoyado para ECNT, y para esto una categorización de la situación clínica, que identifique grupos de acuerdo a criterios de mayor a menor necesidad de atención. Los criterios consideran diagnósticos, complicaciones, dificultad para lograr metas terapéuticas y condiciones subjetivas y sociales.

Normas de Publicación

1. Secciones:

La Revista contempla las siguientes posibilidades de publicación:

- Editoriales: posiciones personales sobre temas de actualidad.

- Artículos originales: trabajos de investigación originales en el campo epidemiológico y de servicios de salud.

- Comunicaciones breves: informes preliminares de trabajos de investigación en curso, experiencias de campo, etc., que por la temática y/o la metodología de abordaje puedan aportar a una reflexión crítica del proceso de gestión en el Sistema de Salud.

- Relatos de experiencias: informes sobre proyectos de intervención/acción dirigidos a la promoción o prevención de la salud, gestión o asistencia a pacientes o a la comunidad, en el marco de las actuales concepciones en salud pública, nuevos modelos de organización de la asistencia, etc.

- Revisiones y/o actualizaciones: sobre enfoques y/o avances científicos y tecnológicos con amplias referencias bibliográficas.

- Opiniones: opiniones calificadas sobre tópicos específicos en salud pública.

- Información: sobre cursos, jornadas, congresos nacionales e internacionales relacionados con la temática de la salud y listados de tesis/tesinas aprobadas en el lapso de las publicaciones.

- Cartas al Comité Editorial: notas cortas conteniendo posiciones críticas u observaciones teórico-conceptuales, de campo o laboratorio, etc. a artículos publicados en ediciones anteriores de la revista.

2. Normas generales de publicación.

La presentación de trabajos se ajustará a las siguientes pautas generales:

- Original y dos copias, escritos con procesador de

texto a doble espacio con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, en hoja ISO A4, en word (sistema operativo Windows). Deberá ser enviado con dos páginas de encabezamiento: en la primera constarán los nombres de los autores y/o autoras, título de grado, último título de posgrado con las instituciones respectivas y correo electrónico de cada autor y/o autora; en la segunda página constarán en español e inglés, el título completo, resumen y palabras clave. Los trabajos podrán ser enviados a invesalud@rosario.gov.ar

- Portada: incluirá el título del trabajo, nombres y apellidos completos de los autores y/o autoras.

Al pie, con asterisco identificatorio, perfil profesional del investigador principal e institución en que se realizó el trabajo.

Señalar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

Finalmente, indicar las palabras clave en número de 5 como máximo.

- Bibliografía

Las referencias serán citadas en el texto con números consecutivos, entre paréntesis. Se numerarán conforme al orden de aparición de las citas en el texto, se incluirán todos los autores y/o autoras cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et. al. Las fuentes bibliográficas consultadas que no hayan sido citadas en el texto se ordenarán alfabéticamente según el apellido de los autores y/o autoras bajo el título de Bibliografía de consulta. Las Referencias bibliográficas y la Bibliografía de consulta se enviarán en hojas separadas, al final del artículo, de acuerdo al estilo adoptado por la National Library of Medicine (NLM) <http://www.nlm.nih.gov/books-helt/br.fcg?book=citmed>.

En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de los libros, conferencias, congresos y

consultas electrónicas, serán presentados de acuerdo a los siguientes ejemplos:

EJEMPLOS

Artículos de revistas

Barata R.B.; Ribeiro M.C.; Cassanti A.C.; y Grupo do Projeto vulnerabilidade social no Centro de Sao Paulo. Vulnerabilidade social e estado de saude: inquérito domiciliar em uma metrópole brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2011, 27,(2): 164-175.

Libros

Bourdieu .; Chamboredon J.C. El oficio del sociólogo. *Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI., 2002.

Capítulos de libros

Vasylachis de Gialdino, I. Investigación Cualitativa: Metodologías, Estrategias, Perspectivas, Propósitos,. En Denzin N. K. Y Lincoln, Y. *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa. 2013.

Conferencias, Congresos

Brito P. Recursos humanos y SILOS. Ponencia presentada en 2º Congreso Interinstitucional Multidisciplinario La Salud en el Municipio de Rosario, 11 al 15 de noviembre de 1991; Rosario. Edición de Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. 1992.

Consultas electrónicas

Leal, M. do C.; Pereira, A.P. ; Lamarca, G. de A. y Vettore, M.V. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cad. Saúde Pública* (online). 2011, vol 27, suppl.2 (citado 2015-10-19), pp.s237-s253. Disponible en: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0102-311X2011001400011&lng-es&nrm-iso> > . ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0201-311x2011001400011>

Las referencias deberán ser verificadas por los autores en base a los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

Agradecimientos:

Cuando corresponda mencionar Agradecimientos, su ubicación precederá a la bibliografía; si cabe se citarán: a) contribuciones que no lleguen a justificar una autoría; b) reconocimientos por ayuda técnica; c) aportes financieros.

En caso de mención de nombres por asesoramiento, provisión de datos, revisión crítica, etc., los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas, dado que el lector podría inferir su acuerdo con los propósitos, resulta-

dos y conclusiones del trabajo.

2.1- Artículos originales

Cada componente del informe deberá presentarse en página aparte manteniendo el siguiente orden:

- Portada: siguiendo las normas generales
- Resumen: en castellano y summary en inglés, no excediendo las 250 palabras. Deberán incluir sintéticamente los aspectos que se detallan en el informe, a saber: introducción con sus objetivos, metodología, resultados y discusión y/o conclusiones.

Al pie de ambos resúmenes (castellano e inglés) deberán figurar las palabras clave (máximo 5).

- Desarrollo del informe: Siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, no deberá exceder de veinte (20) páginas tamaño A4, incluyendo el detalle de los capítulos centrales mencionados para el resumen y summary es decir: introducción con sus objetivos, metodología, resultados, discusión y/o conclusiones, aportes y contribuciones.

Se aceptará el empleo de abreviaturas de uso universal, como las unidades de medida y tal como ellas deben expresarse, así como otras formuladas a criterios del autor. Estas últimas serán indicadas inicialmente entre paréntesis, al momento en que por primera vez las palabras de referencia son mencionadas en el texto.

- Bibliografía: de acuerdo con las pautas establecidas en general para la presentación de trabajos.

- Ilustraciones: Comprende la presentación de tablas, gráficos, dibujos y fotografías para expresar más objetivamente ciertos aspectos/resultados significativos del texto, no constituyendo una repetición de lo presentado en el mismo. Se aceptará como máximo un total de ocho (8) tablas y/o gráficos y hasta tres (3) fotografías. Dado que las tablas, gráficos y fotografías serán presentados en anexos, en el desarrollo del informe se deberá indicar, con espacios en blanco, el lugar más apropiado para la inserción de los mismos.

Cada una de las formas de ilustración utilizadas deberá tener una numeración correlativa, expresada en números arábigos. Los títulos serán consignados en la parte superior, en tanto que al pie se indicarán la fuente de información, si ésta no es original del trabajo, las abreviaturas, unidades de medida y otras aclaraciones posibles.

Las Figuras (gráficos o dibujos, fotografías en blanco y negro) han de emitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscrip-

ción al dorso que permita identificarlas y una leyenda explicativa en hoja aparte. Las microfotografías han de incluir un marcador representado por una escala interna; además, los símbolos, flechas o letras que eventualmente se empleen, deberán contrastar debidamente con el fondo. Indicar el software de PC utilizado para la elaboración de tablas, gráficos y fotografías.

g) Agradecimientos: si los hubiere, de acuerdo a lo explicitado en normas generales.

2.2 - Comunicaciones breves

La presentación deberá incluir:

a) Portada: siguiendo las normas generales, haciendo mención si el trabajo fue presentado en eventos científicos (Congresos, Jornadas, etc.)

b) Desarrollo del informe: Con una extensión no mayor a ocho (8) páginas, éste deberá contener:

- Una introducción con los fundamentos teórico-conceptuales que impulsan el trabajo y el marco contextual de aplicación.

- Un desarrollo con objetivos, elementos metodológicos y operativos, resultados y conclusiones preliminares derivados de la experiencia. Se incluirá un máximo de 3 tablas o gráficos, los que se adjuntarán en anexo, indicando el lugar del texto en que se hace referencia a los mismos y siguiendo pautas similares a las mencionadas en e) para Artículos Originales.

- La bibliografía será citada de acuerdo a las normas generales requeridas para los Artículos Originales, con un máximo de 15 referencias bibliográficas.

2.3 - Relatos de experiencias

Con una extensión máxima de 6 páginas, el informe deberá consignar:

a) Portada: siguiendo las normas generales

b) Desarrollo del informe: constará de una introducción con fundamentos teórico-conceptuales, contexto de aplicación, objetivos, elementos operativos y un cierre con reflexiones, conclusiones o recomendaciones preliminares de la experiencia.

c) Bibliografía: siguiendo las normas generales.

2.4 - Revisiones y/o actualizaciones

Para la presentación de estos trabajos se considera una portada de iguales características que la de los Artículos Originales, con apartados de introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y, si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, uno final de discusión.

El texto tendrá una extensión máxima de quince(15) páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa posible, según las características del tema particular. No se requieren palabras clave ni resumen.

2.5 - Cartas al editor

Estarán referidas a artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deberán elaborarse siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor a cuatro (4) páginas, ni exceder cinco (5) citas bibliográficas.

3.- Selección de los trabajos.

Los artículos serán evaluados en forma anónima por miembros del Comité Asesor Científico, quienes a su vez permanecerán anónimos. Ellos informarán al Comité Editorial sobre la conveniencia o no de la publicación de los artículos, como también sugerir algunas revisiones del texto, referencias bibliográficas, etc.

El Comité Editorial se reservará el derecho de rechazar trabajos que no se ajusten estrictamente a las normas señaladas o que no posean el nivel mínimo de calidad exigible con la jerarquía de la publicación. En estos casos los artículos serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que se estime conveniente, por razones de diagramación o espacio, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de los autores.

Intendente Municipal

Dr. Pablo Javkin

Secretario de Salud Pública

Dr. Leonardo Caruana

Subsecretaria de Salud Pública

Dra. Silvia Marmirolli

Dra. Soledad Rodriguez

Coordinadora de Area de Investigación

Dra. Adriana Huerta



**Municipalidad
de Rosario**