

Investigación en Salud

Rosario =

Investigación en Salud

Comité Editorial

Editora

Adriana Huerta

Editores Asociados

María del Rosario Maidana

Abel Morabito

Cristian Godoy

Cecilia Moyano

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)

Rohlfs Barbosa, Izabella (España)

Rovere, Mario (Argentina)

Ruffino Netto, Antonio (Brasil)

Sánchez Cabaco, Antonio España)

Schapira, Marta V. (Argentina)

Stolkiner, Alicia I. (Argentina)

Zaldúa, Graciela (Argentina)

Dra. Mónica Fein

Intendente Municipal

Dr. Leonardo Caruana

Secretario de Salud Pública

Adriana Huerta

Coordinadora Área Investigación en Salud

Propietaria

Secretaría de Salud Pública

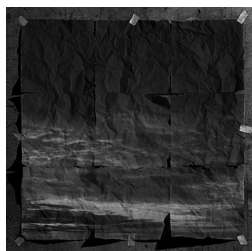
Director

Dr. Leonardo Caruana

Edición: 2016/2017

Diseño: Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública

ISSN: 1667-8044



Norberto Puzzolo, nace en Rosario el 26 de julio de 1948.

A los dieciséis años empieza a tomar clases de pintura con Juan Grela. El pintor Anselmo Piccoli también tiene un rol importante en su formación.

Luego de esta faceta, elige a la fotografía como medio de expresión artística. Su recorrido se inicia en los 60, cuando comienza a realizar distintas experiencias formando parte del grupo de Rosario una serie de artistas que conforman la vanguardia artística rosarina de esa década. De esta época es Estructura I, que presenta en 1967 en la Sociedad Hebraica Argentina.

Una obra que realiza con pocos materiales, en un afán de establecer nuevas coordenadas espaciales mediante la intervención de un conjunto de volúmenes geométricos y enteramente blancos en la muestra.

De la misma época se destaca su participación en muestras como: "OPNI" (1967), "El Arte por el Aire" (1968), y también en el "Ciclo de Arte Experimental" auspiciado por el Instituto Di Tella en Rosario (1968), con una exhibición individual. Su participación activa en estas y otras actividades lo lleva a formar parte del grupo de realizadores de la obra de denuncia Tucumán Arde. Un hito en la historia del arte argentino.

De emplear la cámara como una herramienta de documentación y de denuncia, y luego de trabajar como cronista gráfico, pasa a una producción fotográfica que, pasada la vorágine vanguardista, presenta en la galería Krass, en una muestra individual (1975) basada en una serie de retratos de artistas.

Simultáneamente comienza a utilizar la fotografía en el campo de la publicidad.

En las realizaciones de los años 80 y 90 transita por las vías de una imagen más bien intimista, de fuertes conexiones con su historia personal.

Tres rostros (2000) es una de las obras del artista en la que se observa el modo en que el registro fotográfico funciona como el punto de partida de un trabajo destinado a dejar marcas puramente autorreferenciales.

En sus últimas producciones, trabaja con elementos que, al ser extraídos de su contexto, cargan de un significado singular a la obra. Las piedras que aparecen en "Cielito argentino con escombros II" constituyen símbolos que, al estar entre la obiedad y el enigma, hacen eco de una propuesta enfrentada a "la supuesta certeza del registro".

Desde 1966, expuso su producción en forma individual y colectiva en diversas galerías, instituciones y museos de Buenos Aires, Rosario, Santa Fe, Córdoba, Mar del Plata, como también en el Uruguay, España, Alemania y Estados Unidos.

El Museo Nacional de Bellas Artes le otorgó el premio Leonardo 2001, por su trayectoria, y en 2002 recibió el Premio Konex en fotografía.

Agradecemos a Norberto Puzzolo el permitirnos reproducir esta Obra.

Bibliografía:

Archivos del museo.

Estructuras Primarias II, cat. exp., Buenos Aires, Sociedad Hebraica Argentina, septiembre de 1967.

Colección de Arte Contemporáneo de Rosario, cat. exp., Rosario, MM-BAJBC, 2000.

Norberto J. Puzzolo en el Museo Nacional de Bellas Artes, cat. exp., Buenos Aires, MNBA, 2002.

Editorial	Pág. 5
------------------	--------

Artículos originales

El proceso de atención de pacientes con diabetes adscriptos al Centro de Salud "Luis Pasteur" en 2017. <i>Alberdi, J.</i>	Pág. 7
---	--------

Construcción participativa en el marco del estudio EQUITY LA II: La relación entre los hábitos profesionales y la propuesta política sanitaria en el Municipio de Rosario. <i>Huerta, A.</i>	Pág. 29
--	---------

Relato de experiencia

Red de Gestión del Conocimiento: Historia de una construcción colectiva. <i>Huerta, A.; Morabito, A.; Alasino, N.; Moyano, C.; Godoy, C.</i>	Pág. 43
--	---------

Apostar con el otro: Reflexión y relatos sobre inter/acciones en un centro de Salud. <i>Pitarella, C.; Pérez, JP.; Payer, G.; Sotelo, M.; Repetto, M.; Ríos, S.</i> <i>Comentarios: Liliana Karra y Roberto Zampani</i>	Pág. 48
--	---------

Revisión del proceso de atención de pacientes diabéticos en siete Centros de Salud del Distrito Norte y Distrito Noroeste de la Ciudad de Rosario. <i>Maidana, MR.</i>	Pág. 66
--	---------

Opiniones

El escuchatorio y la medicina narrativa. <i>Maciá, A.</i>	Pág. 74
---	---------

Normas de publicación	Pág. 82
------------------------------	---------

Alguna vez se dijo, hace muchos años, que la historia es un incesante volver a empezar. La historia de una revista es un poco eso: cada edición es un volver a comenzar, nuevos artículos, nuevos autores y probablemente también nuevos lectores. Una nueva apertura, que sin embargo no se escribe en una hoja en blanco: es el emergente de muchas historias que confluyen en el presente, reflejando los trayectos, las experiencias de más de 25 años de políticas en salud que construyeron el sistema público municipal de Rosario.

Este número emerge en un contexto político y social complejo, que nos convoca a re-pensarnos, a volver sobre las prácticas, a re-inventar nuestras estrategias. Son muchos los caminos que hay que recorrer y nadie puede decir que las soluciones sean fáciles: requieren del compromiso y la participación de todos los niveles del Estado, de cada uno de los ciudadanos, organizaciones e instituciones de la sociedad civil y el ámbito privado, trabajando juntos por un objetivo común. Y en este sentido, Rosario ha ido tejiendo una red que cruza los diferentes espacios públicos articulando estas miradas, lo que nos permite generar respuestas efectivas frente a estas nuevas situaciones.

La Revista "Investigación en Salud" es uno de esos dispositivos de enlace, que permite el encuentro entre dos campos que suelen estar disociados, la producción de conocimiento y la construcción de políticas. Este vínculo abre muchas oportunidades: la producción y el intercambio de conocimientos es una herramienta para fortalecer los debates, valorar lo construido y volver a analizar cómo diseñamos e implementamos las mejores políticas posibles para garantizar el derecho a la salud.

La publicación que presentamos hoy se nutre de diversos espacios de la red de salud de la ciudad. Un primer grupo de artículos retoma experiencias compartidas en el marco espacios de intercambio colectivo de los equipos de Salud Mental. Se presentan también análisis de los procesos de atención generados tanto por los equipos del área de investigación, los trabajadores de los efectores municipales, como a partir de trayectos de formación en la red de salud. En tercer lugar, se elabora una descripción de los procesos de construcción de la red de gestión del conocimiento. Seguidamente, se comparte un análisis de los obstáculos y facilitadores encontrados en la construcción participativa del estudio Equity LA II.

Cada uno de estos trabajos tiene la potencia de lo colectivo: la potencia de todo grupo que se anima a pensar en otro escenario posible, que se propone cambiar su mundo, cambiar al mundo que construye con aquellos con quienes se encuentra. Por ello confiamos en que el debate que podamos generar a partir de estas presentaciones seguramente nutrirá al trabajo en cada territorio y fortalecerá el espacio público de la Ciudad.

Dr. Leonardo Caruana
Secretario de Salud Pública

El proceso de atención de pacientes con diabetes adscritos al Centro de Salud "Luis Pasteur" en 2017

Alberdi Julieta¹

RESUMEN:

El presente trabajo se orienta a caracterizar el proceso de atención de los pacientes diabéticos adscritos al Centro de Salud Pasteur durante el período junio del 2016 a julio 2017 a través de la revisión de sus historias clínicas, tomando en consideración las microáreas de pertenencia de los pacientes bajo estudio. **Objetivos.** Describir las características del seguimiento de los pacientes con diabetes adscritos al centro de salud Pasteur durante el período mencionado desde la perspectiva de la equidad como valor clave del sistema de salud. **Metodología.** Abordaje cuantitativo. Estudio descriptivo y transversal. Se realizó un muestreo aleatorio simple y el tamaño de la muestra resultante fue de 95 sujetos. Se confeccionó un instrumento de relevamiento de datos estructurado en torno a cuatro dimensiones: Perfil socio-demográfico, Proceso de atención, Acceso a 2° y 3° nivel de atención, Resultados del Proceso de Atención. **Resultados.** Una media de edad de 54.3. Un 13.7% de usuarios son analfabetos o no han concluido la escolaridad primaria. Tipo de Diabetes diagnosticado, Se encontró un 60,2% de pacientes no insulino-dependientes. Las condiciones mórbidas prevalentes entre los pacientes diabéticos adscritos fueron: hipertensión un 75.2% y obesidad un 36.6%. Se encontró que 70 usuarios (75,3%) realizaron consultas de control en el último año. Un 32,3%

de los pacientes estudiados no están inmunizados. Se solicitó Hb glicosilada al 61,3%. De este grupo el 89,5% la efectivizaron. Sólo un 19.6% tenía valores menores a 6.5. Complicaciones derivadas de la DBT: un 35.7% de usuarios que las presentaban. Los usuarios residentes en microáreas vulnerables tienen más chance de tener Hb. Glicosiladas alteradas que aquellos que viven en microáreas no vulnerables.

Conclusiones. La presente investigación ha permitido identificar una clara insuficiencia en los registros de historias clínicas, hecho que, plantea dificultades a la hora de planificar y valorar el impacto de los proyectos terapéuticos de los pacientes y por lo tanto, la calidad de atención de los mismos. Una preocupación fuerte de este trabajo se vinculaba con el grado de equidad que orienta las prácticas en nuestro sistema de salud, podría decirse que los hallazgos encontrados ponen de relieve la complejidad de analizar posibles diferencias evitables e injustas en los procesos de enfermar.

Palabras clave: diabetes, proceso de atención, microáreas, equidad.

¹ Médica Generalista del Centro de Salud "Luis Pasteur".

SUMMARY:

This paper is oriented to characterize the process of care of diabetic patients assigned to the Pasteur Health Center during the period from June 2016 to July 2017 through the review of their clinical histories, taking into consideration the micro-areas belonging to the patients under study. Objectives. To describe the characteristics of the follow-up of patients with diabetes affiliated to the Pasteur health center during the mentioned period from the perspective of equity as a key value of the health system. Methodology. Quantitative approach. A descriptive and cross-sectional study. A simple random sampling was carried out and the resulting sample size was 94 subjects. A data collection instrument was prepared which was structured around four dimensions: Socio-demographic profile, Attention process, Access to 2nd and 3rd level of attention, Results of the Attention Process. Results. An average age of 54.3. 13.7% of users are illiterate or have not completed primary schooling. Type of Diabetes diagnosed, 60.2% of non-insulin-dependent patients were found. The prevalent morbid conditions among the diabetic patients assigned were: hypertension 75.2% and obesity 36.6%. 70 users (75.3%) performed control consultations in the last year. 32.3% of the patients studied are not immunized. Glycosylated Hb was requested at 61.3%. Of this group 89.5% made it effective. Only 19.6% had values lower than 6.5. 35.7% of users presented complications derived from the DBT. Users residing in vulnerable micro-areas are more likely to have Hb. Glycosylated altered than those living in non-vulnerable micro-areas.

Conclusions. The present investigation has allowed to identify an insufficiency in the records of clinical histories, a fact that poses difficulties when planning and assessing the impact of patients' therapeutic projects and, therefore, the quality of their care, a strong concern of

this work was related to the degree of equity that guides the practices in our system health, it could be said that the findings found highlight the complexity of analyzing possible avoidable and unfair differences in the processes of illness.

Key words: diabetes, attention process, micro-areas, equity.

INTRODUCCIÓN

La diabetes (DBT) es una enfermedad reconocida hace más de dos milenios, cuando el médico griego Areteo observó la enorme producción de orina y la emaciación de estos pacientes. A principios del siglo XIX se describió claramente la diabetes mellitus (sacarina), caracterizada por la presencia de azúcar en la orina, y se estableció que afectaba a dos grupos de edad bien diferenciados: los niños y los adultos de mediana edad. Ya en el siglo XX se comprendió que se trataba de dos problemas muy diferentes: en el primer caso, la llamada diabetes insulino dependiente o de tipo 1, caracterizada por la ausencia o una gran falta de insulina, y en el segundo, la diabetes de tipo 2, caracterizada por la ausencia de respuesta a la insulina. El problema adquirió aún más importancia con el descubrimiento de la insulina en 1921, que muy pronto, en 1922, empezó a ser utilizada en el tratamiento del ser humano y que en 1923 ya estaba siendo producida masivamente como fármaco (1).

En todo el mundo, 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuibles a la diabetes y en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina sin haber sido ni tan siquiera diagnosticados. La diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humanos, sufriendo complicaciones discapacitadoras y potencialmente letales, como infarto de miocardio, derrame cerebral, insuficiencia renal, ceguera y amputación (2).

La diabetes está implicada y tiene consecuencias negativas para algunas enfermedades infecciosas, otras enfermedades no transmisibles y la salud mental. Hoy en día ya hay 366 millones de personas con diabetes y otros 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla. Para el año 2030 esta cifra se

calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas de alto riesgo. Tres de cada cuatro personas con diabetes viven hoy en países de ingresos medios y bajos. A lo largo de los próximos 20 años, las regiones de África, Oriente Medio y Sudeste Asiático soportarán el mayor aumento de la prevalencia de diabetes. Incluso en los países ricos, los grupos desfavorecidos, como los pueblos indígenas y las minorías étnicas, los migrantes recientes y los habitantes de barrios marginales sufren un mayor índice de diabetes y sus complicaciones. (3)

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más de prisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. (4)

Estos datos alertan de algún modo sobre los determinantes de los procesos de enfermar y la equidad o inequidad en la distribución de los riesgos y los recursos para el afrontamiento del problema. Para la OMS equidad significa que son las necesidades de la gente, las que deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares sociales, con principios de justicia e imparcialidad. En otras palabras, tratar de reducir las brechas evitables en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos con diferentes condiciones sociales. En particular la reducción de estas brechas exige una mirada en torno a la forma en que son asignados los recursos para el

cuidado de la salud, y la forma en que los servicios son recibidos por la población. (5)

En Argentina, se estimaron 1.426.000 diabéticos en el año 2000 y se prevé que este número llegará a 2.457.000 en el año 2030. Esta tasa de crecimiento es menor a la del total de la región de las Américas, África o Asia, es similar a la de EEUU y Canadá y muy superior a la del conjunto de los países europeos. Si en Argentina se vincula la cifra informada por la OMS con los datos del censo nacional de 2001, la prevalencia de diabetes superaría el 4% de la población total. Según la Federación Internacional de diabetes la prevalencia en población general sería de un 6% 2007- 2025. (6)

En la Provincia de Santa Fe durante el año 2008, dentro de las primeras cinco causas de muertes, la diabetes presentaba una tasa del 2,94 sobre 10000 habitantes. En el departamento Rosario la tasa era del 3,32. (7)

De no diagnosticarse, no tratarse o controlarse inadecuadamente, la diabetes puede causar unas complicaciones devastadoras e irreversibles como trastornos visuales y ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, derrame cerebral, amputación de las extremidades inferiores y disfunción eréctil. Aunque estas complicaciones se deben principalmente a una hiperglucemia persistente, otros factores, como la hipertensión, los trastornos de los lípidos y la obesidad son importantes contribuyentes. (8)

En tal sentido, resulta fundamental el rol de los servicios de salud en términos de desarrollo de intervenciones de promoción de salud y preventivas, diagnóstico temprano y procesos de atención de calidad que den respuestas adecuadas a la problemática.

En el año 2013 un grupo de trabajo

perteneciente a la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, denominado Unidad de Análisis de los procesos de atención (UAPA) realizó dos trabajos sobre diabetes uno en el 2013, en el que se cuantificaba el total de personas en tratamiento farmacológico para Diabetes de la población adscripta a los centros de salud Municipales. Entre los hallazgos del estudio, se encontró un total 703 personas que padecen diabetes y están adscriptas a los Centros de Salud del distrito Sur, de los cuales 58,32% (410) fueron mujeres y 41,68% (293) hombres. Los insulinizados representaron el 22,33% (157) de la población diabética adscripta del Distrito Sur. Los pacientes que recibieron tratamiento con hipoglucemiantes orales representaron el 87,90% (618) de los diabéticos del distrito.

En particular, el centro de Salud Luis Pasteur, según datos de ese estudio, contaba con 141 personas que padecen diabetes, lo que representa el 20,06% de los pacientes diabéticos del distrito, de ellos, el 87,94% (124) se encuentran en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Por su parte, el 21,99% (31) de los pacientes diabéticos de este centro están insulinizados (19,75% de los insulinizados del distrito), mientras que reciben ambas terapéuticas el 9,93% (14). Por su parte 62,41% de los diabéticos adscriptos al Pasteur (88) realizó determinaciones de laboratorio en el CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario) en ese período de tiempo, de las cuales 64,52% correspondía a diabéticos insulinizados, y 62,9% a pacientes en tratamiento con Hipoglucemiantes Orales.

Según ese mismo estudio, del total de pacientes adscritos a Centros municipales del distrito Sur que padecen diabetes (N=703), el 44,09% (310) realizó determinaciones de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) durante el 2013. En

el centro de Salud Luis Pasteur se realizaron 57 determinaciones de Hb1Ac, lo que representa el 40,42% de los pacientes DBT del centro. El 70,17% (40) de estas determinaciones se encontraron por encima de 7 y el 28,07% (16) por encima de 10.

Como dato global, cabe señalar que según los hallazgos del estudio UAPA, el 60,93% de los pacientes diabéticos adscritos a CS Municipales, NO tuvieron control de Hemoglobina Glicosilada en el año en estudio dentro de la Red. Analizaron también las determinaciones para evaluación de pérdida proteica urinaria (Microalbuminuria, Proteinuria/creatininuria y/o proteinuria de 24 hs) en CEMAR en el grupo de pacientes diabéticos adscritos, encontrando que las mismas fueron solicitadas al 25,11% de la población de diabéticos adscritos a la red municipal, de las cuales un 28,9% arrojó un resultado alterado (no se incluyeron en el análisis los valores de proteinuria de orina completa por no disponer de dicho dato). (9)

Cabe señalar que la HbA1C tiene varias ventajas comparada con el dosaje de glucosa plasmática en ayunas. Entre ellas, una mayor comodidad ya que el ayuno no es necesario, una mayor estabilidad preanalítica y menos perturbaciones durante los períodos de estrés y de enfermedad. Estas ventajas deben ser balanceadas con su mayor costo, la disponibilidad limitada de esta prueba en determinadas regiones de los países en desarrollo y la deficiente correlación entre la HbA1C y la glucosa media en algunos individuos. Además, el nivel de HbA1C puede inducir a error en pacientes con ciertas formas de anemia y hemoglobinopatías. (10)

Los resultados del estudio mencionado plantean la necesidad de algunas reflexiones respecto de las condiciones bajo las cuales se estaría realizando el seguimiento clínico de los pacientes. Dadas las fuentes consultadas en el

relevamiento UAPA, no puede establecerse si el bajo porcentaje de Hb glicosiladas es atribuible al hecho de no haber sido solicitadas, o si habiendo sido solicitadas no se efectivizaron. De todas maneras el nudo problemático concreto es que es un dato de alto valor clínico y que no estaría disponible en tramos del proceso de atención.

A su vez, en el estudio realizado en 2015, una de las enfermedades abordadas fue la Diabetes, comparándose los resultados obtenidos con los del trabajo UAPA 2013. En lo que hace particularmente al Centro de Salud Pasteur, se constató en 2015 un incremento de un 48,22% de usuarios con DBT, con respecto a los datos surgidos en 2013. En efecto hacia 2013 había 141 pacientes en tratamiento, cifra que aumenta a 211 en 2015 (11). Cabe preguntarse en qué medida este incremento es resultante del crecimiento de la población del centro de salud, el mayor acceso de los usuarios al control médico o el incremento de la capacidad de captación diagnóstica entre otras posibles causas.

Teniendo en cuenta la relevancia epidemiológica de este problema crónico, como así también los beneficios clínicos derivados de estrategias preventivas y abordajes de atención oportunos y de calidad, el presente trabajo se orienta a caracterizar el proceso de atención de los pacientes diabéticos adscritos al Centro de Salud Pasteur durante el período junio del 2016 a julio 2017 a través de la revisión de sus historias clínicas, tomando en consideración las microáreas de pertenencia de los pacientes bajo estudio.

CONTEXTO DE ESTUDIO

Este trabajo se desarrolla en el centro de salud Luis Pasteur, efector dependiente de la Secretaría de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario. Se encuentra ubicado en el distrito sur

de la ciudad con un área de referencia delimitada por las siguientes calles: Uriburu, 27 de febrero, Avenida de Circunvalación y avenida San Martín. Además, comparte el área referencia o población con el Centro de salud "Rubén Naranjo", de dependencia municipal, con los provinciales N° 10 y N° 6, y con el Centro de Atención a la Comunidad. Según el censo del 2010 hay una población total de 39490 personas, de las cuales 18836 son hombres y 20656 son mujeres. El total de hogares es de 12706, de estos un 99% tienen agua potable, un 84% cloaca, un 65% gas natural. En un 2% hay hacinamiento, un 6% tiene las necesidades básicas insatisfechas. Del total de personas, los mayores de 14 años y desocupados son un 8%. (12)

No obstante, dentro de esta área de influencia se observa una amplia heterogeneidad tanto en lo que hace a las características de las viviendas como a las condiciones de vida de la población. En efecto, se identifican siete microáreas, tomando para su división la definición de Vilaça Mendes (13), un territorio asimétrico, definido con la lógica de la homogeneidad socioeconómica-sanitaria, con la identificación de espacios donde se concentran grupos poblacionales más o menos homogéneos de acuerdo con sus condiciones objetivas de existencia.

Las microáreas identificadas son las siguientes:

1. Zona de Bajo Ayolas: Asentamiento que se encuentra a un lado de la Avenida de Circunvalación sobre un terreno en bajada, propenso a inundaciones por dicho motivo. Las viviendas en su mayoría construidas con chapas. Cuentan con servicios de luz eléctrica y agua corriente pero carecen de gas natural. Esta zona está en permanente crecimiento y presenta sectores con riesgo de derrumbe.

2. Puente Negro: Comprende Calle Convención al 3800, Bv. Seguí 400 bis, calle Spiro, Presidente Quintana,

Cepeda, Guiraldes, Río Atuel, Lincoln, con características similares al terreno de la zona 1, asimismo la mayoría de las viviendas son de chapa y solo algunas con material cemento. Esta zona carece de todos los servicios públicos.

3. Calles Ayacucho, Colon, y Alem al 4000: Pasillos que dan entrada a múltiples casillas precarias, esta zona fue urbanizada por la apertura de las calles Centeno y Colon.

4. Uriburu entre Colon y Chacabuco: las viviendas son predominantemente de chapa en su construcción, en los alrededores se encuentran múltiples lavaderos de autos. Con respecto a las características del terreno presentan zonas de basurales y agua estancada. Los hogares no tienen servicios de agua corriente, cloacas, gas natural y además presentan precaria conexión al servicio eléctrico.

5. La zona de la U (Necochea y Dr. Rivas) es una pequeña calle en forma de U, donde se concentran actividades vinculadas con el narcomenudeo. Cuenta con construcciones de cemento pero con conexiones precarias de los servicios públicos. Dada la disposición de la calle en U cerrada y angosta se dificulta la deambulacion y genera riesgos para los peatones.

6. Calle Esmeralda entre Bv. Seguí y 24 de Septiembre y Pasaje Guerrico entre Bv. Seguí y pasaje Villar, ambas calles con asentamientos precarios, en esta microárea viven algunas familias adscriptas y priorizadas por el equipo del centro de salud por su extrema vulnerabilidad. La calle Esmeralda no tiene asfalto, por lo que se acumula barro y basura de los vecinos.

7. Otra microárea está constituida por la zona lindante al centro de salud, delimitada por Ayolas para el sur, 27 de febrero para el norte, Berutti al este y San

Martín al oeste. Esta zona en su mayoría está habitada por gente de clase media, algunos con obra social y otros que han quedado sin obra social y consultan al centro de salud. Las casas son de material, tienen todos los servicios públicos y en su mayoría están empleados.

OBJETIVOS:

General

Describir las características del proceso de atención de los pacientes con diabetes adscriptos al centro de salud Pasteur durante el período junio 2016-julio 2017 desde la perspectiva de la equidad como valor clave del sistema de salud.

Específicos

a. Describir perfil socio-demográfico de los pacientes adscriptos en el período de estudio considerando edad, sexo, cobertura social, nivel educativo y microárea de residencia.

b. Describir características del seguimiento de los pacientes diabéticos teniendo en cuenta variables del proceso de atención en el Centro de Salud tales como: tipo de diabetes, comorbilidades, antigüedad en el diagnóstico de DBT, frecuencia y tipo de consultas, estudios de laboratorio solicitados, inmunizaciones, tratamiento farmacológico, acceso a dispositivos de automonitoreo; variables vinculadas al acceso a 2° y 3° nivel de atención: Estudios complementarios solicitados y realizados (ECG/ECO Fondo de ojo), Interconsultas solicitadas y realizadas; variables vinculadas a Resultados del Proceso de Atención: Valores de Hb glicosilada, índice microalbuminuria/creatininuria, Presencia de complicaciones (pie diabético, neuropatías, retinopatías, nefropatías, otras), Internaciones y Consultas de Guardia por complicaciones de la DBT.

c. Caracterizar los Resultados del Proceso de Atención y su relación con el microárea de pertenencia.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En el presente estudio se trabajó con un abordaje cuantitativo, con un diseño descriptivo y transversal. El período en estudio se extendió entre junio de 2016 y julio de 2017.

Población y Muestra: la población en estudio estuvo constituida por todas las personas diabéticas adscriptas al centro de salud Pasteur que consultaron entre junio 2016 y julio 2017 (N=197) según registros de Farmacia. Se realizó un muestreo aleatorio simple² ($\alpha=0,05$ y nivel de confianza= 95%) y el tamaño de la muestra resultante fue de 95 sujetos, para una población de 197 usuarios.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron a todos los usuarios con cobertura Social que no hubieran tenido contacto con el CS durante los últimos 3 años.

Técnicas de captación de datos: Se confeccionó un instrumento de relevamiento de datos para la revisión de las HC, tomando como antecedente un instrumento diseñado por el Área de Investigación de la SSP, que se utilizara en el marco de un proyecto de Investigación sobre Coordinación entre Niveles Asistenciales (Proyecto Equity LA II). El instrumento resultante se estructuró en torno a cuatro dimensiones:

1) Perfil socio-demográfico, en la que se relevó: edad, sexo, cobertura social, nivel educativo, microárea de residencia.

2) Proceso de atención, en la que se relevó: tipo de diabetes, comorbilidades (HTA, Dislipemia, Enfermedades cardiovasculares, Obesidad, Otras) antigüedad en el diagnóstico de DBT, frecuencia y tipo de consultas (controles, eventos agudos relacionados con DBT y eventos agudos no relacionados con DBT, consultas a profesionales del equipo matricial local no médicos: odontología, salud Mental, trabajo social;

2 El cálculo del tamaño muestral fue realizado por la Est. Silvia Bisio, de la Dirección de Estadística de la SSP.

estudios de laboratorio solicitados (Hb glicosilada, microalbuminuria), inmunizaciones (Esquema completo o incompleto³), tratamiento farmacológico (Metformina, Glibenclamida, Insulina), acceso a dispositivos de automonitoreo (tiras reactivas y acuchek).

3) Acceso a 2° y 3° nivel de atención: estudios complementarios solicitados y realizados (ECG/ECO/Fondo de ojo), interconsultas solicitadas y realizadas.

4) Resultados del Proceso de Atención: Valores de Hb glicosilada, índice microalbuminuria/creatininuria, Presencia de complicaciones (pie diabético, neuropatías, retinopatías, nefropatías, otras), internaciones y consultas de Guardia por complicaciones de la DBT.

Fuentes de información consultadas:

a) El Sistema de Atención Primaria de la Provincia de Santa Fe– SICAP es un sistema que permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar y otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. El sistema fue desarrollado por la Sectorial de Informática, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Figuran 175 pacientes con motivos de consulta relacionados con diabetes adscriptos al centro de salud Pasteur del 1/2/15 al 13/2/17. (14)

b) Se utilizaron además los registros

del 2017 de la farmacia del Centro de Salud, que consiste en un fichero realizado en Excel con los pacientes diabéticos que retiran medicación.

c) Fichero calendario, herramienta que utilizan algunos médicos del centro de salud, que consiste en una planilla de Excel para cada médico y una pestaña en donde están juntos todos los médicos que es la unificada, contiene datos filiatorios, el problema principal del paciente y fecha de próxima consulta lo que permite un seguimiento longitudinal de los mismos.

d) Historias clínicas familiares: En los centros de salud de la ciudad de Rosario, se utiliza actualmente la historia clínica familiar, en esta, se incluyen a todos los integrantes de una familia, tenga la edad que tenga, con la idea de que sea abordado en forma longitudinal e integral por un mismo médico de cabecera.

e) Sistema informático de la Municipalidad: donde se pueden obtener informes de los pacientes adscriptos al centro de salud, el mismo se empezó a utilizar en el 2017 en el centro de salud Pasteur, por lo que los datos están sesgados.

**RESULTADOS
INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA**

La muestra estudiada correspondió a usuarios relativamente jóvenes, con una media de edad de 54.3 años y una mediana 56 años. (Tabla Nº 1)

Tabla 1: Edad de los pacientes (en años)

Media	54,3
Mediana	56
Moda	57
Rango	10-90

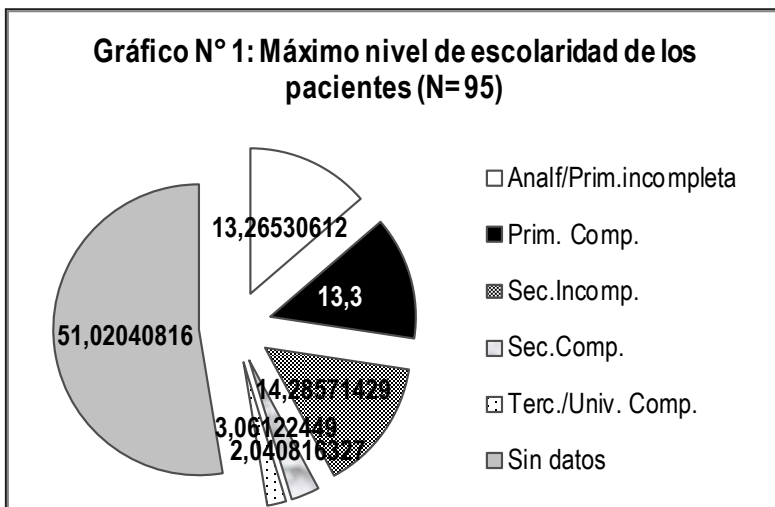
³ Se consideró esquema COMPLETO cuando los usuarios tenían colocadas las vacunas Antigripal, Hepatitis B; Doble Adulto y Antineumocócica (4 vacunas). INCOMPLETO, cualquier combinación que incluya entre 1 y 3 vacunas. SIN INMUNIZACIONES cuando no hay ningún registro ni en HC ni en SICAP.

Con respecto a la Distribución según sexo, hay un 33.3% de hombres y un 66.7% de mujeres.

Atendiendo al grado de Escolaridad, llama la atención el alto porcentaje de HC donde no consta el dato (51 %). Por

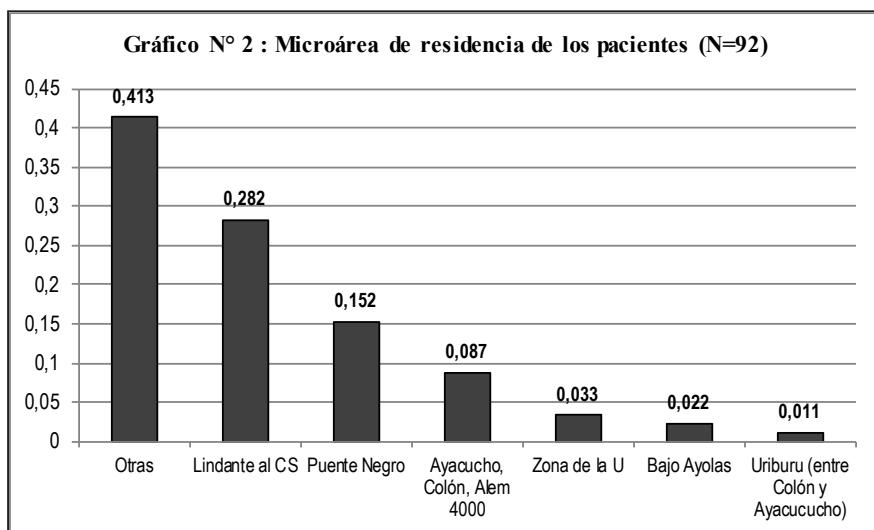
otro lado, un 13.3 % de usuarios son analfabetos o no han concluido la escolaridad primaria. (Gráfico 1)

Considerando la Cobertura social, un 23.3% de los usuarios cuenta con alguna obra social.



Se analizó la Microárea de residencia de los pacientes, encontrándose que un 41.3% de los usuarios diabéticos no viven en el área de cobertura del Centro de Salud (identificado en el siguiente

gráfico como Otras). Por otro lado, un 28,2% reside en la zona lindante al CS, microárea que cuenta con mejores condiciones de vida. (Gráfico 2)

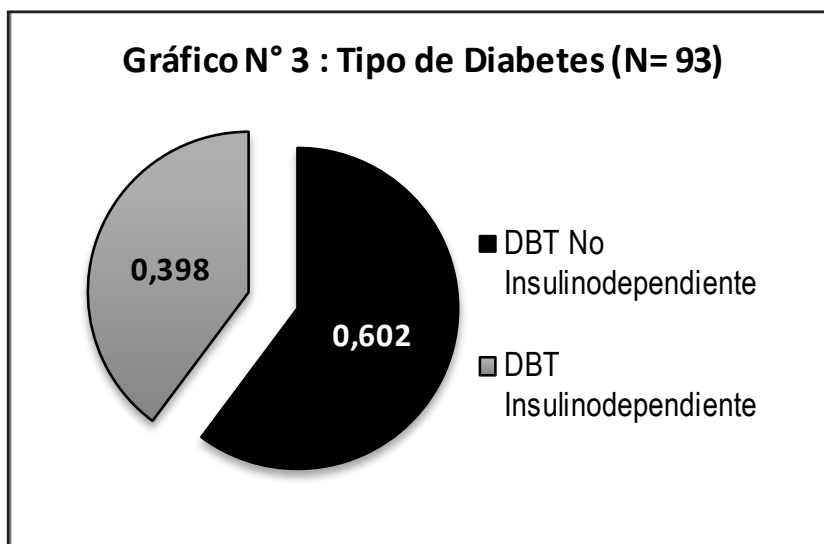


Nota: 3 registros sin datos

PROCESO DE ATENCIÓN

Solo en 23 casos se pudo constatar en HC la antigüedad en el diagnóstico de DBT. En esos casos, el rango de antigüedad oscila entre 1 y 26 años, una

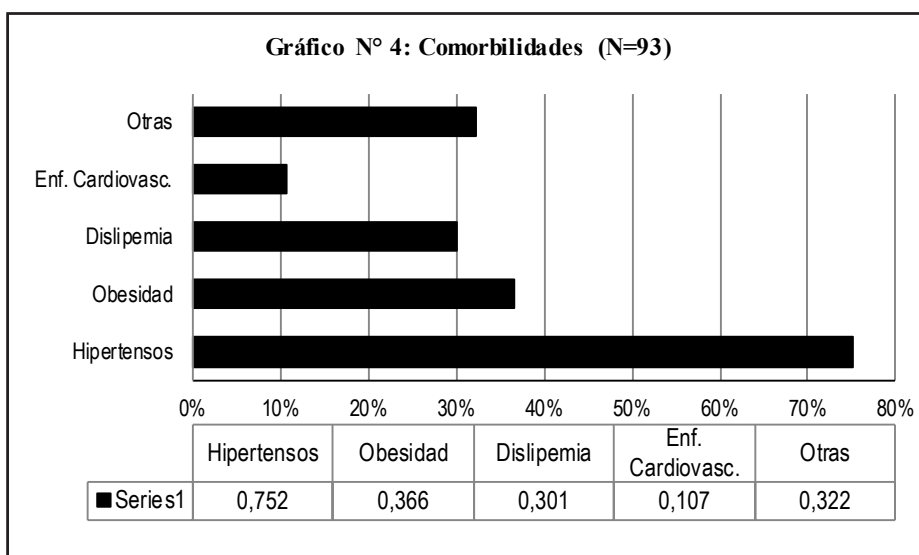
media de 8,4 años, y una mediana y moda de 7 años. Considerando el tipo de Diabetes diagnosticado, se encontró un 60,2% de pacientes no insulino-dependientes. (Gráfico 3)



Nota: 2 registros sin datos

Se valoró también la coexistencia de otras condiciones mórbidas encontrándose que sólo un 9,7% de los casos (9/93) no presenta comorbilidades registradas en HC. A su vez, las condi-

ciones mórbidas prevalentes entre los pacientes diabéticos adscriptos fueron: hipertensión un 75.2% y obesidad un 36.6%. (Gráfico N° 4)



Nota: 2 registros sin datos

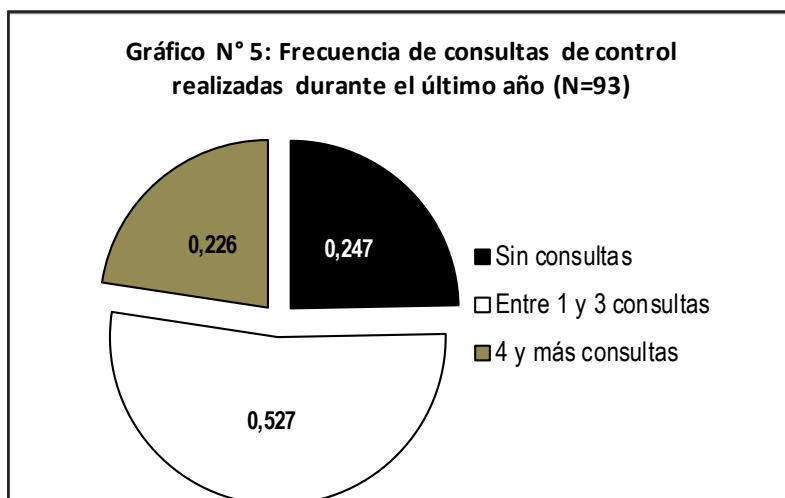
Se estudió en forma general el Tipo de consultas realizadas, encontrándose un franco predominio de consultas por controles (73.7%), seguidas por consultas motivadas por eventos agudos no relacionados con DBT (38.9%) (Tabla N° 2). A su vez, se valoró el número de pacientes que efectivizaban consultas de

control, encontrándose que 70 usuarios (75,3%) las realizaron en el último año (Gráfico 5), de los cuales, más de la mitad (52,7%) realizó entre 1 y 3 controles.

Cabe destacar también que en 19/93 (20,4%) casos no se constató la realización de ninguna consulta en el periodo estudiado.

Tabla N° 2: Tipo de consultas realizadas por los pacientes (N= 93)

Consultas	Frecuencia	%
Por controles	70	73,7%
Por eventos agudos relacionados con DBT	11	11,6%
Por eventos agudos no relacionados con DB	37	38,9%
Por otras causas	10	10,5%



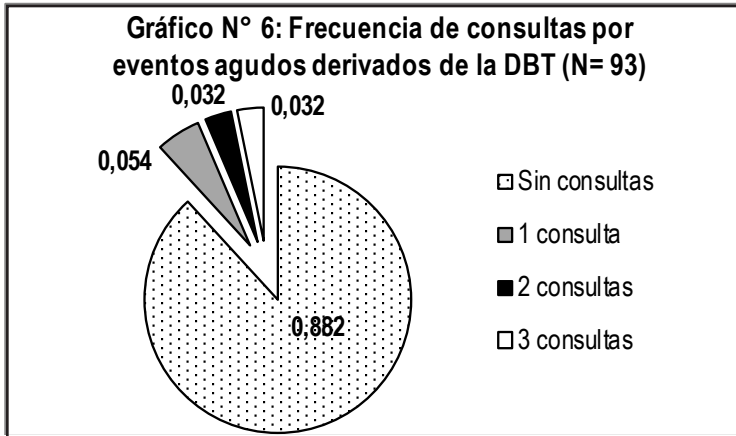
Se analizó la existencia de consultas por eventos agudos derivados de DBT, encontrándose que en un 88.2% (82) de los pacientes diabéticos no había registro de ese tipo de consultas durante el último año (Gráfico 6).

Se relevó también la efectivización de consultas con el equipo de Salud Mental, encontrándose que sólo 8/93 (8,6%) pacientes realizaron consultas con salud mental.

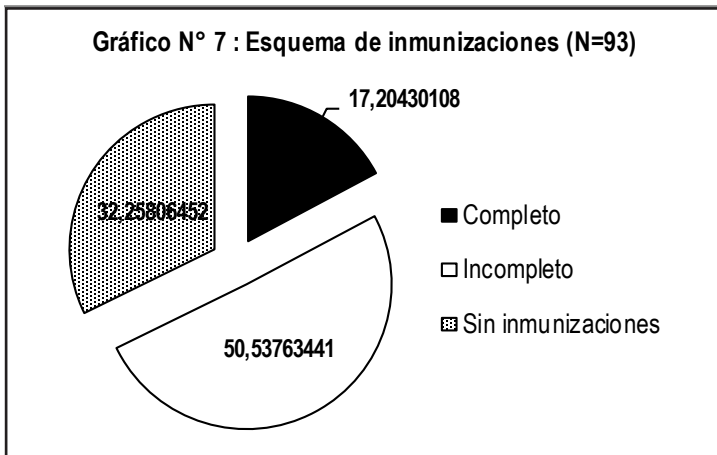
Inmunizaciones:

Se estudió la cobertura de vacunas⁴ de los diabéticos encontrando sólo un 17,2% de usuarios con cobertura completa, esto es vacuna Antigripal, Hepatitis B; Doble Adulto, Antineumocóccica, mientras que en un 32,3% de los usuarios no se encontró registro de ninguna inmunización en su historia clínica ni en el SICAP. (Gráfico 7)

⁴ A los fines de este estudio se consideró COMPLETO los registros que incluyen: Antigripal, Hepatitis B; Doble Adulto, Antineumocóccica (4 vacunas); INCOMPLETO, cualquier combinación que incluya entre 1 y 3 vacunas y SIN INMUNIZACIONES cuando no hay ningún registro ni en HC ni en SICAP.



Nota: 2 registros sin datos



Nota: 2 registros sin datos

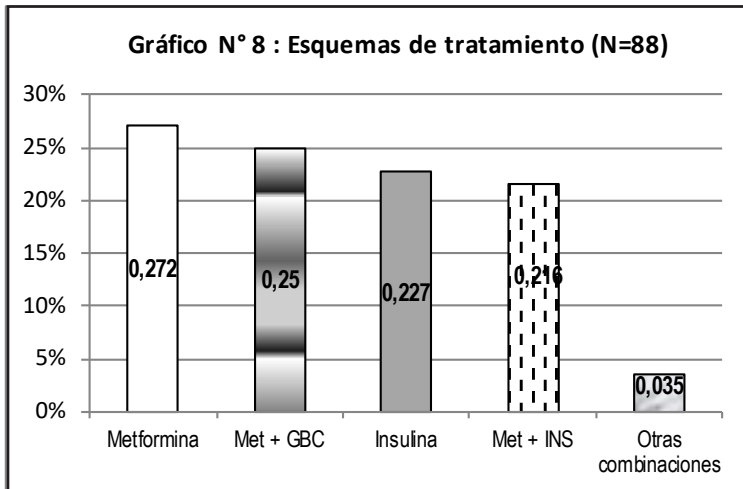
En relación al tipo de medicación utilizada en los tratamientos el mayor porcentaje corresponde al hipoglucemiante oral "metformina" (71%). A su vez, atendiendo a los esquemas de tratamiento propuestos, la indicación de Metformina como droga exclusiva predomina sobre el resto de las combinaciones (27.2%) (Gráfico 8).

En solo 9/95 (9,7%) y 10/95 (10,7%) casos consta en los registros de HC la disponibilidad de tiras reactivas y acucheck respectivamente. Esto a pesar de que un 43% de los pacientes se encuentra con insulinoterapia.

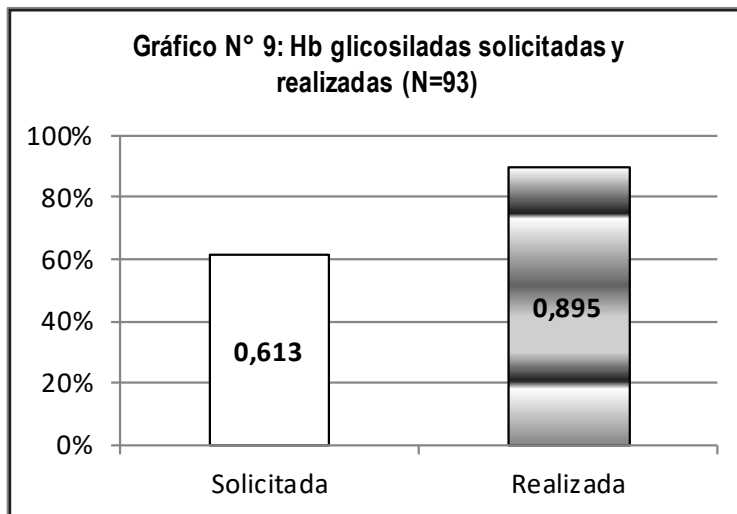
En cuanto a los estudios clínicos, durante el año en estudio se solicitó Hb

glicosilada al 61,3% (57). No obstante, cabe recordar que hay 19 usuarios que no registraron ningún tipo de consulta –excepto el contacto con Farmacia– en el período estudiado. Si consideráramos entonces como denominador la totalidad de usuarios que efectivizaron consultas, se concluiría que se solicitó este estudio al 77% de los pacientes. De este grupo 51 usuarios (89,5%) la efectivizaron (Gráfico 9). Un dato preocupante es que entre aquellos usuarios que efectivizaron el estudio, sólo un 19.6% tenía valores menores a 6.5. (Gráfico 10) mientras que en 33,3 % de los casos se encontraron valores por encima del 9%.

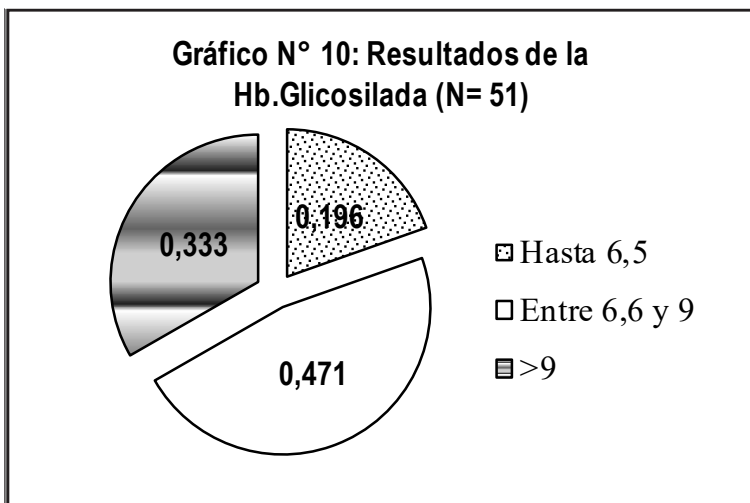
A fin de valorar lesiones de órgano



Nota: 7 registros sin datos



Nota: 2 registros sin datos



blanco, se les solicitó microalbuminuria solo al 44%⁵ de los pacientes y de estos el 85,3% la realizó; Fondo de ojo se le pidió al 38,7%⁶ y lo realizó el 55,5%, de estos últimos, un 40% presento lesión

oftalmológica. En cuanto a Estudios cardiovasculares (Ecocardiograma y ECG) se le solicitó al 44,1%⁷ y se lo realizó el 63,4%, de estos un 23% presentó lesión cardiovascular. (Tabla N° 3)

Tabla N° 3: Estudios complementarios solicitados, realizados y resultados

ESTUDIO	Solicitado		Realizado		Resultados			
	F	% ¹	F	% ²	Con lesión		Sin lesión	
					F	%	F	%
Microalbuminuria	41	44,0	35	85,3	12	34,3	23	65,7
Fondos de Ojo	36	38,7	20	55,5	8	40,0	12	60,0
ECG/ ECO	41	44,1	26	63,4	6	23,1	20	76,9

1 Porcentaje calculado sobre el total de pacientes diabéticos (93)

2 Porcentaje calculado sobre el total de estudios solicitados.

En Tabla N° 4 se detallan interconsultas solicitadas y efectivizadas.

Se estudió la presencia de complicaciones derivadas de la DBT, encon-

Tabla N° 4: Especialidades a las que se solicitó Interconsultas y realización de las mismas

Especialidades a las que se solicitó IC	Solicitadas (f)	Realizadas (f)
Cardiología	9	6
Nefrología	8	2
Endocrinología	7	4
Oftalmología	5	4
Hematología	5	3
Neurología	3	3
Psicología	2	Sd
Dermatología	2	2
Traumatología	2	1
Psiquiatría	1	Sd
Reumatología	1	1
Infectología	1	Sd
Odontología	1	0
Patología mamaria	1	0

5 Porcentaje que ascendería al 55% excluyendo del denominador los 19 casos que no registraron ninguna consulta.

6 Porcentaje que ascendería al 48,6% excluyendo del denominador los 19 casos que no registraron ninguna consulta.

7 Porcentaje que ascendería al 55,4% excluyendo del denominador los 19 casos que no registraron ninguna consulta.

trándose un 35.7% de usuarios que presentaban complicaciones (Gráfico 11), tal como se especifican en Tabla 5. Por otro lado en 23 casos no se pudo establecer por carecer de datos.

Se estudió la relación entre la condición de residir en microáreas vulnerables y los valores de Hb glicosilada (como parámetro indicador del adecua-

do o inadecuado control metabólico), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Así, los usuarios residentes en microáreas vulnerables tienen 3,22 veces más chance de tener Hb. Glicosiladas alteradas que aquellos que viven en microáreas no vulnerables (Odds Ratio: 3,22 (1,48-6,83)).

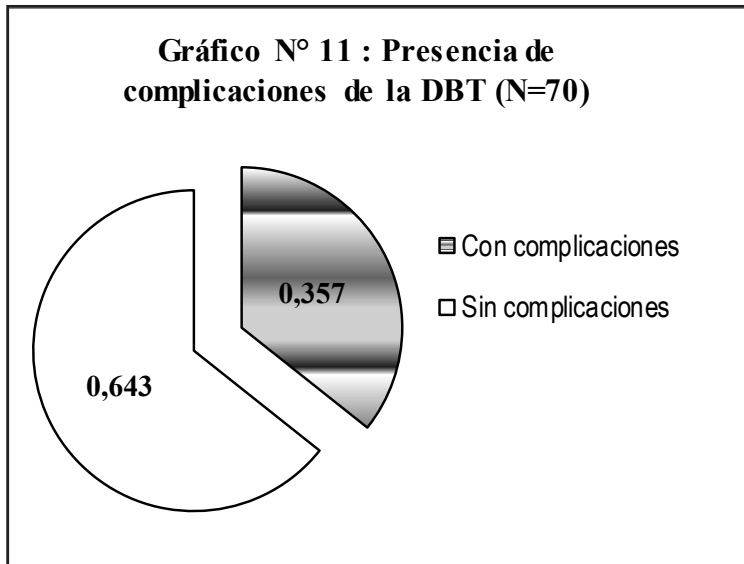
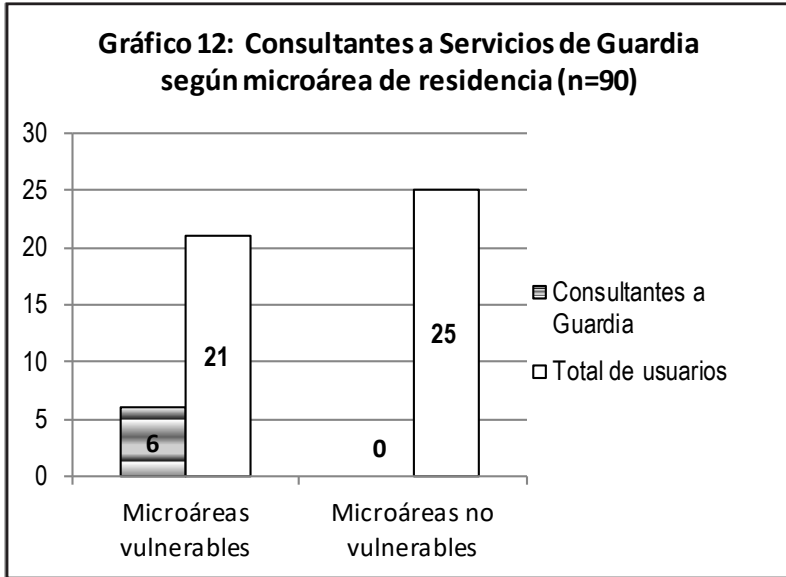


Tabla N° 5: Tipo de complicaciones de DBT (N=25)

Tipo de complicaciones	Frecuencia
Neuropatía	9/25
Retinopatía	9/25
Pie diabético	6/25
Nefropatía	3/25
Otros	4/25

Se relevó también la relación entre la realización de Consultas a Servicios de guardia y la condición de vivir en microáreas vulnerables o no (Gráfico 12), encontrándose que alrededor del 29% (6/21) de pacientes que vive en microáreas vulnerables realiza consultas a los

Servicios de Guardia, contra el 0% de usuarios que viven en microáreas no vulnerables. Los motivos de las consultas fueron: hiper o hipoglicemia, infecciones de partes blandas en miembros inferiores, infecciones del tracto urinario.



En 6/93 (6,5%) HC consta que los pacientes cursaron internaciones. Los motivos de internación fueron: cefalea, neumonía, síndrome coronario agudo, hipoglicemia, angina inestable e infarto de miocardio.

Discusión:

Entre los hallazgos más significativos encontrados en este trabajo, cabe destacar, con respecto al contexto y variables socioeconómicas, que en más de la mitad de los usuarios del Pasteur se desconoce su escolaridad, lo que lleva a presuponer que la alfabetización no es un factor que los profesionales jerarquicen a la hora de abordar a las personas con diabetes en el Centro de Salud. Sin embargo, en nuestro país, la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2009, señala que el menor nivel educativo se asocia significativamente con una mayor prevalencia de diabetes o glucemia elevada. Por su parte, otras investigaciones han identificado al nivel educativo como un factor potencialmente asociado a la calidad del control metabólico (15), así como a la desigual distribución social de otras condiciones crónicas (16) evidenciándose de este

modo la importancia de consignar esta información en la historia clínica, problematizar y tener en cuenta el nivel educativo de estos pacientes, de manera de plantear estrategias de seguimiento y un armado del proyecto terapéutico acorde a sus necesidades.

Otra dimensión de relevancia es la consideración de las microáreas donde viven los pacientes. En la muestra estudiada, el 31.5% de los diabéticos pertenece a alguna de las microáreas priorizadas (esto es, microáreas que concentran mayores condiciones de vulneración). Si se tiene en cuenta a la vez que, según surge de los datos, los pacientes residentes en microáreas vulnerables, cuentan con peores indicadores en lo que hace a parámetros de control metabólico (Hb glicosiladas alteradas), la consideración de las microáreas de pertenencia, debería configurarse como elemento sustantivo a la hora de planificar el abordaje de esta población desde el CS.

Con respecto al proceso de atención, se constató que solo en 23 casos se pudo determinar la antigüedad en

el diagnóstico de DBT según los registros de historia clínica. Es sabido que los años transcurridos en el diagnóstico de diabetes influyen en el pronóstico y por lo tanto el seguimiento y tratamiento de los pacientes, por ejemplo la enfermedad renal diabética se desarrolla después de 10 años de evolución de la enfermedad en general, y a los 5 años en DBT tipo1; pero puede presentarse ya en el momento del diagnóstico (17). Podemos entender entonces la importancia de ser más rigurosos a la hora de completar la historia clínica ya que la antigüedad en el diagnóstico podría orientar a prever el momento de aparición de complicaciones de la enfermedad.

Con respecto a las consultas realizadas por los pacientes, existe un 20,4% de los usuarios que no realizaron ningún tipo de consulta excepto el retiro de su medicación crónica durante el periodo en estudio. Dado que tampoco existe ningún tipo de registro en las fuentes estudiadas de las posibles razones de este hecho, caben hipotetizar diferentes posibilidades. Más del 60% de ese grupo de pacientes vive en microáreas no caracterizadas como vulnerables, entonces ¿podría tratarse de usuarios que accedieron a cobertura social suspendiendo temporalmente la atención en efectores públicos?, ¿se trataría más bien de un indicador que alerta sobre posibles problemas de acceso a la atención?, ¿se trataría de situaciones particulares de pacientes que han dejado de controlarse por otras razones como por ejemplo mudanza a otro barrio?

Otro hallazgo relevante alude al hecho de que existe un porcentaje importante de pacientes que llegaron a consultar pero no se les solicitó a todos hemoglobina glicosilada y/o estudios de órgano blanco (en el transcurso de un año), hallazgo que ameritaría una profundización en investigaciones posteriores, sobre todo si se considera la importancia de estos estudios para

diagnosticar rápidamente complicaciones o mejorar el control metabólico. Se pueden pensar varias hipótesis para este problema: cada consulta en un paciente es una oportunidad para realizar un seguimiento, sin embargo, muchas veces si no se trata de un turno programado, no se le solicitan estudios, solo se atiende el problema agudo, a pesar de que este problema puede ser consecuencia de su enfermedad crónica. La vorágine diaria en el consultorio y por momentos la alta demanda puede ser otro factor que atente contra la clínica ampliada, pareciera que se persigue más la idea de cantidad de atenciones que de buenos resultados en las mismas. Otra hipótesis remite a la falta de conocimiento o actualización de los profesionales responsables de los procesos de atención.

Por otro lado, en cada uno de los estudios solicitados, existe un porcentaje considerable de casos en que no fueron realizados. Este último punto tiene una gran complejidad de análisis porque intervienen distintos factores vinculados a posibles dificultades tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, entre otros: problemas en el acceso a los turnos, horizonte de turnos muy prolongados, cupos, etc., además de posibles dificultades de los usuarios.

Un desfasaje similar se observa entre las interconsultas solicitadas a otras especialidades y las realizadas. También aquí puede presuponerse la intervención de diversos factores como horizontes prolongados de turnos, vale decir el tiempo que transcurre entre la fecha en la que se solicita la interconsulta y la fecha efectiva del turno con el especialista. Muchas veces los tiempos de espera superan los 30 días. A esto se suma que el paciente no se va con el turno del especialista el día en que su médico de cabecera se lo solicita, sino que debe volver reiteradas veces al Centro de Salud para chequear si ya fue otorgado el turno del especialista,

pudiendo perderlo fácilmente si justo el día o la semana en que se consiguió el turno el paciente no se acerca al centro de salud a consultar por el mismo.

Con respecto a las complicaciones de la diabetes y su control, se constató en primer lugar un déficit de registro, considerando que en 23 usuarios esta información no estaba consignada de ninguna forma en la historia clínica. En efecto, no se encontraron datos referentes a exámenes complementarios, o vinculados a indicadores del examen físico, que permitan descartar complicaciones. Como sabemos desde el punto de vista legal toda intervención que no haya sido consignada en la historia clínica se considera como no realizada, esto repercute directamente en la salud de los pacientes. El no consignar datos fundamentales del examen físico tales como la sensibilidad o pulsos de los miembros inferiores de los pacientes arriesga a los mismos a complicaciones por una neuropatía por ejemplo. En contrapartida, un examen físico completo y la solicitud de estudios complementarios permite extremar los cuidados y prevenir complicaciones como el "pie diabético", entre otras. Por otro lado, es factible realizar el estudio de los pies en todos los pacientes, ya que no requiere mayor tecnología, sólo capacitación de los profesionales. Las razones posibles de incumplimiento son la falta de conocimiento sobre su trascendencia, no sentirse con la destreza necesaria, o bien el descuido. (18)

En la muestra estudiada, se encontró que un 35,7% de usuarios, presentó complicaciones, siendo las prevalentes retinopatía y neuropatía.

En 2010, la retinopatía diabética causó el 1,9% de las alteraciones visuales moderadas y graves en el mundo y el 2,6% de los casos de ceguera. Según un metaanálisis realizado sobre 35 estudios realizados en EEUU, Australia, y países de Europa y Asia, la prevalencia de retinopatía de cualquier tipo en enfermos de diabetes es de un 35%, mientras que

la prevalencia de retinopatía proliferativa (que puede causar ceguera) es de un 7%. (19). No obstante en la muestra estudiada, se encontraron prevalencias sustancialmente menores (13%). Por su parte, en un estudio similar llevado a cabo en centros de atención primaria en México (20), la prevalencia de retinopatía encontrada fue de alrededor del 27%.

Con respecto a la Neuropatía se obtuvo un 13% de los pacientes contra el 41% según un estudio publicado en el 2010 en la Argentina (21) y 42,6% según un estudio realizado en Mexico (22). En este estudio se encontró asimismo un 10,8% de pacientes con Pie diabético contra un 8,6% encontrado en los pacientes diabéticos del centro de salud.

Con respecto a la Nefropatía, la prevalencia encontrada entre los diabéticos adscritos al CS es similar a los valores planteados por la Sociedad Argentina de Diabetes, esto es, una prevalencia que oscila entre el 4 y el 17% a los 20 años de enfermedad (23) pero según el estudio Mexicano mencionado en el párrafo anterior la prevalencia es de 20,5% (24) mostrando localmente menor prevalencia en la mayoría de las complicaciones que las presentadas en México.

Como se mencionó anteriormente en los resultados, los peores valores de la Hb glicosilada se asociaron con la condición de residir en microáreas vulnerables, sugiriendo así el peso de los determinantes sociales en las características particulares que adquiere el problema de la Diabetes. Según muestra un estudio Británico realizado en el 2004, la posición socioeconómica está estrechamente vinculada a la accesibilidad a servicios médicos de calidad. De los 17 indicadores de calidad que tomaron de la atención a las personas con diabetes mellitus, 10 se han asociado adversamente con situaciones de desventaja social. En estos grupos poblacionales

se encuentra con una mayor frecuencia incumplimiento de los chequeos siguientes: IMC, hemoglobina glicosilada, pesquiza de retinopatía, toma de tensión arterial, pesquiza de neuropatía, vacunación antigripal, determinación de creatinina, determinación de colesterol, chequeo del pulso y determinación de microalbuminuria. Esto contribuye a la mayor frecuencia de complicaciones graves y de mortalidad prematura en grupos de bajo nivel socioeconómico. (25)

CONCLUSIONES

En el artículo "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", Eduardo Menéndez plantea: *"Un aspecto importante a recordar, es que el médico no tiene formación profesional sobre los factores y procesos sociales y culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos; salvo en el campo salubrista donde puede haber formación sistemática, el resto del personal de salud incluye estos aspectos, si es que le interesa, a través de sus posibilidades y habilidades personales y no de una formación técnica específica. No obstante no es el factor que más me interesa analizar, ya que para mí el más decisivo es observar si el personal de salud considera estos factores como importantes de manejar a nivel de su acto médico, y de ser importantes ¿cómo los utilizaría para contribuir a aliviar, controlar o curar el padecimiento? Y frente a este interrogante debemos reconocer que en el nivel de la intervención la mayoría de los médicos dejan de lado dichos aspectos; una cosa es reconocer que la situación de extrema pobreza y marginalidad incide en la desnutrición y otra poder operar con dichos factores en la intervención clínica..."* (26). Sin duda, el planteo de Menéndez interpela a quienes trabajamos en sistemas de salud públicos y particularmente, a quienes trabajamos en el primer nivel de atención, con res-

ponsabilidad sobre el cuidado de salud de sectores poblacionales altamente vulnerados.

La presente investigación ha permitido identificar una clara insuficiencia en los registros de historias clínicas, hecho que, como se ha destacado anteriormente plantea dificultades a la hora de planificar y valorar el impacto de los proyectos terapéuticos de los pacientes y por lo tanto, la calidad de atención de los mismos.

Con respecto a calidad de atención según un proyecto realizado en la facultad de Medicina de Tucumán la evaluación de la calidad de la atención de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención debe ser preocupación permanente tanto del personal de conducción y administración del sistema de salud como del que se desempeña en ese nivel y de la comunidad, ya que la capacidad resolutive y el adecuado desempeño del mismo, condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema (27). Una de las metodologías a usar es la Auditoría de Historias Clínicas que consiste, en la evaluación retrospectiva de la Calidad de atención en base a la información que el personal de salud vuelca en la Historia Clínica de cada usuario, puntuando concretamente la presencia o no de registros en las mismas.

Otro hallazgo del estudio que genera nuevos interrogantes es el referido a las acciones concretas que derivan de la caracterización de microáreas vulnerables en los efectores del primer nivel. Esto en virtud de que esa caracterización no pareciera traducirse en estrategias de abordaje distintivas que fortalezcan/prioricen el abordaje de esos sectores.

Se observó en los registros de las historias clínicas escasa intervención de salud mental, hecho llamativo si se considera la importancia de esa dimensión en lo que hace a la adherencia al tratamiento. Al respecto cabe preguntarse si se trata de la posible existencia de difi-

cultades para el trabajo interdisciplinario al interior del CS, de problemas de acceso para un turno en salud mental, o bien la falta de registro de las intervenciones en la historia clínica.

Una limitación a señalar del presente estudio remite al hecho de no haber relevado si el paciente realiza o no actividad física y dieta, como así tampoco si estas son prescriptas por los profesionales, siendo ambas cosas de vital importancia para el logro de un adecuado control metabólico según la bibliografía consultada para este trabajo. Así, sería de interés en futuras investigaciones valorar en qué medida estos aspectos son tenidos en cuenta a la hora del armado del proyecto terapéutico con los pacientes diabéticos, así como el registro de estos acuerdos en la Historia Clínica

Las guías utilizadas para realizar este trabajo coinciden en la importancia de la prevención en diabetes, de la pesquisa a tiempo de las complicaciones y de una conducta terapéutica acorde a los hallazgos obviamente clínicos y en los estudios complementarios. Sin pasar por alto que intermedian varios factores en la realización o no de un estudio complementario, ya sea del sistema de salud o del propio usuario, el equipo de salud es un actor fundamental en el fortalecimiento de factores que protejan la salud de los mismos. Quiero decir con esto, la responsabilidad de realizar o no un seguimiento según lo recomendado, un correcto examen físico buscando las principales complicaciones, solicitar efectivamente o no un estudio de comprobada utilidad para el seguimiento de los mismos, la gestión para priorizar o no dicho estudio ante el sistema de salud según requiera el usuario, la lectura e interpretación de los resultados, como así también lo fundamental de su registro en la historia clínica como requisito de calidad y con esto el armado de su proyecto terapéutico pensando al usuario con diabetes como un sujeto social con derecho a participar activamente en la construcción de este proyecto y

a acceder a una atención integral con prácticas amplias y contextualizadas en su atención.

Finalmente considerando que una preocupación fuerte de este trabajo se vinculaba con el grado de equidad que orienta las prácticas en nuestro sistema de salud, podría decirse que los hallazgos encontrados ponen de relieve la complejidad de analizar posibles diferencias evitables e injustas en los procesos de enfermar. Asimismo, alertan sobre la necesidad de los equipos de trabajo de revisar sus propios procesos de trabajo a fin de que sus modos de intervención no contribuyan a acentuar la desigualdad en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Feudtner, C. *Diabetes. La paradoja de la tecnología moderna*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud; Vol. 89: 81-160, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/11-040211/es/>
- 2) Colagiuri, R. *Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021*, disponible en: <http://www.idf.org/>
- 3) *Idem 2*
- 4) *Informe mundial sobre Diabetes*. World Health Organization. 2016 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=023BF1CDD2CD651B900CF13D2552C87E?sequence=1.
- 5) World Health Organization. *Division of Analysis, Research and Assessment*. (1996). *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva : World Health Organization.
- 6) Han Cho N., Kirigia J., Mbanja JC., Ogurtova K., Guariguata L., et al. *La prevalencia estimada de Diabetes en Argentina*, International Diabetes Federation (IDF) *Diabetes Atlas Third Edition :Executive Summary. Prevalence and Projections*. 2006; 1: 80-84.
- 7) O´Toole G., Escobar H, Vidal L. *Primeras Causas de Defunciones, tasas por cien mil habitantes y porcentajes por total de grupo de edad y sexo. Provincia de Santa Fe. Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe, primer informe, Sala de situación del Ministerio de Salud de Santa Fe, pp 17-20*. 2008.
- 8) *dem 2*.

- 9) Vidal M., Ontivero N., López González G., Nieto R., Muñiz C., Mardoni D., Ronco J. Diagnóstico de situación de las personas que reciben tratamiento farmacológico para diabetes adscripta a los Centros de Salud de la red municipal en el periodo comprendido entre junio de 2012 y julio de 2013. (Documento de trabajo)
- 10) Barquilla García A., Mediavilla Bravo J.J., Comas Samperc J.M., Seguí Díaz M., Carramiñana Barrerae F., Zaballos Sánchez F.J. Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de la diabetes mellitus. SEMERGEN Medicina de Familia. 36(7): 386-391. 2010. Disponible en: https://g-se.com/uploads/blog_adjuntos/recomendaciones_delasociedadamericana-dediabetes_paraelmanejodeladiabetesmellitus.pdf
- 11) Lopez Gonzalez G., Ontivero N. Caracterización de la población en tratamiento farmacológico para HTA, DBT, Dislipemia adscripta a los Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario durante el año 2015. Documento de trabajo.
- 12) Censo del año 2010, Santa Fe, Argentina. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93664>
- 13) Vilaça Mendes E. Distrito Sanitario: O proceso social de mudança das práticas sanitarias do Sistema Unico de Saude. Hucitec Abrasco. Sao Paulo-Rio de Janeiro; 1993.
- 14) Ministerio de Salud. Sectorial de Informática. Disponible en: https://salud.santafe.gov.ar/sicap/cap/includes/mapas/ac_mapa/mapa.php
- 15) Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., Borda, M., Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte [en línea] 2005, (julio-diciembre) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702104>
- 16) Álvarez-Castaño, LS., Goez-Rueda, JD., Carreño-Aguirre, C. "Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Revista Gerencia y Políticas de Salud [en línea] 2012, 11 (Julio-Diciembre) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297007>
- 17) American Diabetes Association. Foundations of care and comprehensive medical evaluation. Sec. 3. In Standards of Medical Care in Diabetes 2016. Diabetes Care 2016; 39(Suppl. 1):S23-S35
- 18) Narayan KM, Gregg EW, Engelgau MM, Moore B, Thompson TJ, Williamson DF, et al. Translation research for chronic disease: the case of diabetes. Diab Care 2000;23:1794-1798.
- 19) Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureaux EL, Kowalski JW, Bek T, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. Diabetes Care. 2012;35:(3)556-564.
- 20) Sabag-Ruiz, E., Álvarez Félix E., Celiz-Zepeda S, Gómez-Alcalá A. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 415-421.
- 21) Galdeano F., Zaccari S., Parra V., Giannini M.E., Salomón S., Manifestaciones cutáneas de la diabetes mellitus y su importancia clínica Dermatologia Argentina, 2010; 16(2): 117-121.
- 22) Idem 20.
- 23) Arinovich B. Datos epidemiológicos. Distintos tipos de diabetes, enfermedad renal de nefropatías no diabéticas: glomerulopatía, obesidad y litiasis. Nefropatía diabética. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. Sep. 2017; 51(3): 64-68.
- 24) Idem 20.
- 25) Hippisley-Cox J, O'Hanlon S, Coupland C. Association of deprivation, ethnicity, and sex with quality indicators for diabetes: population based survey of 53 000 patients in primary care. British Medical Journal. 2004; 329:1267-9.
- 26) Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207.
- 27) Crivelli E.M., Viviana, CALIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA, Aporte Metodológico para su Evaluación, Proyecto UNI Tucumán Facultad de Medicina UNT Cátedra de Salud Pública. Moreno, Tucumán 1998.

CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA EN EL MARCO DEL ESTUDIO EQUITY LA II¹:

La relación entre los hábitos profesionales y la propuesta política sanitaria en el Municipio de Rosario

*"Era un hombre sin experiencia colectiva,
lo que se dice un individuo..."*

CÉLINE

Adriana Huerta²

RESUMEN

El presente artículo analiza posibles obstáculos para la construcción participativa de intervenciones de mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, por parte de los actores integrantes de la red de servicios de salud del Municipio de Rosario. Se basó en el análisis de entrevistas en profundidad realizadas a trabajadores de primero, segundo nivel y gestores en el marco del Proyecto Equity LA II "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina" a lo largo de 2015 y 2016.

Entre los hallazgos principales se identifica la persistencia de lógicas de trabajo diferentes en cada nivel, relaciones de poder entre médicos hospitalarios y médicos de centros de salud, identidades profesionales ancladas a los espacios institucionales que dificultan el reconocimiento del otro como actor necesario para un proceso de atención de calidad. Se concluye acerca de la importancia de crear dispositivos de tra-

bajo que posibiliten el encuentro entre actores de los distintos niveles, como instancia para construir el reconocimiento del Otro como un Otro legítimo, implicado en procesos de atención - cuidado complejos, para dar consistencia a respuestas sanitarias acordes a las necesidades de la población más vulnerada.

Palabras Clave: Estrategia de Atención Primaria- Hábitos profesionales. Participación.

1 El Proyecto Equity LA II es un proyecto colaborativo financiado por la Comisión Europea, como Acción de Cooperación Internacional Específica (SICA), del Séptimo Programa Marco (7PM): Cooperación, Salud.

2 Coordinadora Área de Investigación Secretaría de Salud Pública. E-mail: huerta.adriana@gmail.com

SUMMARY

This paper analyzes possible obstacles for the participatory construction of interventions to improve coordination between levels of care, by the professionals in the health services network of the Municipality of Rosario. It was based on the analysis of in-depth interviews with first, second level workers and managers in the framework of the Equity LA II Project "Impact of strategies for integrating care in the performance of health service networks in different systems of health in Latin America" throughout 2015 and 2016.

The persistence of different logics of work at each level, power relations between hospital doctors and Primary Care Center doctors, professional identities anchored to institutional spaces that hinder the recognition of the other as a necessary actor for a process of quality care were the main findings. It concludes about the importance of creating working devices that allow the meeting between actors of different levels, as an instance to build the recognition of the Other as a legitimate Other, involved in complex care processes, to give consistency to sanitary responses according to the needs of the most vulnerable population.

Key Words: Primary Care Strategy - Professional Habitus. Participation.

INTRODUCCIÓN

De diferentes maneras, la brecha entre la producción de información del campo de la investigación en salud y la toma de decisiones propia del campo de la gestión política en países de América Latina, ha constituido una preocupación de larga data para organismos internacionales como OPS, IDRC (Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá), o UNESCO. Diversas razones se han señalado para explicar esta brecha. Entre otras, la condición de operar diferentes

racionalidades entre los actores de la Universidad -considerada como instancia privilegiada de producción de conocimiento a través de la investigación- y los tomadores de decisión del campo de la política; la complejidad del proceso de toma de decisiones en la arena política, en la cual, el conocimiento científico constituiría en el mejor de los casos un insumo más en el proceso, no el único ni el más importante; la escasa difusión de resultados derivados de la investigación; el desencuentro entre los contenidos priorizados en las investigaciones y las prioridades de la agenda política (1,2,3). Por su parte, Daniel Maceira (4), investigador de CONICET hace alusión a la denominada Brecha 10/90, metáfora que señala que a nivel mundial, menos del 10% de los recursos de investigación se destinan a abordar el 90% de los problemas de salud que afectan a los países del tercer mundo.

En septiembre de 2014, tuvo lugar en la ciudad de Santa Fe, el III Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas. En ese marco, Pier Paolo Balladelli, representante de OPS en Argentina, señalaba algunos rasgos problemáticos que presenta actualmente la investigación en salud pública en nuestro país, a saber, que el conocimiento sistemático y publicado acerca del tipo de problemáticas investigadas, su carácter innovador y su relevancia e impacto para las políticas públicas en salud, en base a las prioridades orientadas a la búsqueda de la equidad en salud resulta aún insuficiente (5). En ese marco señala la necesidad de vincular el concepto de **calidad científica** con el concepto de **relevancia social**, en el sentido de que los resultados de las investigaciones puedan incidir en las problemáticas de salud prioritarias de las poblaciones. Otro aspecto problemático señalado alude a la insuficiencia de estudios que valoren el impacto de los programas de investigación en el mejoramiento de los sistemas y servicios de salud, en las políticas y en la salud de las

poblaciones (6); si bien reconoce que los desarrollos de investigación constituyen apenas una de las variables que intervendrían en estas mejoras, destaca la importancia de relevar cuál es la medida de esa contribución.

Finalmente sostiene que no siempre se ha logrado que la transferencia de conocimientos y tecnologías producidos asegure la utilidad de los resultados para resolver los problemas; esto debido en muchos casos a la inexistencia de dispositivos de vinculación adecuados entre los resultados de las investigaciones y los usuarios de dichos resultados.

Atendiendo a ese contexto problemático, resulta de interés la experiencia desarrollada en el marco del Proyecto "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina" (Equity-LA II). En efecto, se trata de un estudio que propone como componente clave, el diseño de estrategias de intervención que mejoren la coordinación entre niveles asistenciales, con una lógica de construcción participativa por parte de los propios actores de la red de servicios, básicamente trabajadores de los equipos de salud y gestores. El Proyecto Equity está coordinado por el Consorci de Salut i Social de Catalunya y financiado por la Comisión Europea y se desarrolla en redes de salud pública de seis países de América Latina: México, Colombia, Brasil, Chile, Uruguay y Argentina. En este último, en el ámbito de dos distritos de la red de salud municipal de Rosario. El proyecto consta de tres momentos, el primero ligado a un diagnóstico y caracterización de situación de las redes en estudio, un segundo momento vinculado al diseño e implementación de intervenciones de mejora de la coordinación en una de las redes y un tercer momento orientado a la evaluación del impacto de dichas intervenciones.

YO GESTIONO, TU GESTIONAS, EL GESTIONA, ¿NOSOTROS...?

Una cuestión clave en la meta de construcción consensuada de una intervención de mejora de la coordinación entre niveles, tiene que ver con algunos desafíos/dificultades propios de las organizaciones de salud, y en general, de toda organización social, a saber, ¿cómo producir el pasaje del sujeto singular al sujeto colectivo para el logro de un objetivo común? Cuestión ligada a otro nudo problemático, ¿cómo conciliar la disputa por el poder con la construcción común? ¿Cómo conciliar diversidad de intereses con cooperación solidaria?

Se trata de interrogantes sustantivos que diferencian la lógica normativa y la lógica estratégica en el campo de la salud. Y se trata de aspectos de la gestión que, de no ser tomados en cuenta, pueden conducir a fracasos en materia de propuestas sanitarias que se deseen implementar.

Por su parte Mintzberg (7), desde otra perspectiva, señala cómo los componentes de cualquier organización operan ligados o divididos por creencias, representaciones, tradiciones que modelan la cultura de las organizaciones, a la vez que disputan la distribución de poderes y recursos. En relación específicamente a las organizaciones de salud, las considera "organizaciones profesionales", caracterizándose por la alta calificación requerida para la producción de servicios y la marcada autonomía en las decisiones respecto a la modalidad de producción de los servicios. Como contrapartida, serían organizaciones en las que los niveles de gestión tendrían acotado su poder de toma de decisión. En tal sentido, Dussault plantea que *"la autonomía profesional tiende a favorecer la segmentación en grupos con intereses divergentes, lo que explica la dificultad de hacer cambios a nivel de la organización como unidad"* (8).

He ahí entonces, el principal reto

del proyecto Equity en el ámbito de la red municipal de Rosario. ¿Cómo avanzar en la construcción de consenso en torno a una estrategia de mejora de la coordinación entre niveles, considerando que en esa misión estarían implicados grupos profesionales de Centros de Salud y de ámbitos hospitalarios que parecen inscribir sus prácticas en modelos sanitarios diferentes? Los primeros en la estrategia de Atención Primaria, los segundos en la lógica más tradicional hospitalocéntrica. Diferencias que a su vez, exceden la definición político-sanitaria, que en el caso del Municipio de Rosario, claramente adscribe a la estrategia de Atención Primaria como organizadora de la red de servicios.

Puede visualizarse que el reto al que hago referencia va más allá de una prescripción generada desde instancias de gestión en ajuste a los tiempos de un proyecto de investigación; me refiero a la posibilidad efectiva de cambios que impacten en el *habitus* de los colectivos de trabajo. El *habitus* opera como un principio generador de prácticas reproductoras de las estructuras, según Bourdieu (9), siendo al mismo tiempo prácticas "naturalizadas". De allí que toda pretensión de transformación de la realidad es posible a condición de comprender cuáles son las lógicas que estructuran las prácticas de los diversos actores sociales, y comprender esa lógica supone abordar la relación construida entre las estructuras sociales externas (en este caso, las condiciones objetivas de los escenarios de trabajo) y las estructuras sociales internalizadas, la historia, lo social hecho cuerpo, (en este caso las significaciones, percepciones, representaciones que los actores otorgan a los procesos de trabajo) (10).

En este sentido, el presente artículo tiene por objeto comprender las lógicas que subyacen a las prácticas de los actores en una de las redes estudiadas, como condición necesaria para pensar la construcción participativa de intervenciones de mejora de la coordina-

ción entre niveles. Para ello se analiza un corpus de ocho entrevistas llevadas a cabo con gestores y trabajadores del primero y segundo nivel del Distrito Noroeste en el primer momento del proyecto.

ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

¿Cómo se aborda esa particular relación entre estructuras sociales externas y estructuras internalizadas? Una vía privilegiada para ello es la vía del discurso. Ésto, en consonancia con la perspectiva de autores como Foucault (11) para quien, en las diversas tramas discursivas, pueden rastrearse los regimenes de verdad que operan en las relaciones entre los sujetos; autores como Van Dijk (12) para quien los enunciados lingüísticos pueden incluso considerarse creadores de las relaciones de poder y de las diversas verdades que condicionan la acción de los actores; y autores como Fairclough (13) que reconocen el carácter dialéctico que opera entre discursos y prácticas, en el sentido de contribuir los discursos a configurar las prácticas y a la vez ser configurado por ellas.

Así, este tipo de abordaje (enmarcado en el campo de las metodologías cualitativas) es solidario con la concepción de los escenarios de trabajo (y en particular del trabajo en salud) como espacios de configuración de subjetividades, apuntalamientos identitarios, construcción de significaciones compartidas, y de los trabajadores como actores sociales que a través de sus prácticas pueden contribuir a la reproducción o a la transformación de estos escenarios.

Siguiendo la propuesta de Fairclough, que constituye a la vez un marco conceptual y un modelo analítico, se desarrollará el análisis de los textos en torno a tres ejes:

- *El discurso como texto*, intentado develar qué tipo de relaciones sociales se establecen entre los actores de la red, qué identidades son configuradas

y qué impacto tendría ello en términos del desarrollo o no de estrategias de coordinación entre niveles; qué representaciones respecto de las prácticas en el ámbito de la red de salud son vehiculizadas en los distintos discursos.

- *El discurso como práctica discursiva*, donde se intentará relevar qué órdenes del discurso se evidencian en la producción de los textos de los entrevistados, a qué recursos discursivos apelan y cómo los utilizan y articulan, aspectos vinculados a la intertextualidad.

- *El discurso como práctica social*, intentando en un nivel explicativo develar cuáles son los efectos políticos e ideológicos de esas prácticas de discurso y cuáles son los condicionantes contextuales, institucionales que dan lugar a esos particulares eventos discursivos. En qué medida esas prácticas contribuyen a naturalizar, reproducir o transformar el orden dado de las relaciones en el ámbito de salud.

Las preguntas centrales que guiarán el análisis son:

¿qué identidades sociales se configuran en los discursos de los actores de la red de salud municipal?

¿qué marco ideológico da soporte a esas identidades?

¿qué tipo de relaciones se establece entre profesionales a partir de esa configuración identitaria?

¿qué relaciones se establecen entre dichas identidades y las prácticas profesionales?

Atención Primaria: ¿Ser o no ser?

El sistema de Salud del Municipio de Rosario reconoce la estrategia de Atención Primaria, como eje estructurante de la red de servicios. En efecto, en 1990, se crea en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública (SSP) la Dirección de Atención Primaria, con un fuerte apoyo político del propio gobierno municipal. La creación de esta Dirección, supuso en simultáneo, la supresión de la dependencia de los Centros de Salud de los efectores hospitalarios conjunta-

mente con una creciente capacidad de gestión presupuestaria y administrativa (14). Es un momento caracterizado por una fuerte impronta de participación social como así también del colectivo de trabajadores del primer nivel, los llamados "trabajadores de Atención Primaria", consolidándose en este colectivo un claro discurso político de defensa de la Atención Primaria como estrategia organizadora del sistema. En esta dirección, en el año 2003, se implementa el Proyecto de Adscripción de Ciudadanos a través de Equipos de Referencia "con el objetivo de garantizar equidad en el acceso a los niveles de mayor complejidad. En dicho proyecto se privilegió el primer nivel de atención como puerta de entrada y nivel de referencia de los pacientes..." (15). Hacia el año 2011, se produce el cambio de nominación de la antigua Dirección de Atención Primaria a la actual Dirección de Centros de Salud.

Tal como señala un entrevistado, gestor del 1º nivel de atención, esta definición implica comprender que todos los actores de la red, independientemente del efector en que se desempeñen (Centro de Salud u Hospital) forman parte de la estrategia de APS.

E: *El sistema de salud de Rosario esta eh... armado con un espíritu, una lógica de red, ¿sí? A la vez, que aunque no es lo mismo, está pensado en niveles, y parte del cambio, que... bueno esta Dirección dentro de la atención primaria, de los Centros de Salud, es que la Atención Primaria involucra a todos los niveles de la red y no solo una restricción del primer nivel. Así que también en ese sentido, hace un par de años se cambió el nombre de la Dirección...* (Antes se denominaba Dirección de Atención Primaria, actualmente Dirección de Centros de Salud)

Gestor 1º nivel de atención

Una cuestión a analizar sería en qué medida el cambio de nombre de la Dirección de Centros de Salud, refleja un

cambio en el imaginario de los trabajadores de los distintos niveles de la red. Ésto si se comprende la importancia estratégica de reconocerse como trabajador de (la estrategia de) Atención Primaria (identidad que englobaría en un mismo colectivo a todos los actores de la misma red de salud), y no sólo como trabajador del Hospital X o trabajador del Centro de Salud J (representación que da lugar a identidades correspondientes a diferentes colectivos de trabajo)

Al respecto, en el siguiente fragmento discursivo de una entrevista a un gestor del nivel central de SSP pueden observarse los distintos actores que están implícitos y las identidades que de él se desprenden.

E2: *...Creo que en algún momento este acompañamiento que había que hacer desde los segundos y terceros niveles al primer nivel quedó como medio atrás; porque es como que acá lo que era el primer nivel se llenó de mucha gente nueva con toda esta energía del cambio, el escenario los apoyaba... Después eso no se trabajó tanto, ... y todo ese trabajo que había que hacer con los servicios para que pudieran acompañar el sistema fue mucho más lento; entonces eso empezó a generar quiebres y cansancio y desgaste. Entonces la gente de los centros empezó a decir: "Escucháme, esto está todo muy lindo pero yo cuando necesito turno con un oftalmólogo, tengo que esperar tres meses, ¿de qué me están hablando? ¿De que esto es eficiente? Esto no sirve!".*

Gestor SSP

En términos de identidades, en este fragmento se configura explícitamente un actor que es la gente del primer nivel, caracterizada como "nueva", con "energía de cambio". No hay una caracterización explícita de la gente del segundo y tercer nivel, lo que abriría el margen para que el receptor construya esa caracterización por oposición a lo

que es atribuido al primer nivel, por tanto: gente vieja, sin deseo de cambio.

Considerando la modalidad (16), el fragmento se inicia de un modo ambivalente puesto que comienza con una expresión de certeza (*Es cierto que...*) y a renglón seguido "*Creo que*", atenuando así la fuerza de la aserción. En la misma línea, el uso de subjuntivos (había que hacer...pudieran), y ciertos adverbios (como medio) denotan una baja afinidad del sujeto con la proposición y restan fuerza a lo que se está enunciando.

Además, en este fragmento se hace uso de la forma pasiva (*este acompañamiento que había que hacer*, *todo ese trabajo que había que hacer*) que escotomiza cuál es el agente, el sujeto activo que sería responsable por todo ese trabajo que había que hacer. Esta construcción pasiva produce un efecto de neutralización sobre aquello que intenta comunicarse.

Por otro lado, el entrevistado apela al recurso intertextual de representación directa del discurso, introduciendo un texto emitido por otro agente, la "*gente de los Centros*", con la intención comunicativa de dejar explicitada una crítica al sistema vinculada a las dificultades de acceso a la atención especializada. Pero el uso de la primera persona (*Yo, cuando necesito turno con un oftalmólogo...*) señala como agente activo de esa crítica a la gente de los Centros, antes que al propio sujeto de la enunciación. Otro detalle a señalar aquí es un posible deslizamiento por el cual la necesidad del oftalmólogo que en realidad sería de los pacientes, pasa a constituirse como necesidad de los médicos del primer nivel.

Por su parte, un jefe de Centro de Salud de primer nivel de atención enuncia:

E: *La verdad es que los niveles de atención no sostienen un eje de procesos con similares características. Nosotros siempre decimos que el derecho a la salud pareciera que es solamente una*

responsabilidad del primer nivel... Si bien nosotros tenemos identificadas algunas situaciones más puntuales, en general hay cuestiones que bueno, si las pensamos en términos de turnos por especialidades médicas, nosotros estamos teniendo una demora en los turnos que hace que el proceso de atención no se pueda llevar a cabo como proceso. Qué se yo... Tenemos especialidades con mucha más dificultad para acceder a los turnos...

(...) Siempre... en ese sentido tenemos, con respecto a los turnos por especialidades, muchísima dificultad para cumplir con los tiempos... con algunos...

Jefe de Centro – 1º nivel

El discurso del entrevistado parte del enunciado *“La verdad es que los niveles de atención no sostienen un eje de procesos con similares características...”*, velando al sujeto de la enunciación y proyectando por tanto, lo que en realidad es su propio punto de vista (*“Yo pienso que los niveles de atención...”*) como una verdad universal. A su vez, cierra ese tramo de la entrevista con el uso del adverbio *“siempre”* (*Siempre... en ese sentido tenemos, con respecto a los turnos por especialidades, muchísima dificultad para cumplir con los tiempos*), ya utilizado en otro tramo (*Nosotros siempre decimos que el derecho a la salud...*), adverbio que contribuye al efecto de eternización; esto es, presentar una situación no como enmarcada en un espacio de tiempo sino como eterna.

Respecto de las identidades, pueden ubicarse dos actores, *“Nosotros”* que alude a los del primer nivel y *“las especialidades”*. Los primeros, signados como responsables de garantizar el derecho a la salud, las especialidades signadas por ser quienes dificultarían el alcance de ese derecho. Una particularidad de ese *“nosotros”* es que también fusiona otro actor que no está explicitado, que es el paciente, estrictamente, la demora para acceder a los turnos,

afecta fundamentalmente a los pacientes. Así, la condensación que opera en el *“nosotros”* permitiría hipotetizar una fuerte identificación de los profesionales del 1º nivel con las necesidades de los usuarios.

Dispositivos de gestión de la red: Algunas reconfiguraciones

A partir de 1995, y como parte del proceso de consolidación de la estrategia de APS, se implementan en la Dirección de APS las Coordinaciones Distritales, estructura de gestión que, leyendo las necesidades del territorio, debía operativizar respuestas acordes articulando con actores de los otros niveles de atención. Al respecto, uno de los entrevistados expresa el desgaste de esa modalidad de gestión, atribuyendo el mismo a su falta de capacidad para la resolución de problemas, y su retracción actual al interior del primer nivel:

“Hubo otro espacio en otro momento, que ahora no está desarrollado: espacios distritales que en algún momento invitaban a especialistas, donde se juntaba alguien que venía del hospital, alguien que venía de los equipos de los CS, más el Coordinador de Distrito que había y en algún momento, había un Coordinador de Servicios de Salud para el distrito, además del Coordinador de Distrito... Cuando yo volví a la secretaría existían esas figuras como Coordinadores Territoriales de Servicios de Salud, más el Coordinador de APS, que hacían una reunión de distrito donde discutían distintos problemas sanitarios del distrito. Y en ese momento sí se invitaba a un coordinador para tratar algún tema: cirugía, oftalmología, eh...un coordinador o algún especialista para discutir... Fue un espacio muy rico, en mi opinión, como lugar de diagnóstico pero poco productivo para la solución de los problemas. Entonces fue un espacio no que se agotó, sino que se fue discontinuando y en este momento se hace exclusivamente en el ámbito de APS: se juntan los Centros con el coordinador

de APS...a veces puede ser que vayan del hospital pero es más restringido a APS, a coordinar el primer nivel de atención." Gestor SSP

Por su parte, otro entrevistado (gestor del primer nivel de atención) manifiesta las razones que, desde su perspectiva, dieron lugar al surgimiento reciente de otra estructura de gestión, los denominados Coordinadores Transversales, conformada por médicos especialistas de extracción hospitalaria.

E: a mí me interesaría profundizar un poco más en esta figura de los Coordinadores transversales porque ha surgido en las reuniones, y en otras entrevistas y parece como algo bastante nuevo ...

E5: es algo bastante nuevo (...) es algo que todavía no nos queda bastante claro... son figuras que aparecen... es una lectura que... A lo mejor en Servicios de Salud te la van a poder hacer un poco más afinada, digamos, pero eh... Hay una lectura de que las coordinaciones que teníamos más territoriales entre Servicios de Salud y la Dirección de Atención Primaria, los Coordinadores de consultorios dejaban un bache en el medio... que tenía que ver con atravesar esa... qué se yo... Oftalmología, nosotros podemos pensar el ordenamiento de cómo debería circular la gente, pero hay una cuestión específica técnica que te va a cambiar que no es lo mismo un oftalmólogo que qué se yo, un endocrinólogo o que un Cardiólogo, hay una cuestión de la disciplina que se necesita tener una mirada puesta en ese lugar y que a su vez tendría que tener una mirada para estar mirando cuál es la situación de toda la ciudad en cuanto a la Oftalmología...

Lo que nos venía pasando es que, nosotros lo mirábamos desde los Centros, nos juntábamos con los directores, los Directores miraban su hospital, pero no miraban..., el Alberdi miraba el Alberdi pero no miraba el Roque... entonces, fue la figura... y a Servicios de Salud y a nosotros se nos perdía también la posibilidad de mirar toda la ciudad en todos

los problemas, porque hay que pensarlo para cada una de las disciplinas

E: Claro

E5: Entonces un poco la idea fue, hacer un giro de lo que eran las... y con una cuestión que tenía que ver que con la "estructura médica", entre comillas, el poder de lo disciplinar, y el ordenamiento de lo disciplinar a la tarea sigue siendo muy fuerte... No es lo mismo que les sientes a los Nefrólogos a un Nefrólogo, jefe de la Sociedad de Nefrología, y le argumentes técnicamente qué deben hacer y por qué lo deben hacer en el sentido de Salud Pública, a que vaya yo de los Centros de Salud, digamos, a argumentarle. Entonces esa es una lectura que se hizo en relación a la necesidad de por qué incorporar la figura; que en realidad fue una figura que siempre estuvieron como Jefes de Servicios, en la Red...

Gestor 1º nivel de atención

En el inicio del fragmento anterior, se produce una expresión semántica disonante en referencia a los Coordinadores Transversales "Es algo que todavía no nos queda bastante claro". Así, el uso del adverbio "bastante" abre el juego a dos posibles significaciones opuestas entre sí: o no queda claro el por qué del surgimiento de estas figuras o queda bastante claro el por qué de dicho surgimiento. Todo el fragmento va siendo marcado a posteriori por frases inconclusas, hecho que señala la falta de fluidez y vacilaciones del discurso. Por su parte la expresión "son figuras que aparecen..." para denominar a los Coordinadores Transversales y a renglón seguido la remisión a la entrevistadora a otro interlocutor para hablar del tema, denota el posible foco de tensión que esta estructura de gestión introdujo en la red. Tensión anclada en las propias razones que, desde la perspectiva del entrevistado, dan lugar al surgimiento de esta estructura de gestión: el reconocimiento de la dificultad de sostener –como actores provenientes del primer

nivel- una posición de autoridad en relación a "la estructura médica, el poder disciplinar".

Los grandes efectores: La otra cara de la moneda...

En el artículo Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario (17) se señalaba que en el período previo a 1990, los efectores hospitalarios eran identificados como espacios de saber, en los que tenía lugar la formación de recursos humanos. Por su parte, el primer nivel estaba constituido por "centros periféricos" o "dispensarios" dependientes de los hospitales: "El trabajo en APS era concebido como sinónimo de desprestigio profesional, simple, rutinario y falto de interés científico. Una parte importante de los recursos humanos del primer nivel estaba conformada por los "castigados".

En los siguientes fragmentos de discurso pueden rastrearse huellas de esa configuración histórica, en la representación actual que algunos entrevistados del segundo nivel de atención tienen respecto de los distintos actores de la red.

En el marco de un grupo focal, un médic@ de 2º nivel expresa:

GF1- yo tengo la sensación desde hace mucho tiempo eh... y es y hoy la misma, que digamos, acá... uno siempre evalúa a ver, las dificultades las dificultades que se presentan para... pero siempre a favor de una parte del sistema... una parte del de la interrelación: el paciente. Yo tengo la enorme, (...) desde hace mucho tiempo... y en este último tiempo en particular que verdaderamente cada vez que me llaman para una reunión es para ver qué le pasa al otro, qué le pasa, qué pasa con el paciente, qué pasa con la patología, qué pasa con... y la enorme sensación que nosotros los grandes efectores estamos... somos el último eslabón...

(Médic@ 2º nivel)

El fragmento anterior, permite iden-

tificar tres actores: "el paciente", "nosotros, los grandes efectores", los que "llaman para una reunión" (en este caso específico, actores de la gestión que efectivizaron la convocatoria a esta reunión). A su vez, el tópico abordado por el profesional refiere a "las dificultades", de las que formula el siguiente comentario: uno siempre evalúa, las dificultades que se presentan... pero siempre a favor de una parte del sistema, una parte de la interrelación. Así, parece configurarse una representación tripartita del sistema de salud (los pacientes, los grandes efectores y la gestión) en la que se juegan relaciones de favorecimiento/oposición: favorecimiento de los pacientes, en oposición a los "grandes efectores". En el enunciado, no aparecen los equipos del primer nivel como actores/parte del sistema.

Por su parte, otro profesional del segundo nivel incluye al primer nivel como actor en el siguiente enunciado:

GF3- Yo con respecto al tema de las redes te puedo decir una cosa, lo que he visto dentro de la municipalidad salvo, parches, es que esto tuvo fundamentalmente gran inicio...pero (...) Hoy en día el problema que tenés es una gran pobreza con un desborde por todos lados. Yo he visto por ejemplo a la doctora hacerse problema (refiriéndose a GF5), hacerse problema con todas las derivaciones: que le llega un ñato que no sabe de dónde, ni lo tiene escrito ni en el listado, ni sabe ni, ni viene con una hoja de referencia, ni sabe lo que le pide el médico que lo deriva, lo he visto mucho porque trabajo a la tarde con la hematóloga y la hematóloga tiene un teléfono para poder hablar con los dispensarios para explicarles: "nooo, déjense de hacer boludeces!!" ... pero bueno, los dispensarios también laburan yo entiendo, tengo mis hermanos trabajando en dispensarios, y entiendo la problemática del dispensario. La red no funciona...

(Médic@ 2º nivel)

En el fragmento anterior, pueden visualizarse tres actores centrales como formando parte de la red "la doctora", "el ñato", "los dispensarios". Obsérvese allí el contraste resultante del modo de denominación de los actores. El término ñato utilizado para referirse a los pacientes, es propio del lunfardo, y cuenta con distintas acepciones, una de ellas remite al sujeto de nariz chata, las otras aluden a un sujeto feo, felón (traidor, desleal), el otro actor es "la doctora", y los profesionales del primer nivel están nombrados como "los dispensarios", término que designaba en Rosario a los efectores de salud del primer nivel de atención en las décadas del 80 y 90, momento en el cual los efectores de primer nivel brindaban sólo prestaciones básicas (inmunizaciones, entrega de leche, control de embarazadas y niños) mientras que los procesos de atención de la población tenían lugar fundamentalmente en ámbitos hospitalarios (18).

Atendiendo al componente proposicional del texto (es decir el proceso o la relación que es predicada entre los actores), la "doctora", la especialista, es la que está en función de explicar, y "los dispensarios", son aquellos que hacen boludeces. No obstante, el uso del recurso de la representación directa del discurso (es la hematóloga la que dice "déjense de hacer boludeces...", no el sujeto de la enunciación) evidencia la necesidad de expresar esa opinión sin terminar de comprometerse con ella como opinión propia.

Por su parte, un gestor del segundo nivel de atención, da cuenta de las razones que, desde su perspectiva, explicarían las diferencias en las lógicas de trabajo entre primero y segundo nivel de atención.

G15- "...Consideraba que era un desafío interesante poder estar tratando de articular el trabajo que se produce en el primer nivel, con las características que tienen los centros de salud, y algo que para mí era... eh, una materia

bastante pendiente en relación a, a, a la incorporación de los médicos, especialistas y todas las áreas de soporte matricial a una lógica, que... Desde mi punto de vista habían quedado, de alguna manera excluidos, por... A lo mejor, no, no es la misma cantidad de espacio para el debate y... y con poca articulación entre el primer el nivel y el segundo nivel.

E: Excluidos... Eh...

G15: Excluidos en el sentido de... de tener las mismas posibilidades que tuvimos los que estábamos en el primer nivel de atención de participar en un proceso de gestión, en un proceso distinto de toma de decisiones. Y a su vez de poder participar también de alguna información y de algún conocimiento, este que tuvimos la oportunidad de debatir, quizás, un poquito más en profundidad, que en otros hospitales, otros niveles de atención. No digo que no, no hayan tenido las posibilidades, pero me parece que no de la misma manera. Esto es la mirada mía, un supuesto mío, que con el correr de estos dos años y medio me di cuenta que algo de esto sucedía. Porque al tener entrevistas, espacios individuales con los trabajadores me he encontrado con, bueno, compañeros que no habían podido muchas veces entender la esencia de lo que se les había propuesto como Secretaría, como política sanitaria. Han denunciado que no tenía una implementación operativa posible, entonces lo hacía muy lejano, la posibilidad de que ese modelo pudiera funcionar. Y, también, eh... Me parece que... más allá de no poder comprenderlo, no... no tuvieron los debates necesarios, no..., lo recibieron como un como un dogma, como algo muy dogmático, como algo que se tiene que implementar. Y que las explicaciones no lograron convencerlos de los beneficios que tenía esa modalidad de atención y esa organización, ese diseño de esa organización, en beneficio de los pacientes, y en beneficio también de los trabajadores.

Gestor 2º nivel de atención

El fragmento discursivo inicia ubicando como un desafío (de la gestión/ de su gestión) la articulación del trabajo desarrollado en el primer nivel, reforzando que la participación de los especialistas en esta articulación, sería una materia pendiente (de la gestión). Nótese allí el uso de la metáfora "*materia pendiente*", propia del discurso pedagógico, sustituyendo lo que sería un objetivo de política sanitaria: incorporar a los especialistas y área de soporte matricial a una lógica de trabajo donde se articulen los niveles de atención.

En los distintos tramos discursivos, el entrevistado va desplazando su ubicación identitaria. En un primer momento se ubica como actor de la gestión –que asume un desafío–, diferenciado del primer nivel y de los especialistas. En un segundo momento se ubica en identificación con el primer nivel ("*los que estábamos en el primer nivel*") y en un tercer momento, se sitúa en paridad con "*compañeros*" –del hospital– que no habían podido entender lo que "*se les había propuesto como Secretaría...*"

Por otro lado, el uso reiterado de adverbios modales dubitativos (de alguna manera, a lo mejor, quizás) denota un intento de distanciamiento del sujeto en su involucramiento con el contenido enunciado. Este efecto de distancia se acentúa por el uso, también reiterado de expresiones que apuntan a relativizar la fuerza del contenido proposicional (*algo que para mí era...*, *Esto es la mirada mía, un supuesto mío...*, *Me parece que...*)

Otro aspecto de interés es la equivalencia de sustantivos utilizado para designar a uno de los actores de la red: Especialistas= Compañeros=Trabajadores=Excluidos, equivalencia que introduce un giro novedoso en tanto que, en la jerga sanitaria de la red de salud municipal, la designación de excluidos alude habitualmente a la población más vulnerable y que mayores dificultades de acceso tiene a la atención de salud y en general al aseguramiento de todos

sus derechos. En relación al grupo de los especialistas, la exclusión operaría en términos de no contar con iguales posibilidades de participación en procesos de gestión y de toma de decisiones, ubicando como razones de las dificultades, el hecho de que estos profesionales no habrían podido entender la propuesta de la política sanitaria. A su vez, en el último tramo del fragmento, el entrevistado utiliza una metáfora al señalar que estos compañeros "...han denunciado que no tenía una implementación operativa posible –la política sanitaria–, entonces lo hacía muy lejano, la posibilidad de que ese modelo pudiera funcionar...". Se trata de una metáfora potente considerando que el significativo denuncia, propio del discurso jurídico, remite al señalamiento de una ilegalidad, expresión curiosa cuando de lo que se trata es de los lineamientos de una política sanitaria; por otra parte, es contrastante la capacidad de denunciar y la condición de excluidos, puesto que la primera supone una capacidad de apropiación simbólica de recursos institucionales y jurídicos que difícilmente logran los segundos. Finalmente, queda en un cono de sombras los argumentos concretos expresados por los especialistas en relación a la inviabilidad del modelo.

Algunas reflexiones finales...

La implementación de la estrategia de Atención Primaria en el Sistema de Salud Pública de Rosario, constituyó sin duda una fuerte apuesta en pos de la equidad, orientada a asegurar el derecho a la salud y el acceso a una atención de calidad de los sectores más vulnerables. En este sentido, resulta un compromiso ineludible de quienes adherimos a los principios de la Salud Colectiva el analizar críticamente los obstáculos que se identifican en dicha implementación como insumo para el fortalecimiento de ese proceso.

En ese marco, el Análisis Crítico de

Discurso (ACD) constituye una herramienta de sumo interés para el estudio de la relación entre Discurso y Poder, alumbrando aspectos de los diversos modos en que el lenguaje construye (y es modelado por) relaciones de legitimación, descalificación, poder/subordinación, discriminación, control que tienen lugar entre los actores sociales. Solidario con ello, "se caracteriza por un espíritu crítico, lo que supone un compromiso explícito con los sujetos sociales más desfavorecidos, así como un interés por generar formas de conocimiento que contribuyan a la democratización..." (19).

Ahora bien, ¿por qué resultaría necesario un análisis de la relación entre Discurso y Poder? Una primera reflexión atañe al hecho de que, el fortalecimiento de las políticas públicas que aseguren el derecho a la salud es contrahegemónico. En ese sentido, identificar los intereses en pugna y cómo se expresan los mismos en los microescenarios donde se despliegan las prácticas de salud, es clave para el desarrollo de estrategias que permitan trascender intereses particulares apuntando a una construcción intersubjetiva que incluya los intereses de los sectores más vulnerados.

En función de los textos analizados, puede inferirse la persistencia de dificultades en la consolidación de la estrategia de Atención Primaria. Si bien, se evidencia en el discurso de actores de la gestión, la apuesta a una lógica distrital/territorial como organizadora de la red de servicios, existe un reconocimiento de cierto desfasaje en cuanto a los soportes que son necesarios implementar para que la gestión territorial sea posible. Parte de estos soportes refieren al aseguramiento del acceso de la población a la atención de especialistas de los ámbitos hospitalarios, cuando los procesos de atención así lo requieren. No obstante, del discurso de entrevistados del primero y segundo nivel se desprende que la dimensión de los obstáculos es más profunda que la insuficiencia de turnos

hospitalarios con especialistas o aún la insuficiencia del "soporte matricial". Se trataría más bien de la coexistencia de lógicas de trabajo diferentes en cada nivel, relaciones de poder entre "la estructura médica/el poder disciplinar" y "los de los dispensarios", relaciones jerárquicas y de subalternización entre "los doctores" (de los grandes efectores) y los pacientes, representaciones del Otro (incluido el paciente) como un actor que por acción o por omisión puede entorpecer la propia práctica, o directamente ausencia de registro del Otro como actor esencial del sistema. Así, en entrevistados de Centros de Salud pueden rastrearse representaciones que se anclan en una consideración del primer nivel como genuinos defensores/garantes del derecho a la Salud en contraposición con el rol atribuido a los especialistas en tanto obstaculizadores del acceso a ese derecho. Por su parte, el discurso de algunos actores hospitalarios aporta huellas de la histórica representación de los hospitales como lugar jerarquizado de saber científico en el campo de salud, oscilando a la vez entre la falta de registro del primer nivel como actor esencial de los procesos de atención hasta su consideración como meros dispensadores de prestaciones básicas (la atención primitiva y la época de los dispensarios). El reconocimiento de estas representaciones es de suma importancia por los efectos concretos en las prácticas en los microescenarios de salud. En efecto si considero que soy el actor que detenta el saber, no entra en mi campo de interés la opinión, la palabra del otro puesto que está descalificada en el punto de partida. Si me reconozco en la posición de garante privilegiado del derecho a la salud, está facilitada la vía para que el Otro profesional se transforme en un opositor y también está facilitada la vía para una posición sacrificial de los trabajadores.

Por otro lado, se van produciendo decisiones estratégicas en cuanto a reconfiguraciones de dispositivos de

gestión tendientes a superar la fragmentación, si bien, pareciera frágil el piso de consenso al interior de la misma gestión para la implementación de esos dispositivos. Esta condición ameritaría un monitoreo específico a efectos de evitar que los cambios introducidos profundicen la fragmentación y el repliegue sobre sí de cada nivel en lugar de superarlo.

Atendiendo a los hallazgos presentados, podría considerarse la importancia de recrear dispositivos de trabajo que posibiliten el encuentro entre actores de los distintos niveles, como instancia para construir el reconocimiento del Otro como un Otro legítimo, implicado en procesos de trabajo/atención/cuidados complejos y actor fundamental -como cada uno de los que interviene en dichos procesos-, para dar consistencia a respuestas sanitarias acordes a las necesidades de la población más vulnerada.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sonis, A. *Investigación en Servicios de Salud. Publicación N° 20. OPS/OMS. 1989.*

(2) Dussault, G. *La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. Boletín Epidemiológico 16(2). OPS. 1995.*

(3) *Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones. 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana. OPS/OMS. 2012.*

(4) Maceira, D. (coord.) *Financiamiento Público de la Investigación en Salud: Comparación Latinoamericana. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Argentina. 2009.*

(5) Balladelli, P.P. *Investigación y Salud en Argentina, una vinculación necesaria. III Congreso del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas. Santa Fe. Argentina. 2014. Disponible en: HYPERLINK "http://www.paho.org/arg/images/gallery/eventos/Santa-Fe-Universidad-e-Investigacion-Salud-Balladelli-20140918.pdf?ua=1" http://www.paho.org/arg/*

images/gallery/eventos/Santa-Fe-Universidad-e-Investigacion-Salud-Balladelli-20140918.pdf?ua=1. 2/9/17.

(6) Maceira, D. *Investigación Pública en Salud en Argentina. Financiamiento y Prioridades. N° 60. 2009. Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES). Disponible en : HYPERLINK "http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/60.pdf" http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/60.pdf. 2/9/17.*

(7) Mintzberg, H. *The structuring of organizations. Englewood Cliffs. N.J., Prentice-hall. 1979; Inside our strange world of organizations. New York, The Free Press. 1989.* En Dussault G. *A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Adm. púb., Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, abr./jun. 1992.*

(8) Dussault, G. *A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Adm. púb., Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, abr./jun. 1992.*

(9) Bourdieu, P. *El Sentido Práctico. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI. 2007. 456p.*

(10) Gutiérrez, A. *Las Prácticas Sociales. Una Introducción a Pierre Bourdieu. Córdoba. Ferreyra Editor. 2005. 124p.*

(11) Foucault M. *Microfísica del poder. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta. 1979. 189p.*

(12) Van Dijk, T. *El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I. Una introducción multidisciplinaria. 1ª ed. 3ª reimp. Barcelona. Ed. Gedisa; 2008. 507p.*

(13) Fairclough, N. *El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público. Las universidades. Discurso & Sociedad. 2008; 2(1): pp 170-185.*

(14) Bascolo E., Yavich N. *Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Rev. salud pública. 12 (1): 89-104, 2010.*

(15) Quadri A. *Accesibilidad a estudios de Resonancia Magnética Nuclear en pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades*

Médicas Ambulatorias de Rosario en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012. Revista Investigación en Salud. Rosario 11(1): 21-43, 2015.

(16) Maingueneau, D. *Introducción a los métodos de Análisis del discurso.* BS. AS. Ed. Hachette, 1980. 212p.

(17) *Ibídem* 14

(18) Bloch, C.; Godoy, C.; Luppi, I.; Quinteros, Z.; Troncoso M.C. *Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Rosario.* OPS. OMS. Publicación N° 34. 1992.

(19) Stecher, A. *El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. Discusiones desde América Latina.* Bogotá. UNIV. PSYCHOL. 9 (1): 93-107

Red de Gestión del Conocimiento: Historia de una construcción colectiva

*“Todo está guardado en la memoria,
refugio de la vida y de la historia...”*
LEÓN GIECO

Adriana Huerta¹, Abel Morabito², Nadia Alasino³, Cecilia Moyano⁴, Cristian Godoy⁵

INTRODUCCIÓN

El Área de Investigación de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, surge en 1998 como un *“espacio de trabajo colectivo, de creación, consenso y compromiso” ubicando la dinámica de RED como “la estrategia más adecuada para construir este camino hacia la producción científica local”⁶.*

Desde esta mirada se desarrollaron múltiples líneas de trabajo lideradas por el entonces llamado Comité Coordinador del Área de Investigación, espacio colegiado integrado por referentes de todos los efectores de la red, Direcciones y Programas de la Secretaría. Se realizaron Cursos de Introducción a la Metodología de Investigación destinados a los trabajadores de salud, se impulsaron líneas de investigación propias de la Secretaría y de los equipos de la

red reflejadas en la Revista Investigación en Salud; se creó un Comité de Ética en Investigación, a lo que se sumó un trabajo articulado con todos los Comités de Docencia e Investigación de los efectores.

El espacio generado, con un fuerte potencial innovador, se sostuvo a lo largo de 10 años, desdibujándose hacia 2007 en sincronía con la desvinculación de quien era entonces Coordinadora del área y probablemente con un cambio en la perspectiva de las prioridades sanitarias de ese momento.

No obstante, como señala el acápite: *“todo está guardado en la memoria”*. Así, el presente artículo intenta recuperar y sistematizar la experiencia de trabajo retomada y sostenida desde el año 2016 en el campo de gestión del conocimiento de la Secretaría de Salud Pública.

1 Coordinadora Área de Investigación SSP.

2 Coordinador Área de Capacitación y Formación Profesional SSP.

3 Miembro de la Red de Gestión del Conocimiento.

4 Miembro del Comité de Ética en Investigación. SSP.

5 Miembro de la Red de Gestión del Conocimiento.

6 T. de Quinteros, Z., Huerta A. La investigación, una dimensión necesaria en las prácticas de salud. Experiencia de construcción colectiva. Revista Investigación en Salud. Vol 3 (1y2). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

En el transcurso del 2016, se construye la decisión política de fortalecer todos los aspectos en materia de capacitación y producción de saberes de los trabajadores de la red, partiendo de la convicción de que es necesaria una organización compleja para dar cuenta de problemas también complejos. En materia de formación y producción de información y conocimiento, la arquitectura de la complejidad tiene que ver con la creación de dispositivos de trabajo que partan de una construcción distinta de los propios objetos sobre los cuales intervenir. Podríamos decir que al igual que en los campos disciplinares, cada una de las áreas de gestión, recortan, definen los problemas en ajuste a su especificidad, iluminando aspectos del problema pero velando otros. De allí que resulta necesario el trabajo articulado para construir los problemas con otra riqueza acorde a su complejidad y en el mismo sentido, las estrategias de abordaje de dichos problemas. Es por lo tanto necesario remarcar la necesidad de articular producción de conocimiento, formación en servicio y procesos de trabajo con un sentido estratégico, tal como lo propone la perspectiva de la Educación Permanente en Salud. (1) (2)

En este marco se retomó la vinculación entre diversas áreas de la Secretaría ligadas a la formación de recursos humanos y la producción de conocimiento: el Área de Formación Profesional, el Comité de Ética en investigación y el Área de Investigación en Salud, áreas que durante los años previos venían desarrollando líneas de trabajo compartimentalizadas. La concreción de esta estrategia de trabajo articulada respondió también a una demanda de los Comités de Docencia de los efectores. Estos equipos tenían una valoración positiva de la experiencia de trabajo colegiado sostenida hace algo más de una década atrás, estrategia que se había sostenido en el último tiempo solamente de for-

ma espontánea, lo cual era un limitante para el desarrollo de iniciativas.

Por otro lado, un problema habitual en lo que refiere a la gestión de la información sanitaria remite al divorcio entre las áreas que producen información y su utilización, tanto por parte de los niveles de gestión como por parte de los equipos de salud.

En otro orden, es posible reconocer que informes de campo, trabajos finales, tesinas, etc. desarrolladas en el marco de exigencias académicas, no necesariamente responden a prioridades identificadas por los equipos de salud ni tampoco se traducen transferencias significativas para los mismos. Se mantiene así una situación en la que los servicios mayormente no son beneficiarios de estas producciones de conocimiento que no se llevarían a cabo sin su contribución.

Es entonces atendiendo a estas visiones y problematizaciones sobre las modalidades de generación, circulación y utilización de información y saberes en la red de salud pública que se generaron diferentes dispositivos de trabajo tendientes a garantizar:

a) la producción de información/conocimiento complejo útil para el análisis de situaciones de salud y la toma de decisiones de gestión.

b) el desarrollo de una dinámica de trabajo articulada que superara la fragmentación y conflictos de poder ligados al "sentido de propiedad" de la información.

c) una estrategia comunicacional de las producciones de información alcanzadas que sea bi-direccional (dirigida a actores de la gestión y a equipos de trabajo) para favorecer la apropiación y utilización de esos productos.

Atendiendo a estos objetivos se conformaron dos dispositivos de trabajo: la denominada Red de Gestión del Conocimiento y la Mesa de Gestión de la Información.

RED DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Este dispositivo de trabajo sostenido desde fines del 2016, intenta dar respuesta a la demanda surgida desde los diversos Comités de Docencia e Investigación de los efectores de la red, de retomar un trabajo conjunto, en virtud de considerar que venían funcionando de un modo fragmentado entre sí, a la vez que desconectados de las instancias del nivel central (Comité de Ética, Área de Investigación, Área de Formación Profesional). Este modo de funcionamiento, a su vez, ponía en tensión a un modelo de gestión que pretende la transversalización de las acciones y la construcción participativa de decisiones en materia de prioridades de investigación, formación y, educación permanente de los equipos de trabajo.

En función de ello, se convocó a un primer encuentro a todos los Comités de Docencia de los efectores, a referentes de la Dirección de Centros de Salud, Comité de Ética en Investigación, Área de Formación Profesional, Área de Investigación, Dirección de Servicios de Salud y se inauguró un espacio de trabajo sostenido quincenalmente.

Este espacio tuvo como objetivo primordial -siguiendo a Matus-, producir el pasaje del sujeto individual al sujeto colectivo.(3) En otras palabras, generar la conciencia de pertenencia a un colectivo más amplio que el colectivo correspondiente al propio espacio institucional, vale decir, reconocer la pertenencia en primer lugar al colectivo de la red de salud pública y particularmente la inserción territorial de equipos hospitalarios y de Centros de Salud.

El reconocimiento de pertenencia a estos colectivos más amplios y complejos va siendo un proceso no exento de tensiones, tensiones ligadas a las diferencias de historias, de trayectorias, de intereses de los distintos actores y a construcciones de identidades laborales fuertemente ancladas en los espa-

cios institucionales. No obstante, la posibilidad de construcción de un sentido del trabajo que fortalezca la inscripción de la salud como derecho humano, la defensa de la equidad, el reconocimiento de la necesidad de organización de la red en ajuste a las necesidades poblacionales, todo ello en un marco de cuidado conjunto de la población y también de los trabajadores de salud, puede ir configurando un denominador común, que permita la superación y el respeto de las diferencias -no su supresión- .

A lo largo de más de un año de trabajo se desarrollaron las siguientes acciones:

- Conformación de un espacio de trabajo periódico designado bajo el nombre de Red de Gestión del Conocimiento.
- Elaboración de una propuesta de Reglamento común para todos los Comités.
- Construcción de consenso para la conformación de Comités de Asistencia, Docencia e Investigación Territoriales.
- Implementación de un espacio de capacitación conjunto vinculado al Análisis Crítico de Protocolos de Investigación.
- Participación de referentes del Comité de Ética en Investigación y del Área de Investigación en las reuniones de los Comités de Docencia.
- Desarrollo de un Curso de Capacitación en Metodología de Investigación dirigido a miembros de los CDI, tutores, y miembros de los equipos de salud de todos los niveles de atención.
- Desarrollo de encuentros entre la Red de Gestión del Conocimiento y los responsables de Facultad de Ciencias Médicas de la Práctica Final Obligatoria y el Medicato a fin de coordinar acciones que permitan la optimización de los espacios de aprendizaje/prácticas que tienen lugar en la red de efectores municipales.

MESA DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN

A partir del mes de agosto de 2017 se conformó una mesa de trabajo de la que participaron referentes de las Áreas de Estadística, de Información de la Dirección Centros de Salud, de Investigación, de Epidemiología, de Informática y Servicios de Salud, sosteniendo un espacio de encuentro periódico. Independientemente de los referentes de las áreas involucradas, en las distintas reuniones se convocaron actores de otros espacios institucionales en función de la problemática específica que se estaba abordando. Como se mencionaba anteriormente, esta estrategia se orientó a:

- Superar la fragmentación operante en la producción de información.
- Construir de manera conjunta el sentido del "para qué" de la información producida y el marco interpretativo que le da sentido, posibilitando así el pasaje de los datos a información, y de la información al conocimiento.
- Propiciar de manera sostenida un diálogo en torno a la información generada que permita a las áreas operativas reconocer los ejes de trabajo prioritarios definidos en el marco de la actual política de salud y a los gestores, chequear la utilidad de la información producida, así como proponer nuevos ejes de indagación.

La primera experiencia de trabajo fue la elaboración del Informe sobre Consumo Problemático de Sustancias, uno de los temas priorizados políticamente, para lo cual fue necesario:

- convocar a los diferentes actores involucrados en el abordaje de este problema de salud: Dirección de Salud Mental, Dispositivo La Estación, Área de Promoción y Prevención de Salud,
- identificar las fuentes de datos/información disponibles en sus diversas modalidades: formal-informal, informatizada-manual, acceso público-circulación restringida, entre otros,
- consensuar los códigos de la CIE-

10 que permitieran individualizar las personas atendidas en la red por problemas asociados al consumo,

- producir información integrando los datos de: personas/atenciones registrados en los sistemas informáticos SISR y Datatech, periodo 2011- 2017 (1er semestre); de usuarios admitidos/entrevistados en el Dispositivo La Estación (enero a agosto 2017) y de los registros de los dispositivos/ talleres de prevención/promoción en torno a la problemática del consumo (periodo mayo-octubre de 2017),

- elaborar un documento, debatirlo y difundirlo junto a los referentes de las Áreas que participaron en su desarrollo.

Posteriormente se desarrolló una segunda experiencia vinculada a la elaboración del Informe sobre Violencia contra la mujer. Para ello se realizaron reuniones de trabajo con referentes del Instituto Municipal de la Mujer y el Área de Salud Sexual y Reproductiva. También en esta ocasión:

- se consensuaron los códigos de la CIE-10 que permitieran individualizar aquellas mujeres que fueron atendidas en la red de efectores municipales, por situaciones de violencia,

- se integraron los registros correspondientes a estas mujeres ingresados en los sistemas informáticos SISR, Datatech y Sistema Informático Perinatal.

Los nudos críticos identificados en este segundo informe desencadenaron nuevos espacios de trabajo y problematización entre los diversos actores institucionales del municipio responsables de intervenir en esta problemática, como los equipos de salud de los tres niveles de atención, los referentes de la Dirección de Servicios de Salud; el Instituto Municipal de la Mujer; el Observatorio de Violencia de Género;. Una línea de trabajo particular consensuada en estos encuentros refiere a la reconstrucción de la trayectoria de atención de mujeres víctimas de violencia que hubieran sido atendidas en la red mu-

nicipal. Ésto, con el objeto de identificar obstáculos y facilitadores en las estrategias de abordaje a fin de optimizar los procesos de atención.

Al momento actual, la Mesa de Gestión de Información se encuentra abocada a la elaboración de un informe de situación en torno a las Interrupciones Legales del Embarazo.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

En su libro "La Teoría del Juego Social", Carlos Matus señalaba el divorcio existente entre la Política y las Ciencias. *"La primera ignora a las segundas. A su vez, las segundas progresan de un modo que ignora la acción práctica de enfrentamiento de los problemas colectivos de la vida cotidiana, aportan poco a la calidad de la gestión pública"*¹. Por otro lado, subrayaba que la función pública configura una práctica social que desborda *"las fronteras de la formación tradicional especializada"* que proponen las Universidades, a la vez que exige un esfuerzo de problematización, identificación de causas críticas, desarrollo de estrategias de construcción de viabilidad, monitoreo de la evolución y los cambios en las problemáticas analizadas, entre otras acciones. Acciones complejas y necesarias para abordar los problemas que, desde la perspectiva del autor, no son *"...problemas simples que pueden resolverse por intuición en la práctica misma"*.

En este sentido, las experiencias aquí desarrolladas están orientadas al esfuerzo de superar el divorcio mencionado, pero no desde la lógica maquinal de generar datos acriticamente en respuesta a las demandas, sino más bien desde el involucramiento activo con las realidades objeto de intervención. Este modo de involucramiento supone situarse como actor social *"desde adentro"*, reconociendo los puntos de tensión pero también de posibles articulaciones que

operan en toda construcción de explicaciones respecto de una situación.

Se trata en fin, de un proceso arduo pero con la potencialidad de aportar a una mayor complementación entre lo que Matus denomina *"juicio intuitivo"* y *"juicio analítico"*, dimensiones fundamentales para el ejercicio de una práctica política de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Rovere M. *Gestión de la Educación Permanente: una Relectura desde una Perspectiva Estratégica*. Educ Med 27(4), 1993.

(2) Davini M. *Educación Permanente en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 38*

(3) Matus C. *Teoría del Juego Social*. 1ª ed. Lanús: De la UNLa. 2007. 492p. Salud.

1 Matus C. Teoría del Juego Social. 1ª ed. Lanús: De la UNLa. 2007. 492p.

APOSTAR CON EL OTRO

Reflexión y relatos sobre inter/acciones en un centro de Salud¹

*En tiempos donde nadie escucha a nadie
en tiempos donde todos contra todos
en tiempos egoístas y mezquinos
en tiempos donde siempre estamos solos*

*Habrá que declararse incompetente
en todas las materias de mercado
Habrá que declararse un inocente
o habrá que ser abyecto y desalmado
Fito Páez – Al lado del camino*

Pitarella, Carolina² ; Perez Juan Pablo³ ; Payer Gerardo⁴ ; Sotelo Mirta⁵ ; Repetto Marina⁶ ; Rios Silvia⁷.

Ante las palabras del poeta que nos propone la inocencia o la abyección nosotros salimos del costado del camino para decir algo. Esta convocatoria nos interpela en una pregunta: ¿qué nos convoca hoy a querer estar aquí y transmitir algo de nuestra práctica cotidiana?

Somos un equipo interdisciplinario que sostiene cotidianamente un trabajo en el territorio, y cuyo anclaje material es el Centro de Salud Emaús, dependiente de la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Municipal de la ciudad de Rosario.

Está ubicado en el barrio Emaús, del Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario cuya población es muy heterogénea en sus distintos aspectos: culturales, materiales, económicos, subjetivos, educativos, religiosos, etc.

Dentro de esta diversidad, podemos señalar algunas particularidades:

- Prevalece el trabajo informal (construcción, servicio doméstico, jardinería, caddies que trabajan en el Jockey Club)
- Las personas viven en pequeñas casas y se constituyen en familias que alojan a otras familias, bien porque pro-

1 El presente Relato de Experiencia fue presentado en el espacio denominado "Conversaciones", organizado desde el año 2017 por la Dirección de Salud Mental y el Departamento de Trabajo Social del municipio de Rosario, con el objetivo de promover un encuentro entre profesionales de distintas disciplinas y otros actores involucrados en los abordajes y estrategias de atención, quienes con su escucha, cuidado y aporte teórico conceptual contribuyan a viabilizar el diálogo, el debate, la reflexión sobre las prácticas cotidianas y el sentido del trabajo en salud pública en el marco de los derechos y legislación sobre salud mental vigente.

2 Médica generalista, Centro de salud Emaús. Secretaría de salud Pública. Municipalidad de Rosario.

3 Médico generalista, Centro de salud Emaús. Secretaría de salud Pública. Municipalidad de Rosario.

4 Médico generalista, Centro de salud Emaús. Secretaría de salud Pública. Municipalidad de Rosario.

5 Trabajadora social, Centro de salud Emaús. Secretaría de salud Pública. Municipalidad de Rosario.

6 Psicóloga, Centro de salud Emaús. Secretaría de salud Pública. Municipalidad de Rosario.

7 Psicóloga, Centro de salud Emaús. Secretaría de salud Pública. Municipalidad de Rosario.

ceden de otras ciudades o bien porque las nuevas parejas carecen de acceso a viviendas.

- Hay vínculos por momentos solidarios y a veces violentos que van apareciendo en el escenario institucional y el público.

- Circulan niños por la calle, por la escuela, por el Centro de Convivencia Barrial, por La Casita (institución dependiente del Movimiento por los Derechos Humanos), por el Centro de Salud, por el "kiosco".

- Madres, abuelas, tías de adolescentes y jóvenes deambulan por las instituciones en búsqueda de ayuda mágica para los consumos problemáticos de sus chicos.

- Abundan vecinos atravesados por un discurso y una religiosidad "militante".

Esta descripción puede ciertamente parecer desordenada o incompleta, pero como dice J. L. Borges en El idioma analítico de John Wilkins (1) "no hay descripción del universo que no sea arbitraria y conjetural. La razón es muy simple: no sabemos qué cosa es el universo".

Cuando afirmamos que somos un equipo interdisciplinario, no hacemos solo referencia a una numerosidad de personas que sostienen distintos saberes técnicos, sino también nos referimos a una modalidad con la que intentamos construir las instancias de abordaje de un problema. Al decir de Alicia Stolkiner: "La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del mo-

delo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo." (2)

Esta cita resulta interesante para pensar que el dispositivo de la reunión de equipo, instancia establecida como acción instituida, es parte del trabajo. Es decir, no se puede elegir estar o no estar. ¿Cómo nos atraviesa entonces esta obligatoriedad? Podríamos describir en principio que constituye un momento de encuentro, los jueves de 13 a 16, tiempo de almorzar todos juntos en un discurrir de charlas que van de la distensión (ya que se cierra el Centro de Salud para la atención), al progresivo aviso de cuestiones organizacionales, momento de la comunicación de acciones o actividades que no requieren discusión. Previa realización de una agenda de temas, ingresa la realidad con su prepotencia y sus inequidades, las impotencias y las quejas, en fin, el abanico de cuestiones que viene aparejado a las prácticas cotidianas.

Es momento de lograr suspender los atravesamientos imaginarios dados por la competencia, por la intolerancia a lo diferente, por las simpatías o antipatías transferenciales, por los repliegues disciplinares, por la sensación de impotencia ante una realidad que no se deja leer con los anteojos aprendidos: es un trabajo que se da cuando logramos anteponer la tarea a todo lo previamente enunciado. El caso nos salva. Nos interpela de un modo en donde ninguno sabe cómo y en donde es indefectible pensarlo, darle lugar a otro saber. Si aún nos podemos preguntar, si todavía nos podemos sorprender, quizás allí resida la posibilidad de promover un movimiento instituyente allí donde lo instituido hace signo.

En la reunión se produce un movimiento que va desde el cada uno que

habla de sí (momento del almuerzo), pasando por el armado de un grupo (tramitando la información) hasta la conformación del equipo de trabajo (en la discusión y la reflexión). Construcción dada cada vez. Desde ahí se pueden generar acuerdos organizacionales que tiendan a favorecer acciones en el territorio, que dan cuenta que más allá de quien esté en cada lugar, hay una lógica sostenida desde un discurso: eso que se transmite en los actos casi sin pensar, porque habla de un modo de hacer. Haremos entonces referencia a las instancias colectivas que articulamos con los pacientes, con otras instituciones o que desarrollamos en otros escenarios institucionales; espacios colectivos que se crean con otros y entre otros: el otro paciente, el otro compañero, el otro perteneciente a un equipo de salud, el otro institucional, etc.

En nuestras prácticas cotidianas pensamos modos de intervención a partir de preguntas tales como:

- ¿Qué del otro y con el otro nos encamina en el tratamiento colectivo?
- ¿Qué de eso que el otro presenta nos conmueve en lo disciplinar?
- ¿Por qué contamos con otros y no nos montamos en saberes omnipresentes que todo lo resuelven y lo pueden?

Para empezar a transitar estas respuestas (aunque no respondamos a todo) intentamos correr del lugar de la impotencia hacia la posibilidad de instalar interrogantes donde predominan los prejuicios, expresar palabras en el lugar de las sensaciones y sorprendernos ante el saber compartido.

Todo esto relacionado con una lectura y una vivencia del contexto territorial en una época de inequidades crecientes, donde tenemos que vernosla con el arrasamiento subjetivo de víctimas de lo que Fernando Ulloa denomina la "vera crueldad" (3), entendida como aquel sofisticado dispositivo sociocultural en el que alguien ejerce una crueldad que queda impune, sin que exista un tercero

de apelación o un tercero que imponga la ley en donde impera el dolor psíquico y el padecimiento crónico. Por ejemplo, situaciones de violencia familiar, entre vecinos, institucional, abusos sexuales, etc.

Día a día nos enfrentamos con las marcas de lo que el mismo autor llama "cultura de la mortificación": no se trata de un dispositivo, sino de la condición de sobreviviente en un contexto de marginación social; se trata de quienes fueron víctimas y posiblemente replicadores de estas vivencias, "para ellos el anidamiento inicial resultó nido de víboras y no de ternura", situación que "no solo remite a la muerte, a lo apagado, sino también a sujetos que no son hacedores de su cultura sino enrarecidas hechuras de los mismos".(4)

La ternura, según Ulloa, es el especial escenario en donde el cachorro humano adviene sujeto pulsional; es decir, pone coto a la vía del instinto, produciendo así la posibilidad de entrada a la cultura. Este pasaje es sí o sí con el otro, otro que en primera instancia desde la empatía garantiza abrigo y alimento y que en segundo lugar produce un miramiento que lo caracteriza como un mirar amoroso que aun sabiendo que salió de sus propias entrañas, como es el caso de la madre biológica, lo reconoce ajeno, extraño (5).

Este miramiento garantizará un gradual desprendimiento que se basa en la confianza y que trae aparejado un tercer tiempo: el buen trato. En este buen trato se articulan los suministros esenciales de la ternura con la eficacia de la palabra: la madre dona código simbólico a quien nació desvalido y este legado simbólico dará vocablos a las marcas de satisfacción y frustración.

Dice Ulloa: "la cultura y su palabra serán capaces de organizar desde la materia pulsional la sublimada estación de la ternura" (6). La eficacia de esta circulación marca el proceso de subjetividad que va desde lo metonímico del instinto a lo metafórico de la pulsión. Cuando

esto falla es posible que el tánatos sin límite del instinto tome el comando y la crueldad utilice sus formas más bárbaras en un formato de desobjetivación tanto de la víctima como del victimario. Si la encerrona trágica se caracteriza como dispositivo siniestro en donde hay sólo dos: víctima y victimario, sin tercero en juego, bien cabría pensar que allí hay un lugar que nos compete en tanto institución dependiente del estado al servicio de personas que tienen su condición de sujetos en continua vulneración de sus derechos. Tanto en situaciones de alta marginación social como en personas padecientes de condiciones "infamiliares", somos testigos del dolor continuo que no se visibiliza a través de la angustia, de secretos familiares que gritan desde los cuerpos enfermos, de descripciones horrorosas sin que ello implique la posibilidad de tomar decisiones: modos diversos de arrasamiento que también nos arrasan. El autor propone el lugar de terceros para desarmar estas encerronas trágicas cotidianas, apelando a que la neutralidad clínica no nos transforme en sujetos neutralizados. También nos advierte que los dispositivos sociales por los que atraviesa un sujeto cruel no pueden ser descartados en tanto los efectos reparadores o de agravamiento sobre él.

Pensar un servicio de salud solamente en relación a la organización interna desconociendo las temporalidades y características de la población nos abroquelan en un estar atemporal en donde no habría lugar para las contingencias.

Pensar un servicio a libre demanda nos colocaría en un lugar anárquico y sin límites que no propiciaría ciertos modos de programación de acciones solidarios a fines y objetivos. Movernos en esta tensión es incómodo, sin abroquelarnos en el encuadre, pero sin recurrir a demagogias instaladas en la incondicionalidad. Probablemente en este vaivén a veces alojemos y a veces expulsemos. Sólo nos acompaña la advertencia.

En un intento de poder alojar a esa otra víctima de la vera crueldad o atravesado por la cultura de la mortificación, o a ese otro que lo representamos como parte de otros territorios y del cual tenemos un saber acotado, nos encontramos con una inevitable conmoción de nuestros saberes y los contornos de la disciplina se desmarcan. Entre la demanda y el ceder a la tentación de honrar un saber que no sabemos, se abren innumerables interrogantes que intentan construir un puente para generar un saber compartido. Estos interrogantes exceden a lo singular y aún al tratamiento individual, porque resuenan en muchos sujetos y nos alarman por los efectos que pueden tener en los modos de construcción de subjetividad. Algunas presentaciones que por la magnitud de sus problemáticas o de sus carencias, nos interpelan entre lo que se presenta y lo que uno sabe o cree saber interpretar. Por ejemplo: uno se pregunta por el predominio del silencio con que algunas mujeres realizan sus acciones maternas. ¿Por qué no existen rastros de conocimiento y disfrute en la relación entre movimiento y melodía? Esto dicho en relación a observaciones del espacio de desarrollo oportuno en que muchas mamás de niños muy pequeños no conocen la canción "qué linda manito". ¿Qué arrasó esa libidinización de lo audible y lo verbal, tan fundamental para las constituciones primarias?

Auspiciar los espacios colectivos más allá del tratamiento individual con el padeciente, no implica borrarlos de lo que nos compete como profesionales de la salud o renunciar a la especificidad de una ética, se trata de correrlos de un lugar de excepción para ubicarnos en cierto marco de horizontalidad entre otros con el objetivo de colectivizar un saber que no tiene dueño. Tratamos de no poner en confrontación al abordaje individual versus abordaje colectivo y grupal o divorciarlos como dos contrapartes del saber hacer de la misma práctica. Por el contrario, ¿Podríamos

pensar que un dispositivo institucional como el taller de cepillado (espacio semanal sostenido los martes a la tarde y los jueves a la mañana) implementado para transmitir técnicas preventivas respecto a la salud bucal, se pueda transformar en una ficción subjetivante? ¿Se puede pensar que las mamás con sus niños se entreguen al ritual de autocuidado cada vez como si fuera un juego? ¿Se puede pensar que la asepsia le dé lugar a los Reyes Magos, a las pelis con pororó en las vacaciones... a veces a los caramelos con guiño cómplice de SI por esta vez...?

¿Por qué ficción subjetivante?

Porque cada niño tiene un nombre, una característica, un proceso.... En ese espacio perdió por goleada la pura técnica. Se nota el entusiasmo y el deseo de ocupar un lugar en esa convocatoria semanal. En este tiempo de destituciones de los roles, de las asimetrías, de las funciones, allí todo es más fácil: los niños son niños, las mamás cuidan y el centro de Salud atiende personas, no dientes.

Dice el filósofo Régis Debray: "La transmisión tiene un horizonte histórico, relaciona un ayer con un hoy, y produce un continuo llamado cultura" (7). El propósito de su estudio son las interacciones, pasadas y presente, que se da entre la técnica y la cultura. También toma en cuenta a los medios, pero va más allá de ellos puesto que privilegia el fenómeno cultural de la transmisión de lenguajes, valores, creencias, mitos y saberes. Como la comunicación "se muere" al instante, la transmisión obedece a que no muera cuando ya no estemos.

Estas reflexiones nos remiten a la experiencia del Taller de Plantas Medicinales donde recuperamos saberes de la medicina tradicional y popular y los integramos a conocimientos científicos. El aporte es tanto de integrantes del Equipo como de la población convocada. Entre los participantes hay nativos/os de provincias del litoral y de la zona andina (NE + NO). Ellos conservan ritua-

les ancestrales como el agradecimiento a la Pachamama y el uso de la caña con ruda como protección y para tener salud para el año próximo. Este año propusimos integrar estas celebraciones en un encuentro, que en realidad fueron dos: uno en La Casita (ONG del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos) a la mañana y el otro en el mismo Centro de Salud al mediodía. En ambos participaron vecinas/os, alumnas/os de la Escuela primaria N° 632 "José María Puig", usuarios del Centro de Salud y trabajadores de todas estas instituciones. Las niñas y los niños se integraron en la celebración reviviendo el sentido de los rituales, participando en su preparación y sobre todo en las ofrendas.

Esta vivencia ha generado en el territorio una adhesión y un interés marcado, proponiendo para el año próximo ideas de convocatoria y de modalidad a fin de que puedan participar más vecinas/os y niñas/os de esta celebración.

Entendemos la intersectorialidad como una forma particular de articulación de políticas sociales, que tienden a horizontalizar prácticas y combinar prácticas entre sí, pero que no sólo se articulen burocráticamente. Así podemos mencionar entre las experiencias el trabajo en el Programa Nueva Oportunidad destinado a jóvenes de 16 a 30 años.

Las instituciones participantes son: Centros de Salud Emaús y Ceferino Namuncurá, Centro de Convivencia Barrial Emaús y Dirección de Juventudes (todas de dependencia municipal), y Centro de Salud N° 3 y Seguridad Comunitaria (de dependencia provincial). Cada quince días dichas instituciones se encuentran para re trabajar el acompañamiento de las capacitaciones, las situaciones particulares, planificar y evaluar las actividades de los grupos y planificar los Terceros Tiempos. Entre las capacitaciones que se llevaron a cabo se encuentran: paisajismo y diseño de

jardines, arbitraje, metalurgia y soldadura, letrista y catering. En el grupo de jardinería se logró un sentido de pertenencia al grupo, traducido en encuentros por fuera del espacio institucional y autogestado. Además del oficio aprendido, dicho espacio permite lograr la referencia de los jóvenes hacia las instituciones del Barrio.

Los terceros tiempos se transformaron en una construcción con respecto a poder escuchar al otro con interés y respeto, confianza en el otro como para poder abrirse a contar cuestiones personales, y también confianza hacia los acompañantes y coordinadores de los espacios. El dispositivo se transforma así en un tercero que ubica a los jóvenes en un lugar de semejantes, con los mismos derechos y obligaciones, pero sin que eso implique que sean iguales. En estos espacios de reflexión se trata de hacer hincapié en un horizonte en donde el joven se pueda pensar con sus recursos, sin desconocer que la realidad cotidiana de estos jóvenes no se halla atravesada por una concepción de futuro, pensado como construcción del discurso burgués. Al decir de Silvia Duschatzky y Cristina Corea: "Se trata de hacer algo con lo real, de aberturas que desborden la condición de imposibilidad, de producir nuevos posibles... Se trata de la construcción de una posición de enunciación que grafica la búsqueda de un "poder ser" en el borde de un "no poder" (8).

Experiencia sobre "la dificultad de jugar" con la escuela Fray Luis Beltrán:

A partir del año lectivo recibimos varias consultas sobre niños que, según la lectura de maestros y directivos, presentaban en el espacio escolar expresiones de violencia física y verbal entre pares, además de manifestar que en dichos alumnos se evidenciaba la dificultad de reconocer la violencia como tal y de atenerse a las sanciones que las autoridades de las instituciones educativas les opinaban. Estas consultas, que

llegaban mediatizadas por madres y padres de esos niños, fueron escuchadas en el marco de las entrevistas psicológicas y tuvieron un encauce en un tratamiento de lo singular con todo lo que esto implica: sostener entrevistas con los padres, escuchando su discurso en torno a lo que traían o no como problemático; sostener entrevistas con el niño o niña si nos parecía criterioso; realizar las comunicaciones correspondientes con la escuela, desde donde se tejen versiones sobre los niños y sus familias y desde donde se "enredan los hilos" sobre niños violentos y violentados. Pero en estas consultas no solo predominó el hecho de que un montón de padres realizaron consultas psicológicas para sus hijos, sino la resonancia de un modo de hablar sobre el niño que nos llamó la atención, llamándolo "malo" o "maldito" o mencionándolo como "no sé a quién salió" por ejercer violencia o tener problemas de comportamiento en la escuela. Colocándose ellos mismos ante la presentación de sus hijos en una posición de extrema ajenidad, que no parece ser resistencial (no reconocimiento de la implicación materna o paterna por temor al castigo o la culpa) sino como producto de una marcada ausencia de relaciones filiales e históricas posibles entre lo que presenta un hijo como problemático y lo que de esto conmueve.

Posiblemente haya sido esta lectura en común desde salud mental en torno a lo que no puede ser leído en clave de lo intersubjetivo, lo que nos llevó a compartir horizontalmente estas preocupaciones con el equipo de la escuela primaria Fray Luis Beltrán. Allí pudimos también escuchar otras preocupaciones, como las de las dificultades para jugar. Las maestras observan que existe una carencia de mediación lúdica con los objetos (llámese soga, elástico, papeles) y la ficción; y que existe un predominio de las peleas pero que no siempre son leídas como juegos (posiblemente no se arme una identidad ficcional del que pelea y su contrincan-

te) sino que impera como "juego" solo el correr y la pelea. Con esta intención compartida, entre la vice directora de la mañana, algunas maestras integradoras y algunos integrantes del Centro de Salud (la trabajadora social, la pediatra y las dos psicólogas) comenzamos realizando la puesta en común de una inevitable revisión histórica con respecto a qué jugábamos en otras épocas y pensando si se practican en la actualidad, revisión que no intenta contrastar o desmerecer a generaciones que no juegan "como nosotras", pero por lo menos comprueba que no somos neutrales y que esta no neutralidad, es por lo menos el combustible para poner en marcha algo con el otro.

Todas coincidimos en observar la alarmante cantidad de tiempo que los chicos pasan pasivizados ante las pantallas, lo que hipotetizamos como un hecho que ocurre no solo por una imposición del mercado, sino también como consecuencia de la falta de tiempo por parte del adulto para propiciar el juego. Esto nos movilizó a organizar una jornada con padres y madres del primer ciclo escolar el 24 de abril del corriente año. Como dinámica, pensamos en una puesta en escena teatral que refleje cómo un niño o niña no cuenta con la atención de los padres para jugar y termina relegado o relegada al celular o la computadora. Como no nos cerraba ser nosotras mismas las que protagonizábamos la obrita, se nos ocurrió convocar a dos actores recientemente graduados: Cecilia y Mauro, quienes con astucia y compromiso armaron la escena desarrollada en dos partes. En la primera parte se ve a un niño junto a su madre que se prepara para ir al trabajo, atareada de compromisos laborales y que no atiende a su hijo que quiere jugar con ella y que le insiste en que le cuente un cuento. La madre no atiende su pedido. El niño, en su esperanzado intento de convocar a su madre, rebusca entre sus pertenencias, lo que solo genera en ella fastidio y enojo hacia él.

Se retiraron los actores e invitamos a unas 14 madres y a un papá, a que comiencen a transmitir sus impresiones. Como en un arrojo de sinceridad, muchos reconocen parecerse en el cotidiano a esa mamá de la obrita. Coincidieron en que es importante jugar, para aprender, para desarrollar la imaginación, pero se siente como una "falta de tiempo" para jugar debido al apabullamiento del trabajo afuera y/o dentro de casa y que ese apabullamiento genera enojo y gritos (a propósito, muchas mujeres consideraron que la actriz no gritaba lo suficiente...). También, entre comentarios espontáneos y otros generados por el apuntalamiento de las preguntas tales como ¿a ustedes les ocurre lo mismo con sus hijos?, resultó interesante lo dicho acerca de la actuación del niño: el "darse cuenta" de lo feo que es no sentirse mirado y oído... Y en la reflexión de ese comportamiento, se podía reconocer que tal vez con un poco de organización era posible jugar, leer cuentos, disfrazarse, que hasta incluso no se necesitaban juguetes u objetos para jugar, que también hay juegos como el veo-veo, el papel, piedra y tijera, la rayuela y tantos otros juegos identificados como de otras épocas remotas... y en una suerte de asociación de esas épocas, también se generó el contraste entre lo posible que allí era jugar y confiar en la calle y que hoy no; entendiendo a la vez el carácter coercitivo de este aspecto en la socialización en general y del jugar en particular.

En el vaivén de comentarios autoreflexivos, de los silencios necesarios para pensar y escuchar al otros, de las comunicaciones gestuales y las sonrisas cómplices; entre tantos comentarios, resulta importante destacar que todos nos mostramos un poco desconcertados en nuestro intento por entender por qué el celular toma un lugar protagónico en los niños. ¿Es que los niños de hoy nacen con otra mentalidad, más tecnológica?, ¿tendrá predominancia porque aparece como objeto que ga-

rantiza el no aburrimiento?, ¿por qué será que aparece como respuesta mágica al entretenimiento?

Se interrumpe el debate para darle lugar al último acto de la obra. Los actores retoman el escenario: cuando la madre regresa del trabajo encuentra a su hijo sentado frente a la pantalla de su pc y lo ve aislado y absorto, pero recuerda su demanda de la mañana, así que se acerca a él y comienza a contarle un cuento...se sienten felices y se abrazan. Fin.

Todos reconocemos tener un nudo en la garganta y nos emocionamos: se proyecta desde los personajes la importancia de reconocer el error y subsanarlo con acciones y con pedido de disculpas...Nos han servido de insumo para el análisis de este trabajo, las referencias teóricas de Silvia Duschatzky y Cristina Corea, autoras del libro "Chicos en Banda". Allí analizan las declinaciones de las instituciones de la modernidad como la escuela y la familia. Se preguntan sobre la posibilidad de construir discursos subjetivantes diciendo: "La eficacia de un discurso se mide en su potencia de producción de subjetividad, es decir en su capacidad de constituir a un sujeto alrededor de un conjunto de normas y valores que son los que rigen la vida social" (9). Ellas marcan tres categorías de enunciación ante el agotamiento del modelo familiar. Las mismas las utilizan para pensar respecto a la marcada dificultad de la escuela en el alojamiento de los niños actuales.

- Posición de desubjetivación: se caracteriza por la impotencia y la sensación de no poder hacer algo diferente con lo que se presenta. El problema de la impotencia no es un problema relativo a las personas sino a los dispositivos. La impotencia no es de los maestros sino de lo que alguna vez fue instituido, ellos son el síntoma de la pérdida de una autoridad simbólica que los excede.

- Posición de resistencia: En esta posición se define a los niños y jóvenes por lo que "ya no son". Si ya no son lo que

eran, desde la perspectiva de la subjetividad, esto se debe a que las condiciones institucionales que hicieron posible tales tipos subjetivos hoy han perdido eficacia. La posición de resistencia del docente da cuenta de un modo de abroquelarse en representaciones que han perdido la capacidad de nombrar las alteradas condiciones del alumno y del propio docente. La resistencia es un obstáculo porque impide que una subjetividad se altere para poder enunciarse en las nuevas condiciones. Se parece a la nostalgia y a la melancolía que impiden que algo nuevo pueda advenir.

Posición de la invención: Supone producir singularidad, construir nuevos modos de habitar una situación. Las autoras plantean que el gran obstáculo para cualquier discurso que pretenda operar desde intervenciones subjetivantes es la idea de lo definitivo, de la determinación, de la impotencia y de la irreversibilidad. Desde este punto, allí donde muere una representación puede construirse otra, allí donde el vacío de sentido desespera podemos operar en el armado de otra mirada que dé consistencia a algo posible. Este objetivo no es viable si no nos desembarazamos de ideales: del alumno ideal, del maestro ideal, de la intervención ideal.

Taller de fútbol del Barrio Emaús

Es que tiene esa lindura caminar con el yo lleno de gente...

En el año 2007, en reuniones compartidas con los compañeros del Centro Crecer por ese entonces, se charlaba de la preocupación por la situación de jóvenes con problemas de consumo y, dentro de las posibilidades de construcción de cercanías, aparecía el fútbol, como una oportunidad. Pero la invitación inicial a estos jóvenes no prosperó, aunque sirvió de algún modo como una forma de acercamiento, ya que ellos mismos pudieron plantear un pedido, y era que trabajáramos con los

más pibes, porque estaban creciendo "sin códigos"...

El espacio se generaba casi solo: había un potrero por Génova al 8000 y solo bastaba con hacer picar la pelota para que los pibes se convocaran. Lo que había cambiado era que ahora, ese espacio de encuentro tenía días y horarios y había un profe de educación física y gente del Centro de Salud con quienes se podían encontrar por fuera de "las salitas". Se generaba de esta manera un modo de vincularnos distinto al que se produce en espacios más formales, como el consultorio, por ejemplo, con la posibilidad de estar cerca de los espacios recreativos de la niñez Emausiana.

Si bien aún en la actualidad, está la vieja costumbre de marcar con los pibes los límites de la cancha y respetar esas reglas de juego que nos atraviesan a todos, hay algunas que están en relación con la construcción de un grupo de pertenencia, donde al otro le importa lo que me pasa. Por eso se puede discutir un lateral o un córner, pero se detiene el juego cuando hay un compañero en apuros, o son faltas putear incluso a sus mismos compañeros. Es decir, no hay detrás de este espacio la búsqueda de jugadores brillantes, que por sus capacidades puedan salvarse individualmente, sino más bien un proyecto que tiene que ver con lo colectivo, con la pertenencia, con la vinculación, con la ternura.

Cuando nos juntábamos a planificar actividades, teníamos la claridad de que no íbamos a medir el impacto de este espacio por si los pibes consumían o no, sino por haber generado un vínculo, que cuando en determinados momentos se sintieran en riesgo, tuvieran referentes claros donde acudir por ayuda. En estos 10 años, cambiaron muchas cosas, el crecimiento de la población empezó a acumular viviendas en los pocos espacios verdes que quedaban y nos fuimos quedando sin potrero. Buscamos otro, que quedaba por J. Ingenieros al 8300 y estuvimos casi un año, pero debíamos

suspender muchas veces la actividad porque el terreno era muy inundable. Al año siguiente el desafío era ir a las canchitas del 7 de septiembre, con la resistencia de los pibes, por una rivalidad histórica entre ambos barrios, que se manifestaba en decires tales como; "estos no juegan, porque son hijos del 7...". Pero ya para esta época, se habían sumado los chicos de "La Casita", y el ahora CCB había incorporado un profe más, que redoblaba la apuesta y planteaba el comienzo del fútbol femenino, que se mantiene hasta estos días.

En determinados momentos se juega a 3 toques, es decir, quien toma contacto con la pelota, no puede tocarla más de 3 veces, esto obliga a levantar la mirada y fijarme donde están mis compañeros, pero también para el que está sin la pelota, desmarcarse para recibir el pase de su compañero en apuros: esto lo hace mucho más participativo.

De este espacio, se han ido generando otros con los mismos pibes: un tercer tiempo en el CCB, el espacio de vida en la naturaleza, la participación en una actividad que se llamaba "La pelota como bandera", donde compartían con otras barriadas una jornada de encuentros deportivos y de juegos y también el de los campamentos de fin de año.

Trabajamos con pibes hasta los 13 años; cuando cumplen 14 continúan en otros espacios. A los de hace 10 años atrás, que ya son los jóvenes del barrio, los acompañamos en distintas circunstancias de sus vidas: paternidad, planificación familiar, el duelo cuando a veces la muerte se hace temprana, y otras veces cuando el consumo trae problemas. Suele uno llenarse de impotencia cuando se enfrenta a ese sufrimiento del otro que generan las desigualdades sociales, potenciada en estos tiempos por las políticas neoliberales. Muchos de estos chicos no terminarán sus estudios secundarios, no tendrán acceso a trabajos formales y aceptarán la idea de esa suerte de destino preasignado. Intentar construir un puente con otros y aceptar

que por ese puente se puede ir y venir, intentar una posición en el territorio que asista, que aloje, que reconozca al otro como un semejante, es al menos una forma de no darse por vencido, de no chocarnos solos con toda esa realidad de frente, sino entrarle por un costado y soñar, que algo al menos de eso que no nos gusta, es posible de ser modificado.

A modo de cierre: cómo resignificamos la apuesta

Luego de este recorrido, podemos regresar a la palabra con la que comienza el título de la presentación, Apostar, como un concepto absolutamente solidario con que Silvia Bleichmar piensa a la producción de subjetividad y los modos de construirla: "tiene que ver con el modo con el cual cada sociedad defina aquellos criterios que hacen a la posibilidad de construcción de sujetos capaces de ser integrados a su cultura de pertenencia". (10)

BIBLIOGRAFÍA

(1) Borges J.L. *El idioma analítico de John Wilkins. Otras inquisiciones. Obras completas.* Buenos Aires. Ed. Sudamericana. 2011. pág 91.

(2) Stolkiner A. *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.* Revista Campo Psi. 1999, 3(10). Disponible en: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

(3) Ulloa F. "Una perspectiva metapsicológica de la crueldad". *Psicomundo revistas.* Barcelona. Febrero 2000. Disponible en <http://www.psicomundo.com/foros/egp/crueldad.htm>

(4) Ulloa F. "Sociedad y crueldad". Seminario internacional: *La escuela media hoy. Desafíos, debates, perspectivas.* Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Disponible en : http://www.me.gov.ar/curriform/publica/huerta_ulloa.pdf

(5) *Ibidem* 3

(6) *Ibidem* 4

(7) Debray R. *Introducción a la mediología.* Barcelona: Ed. Paidós, 2001. 240p.

(8) Duschatzky S., Corea C. *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones.* Buenos Aires: Ed. Paidós, 2005. 208p

(9) *Ibidem* 8

(10) Bleichmar S. *El desmantelamiento de la subjetividad: estallido del Yo.* Buenos Aires. Ed. Topía. 2009.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Nirenberg O. *Intersectorialidad y salud sexual y reproductiva. Ventajas, dificultades y desafíos.* Cuaderno N° 42. Centro de Apoyo al Desarrollo Local. Buenos Aires. 2005.

Comentarios de Liliana Karra*:

En su relato, el equipo nos dice sobre una apuesta y una interacción, y nos invitan también en esta apuesta con otros a reflexionar sobre la acción con otros, entre otros y entre varios... "Salíéndose del costado del camino "para decir...ni ingenuidad ni abyección, y menos incompetencia diría yo"... ya lo que nos van diciendo es que en ese territorio sucede, a ellos les compete siendo testigos, siendo terceridad, pudiendo ellos también ser arrasados por los distintos modos de "arrasamiento subjetivo" que padece la población...

Nos cuentan sobre los efectos que tienen sobre uno, sobre los trabajadores de salud, las prácticas, la cotidianidad en el trabajo en territorios donde las condiciones de vida están marcadas por la precarización material y subjetiva... nos hacen reflexionar sobre los efectos que la modalidad de las prácticas tiene subjetivamente para los diferentes actores.

-Primer punto a conversar: ¿De qué hablamos cuando hablamos de "trabajar en salud"?

Trabajo y salud...Algunas referencias:

* Psicóloga. Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Fernando Ulloa (1) al referirse a esto en diferentes textos nos habla de un "quehacer", y dice que "el quehacer es con la enfermedad y la muerte..." y en relación a las instituciones dice que son "escenarios donde las personas agrupan sus ideas y esfuerzan sus trabajos".

Laura Kait, psicoanalista, escribe: "el trabajo con seres humanos es trabajo insalubre, tanto como el del minero que puede sufrir una explosión, como el del químico que está en contacto con elementos contaminantes... sería deseable que los profesionales que trabajan con seres humanos pasaran por un diván... sólo la experiencia del propio inconsciente provee del saber necesario para aquello que he llamado aspectos contaminantes del trabajo con el otro y puedan ser mantenidos a la distancia necesaria para poder intervenir sin identificaciones y sin que el propio síntoma se ponga en juego de tal manera que no se pueda escuchar al sujeto...distancia óptima..." (2)

Rosana Onocko (3), en diferentes momentos habla del "desgaste del trabajador de la salud"... "...desgaste subjetivo...llamados a poner en juego defensas psíquicas, que defienden del contacto permanente con el dolor y el sufrimiento. En algunas regiones se agrava por el contacto con territorios marcados permanentemente por la pobreza y la violencia.

Hay que hacer una diferencia entre malestar en la cultura y sufrimiento. Retomando a Freud: "...el malestar es inherente a la vida en sociedad, para soportar la vida en sociedad los hombres inventaron la cultura, cuerpo, decadencia y aniquilación; naturaleza, fuerzas destructoras omnipotentes e implacables"... (4) Es decir que desde el vamos, estar, vivir, convivir con otro, con otros, es todo un tema, como el trabajo es parte de la vida; trabajar con otros y entre otros también... Por su parte Onocko pregunta: ...¿Cuántas horas uno se pasa con gente con quien uno no elige estar?...Uno hace un esfuerzo por sopor-

tar al otro... ...el malestar es inherente... el sufrimiento, el padecimiento no. Uno no debería padecer en el trabajo..."(5).

El equipo de Emaús hace referencia a Alicia Stolkiner (6) y dice que "la modalidad con la que se intenta construir las instancias de abordaje de un problema, para que pueda funcionar como tal requiere de la inclusión programada dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios, reconociendo esto como parte del tiempo de trabajo"...

Y agregan: "la reunión de equipo, instancia establecida como acción instituida, es parte del trabajo...pero también instituyente, ya que en esa pausa, donde el centro de salud está cerrado, se produce un movimiento, que va de la distensión, de lo personal al equipo, a la tarea y a los acuerdos, pasando por el trámite de la información y cuando la realidad irrumpe (...el abanico de cuestiones que trae aparejada la práctica cotidiana)...el caso salva, interpela...nos hace preguntarnos, sorprendernos..."

Algunas preguntas para reflexionar en torno a esto, en relación a la tarea... retomo la pregunta que se hace Onocko. ¿Cuánto de lo que somos como equipo, de lo que se nos pide como tarea esta predeterminado por el modelo de organización que tiene el sistema donde trabajamos?

¿Qué es un caso? Si acordamos que "el caso, es un texto a construir..." ¿Cómo se construye un caso? Para construir un caso hay que partir de la situación, de la experiencia y luego a la lectura clínica de esa situación...es algo a construir y recortar el embrollo que llamamos situación clínica y que tiene variables familiares, institucionales, sociales... Se construye por el "pasaje por la práctica" ...por las singularidades y saberes, por las preguntas y los recortes..., a tener en cuenta cada vez...

¿Será que el caso salva porque pone en juego el no todo?...No hay una receta, no es un cuadro clínico, no pertenece a una disciplina...no hay una causa-efecto...no hay uno que sepa...

¿Será porque pone en suspenso a la tarea como eso determinado de antemano, como mandato institucional, del quehacer institucional al qué hacer en este caso...? Entonces... ¿Qué se acuerda cuando se acuerda?... Parece ser que para acordar hay que pasar de lo personal al equipo haciendo un trámite...

Quería detenerme en lo que me parece pertinente rescatar sobre los equipos, las instancias colectivas, el encuentro con los otros, en términos que toma Onocko haciendo referencia a Kaes (7), psicoanalista francés, que profundiza en el trabajo con grupos e instituciones. Trabaja desde el concepto de Identificación. Hace referencia a la identificación a los valores institucionales o de la organización (adherencia narcisista), mediante mecanismos inconscientes. Cualquier cambio organizacional es sentido como crisis, como agresión a la persona (mandatos, ideales, imposiciones...). Identificación en tanto "yo me reconozco en algo del otro que está ahí". O sea que estos mecanismos inconscientes, pueden permitir, obstaculizar el trabajo. Esto vuelve al tema de una distancia óptima, justa que Onocko plantea como "duda eterna". Identificación con esos otros, a quienes uno atiende, asiste, "sirve"... dice también: "... en el trabajo en los centros de salud hay una continuidad en el encuentro con esos otros y en contextos de pobreza esto genera sentimientos de impotencia, disminución de la autoestima..." (8).

Dicen los compañeros de Emaús: arrasamiento subjetivo", desubjetivación... Este encuentro con otros, esta identificación genera mecanismos defensivos, síntomas, que van caracterizando a diferentes equipos:

- Equipos "cascarudos", burocratizados, que para compensar esos sentimientos van generando modos de relación que se visibilizan en colas, largas esperas, maltrato...

- Equipos "sin contorno" (no saben dónde empiezan ni donde terminan...), equipos "maniaco-depresivos", van de la

omnipotencia a la impotencia, pasan de "salud es todo" a no poder hacer nada..." todo les corresponde", "todo les compete".

- Equipos con "alta rotatividad" no pueden sostener el vínculo por mucho tiempo, se pierde la posibilidad de integrarse al equipo, de co-responsabilizarse de un proyecto...

- Equipos donde todo se transforma en "pronta atención", no hay tiempo para detenerse a encontrarse con el otro, permanente sobrecarga, se trabaja como en una guardia, comportamientos de queja-conducta.

- Equipos donde se obstaculiza todo el tiempo la realización de la tarea primaria por la que "nos pagan"... se gasta el tiempo haciendo otra cosa, la gente se siente haciendo cosas fuera de lugar.

- Equipos donde la "salida es ideológica", donde lo que se pone en medio son valores acabados, a priori, no son preguntas, "el trabajo es la vida", "abnegación", lo que fija a las personas en un lugar de desvalido, de desprotección... "eternos hijos que nunca pueden tener autonomía".

Me parece importante subrayar esto: Hacer la diferencia Malestar/ Sufrimiento psíquico y de allí de algún modo aseverar que no es necesario sufrir para trabajar, que el trabajo no puede ser a "puro sufrimiento"...

En el artículo, "Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes" los autores plantean que "el sufrimiento psíquico aumenta cuanto menores son los espacios psíquicos del ser conjunto" (9). Es decir espacios colectivos donde podamos estar juntos pensando, soñando, peleándonos, pegándonos en la cabeza por no encontrar una solución.

¿Cuándo uno concibe equipos que estén mejor?

Cuando en un equipo encuentra creatividad y posibilidad de tener proyectos, un equipo que tiene un lado lúdico, un equipo que se divierte, que puede usar el humor para pasar situa-

ciones difíciles y que tiene la capacidad de hacerse preguntas. Esto no implica que sean equipos donde todos piensan lo mismo ni están todos de acuerdo.

Mario Testa (10) en relación a este tema refiere que, todo grupo, en algún momento se enfrenta con dos tipos de preguntas: ¿Por qué? ¿Y Para qué?

¿Por qué? Procura explicar y tiene que ver con el pasado...

¿Para qué? Tiene que ver con el futuro y da razones para actuar.

Si un grupo que está "en tarea" no puede ni tiene tiempo, nunca para analizar por qué y para qué trabaja, y bajo qué condiciones lo hace, llegará un momento que la tarea común, en vez de ser fuente de realización personal (sublimación saludable y creativa), será alienada, reproductora del status quo. Esto en relación a lo que Gastón Souza Campos (11) plantea como doble finalidad de los servicios de salud: la defensa de la vida y la realización personal de los trabajadores.

Las instancias colectivas se van articulando en un contexto que conmueve saberes y subjetividades, contexto que atraviesa y que interpela: ser testigos, ser arrasados con los arrasados, ser terceros que desarman encerronas trágicas cotidianas, apelando a que la neutralidad clínica no se transforme en neutralidad subjetiva... impacto en la subjetividad de los trabajadores, con los otros, entre otros...

Los compañeros de Emaús, nos dicen estar advertidos del vaivén, entre estar al servicio del mandato institucional / organizacional o al servicio de la libre demanda...entre el alojamiento y la expulsión...

En un documento elaborado por el colectivo de la Carrera de Especialización en Psicología clínica, institucional y comunitaria de la Universidad Nacional de Rosario en oportunidad de un homenaje a Ulloa (12) dicen... "Para garantizar la universalidad se requiere de análisis de estrategias que incluyan no sólo nuestras prácticas sino las condiciones

en el marco de las Políticas de estado... la universalidad es algo más que atender todo". Hacerle lugar al derecho a la salud de los ciudadanos se dirime no solo en nuestro acto de admisión sino en definiciones estratégicas respecto de que hablamos cuando se plantea el Sistema de Salud y el lugar del Estado en esta propuesta... Esto va de la mano de la construcción de espacios colectivos que son nuestra responsabilidad para hacer de la propuesta no solo una ficción deseable sino un escenario de posibilidades concretas.

Este equipo, el emausiano, acuerda y se da un modo, entrándole de costado a la realidad para no chocársela de frente, a veces un ir y venir, entrada y salida que auspicia espacios con otros, dispositivos que tercerizan, artificios ficcionales destinados a producir efectos sobre lo real.

Se interviene en lo real por medio de lo simbólico.

Dispositivos como ficción subjetivante:

El taller de cepillado (del ritual al juego),

el taller de plantas medicinales (la celebración),

el trabajo con jóvenes (donde aparece la confianza en el otro),

la experiencia con la escuela (de la dificultad de jugar, a la obra y la ficción),

el taller de fútbol (juego, reglas, límites de la cancha, pases...)

Se trata de ser semejante sin ser par, siendo parte de un dispositivo que terceriza, y produce subjetividad...

BIBLIOGRAFÍA

(1) Ulloa F. 2012. *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. 1ª edición. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

(2) Kait L. Madres, *No Mujeres: Embarazo Adolescente*. 2007. Buenos Aires. Editorial El Serbal. Citado en <https://www.casadellibro.com/li/bro-madres-no-m:/ujeres-embarazo.../1139831h>.

(3) Onocko. R. Seminario "Trabajar en

Salud". 2013. .Fundación de Saneamiento Ambiental Comunitario (FUNSACO). Citado en https://www.youtube.com/watch?v=-Fy1RIL_Wio.

(4) Freud, S. " 1930. Malestar en la Cultura". Citado en <https://omegal-fa.es/downloadfile.php?file=libros/el.malestar.de.la.cultura.pdf.file=libros/el.malestar.de.la.cultura.pdf>.

(5) *Ibidem* 3.

(6) Stolkiner, A. 1999. *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Artículo publicado en Revista EL CAMPO Ps. Buenos Aires. Argentina. Disponible en: <https://eva.udelar.edu.uy/mod/resource/view.php?id=291792>.

(7) Kaës R. 1991. *Realidade psíquica e sofrimento nas instituições*. En: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP, organizadores. *A instituição e as instituições*. San Pablo: Casa do Psicólogo. p.1-39.

(8) Onocko Campos, R., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O.. (2008). *Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. *Salud colectiva*, 4(2), 173-185. Citado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200008

(9) *Ibidem* 8

(10) Testa M. *Participación Social. ¿Para que?*. 2006.1ª edición. Buenos Aires. Editorial Lugar.

(11) Wagner De Souza Campos G. *Gestión en salud. En defensa de la vida*. 2001. 2ª edición. Buenos Aires. Editorial Lugar.

(12) *Producir experiencia: de la historia a la transmisión*. 2001. *Jornadas de la Carrera de especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria*. Disponible en: <https://fpsico.unr.edu.ar/.../carrerasdeposgrado/especializacion-en-psicologia-clinica-in...>

COMENTARIO DE ROBERTO ZAMPANI*

Primera aclaración: Estas palabras que compartiremos provienen de alguien que está bastante lejos de los campos abordados. Esto es, mis reflexiones provienen de una exterioridad tanto al campo de la salud o de la salud mental específicamente. Por eso solicito me permitan ciertas "licencias impunes" del que viene de afuera y de lejos.

Segunda aclaración: Comentar una experiencia territorial de trabajo debe ser abordada con cuidado y respeto. Cuidado por la imposibilidad de abordar la totalidad de situaciones, experiencias, climas y procesos sociales que se dan de manera simultánea en una experiencia de trabajo territorial. Por lo mismo, estas palabras deben ser compartidas con respeto, ya que estamos comentando el propio relato del equipo de trabajo, en el cual no solo hablan de la experiencia, sino que hablan de su propia experiencia.

Entonces vamos a arrancar con el título que es "APOSTAR CON EL OTRO: Reflexión y relatos sobre inter/acciones en un centro de salud". Quería explorar la idea de la interacción institucional, esto es, el mundo en el que trabajamos, el mundo de las políticas públicas. Y las políticas públicas quieran o no quieran tienen algún momento de interacción con otros, ya sea:

A) en el esquema clásico de las políticas públicas con las personas hacia las cuales están destinadas esas políticas públicas,

B) con los decisores de esas políticas o

C) con otros actores que juegan el juego de la política, entonces es interesante tomar como eje de análisis el papel de la interacción en estas experiencias.

Como disparador número uno va-

* Docente e Investigador de la carrera de Trabajo Social - UNR

mos a utilizar una palabra de la presentación.

Trabajamos con la idea de "agenda". En el campo de las políticas públicas el tema de la agenda es algo que muchas veces nos olvidamos pero que juega y nos marca la cancha de lo que vamos haciendo. ¿Cómo se construye la agenda de temas, de problemas, la agenda de lo que tenemos que hacer? Vale la pena aclarar en primer lugar que tenemos que hacer una diferenciación entre la agenda pública, la agenda del territorio, la agenda de las personas que viven en el territorio, la agenda de lo que les pasa a ellos y que ellos demuestran de alguna manera y la agenda que construye la política pública.

Las instituciones públicas para poder procesar lo que pasa en la agenda de las personas de verdad, toma variables o toma temas que son plausibles de intervenir. Retoman lo que la agenda pública está debatiendo e intenta generar algo en lo que se pueda intervenir.

Sabemos que no todo lo que plantea la agenda pública, las instituciones públicas por diferentes limitaciones lo pueden abarcar. Entonces, me pareció importante destacar la posibilidad que haya un momento en el trabajo semanal del equipo del centro de salud, y no sé cómo lo viven los diferentes equipos, servicios, lugares de trabajo, de poder poner en crisis la agenda de las personas, la agenda del territorio, la agenda de la realidad con la que les toca trabajar, y cómo la convierten en la agenda de la institución pública, en la agenda gubernamental. Entonces en primer lugar... ¿de qué manera construimos y reconstruimos la agenda de trabajo de cada uno de los equipos, servicios, Centros de Salud, en relación a la agenda de lo que está pasando en la realidad?

Pero seguidamente, nos planteamos la siguiente inquietud: esos equipos, en sus procesos de trabajo ¿construyen temas?, ¿construyen problemas? ¿Los problemas están en la realidad?

Podríamos acordar que los problemas, tal como los entendemos, no existen en la realidad. Lo que hacemos nosotros es reconstruir esa realidad en formato de problema. Aclarando que, quien deconstruye, construye o reconstruye el problema ya está decidiendo hacia dónde va la respuesta o la posible respuesta o abordaje a ese problema.

Me gustaría remitir, para ejemplificar estas ideas, a una de las figuras heteropatriarcales más significativas que tenemos en nuestra sociedad. Una de las figuras más terribles, figura que decide, que construye el problema y lo decide como él quiere y es muy pocas veces negado o muy pocas veces cuestionado: La figura del asador. El asador es la persona que construye el problema y decide cómo se construye. Sabe cómo cocinar, sabe qué es lo que va a poner, cuando poner la sal...Pero ¿dónde está la figura? ¿Donde se convierte en una figura heteropatriarcal incuestionable?: En el momento del reparto.

Hay un viejo eslogan que dice "El que parte y reparte siempre se queda con la mejor parte". El asador tiene una capacidad de llegar a la mesa –insisto: figura heteropatriarcal que maneja poder, maneja mucho poder- y nos mira a cada uno a la cara y dice "a vos te gustaba más seco", "a vos te gustaba más jugoso" y cuando todos están servidos se pone en el plato el mejor pedazo, cuando no se lo comió antes en la parrilla.

¿Qué es lo que queremos decir con esto? El que construye el problema también asigna después, de una manera extremadamente complicada porque así hemos construido las políticas públicas, cuáles son las respuestas indicadas para cada uno de los que se sientan a la mesa.

La pregunta y acá la crisis que hacemos con lo que nos plantea el equipo del centro de salud es que ellos intentan construir una figura que no es una y unívoca, sino es una figura que podríamos denominar la del asador participativo, la figura de que son varias personas las

que intentan, desde distintas perspectivas, construir el problema y asignar o presuponer por dónde tenemos que ir para atender esos problemas.

Entonces, cuando ellos nos cuentan (la experiencia) y la leemos nos encontramos con las siguientes preguntas-guías: ¿Cómo construir un problema? ¿Cómo trabajar con los problemas teniendo en cuenta la idea de la intersectorialidad? Intentar construir y deconstruir el asador heteropatriarcal y construir un asador que desde el momento de la construcción del problema sea intersectorial. Esta es la definición de lo que tiene que trabajar el equipo o de lo que el equipo decidió trabajar. ¿Hasta dónde es una construcción intersectorial, o es una construcción sectorial, o es una construcción disciplinar?

Hay distintas posibilidades. No hay una que sea más buena y otra más fea. Es como las condiciones de trabajo, la misma realidad nos va marcando donde podemos avanzar, donde no. Pero esto es un horizonte de trabajo, poder concurrir hacia lo que dice Fabián Repetto (1) "coordinaciones integrales intersectoriales".

Cuando se plantea la intersectorialidad o la expectativa de intersectorialidad se intenta abordar problemas que como ya hemos aprendido, no son más los mismos problemas de los años anteriores ni de las décadas anteriores, el mundo cambió. El mundo y los problemas cambiaron y la reconstrucción de esos problemas también requiere miradas multidimensionales, que en nuestro caso se traduce en miradas intersectoriales.

Una pregunta que el equipo formuló es cuál es la diferencia entre intersectorialidad e interinstitucionalidad. Para el análisis de políticas públicas la interinstitucionalidad habla específicamente de los actores que juegan el juego en un territorio determinado. Tiene que ver con si se pueden dar o no esos espacios interinstitucionales entre actores que – como voy a decir más adelante– es ne-

cesario que todo equipo que trabaja en territorio haya reconocido en un buen mapeo de actores.

A lo mejor una vez por semana en la reunión de trabajo hay que dedicarle 10 minutos a mapear el territorio y cuando digo mapear el territorio, es ver quiénes son los actores que están en ese territorio, actores institucionales o actores protoinstitucionales o preinstitucionales. No tiene que ser solamente entre las cuatro paredes el actor, el actor puede ser el puntero, puede ser el líder, puede ser la líder de una organización, etc., pero es parte del juego, del trabajo, si se aspira a un trabajo intersectorial, conocer cuáles son los actores en nuestro territorio.

Entonces la interinstitucionalidad –si uno piensa– sería un presupuesto para la intersectorialidad, no habría intersectorialidad si no hay espacios interinstitucionales. Los espacios interinstitucionales son espacio instituidos en los que la gente se junta a charlar sobre temas que conmueven o interesan a sus instituciones y el territorio.

Podemos plantear cinco características o cinco procesos que deben producir nuestras intervenciones en el territorio en políticas públicas para producir esto de la intersectorialidad, tomando como base un texto de la doctora en Ciencias Sociales, Nuria Cunill Grau del 2005 (2).

Un primer tema para garantizar la intersectorialidad –porque sabemos que los otros que intervienen en el territorio tienen distintas tendencias, distintas propuestas, distintas formas de trabajos– es generar el espacio del encuentro. Y ¿qué es el encuentro? generar los lugares, las mesas intersectoriales, las mesas que incluyan actores. Pero generar una mesa significa garantizarla, no es espasmódica, sino garantizar una nueva institucionalidad que rompa con la lógica de las políticas sociales y las políticas públicas que nosotros tenemos. Así como tenemos una mesa del equipo,

deberíamos tener o construir una mesa territorial con otros actores.

Otra condición es generar mecanismos de toma de decisiones en esa mesa y eso se genera de manera participativa con los demás que están en esa mesa. Hay actores muy fuertes, con historias distintas, con potencias distintas, no todos tienen la misma potencia. ¿Cómo hacer cuando sobre algún tema, sobre alguna situación hay intereses contrapuestos? Hay que generar formas de procesar esas diferencias, ya sea –como lo hizo clásicamente nuestra sociedad moderna– a través de votaciones, a través de la mayoría, a través de contemplar la minoría, a través del diálogo...

Otra tercera condición que es muy importante para generar estrategias de trabajo intersectoriales es la de construir en conjunto un plan de trabajo. Al construir en conjunto un plan de trabajo y plasmarlo en una hoja, o dos o tres, nosotros ya tenemos guía de nuestros acuerdos plasmados por escrito. Entonces ya es mucho más difícil “sacar los pies del plato”, una vez que eso está plasmado en un plan de trabajo, una vez que de manera intersectorial concordamos un plan de trabajo, la posibilidad de que alguien se corte, porque está en desacuerdo, es mucho más difícil, porque eso fue fruto de un acuerdo. Llegar a ese plan de trabajo da trabajo, es complejo, porque ahí juegan cómo entendemos el problema, qué es el problema para mí y para los otros, pero es una condición poder plantearlo.

Como cuarta condición podemos decir que cuando de manera intersectorial las cosas no andan, siempre es bueno apelar al territorio y a las personas de carne y hueso para que rompan las imposibilidades para generar acuerdos. Esto es, los procesos participativos con la sociedad civil, ya sea organizada o no organizada contribuye a romper con esa suma cero que se da por ahí entre sectores, entre equipos, entre disciplinas que no logran llegar a un acuer-

do. Cuando aparecen las personas de carne y hueso con la “realidad real” ahí esto se puede romper.

Y, por último, en quinto lugar, ¿quién conduce? porque al fin y al cabo no es anárquico el proceso, no es autoconducente. Hay alguien o algunos que conducen, que convocan, que ponen la mesa, que reparten las birromes, hay alguien que marca la cancha. Que pueden ser conducciones más autoritarias, más democráticas, más abiertas, más cerradas. Pero hay alguien que conduce. Recordando que la conducción de ese proceso no tiene que ser un obstaculizador del proceso de trabajo intersectorial que tenemos.

Hay tres desafíos que hay que superar para avanzar en una propuesta intersectorial. Hay un desafío que es integrar conceptualmente los objetivos. Una integración conceptual. Intentar que todos construyamos el mismo concepto sobre el que vamos a trabajar. Imagínense disciplinas distintas, personas distintas, trabajadores distintos, trayectorias de vida distintos. Tratar de construir el mismo concepto y el mismo objetivo.

El segundo es la integración de los procesos de trabajos. Es tan importante definir en conjunto los objetivos, como también el proceso de trabajo, el cómo lo vamos a hacer es también un tema importante.

Y, por último, es derrumbar cotos cerrados y derrumbar feudos. Para la intersectorialidad es inevitable derrumbar feudos. ¿Cuáles pueden ser esos feudos? O la Escuela, o el Centro de Salud, o la ONG. Es teóricamente un llamado a derribar feudos.

Hay otros dos tipos de coordinaciones que contribuyen a la intersectorialidad. Hay uno que es el intergubernamental, que le pone más crisis al intersectorial, porque ahí aparecen niveles de gobierno distintos. La coordinación intergubernamental le pone otro ruido más al trabajo en territorio. Y, por último, yo creo que es la clave en

la que los equipos se pueden apalancar para no quedar pedaleando en el aire, la coordinación con la sociedad civil, la coordinación con los movimientos sociales, la coordinación con el territorio, con los actores no gubernamentales, porque quizás esos son los que le dan un poco más de contenido y le dan más soporte a toda esta construcción intersectorial.

Para concluir -y como al principio desafiaron al texto con la canción de Fito Paez "Al lado del camino"- yo les quería hablar sobre la posibilidad de apostar, porque apostar es jugarse. El equipo piensa el APOSTAR CON EL OTRO como guía y título de su trabajo. Por eso me parece importante recordares que quien apuesta juega y se la juega. Apostar significa pensar que podemos hacer algo independientemente de que el resultado sea o no el esperado, pero no vamos a dejar de apostar.

La apuesta es porque estamos todo el tiempo buscando algo nuevo.

Hay un verso de Alfredo Lepera que habla de alguien que viene perdiendo todos los días y un día se dice a sí mismo:

"Basta de carreras,
se acabó la timba,
un final reñido
yo no lo puedo volver a ver,

pero si algún pingo
llega a ser fija este domingo
yo me juego entero
¿qué le voy a hacer?"(a)

Yo creo que la apuesta es eso, aun en la adversidad, es seguir pensando, seguir buscando el pingo en nuestra realidad, es seguir apostando todos los domingos para ver si alguna vez sale lo que queremos.

NOTAS FINALES

a. "Por una cabeza" Gardel y Lepera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Repetto F., Fernández JP. *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales*. 1a. edición. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012.

2. Cunill Grau, N. *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. Julio 2005. Disponible en:<http://old.clad.org/documentos/otros-documentos/material-didactico-curso-bogota-2011/7.-cunill-grau-2005-intersectorialidad/view>.

Revisión del proceso de atención de pacientes diabéticos en siete Centros de Salud del Distrito Norte y Distrito Noroeste de la Ciudad de Rosario

María del Rosario Maidana¹

Introducción

El proyecto Equity LA II (a) es un estudio multicéntrico en el que participan 6 países latinoamericanos incluido Argentina, siendo la Secretaría de Salud Municipal de Rosario el lugar seleccionado para la participación en este proyecto. La investigación consta de cuatro fases (agosto 2013-julio 2018): Fase 1. Estudio para establecer la línea de base en el desempeño de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en 6 países latinoamericanos utilizando métodos cualitativos y cuantitativos. Fase 2. Diseño e implementación de intervenciones en una RISS de cada país para la mejora de la coordinación y la calidad de atención basada en el estudio de base. Fase 3. Evaluación de la eficacia y las limitaciones de las intervenciones y los factores contextuales asociados. Fase 4. Análisis comparativo entre países.

Cuenta con un diseño cuasi-experimental para la evaluación de una intervención en redes de servicios de salud, con un enfoque de investigación acción participativa y multidisciplinaria. Implica diagnóstico de los problemas, formulación de un análisis y modelo de acción (diseño de intervención, implementación y evaluación). Participación activa de los trabajadores de salud y gestores durante todas las fases de investigación. (1)

En ese marco, se constituyó a nivel local una plataforma integrada por profesionales de los servicios de primero y segundo nivel, gestores de mando medio e investigadores de la Secretaría de Salud Municipal de la ciudad de Rosario, que estuvieron a cargo del diseño e implementación de la intervención.

Como resultados del estudio de línea de base (b), se evidenciaron una serie de dificultades en materia de coordinación. Entre otras, problemas de acceso de los pacientes a la consulta especializada; insuficiente o deficiente transferencia de información clínica entre profesionales; dificultades para asegurar el seguimiento debido a problemas en el acceso a estudios complementarios. Asimismo, profesionales de diferentes niveles señalaron la importancia de construir indicadores para evaluar procesos de atención a la vez que revisar y analizar trayectorias de atención de pacientes crónicos como estrategia orientada a mejorar la coordinación. (2)

Atendiendo a ese estado de situación y como insumo para el posterior desarrollo de reuniones clínicas entre niveles en el marco de la estrategia de intervención del Proyecto, se llevó a cabo la revisión del proceso de atención de pacientes crónicos Diabéticos que se atendieron durante el periodo 2012/2016 en la red de salud municipi-

¹ Médica integrante del Área de Investigación de la Secretaría de Salud.

pal del Distrito Norte y Noroeste. Esta revisión, se hizo conjuntamente entre los profesionales tratantes de primero y segundo nivel y miembros del Área de Investigación de la SSP.

El contexto de estudio

La red municipal de servicios de salud está constituida por efectores de los tres niveles de atención distribuidos en cada uno de los Distritos de la ciudad (c). De esta manera, la estructura de la red cuenta con un primer nivel de atención constituido por 51 centros de salud, un segundo nivel atención al que pertenecen tres efectores hospitalarios, dos maternidades, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias CEMAR, el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario y un servicio de Internación Domiciliaria. El Sistema de atención se completa con dos hospitales de tercer nivel de atención uno pediátrico y otro de adultos.

En el marco del proceso general de descentralización municipal, el sector salud desarrollo lineamientos con el fin de acompañar el mismo. Se planteó una organización urbana como soporte material de este proceso que se denominó Distritalización, vale decir la delimitación de un área geográfica involucrando en ella un número determinado de Centros de Salud junto a uno o más Hospitales de referencia. En efecto, el mapa urbano actual esta subdividido en seis Distritos. Estos lineamientos implicaron en principio la intención de redimensionar y refuncionalizar los efectores hospitalarios, en términos de reducir el área de consultorios externos de los hospitales, transfiriendo horas profesionales de hospitales de tercer nivel a los de segundo nivel, para facilitar la accesibilidad de la población en aquellos distritos más alejados al CEMAR. Esta última institución fue puesta en marcha en el año 2000, trabajando exclusivamente con turnos referenciados desde la red de centros de APS, es decir que no recibe demanda espontánea. Esta estra-

tegia se orientó a reforzar fuertemente el apoyo especializado a los equipos de centros de salud en tanto que en el marco de una definición político-sanitaria de trabajo en red, los efectores hospitalarios se plantearon como referentes de internación para los Centros de salud (3).

En el caso de la patología seleccionada, Diabetes, el proceso de atención de estos pacientes transcurre en gran parte en Centros de Salud del primer nivel de atención, todos los cuales cuentan con un equipo adscriptor (d). Las derivaciones al segundo nivel se limitan a la realización de estudios complementarios, interconsultas especializadas y a los servicios de guardia hospitalarias ante complicaciones y/o descompensaciones de estas patologías crónicas desde el efector de salud. La intervención del tercer nivel es muy escasa en el abordaje de estas patologías y solo tiene lugar ante complicaciones graves que requieran internación.

Objetivo de la experiencia

La revisión de HC de manera conjunta con los propios profesionales tratantes, tuvo como objetivo más general la identificación de obstáculos y oportunidades de mejora en los procesos de atención de pacientes diabéticos en la red de servicios. En particular, y recuperando experiencias previas de esta modalidad de práctica en el ámbito de la Secretaría de Salud Municipal (e), el desarrollo de esta experiencia apuntaba a posibilitar el reencuentro de los profesionales con los resultados de su propia práctica, como estrategia para la reflexión en torno al propio proceso de trabajo.

Dinámica de trabajo

Para el desarrollo de la experiencia se tomó como base población adscripta del Distrito norte y noroeste, con diagnóstico de DBT. Esta información se obtuvo a partir de una base de datos denominada Unidad de análisis de

proceso de atención (UAPA), resultante de un relevamiento de pacientes diabéticos del primer nivel de atención en los periodos 2015/2016, efectuado por un grupo de médicos de APS (4). Dicho relevamiento se centró en los listados disponibles en las farmacias de cada uno de los centros de salud municipales de pacientes en tratamiento con hipoglucemiantes orales y/o insulina, quedando excluidos del mismo aquellos que se encontraban sólo con indicaciones higiénico – dietéticas. Posteriormente se cruzó esa información con los datos del Programa Municipal informático de registro que permite reconstruir la trayectoria de consultas, internaciones o estudios complementarios que realizaron estos pacientes en el segundo y tercer nivel, con el fin de identificar aquellos usuarios que hubieran transitado por estos niveles durante el primer semestre de 2016 (f). A posteriori, se seleccionaron aleatoriamente dos HC por Centro de Salud de siete efectores de primer nivel que formaban parte de la red de intervención en el Proyecto Equity.

A los fines de la revisión de las Historias Clínicas, se elaboró un Instrumento que fue llevado a discusión a una reunión de Plataforma de Profesionales, donde se consensuó la versión final del mismo. En la red de salud municipal no se cuenta con criterios de consenso de asistencia de pacientes diabéticos. Debido a esto, el instrumento de atención y seguimiento fue confeccionado a partir de la lectura y análisis de la siguiente bibliografía: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento Pan American Health de la DBT 2 versión 2013 (5); Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Ministerio de Salud de la Nación 2012 (6); Sociedad Argentina de HTA. Consenso de HPT. Revista de Cardiología Argentina 2013 (7); Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Dirección de promoción de la salud y control de las enfermedades no

transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación. 2009 (8).

Con el instrumento se relevó información clínica de los últimos 5 años de atención (g): Datos identificatorios de los pacientes (Fecha de nacimiento, Sexo, Domicilio, Cobertura Social, Nivel de Instrucción, Centro de Salud de referencia); Historia de atención (Antigüedad en el diagnóstico de DBT, Otras patologías diagnosticadas, número de profesionales a cargo por nivel de atención que intervinieron en el proceso desde el momento del diagnóstico, fecha de primera consulta en el efector, número de consultas totales y diagnósticos en 1º y 2º nivel por año en el período estudiado, complicaciones relacionadas a la DBT que no requirieron internación, consultas a Servicios de Guardia y diagnósticos, número de internaciones y motivos durante el período); Registro del proceso de atención al interior del efector (consignación de factores de riesgo, registro de indicadores derivados del examen físico, registro de laboratorios, registro de indicaciones de tratamientos no farmacológicos -dietéticas, actividad física, etc-, tratamientos farmacológicos implementados, disponibilidad de dispositivos de automonitoreo para DBT); Intervenciones ligadas a la vinculación con los otros niveles de atención (derivaciones a Interconsultas con especialidades; existencia y suficiencia de la información contenida en referencias / contrarreferencias, informes de estudios complementarios realizados en 2º y 3º nivel)

La muestra quedó conformada por 14 pacientes adultos según criterio de selección de tener registros de consultas en ambos niveles durante el periodo 2012/2016 adscriptos a los Centros de Salud de la red de Intervención. En 3 de los casos se revisó además la HC de segundo nivel con médicos especialistas. La revisión de las historias clínicas se realizó en los lugares y horarios de trabajo de los profesionales durante los meses de septiembre y octubre de

2016, acordando previamente con ellos el momento más oportuno para esta actividad. A su vez, la planificación de la misma fue facilitada por los jefes y/o coordinadores de los servicios de salud. La lectura de la historia clínica estuvo a cargo del médico interviniente en la atención y el llenado del instrumento a cargo de un integrante del área de investigación.

Observaciones Generales de la historia de utilización en la red de salud

Algunos resultados

El rango de edad de los pacientes estudiados osciló entre 39 y 64 años, con una mediana de 56,5 años. La distribución por sexo fue de siete mujeres y de siete hombres. Con respecto al nivel de instrucción 8 contaban solo con escolaridad primaria completa. Por otro lado 12 de los usuarios carecía de obra social a excepción de dos pacientes, si bien los profesionales tratantes referían las dificultades que esto acarrearía en virtud de no tratarse de una cobertura estable, sino que fluctuaba en sintonía con la alternancia entre períodos de empleo y desempleo.

Se analizó también la antigüedad de referencia de los pacientes con los efectores de primer nivel, considerando para ello la fecha del primer contacto establecido con el efector, encontrándose una mediana de 16 años, condición que podría señalar una larga historia de utilización del servicio de salud. Por otra parte, analizando el tiempo transcurrido desde la fecha del diagnóstico de las patologías seleccionadas hasta el momento del relevamiento, se verificó un rango que va entre los 6 y los 14 años, con una mediana de siete años, dato que permite inferir la vinculación de los pacientes con los efectores del primer nivel desde el momento del diagnóstico de la DBT. A su vez, analizando la frecuencia de utilización del servicio de salud por eventos relacionados con esta patología, se obtuvo un promedio de cinco consultas por año

por paciente durante el periodo en estudio. Se identificaron también los motivos de estas consultas, encontrándose que en promedio tres de las cinco referían a controles de seguimiento de la patología con el médico de referencia del primer nivel – frecuencia acorde a estándares internacionales (9).

Se realizó una mirada más particularizada de la continuidad de consultas en el primer nivel para estos 14 casos, encontrándose que en solo tres situaciones se constataron discontinuidades en el registro de HC. En uno de los casos no hay registro de consultas realizadas durante dos años consecutivos (2014, 2015), pero retoma el contacto durante 2016. En otro caso, no hay registro de consultas a lo largo de los dos últimos años, sin ninguna referencia de los motivos de esa discontinuidad. Finalmente otro usuario deja de concurrir al centro de salud entre el año 2010 hasta el 2014. El profesional tratante refirió no obstante que en ese período fue internado en dos ocasiones por edemas de miembros inferiores y complicaciones de su pie diabético retomando contactos esporádicos en los egresos hospitalarios. Situación que llevó al equipo de salud al planteo de una nueva estrategia de intervención consistente en visitas domiciliarias para el seguimiento del paciente.

Más allá de esos casos, uno de los profesionales refería la situación de uno de los pacientes estudiados que evidenciaba una frecuencia periódica de controles clínicos programados a lo largo de los últimos cinco años, pero con accesos periódicos tanto a servicios de la red municipal como de la red provincial, esta última en muchos casos, para lograr efectivizar exámenes complementarios o controles especializados. Esta situación provocaba, desde la perspectiva del médico de cabecera, dificultades en el seguimiento clínico en virtud de la ausencia de intercambio de información y criterios clínicos consensua-

dos para el tratamiento en un paciente complicado con compromiso cardiaco, renal y neurológico.

Se analizó la existencia de complicaciones asociadas a las patologías de base, encontrándose que 12/14 pacientes presentaron complicaciones, algunas de ellas graves. Entre otras se encontraron: retinopatías, infecciones urinarias, nefropatías, celulitis, pie diabético, insuficiencia renal y ectomias de los dedos de los pies. A su vez 7/14 pacientes debieron cursar internaciones en el período por problemas vinculados a las patologías de base.

Otro aspecto relevado tuvo que ver con los estudios complementarios solicitados durante el último año, encontrándose que 10/14 pacientes efectivizaron el fondo de ojo, 9/14 realizaron ecocardiogramas y 8/14 concretaron electrocardiogramas. Un aspecto a destacar, es que no pudo estimarse en base a los registros de HC, los tiempos de demora para el acceso a estos estudios, dado que rara vez, los profesionales consignan la fecha en que los solicitan. No obstante, durante los encuentros sostenidos para la lectura de las HC, los médicos de referencia aludían a marcadas demoras en el acceso, fundamentalmente en lo que refiere a Fondos de Ojo, Ecocardiogramas y Electromiografías. Frente a esta situación, los profesionales referían desarrollar distintas estrategias para favorecer la realización de los estudios, tales como priorización de los casos más urgentes y derivación a circuitos privados. En el caso particular de pacientes que cursan internaciones, los profesionales referían que la situación de internación suele facilitar la efectivización inmediata de los estudios pendientes.

En cuanto a prácticas de laboratorio como la glucemia y la hemoglobina glicosilada (Hb1AC) fueron realizados en un 64 % y en un 51% de los pacientes respectivamente durante el año previo al relevamiento. Se constata además

que en muchos casos no se registran los valores de las mismas en la historia clínica.

Se relevó la existencia en HC de registros de consultas en servicio de guardia e internaciones, constatándose escasa o nula información en las HC de 1° nivel, específicamente de consultas, prácticas e internaciones transitorias (menos de veinticuatro horas), en contraposición con los eventos de internación de más de veinticuatro horas los cuales quedan registrados en la HC con información clínica más precisa del diagnóstico, informe de exámenes complementarios y tratamiento implementado. Así, las atenciones ambulatorias en guardias hospitalarias quedan desconectadas del resto del proceso de atención.

Por otro lado, la revisión de la trayectoria de algunos de estos pacientes a través del análisis de HC del segundo nivel permitió identificar en uno de los casos, lo que podría considerarse una duplicación del proceso de atención en ambos niveles, es decir circuito de acceso de atención con una mayor frecuencia de consultas con el especialista, cumpliendo este cierto rol de médico de cabecera y ausencia de conexión entre niveles sanitarios, es decir la no transferencia de información de esta nutrida historia de utilización, que facilite la atención conjunta sincronizada y la toma de decisiones en el seguimiento de estos pacientes.

Con respecto al tratamiento farmacológico se identificó que 4/14 pacientes, están con insulino terapia exclusiva, otro con insulina más hipoglucemiantes oral y el resto solo con hipoglucemiantes orales. De los cinco pacientes medicados con insulina tres poseen acuchek para su automonitoreo. Se observa además que 12/14 reciben tratamiento antihipertensivo. A partir de las conversaciones sostenidas con los profesionales a lo largo de los encuentros, pudo constatar cierta heterogeneidad de criterios y prácticas. Por ejemplo, respecto de los dispositivos de

automonitoreo en pacientes insulinizados, algunos profesionales los consideran indispensables para el autocontrol efectivo de las glucemias y otros relativizan su uso. Por otro lado, equipos de primer nivel que insulinizan y otros que no, hecho atribuible en algunos casos a diferentes capacidades técnicas de los equipos, en otros casos a diferenciales de acceso a estudios y dispositivos de automonitoreo que condicionarían la decisión clínica del pasaje a insulina. A su vez, algunos profesionales señalaban la situación de usuarios que rechazan sistemáticamente la insulino terapia, aún teniendo criterio específico de esta modalidad de tratamiento.

REFLEXIONES FINALES

La reconstrucción de la historia de atención confrontó a los trabajadores de la salud con la necesidad de apelar a su memoria, puesto que las prácticas reales exceden largamente lo que se efectiviza como registro escrito. Esta deficiencia de registro interpeló al profesional en la importancia de la herramienta de la historia clínica como fuente de datos de intervenciones o abordajes ampliados de atención de pacientes que no se visualizan y no tienen forma de recuperar.

Así, esta experiencia de revisión habilitó -según opinión de algunos de los profesionales- un momento de abstracción de su práctica asistencial cotidiana posibilitándole una mirada más reflexiva de la historia del proceso salud/enfermedad/atención y en definitiva una cierta autoevaluación de los resultados de su propia tarea.

En cuanto al análisis de las evoluciones de los pacientes, 12/14 en edades muy tempranas ya presentan complicaciones, en el relato de los profesionales se permitió inferir diferentes niveles de alarma por parte de los médicos tratantes, ante indicadores de respuestas inadecuadas a los tratamientos o ante la falta de adherencia al proyecto terapéutico, hecho que se refleja en la no prio-

rización de pedidos de interconsultas, estudios complementarios o ausencia de cambios en las estrategias terapéuticas.

Por su parte, en relación a los proyectos terapéuticos, se visualizó una escasa oferta de intervenciones preventivas que incluyan educación individual o dispositivos grupales por parte de los equipos de salud, persistiendo en cambio un enfoque terapéutico predominantemente farmacológico en detrimento de un abordaje integral centrado en la persona y su contexto. Este déficit en intervenciones preventivas, resulta más acuciente si se tiene en cuenta además que la obesidad es la comorbilidad presente en casi todos los pacientes, y si bien, según dichos de algunos profesionales, la priorizan como un problema serio, común y creciente en esta población, consideran disponer de escasos recursos apropiados y sostenibles para el manejo integral de la misma. La mayor parte de los profesionales solo reconoce recomendaciones higiénico - dietéticas y en pocos casos dietas escritas suministradas a sus pacientes y explicitan la ausencia de abordajes multidisciplinarios.

En tal sentido, en la Guía de Práctica Clínica Nacional Diabetes Mellitus Tipo 2 se manifiesta la relevancia de que el paciente y su familia tengan conocimiento de su dolencia crónica, sus distintas percepciones conllevando a una mayor definición de las diversas problemáticas que se plantean para diseñar un proyecto terapéutico según prioridades del paciente, familia y médico de cabecera y establecer metas específicas, pautadas que permitan una evaluación dinámica y permanente de los objetivos acordados teniendo en cuenta los aciertos y fracasos en el seguimiento (ibídem 5).

La mayoría de los trabajadores del primer nivel hacen referencias reiteradas en relación a pacientes de extrema vulnerabilidad socio-subjetiva, cuya complejidad excede las posibilidades de

abordaje del primer nivel de atención, y aún del sector salud como único actor.

Ese contexto cotidiano lleva a algunos equipos a funcionar con la lógica del trabajo en la urgencia, interfiriendo en las posibilidades de planificación y desorganizando de este modo, la oferta de atención del primer nivel.

Cabe destacar en los médicos del primer nivel la construcción de vínculos sólidos de responsabilización con su población a cargo. Esto se evidencia en el conocimiento de la historia clínica, personal, familiar y social de sus pacientes, a veces con intervenciones o abordajes ampliados de atención que habitualmente no se registran en la historia clínica y en la frecuencia de utilización del servicio por parte de los usuarios lo que evidencia la adherencia al sistema de salud.

No obstante ello, algunos de los indicadores de la situación clínica de este grupo de pacientes (complicaciones, necesidad de internaciones en edades tempranas, etc.) señalan la necesidad de optimizar los abordajes de la problemática atendiendo a su complejidad. En ese contexto, la mejora en la comunicación, la coordinación y cooperación multidisciplinaria entre profesionales de la red y el acceso oportuno a consultas y estudios constituyen elementos clave para la optimización del control metabólico, la prevención y tratamiento precoz de las complicaciones.

Finalmente, teniendo en cuenta que en el proceso de trabajo habitual, hay carencia de cortes periódicos que permitan la detección de progresividad o empeoramiento de los casos clínicos, sería relevante implementar de modo sistemático un dispositivo de revisión de procesos de atención.

NOTAS FINALES

(a) Equity- LA II es un proyecto de investigación cuyo objetivo es evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de

la atención de las redes integradas de servicios de salud (RISS) en América Latina. Da continuidad al proyecto Equity-LA, centrado en el análisis del acceso y la coordinación de la atención en las RISS de Colombia y Brasil, incorporando cuatro nuevos países, con diferentes tipos de sistemas de salud: Argentina, Chile, México y Uruguay.

(b) Para el estudio de línea de base se desarrolló un abordaje que combinó técnicas cualitativas, específicamente entrevistas en profundidad con profesionales de primero y segundo nivel, gestores y usuarios portadores de enfermedades crónicas; y encuestas dirigidas a esos mismos actores.

(c) Refiere a centros de salud en el primer nivel de atención, efectores hospitalarios de mediana (segundo nivel) y alta complejidad (tercer nivel).

(d) La modalidad de adscripción de pacientes a equipos de referencia, implementada por parte de la gestión de la Secretaría de salud municipal desde el 2003 implica que cada equipo de referencia del primer nivel, constituido por un médico y un enfermero, asume en relación con su población adscrita la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actúa como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos.

(e) En el año 2008, desde el Área de investigación de la Secretaría de Salud Pública Rosario se llevó a cabo un estudio sobre embarazo adolescente que implicó la revisión de HC de estas pacientes en forma conjunta entre los médicos de referencia de estas pacientes y miembros del área de investigación. Anteriormente, en el año 1998, en el marco del Proyecto de Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva, se procedía a la reconstrucción de la historia de atención de las mujeres fallecidas para su posterior análisis y problematización con todos los actores participantes del proceso de atención.

(f) Datos aportados por el Área de Bioestadística de la Secretaría de Salud.

(g) En el caso de variables como antigüedad en el diagnóstico, otros diagnósticos, profesionales intervinientes a lo largo del proceso de atención, se rastreó la información desde el momento de apertura de la HC.

misibles del Ministerio de Salud de la Nación. 2009.

9. *Standards of Medical Care de la American Diabetes Association. 2017. Vol. 40. Supplement1(p. 11-12). <://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf>*

BIBLIOGRAFÍA

1. *Impacto de las estrategias de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina. Tríptico citado en: http://www.equity-la.eu/upload/triptics/18_1.pdf*

2. *Informe de la Primera Etapa Proyecto Equity LA II. Presentado a la Dirección de Servicios de Salud de Secretaría de Salud Pública. Rosario. 2016. Documento de Trabajo no publicado*

3. *Rodríguez, A.; Huerta, A. Programa SANAR (Programa de Seguimiento Adecuado de Niños de Alto Riesgo): El horizonte de la Descentralización...? Trabajo presentado en las Jornadas de Trabajos Científicos organizadas por el Área de Investigación. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Año 2002. Documento de trabajo no publicado.*

4. *Lopez Gonzalez G.; Ontivero N. "Caracterización de la población en tratamiento farmacológico para hipertensión, diabetes, dislipidemia adscriptas a los centros de salud de la municipalidad de rosario durante el año 2015/2016". Documento de trabajo no publicado.*

5. *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento Pan American Health de la DBT 2 versión 2013.*

6. *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Ministerio de Salud de la Nación 2012.*

7. *Sociedad Argentina de HTA. Consenso de HPT. Revista de Cardiología Argentina 2013.*

8. *Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Dirección de promoción de la salud y control de las enfermedades no trans-*

El escuchatorio y la medicina narrativa

Dr. Anibal Jorge Maciá*

*Cuando pones la proa visionaria hacia una estrella y tiendes el ala hacia tal excelcitud inasible, afanoso de perfección y rebelde a la mediocridad, llevas en ti el resorte misterioso de un Ideal.
José Ingenieros (1).*

En estas últimas décadas han acaecidos cambios drásticos en la medicina y que sobrevienen en forma cada vez más vertiginosa. En la antigüedad el cuerpo fue considerado como una máquina, un artefacto semejante a un reloj pero compuesto de huesos y carne. Desde Descartes se explicaba que el organismo era un mecanismo capaz de corromperse, susceptible de ser reparado por artilugios quirúrgicos. La visión médica estuvo atestada de oscurantismo y soberbia durante siglos. Esa concepción fue desapareciendo con el moroso paso del tiempo hasta considerar una naturaleza corpórea indivisible, íntegra. Sin embargo percibimos en los últimos años presurosos avances en la tecnología médica. Tan arrolladores que establecen una vasta brecha entre los profesionales, quienes no pueden dominar a fondo todos los aspectos de la medicina actual, apareciendo necesariamente una superespecialización, que termina por fraccionar al conocimiento. Entonces, y cada vez más, la sofisticada medicina que se practica hoy deja insatisfechos tanto a médicos y como a pacientes, porque vuelve difícil su encuentro y se revela insuficiente para abarcar la experiencia de sus mutuos

padecimientos: el de los enfermos, en particular de aquellos que sufren problemas de diagnóstico difícil o incierto; y el de los profesionales, generando en ellos frustración y agotamiento.

Vivimos en un mundo donde domina la prontitud, la ligereza, donde todo debe ocurrir ya, rápido y velozmente. No hay tiempo para un café, menos para la charla, la contemplación, la lectura reposada... ¡Pasemos el semáforo en rojo, para qué esperar!, ¡Hay que correr, correr en la moto, en el trabajo, en la amistad, en el amor!. Hay que aprender medicina vertiginosamente, no importa cómo, pero raudo.

El joven profesional ahora es más directo y sincero en su ejercer en las ciencias de la salud, aunque a veces también se habla y se escucha menos. Y resulta que la impaciencia anda de la mano con la arrogancia. ¡Rápido, hable rápido señor, que tengo la sala de espera llena! ¡Apúrese con lo que cuenta señora, que ya sé cuál es su enfermedad! Estoy seguro que la vanidad hace sordos, y eso se torna muy peligroso cuando se trata de la relación entre un profesional de la salud y una persona enferma. Se ha demostrado que los estudiantes de medicina aprenden cinco

* Médico dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital "I.G.Carrasco", de Rosario, Santa Fe. anibalmacia@yahoo.com.ar

mil palabras nuevas en el primer año, cuyo origen y significado en su mayoría desconocen. Y este vocabulario masivo, en vez de fortalecer y ampliar su conciencia profesional, actúa muchas veces como una muralla abrumadora que los distancia de los otros humanos, los encaja en una torre de cristal dado que se convierten en hablantes de un dialecto hermético, separados del resto de la sociedad, como poseedores de un secreto que les confiere a la vez poder y lejanía; en suma, los conduce a la alienación. Y he observado que esa alienación, en algunos, se llama arrogancia. O, más pernicioso aún: soberbia.

Cuando una persona se siente enferma y concurre a la consulta comienza a tejerse una compleja trama de relación interpersonal en la que uno y otro, paciente y médico, se encuentran igualmente implicados. El acto médico y en esencia la relación humana que se establece constituye el sustrato sobre el que se asienta la naturaleza de la medicina misma. En uno de los tantos Glosarios de Bioética (2) se define que " la relación médico-paciente es una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético casi como una relación de amistad que se establece entre el profesional de la salud y su paciente con vistas a la curación, alivio y apoyo en la enfermedad".

Dice Ivonne Bordelois (3) "La palabra es el eje fundamental de nuestra vida de relación. De palabras están hechos nuestros compromisos afectivos, políticos, vitales. Pero la palabra que se intercambia en la entrevista médica aparece rodeada de ansiedades y dudas: existe una situación de riesgo físico a la que se agrega el riesgo del malentendido entre médico y paciente, que pueden compartir el mismo lenguaje, pero no necesariamente un mismo código que los comuniquen plenamente.

...Nada sustituye ni supera el alcance de la palabra y la voz humana cuando nos encontramos al borde del sufrimiento y de la muerte. Pero una cultura tan negadora del sufrimiento y de la muerte como la nuestra también niega, necesariamente, ese alcance y esa relevancia de la palabra, situados más allá de las fronteras del imperio tecnológico. Sin embargo, es posible avanzar en ese territorio, disputándolo a las tinieblas del avasallamiento brutal al que estamos expuestos. La medicina es ciencia y arte, así como el lenguaje es poesía y conocimiento. Que medicina y lenguaje se sienten juntos en el banquete del entendimiento es una de esas ignoradas pero necesarias prioridades que necesitamos hoy por hoy establecer."

Por muchas razones en los últimos tiempos la consulta se fue deteriorando, al igual que la relación médico – paciente. Actualmente, la atención en promedio, es de 10 minutos y en Estados Unidos es de 5 a 7 minutos. Según algunos estudios de Beckman y Frankel (4) los médicos interrumpen en promedio a los pacientes, mientras éstos están relatando su problema, a los 18 segundos y aquellos que sin embargo no son interrumpidos no se explayan por mucho más tiempo: podríamos pensar que siguiendo el modelo médico hegemónico, han aprendido la conveniencia de ser breves en el relato de sus padecimientos. En líneas generales se sabe que los pacientes hablan de corrido no más de 3 minutos y esos son momentos cruciales donde los profesionales de la salud deben estar absolutamente abiertos, atendiendo a su relato. Los pacientes no sólo nos cuentan sus enfermedades, sino que comparten sus emociones, también sus conmociones, los desasosiegos y terrores, generalmente velados, por lo que la entrevista requiere de mayor atención y de algo que cada vez es más difícil de otorgar: tiempo. Y es allí donde se genera un elemento fundamental en el vínculo de

las personas, que es la confianza. O sea, lo que permite que el paciente se exprese con total libertad y se genere entonces la relación médico paciente, que en forma más cabal debería significarse como una legítima y elevada forma de "relación humana". Pero no es una relación cualquiera: es ahí donde debe aparecer la comprensión del profesional, pero siempre sustentada en el método científico. Creo firmemente entonces que no debería usarse la estadística de "pacientes atendidos por médico/día" como base para expresar calidad de atención, sino "tiempo dedicado por el médico a cada paciente"...

Dice la investigadora y médica Silvia Carrió (5) que si bien la entrevista clínica es la intervención utilizada con más frecuencia en la práctica médica y la relación médico-paciente es una de las bases en las que se apoya el cuidado de la salud, la formación profesional en la "comunicación" es –en la mayoría de las universidades– defectuosa, insuficiente, y considerada como una parte menor (si se la compara con el énfasis puesto en la enseñanza de otras áreas como la anatomía, la semiología o la farmacología). También, en la actualidad, la biomedicina atraviesa un momento de crisis: si bien sus méritos científicos no pueden discutirse, el despliegue de su gran capacidad tecnológica coincide con un creciente nivel de insatisfacción en ambos términos de la relación médico-paciente por la pérdida de la confianza mutua. Seguramente hechos económicos y empresariales influyen en la organización de los servicios de salud y conceden cada vez menos tiempo a este encuentro. Un factor crucial y agravante en el incremento de la incomunicación entre médicos y pacientes es la perentoria exigencia de los sanatorios, las prepagas y mutuales, en cuanto a pautas de atención a los pacientes cada vez más breves. Éste es un rasgo evidente de la proletarización de los médicos, obligados por este sistema

a trabajar a destajo. Ocurre también en los hospitales, donde somos calificados muchas veces por una palabra o frase que lo resume perfectamente: ahora se dice "producción diaria" y ya no "atención al paciente".

¡Qué hermoso es decir "atender"! es una palabra derivada del latín *attendere*: que significa entender.

Le Breton (6) señala que nuestra medicina no toma en cuenta el tiempo del hombre, como la oriental, porque es una medicina de urgencias.

También la difusión del acceso a internet por parte de los pacientes, ha producido cambios en esta relación: llegan a la consulta con su propio diagnóstico y una serie de saberes, preguntas y temores que es necesario tener en cuenta. Para muchos, el Doctor Google diagnóstica y enseña como el mejor.

El problema de la interpretación como búsqueda de significado en el decir del otro suele estar ausente de la formación médica. Los desarrollos en medicina narrativa pueden permitirnos reconocer que vivimos en un mundo hecho de narraciones porque la realidad, tal como es, nos es inaccesible. Sólo podemos conocerla a través de nuestros sentidos y de nuestros modelos interpretativos.

La medicina narrativa (7) o mejor dicho, una medicina basada en las narraciones, es un movimiento relativamente nuevo liderado por médicos que pretenden revisar los modelos profesionales tradicionales de trabajo, tomando en cuenta en su práctica asistencial tanto sus propias experiencias como la de los pacientes. Esta corriente empezó en EE.UU. y se está difundiendo aceleradamente en otros países, como por ejemplo Italia, que ya ha introducido en varias de sus facultades de medicina (Milán, Turín, Roma, Florencia, Verona) cursos obligatorios para los estudiantes, con el objeto de enseñar la práctica de la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar las historias

de los pacientes. En los programas de medicina narrativa se lee una singular literatura, en los que los protagonistas son médicos y enfermos en un determinado contexto. Se trata entonces de buscar vehículos para desarrollar el entendimiento, estimular la imaginación, incrementar el conocimiento humano y promover la reflexión moral. Afirmo lo valioso que sería la frecuente lectura de poesía.

Según Greenhalgh y Hurwitz (8), tal vez debamos mirar más hacia la literatura que hacia las ciencias para avanzar en la comprensión del significado. La medicina narrativa puede ayudarnos a recuperar los intereses e inquietudes que experimentamos cuando leemos literatura: ¿quién es el que habla, cuál es su perspectiva, por qué dice y hace lo que dice y hace? ¿Qué siente? ¿Cómo serían los mismos sucesos relatados por otra persona, o en otro género?

Los estudiantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico propio de las historias clínicas), en analizar y comprender las perspectivas personales de los protagonistas y en confrontar sus percepciones y vivencias, así como también descifrar la distinta interpretación de la experiencia del cuerpo, de la enfermedad, del sufrimiento.

Esta forma de trabajo intenta aportar herramientas conceptuales y habilidades cognitivas al servicio de los agentes de salud. El movimiento de la medicina narrativa apunta a acercar la medicina a los estudios humanísticos. Puede ayudar a los médicos a ser conscientes de la imposibilidad de relatar "lo que pasa" sin una interpretación, a considerar el grado de incertidumbre en que se desarrollan sus prácticas y a aceptar que la mirada del padeciente, (o sea completar el punto de vista propio con el del otro), no es un estorbo que se debe eliminar, sino la única manera posible de describir la realidad. Recuerdo que el Dr. Sebastián González del Cerro(a) (comu-

nicación personal) no ponía en la historia clínica "sufre de insomnio", sino "me dice que no duerme desde que murió su esposo".

Como en todas las cosas y situaciones humanas, el acto de narrarlos vuelve inteligibles a los acontecimientos. Los pacientes habitualmente narran las experiencias más importantes de sus vidas (nacimiento, muerte, dolor, enfermedad) de manera muy distinta a como lo hacen sus médicos. Unos y otros asignan muy diferentes significados a la misma secuencia de hechos. Existe, necesaria mente, una tensión entre la narración del paciente y el relato del médico, sobre lo que está pasando en ese momento vital. Cuando los médicos pueden jugar un papel en la interpretación de esas narraciones, se convierten en verdaderos "miembros" de muchas familias. Cuando, en cambio, suprimen las historias personales de sus padecientes y las convierten en una historia clínica, en la historia de un caso transcrita como una crónica, pueden ofrecerles los beneficios de "la ciencia y la técnica moderna" pero, si hacen sólo esto y no dan lugar a sus narrativas, los sustraen de su humanidad, de su posibilidad de comprender su situación lo que, en definitiva, incrementará su sufrimiento.

El conocimiento especializado es una forma de abstracción que extrae, separa un objeto de su contexto y de su conjunto y la hiperespecialización conlleva el riesgo de romper el tejido de lo complejo, tal vez los relatos sean herramientas valiosas para vincular las partes y las totalidades y describir lo que es, en verdad, humano.

El "escuchatorio" en la relación médico-paciente

Decía Lain Entralgo (9) que la relación médico-paciente es el encuentro entre dos menesterosos, dos necesitados, uno que quiere curar y otro que quiere que lo curen.

Enfocada esta relación solamente en la necesidad del "curar" obviando el "cuidar", resulta alienante tanto para el médico como para el paciente, y que genera entonces una relación de desinterés en ambas partes. La relación médico paciente se "tecnologiza" y se "despersonaliza", por eso es alienante, porque desaparece el "otro" como persona: para el paciente, el médico es un técnico con guardapolvo que extiende recetas y para el médico, el enfermo es un "libro de texto", con signos y síntomas que hay que interpretar y codificar.

En este tipo de relación médico-paciente se ausenta "el otro", son dos "entes" despersonalizadas, en realidad: un desencuentro. Desaparece aquel concepto de enfermo de Miguel de Unamuno (10) "Un ser humano de carne y hueso que sufre, piensa, ama y sueña". Esta despersonalización lleva al desgaste, al desánimo y a la desesperanza, tríada característica del burnout. Por lo tanto, la pérdida de la palabra, o sea, ese deterioro de la relación humana en nuestro trabajo, no sólo va en desmedro de los padecientes, sino también del médico. Los costos de la profesión médica, que muchos consideran todavía una esfera de privilegio social y económico, se van volviendo excesivamente elevados en el presente sistema. Sufrimos lo que mi Magister en la literatura, la poeta Elena Siró (comunicación personal), llamaba "incongruencia de status": el "Doctor" respetado, pero sin tiempo y endeudado. El grupo médico no es precisamente un modelo de armonía psíquica ni de comunicación social exitosa: los médicos se infartan cinco años antes que el resto de la población, se divorcian nueve veces más y tienen una tasa mucho más alta de suicidios. El mayor riesgo en los jóvenes es en lo concerniente a la "despersonalización". En algunos estudios (11) se han encontrado que el 40% de los médicos de atención primaria tienen síntomas de Burnout.

No parece extravagante suponer que, entre los factores que han conver-

tido la medicina en una profesión de alto riesgo, se encuentre en un lugar destacado la pérdida de una conexión profunda con la palabra, tanto la del monólogo interior que acompaña los vaivenes de la sensibilidad de un trabajador expuesto cotidianamente al sufrimiento, como la del diálogo auténtico con los pacientes. No se puede entonces soslayar la intensidad de las frustraciones y sentimientos de impotencia -conscientes o inconscientes- que esta carencia básica genera.

A veces sentimos que se sobrevalora a la Medicina basada en la evidencia, se realiza un uso exagerado de la misma, digo que algunos profesionales sufren de "protocolitis". En el *British Medical Journal* (12) puede leerse: "Se ha criticado a la Medicina basada en la evidencia por una supuesta tendencia a reducir la libertad clínica y desdeñar la experiencia médica, una práctica en forma de "receta de cocina" ("cookbook medicine") y por un sesgo utilitarista para abaratar los costos".

Esta "medicina basada en la evidencia", en la que el paciente es un dato estadístico y el médico un administrador, más allá de su eventual valor técnico-científico, la debemos "desalienar" con una "medicina basada en la narrativa", que no se opone a la visión médico-técnica sino que la enriquece con la visión desde el paciente. Y sentimos entonces algo extraordinario, que sólo se da en las profesiones humanistas, cual es la necesidad ética del "otro".

¿Qué es la Medicina Basada en la Narrativa?

La medicina basada en la narrativa consiste básicamente en las subjetividades dolientes (más que en las objetividades medibles), esto es, lo que el enfermo siente qué es su enfermedad, la representación de su padecimiento, la experiencia social de lo vivido como enfermo. Para la medicina basada en la

narrativa, más que el "interrogatorio" se necesita un "escuchatorio", más que un "dígame" un "cuénteme", más que "oír", un "escuchar".

Un aforismo hipocrático ya lo manifestaba hace 2.500 años: "Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha".

La narrativa y el escucharla rehúyen del "caso" y lo transforman en una historia de vida.

La medicina basada en la narrativa es un modelo explicatorio: es la búsqueda del sentido del sufrimiento, porque como explica Spinoza (13 p.241): "Cuando tenemos una idea clara de por qué sufrimos, dejamos de sufrir, sigue el dolor pero es un dolor puramente físico, para el cual tenemos analgésicos, pero el sufrimiento como dolor total desaparece".

La narrativa en sí misma es terapéutica no sólo para el paciente sino también para el médico, porque al "repersonalizar" esa relación la "desalieniza", vuelven a ser dos personas, dos seres humanos que se encuentran. Como decía Lévinas (b) : "Yo no soy el otro, pero necesito al otro para ser yo". Ya no serán "médico-robot" y "enfermo-robot", sino médico-persona y enfermo-persona. Renacerá el ánimo y la esperanza, desaparecerá el desgaste y en consecuencia también el burnout. La relación médico-paciente será una relación valiosa, útil y "desmedicalizante".

Al sentirse personas perceptibles, tendrán dignidad y no precio, serán sujetos y no objetos, se convertirán en fines en sí mismos y no en medios.

Walter Benjamin (14) dijo: "En los hospitales hay gente que se muere con hambre de piel". Muchos profesionales de la salud han olvidado el palpar, el tacto, pasar la mano sobre la piel. Al mudar el examen de la mano al ojo se pierde la sensación de la piel sobre la piel, algo que ya, en sí, es terapéutico. Pero por nuestra costumbre de glorificar al Dios-

Tiempo, el ojo clínico y los estudios de laboratorio desplazan y sustituyen a la voz y a la intimidad del tacto que establece una forma física de confianza entre médico y enfermo.

Con frecuencia el profesional de la salud está malacostumbrado a decidir por el paciente, pensando que las decisiones del experto son las mejores, pero éstas pertenecen siempre al enfermo y no al especialista-técnico, por mejor intencionados que esté. El doctor Maglio (15) se refería que, ante un paciente terminal, frecuentemente (y muchas veces a pedido de la familia) se aumenta la dosis de sedantes para que no sufra, para que "no se dé cuenta". Pero, ¿siempre, es así? En muchas ocasiones debemos tener el coraje de avisarle al enfermo de sus últimos momentos.

En la Edad Media la gente elegía a un amigo que tenía la obligación de anunciarle su final. Le llamaban el nunciatus mortis. ¿Por qué debemos proceder así? Porque la inminencia de la muerte es el momento reflexivo más trascendente de la vida, el momento de las grandes decisiones, y no nos referimos solamente a las testamentarias sino, más importante aún, a las afectivas. El mismo doctor Maglio (15) decía que, en su experiencia de años en terapia intensiva fueron muchos los pacientes que le decían: "Cuando llegue el momento, no quiero sufrir, pero quiero estar lúcido".

Platón dijo (16), 400 años antes de Cristo, que "Del alma parten todos los males y todos los bienes del cuerpo y del hombre en general, e influye sobre todo lo demás, como la cabeza sobre los ojos. El alma es la que debe ocupar nuestros primeros cuidados, y los más asiduos, si queremos que la cabeza y el cuerpo estén en buen estado. Acuérdate de no dejarte sorprender para no curarle a nadie la cabeza con un remedio si antes él no te ha entregado el alma para que la cures con palabras".

Dentro de una formación biologicis-

ta, nos enseñan en la Facultad de Medicina a interrogar y no a escuchar.

Con el interrogatorio estamos al lado del enfermo, pero con el "escuchatorio" estamos del lado del enfermo. Tanto el escuchatorio como el explicatorio son, sin dudarlos, terapéuticos.

Dice Silvia Carrió (17):-"Es el fin de la modernidad, de una época en la que creímos haber comprendido para siempre al mundo y a nosotros mismos. Ese saber que pretendimos eterno, que requería una mirada objetiva y descarnada, se quebró. Con las certezas perdidas, deberemos reconstruir un camino hecho ahora de verdades provisorias"-.

En el Servicio de Dermatología del Hospital "I.G..Carrasco" de Rosario, Santa Fe, desde hace años hay un cartel en uno de los pasillos que transitamos con frecuencia en el quehacer diario. El mismo declara:

"Los 7 NO de la atención:

1. No se mira, se observa
2. No se juzga, se comprende
3. No se ignora, se atiende
4. No se minimiza, se privilegia
5. No se silencia, se lo comunica
6. No se recrimina, se interpreta
7. No hay un árbol, siempre es un bosque".

El médico Moses Maimónides (18), que vivió a fines de los años 1100, creó una oración (en mi opinión, muchísimo más hermosa que el Juramento Hipocrático) para ser dicha por cada médico cada día. En una de sus sentencias le pide a Dios : "Ilumina mi mente para que reconozca lo que se presenta a mis ojos y para que sepa discernir lo que está ausente y escondido. Que no deje de ver lo que es visible y lo que no lo es, pero no permitas que me arrogue el poder de inventar lo que no existe; pues los límites del arte de preservar la vida y la salud de Tus criaturas son tenues e indefinidos". O sea, hace más de 900 años que debemos cumplir cada día con un compromiso bellísimo y difícil: escuchar para ver.

NOTAS FINALES

a. Ex-Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Carrasco.

b. Emmanuel Lévinas (1906-1997) fue un importante filósofo y escritor judío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ingenieros J. *El hombre mediocre*. Mexico: Ed.Porva. 2017:3.

2. Torres Acosta R. *Glosario de Bioética*. La Habana, Cuba: Ed. Ciencias Médicas Ecimed, 2011:p147.

3. Bordelois I. *Médicos y pacientes: un diálogo con mucho ruido*. Panace@ VolX n-30,2do semestre. 2009: p183-184

4. Bekman H.B., Frankel R.M. *The effect of physician behavior on the collection of data*. *Ann Intern Med*. 1984,101 (5): 692-696.

5. Carrió S. *La formación en entrevista clínica y relación médico-paciente*. En la 2da Jornada de Educación para profesionales de la salud, jueves 22 de Mayo de 2008, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA.

6. Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. 1 Edic. Edit.Nueva Visión, Buenos Aires, 1995, 9: 190.

7. Charon R. *Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*. *JAMA*.2001; 286 (15): 1897-1902.

8. Greenhalgh T.; Hurwitz B. *Narrative based medicine*. EEUU: BMJ books,Wiley, 1998.

9. Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. *Historia y teoría*. Madrid: Rev de Occidente.1964.

10. Unamuno M. *de Del sentimiento trágico de la vida en los hombres y en los pueblos*. Madrid: Edit AKAL, 1983:(1):2

11. Prieto Albino L. et al. *Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres*. *Aten Primaria* 2002; 29(5):294-302.

12. Greenhalgh T. *Narrative medicine in a evidence based word*. *BMJ*, 1999, 318 (7179):323-325

13. Espinoza, B. *Ética demostrada según el orden geométrico. Clásicos de la cultura. Madrid: Edit Trotta; 2005, (V):241*

14. Missac P., NicholSEN S. *Walter Benjamin's Passages (Studies in contemporary german social thought). Cambridge: The MIT press, 1996: 252.*

15. Maglio F. *El escuchatorio en la relación médico paciente. En www.intramed.net. Disponible en : <<http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=74516>*

16. Jaume Mensa Valls. *Platón y Sócrates, psicagogos. Las "palabras mágicas de Sócrates" y la cura del alma (Cármides 157a). Univ Autónoma de Barcelona. Estudios de filosofía, 2014 (1): 250-251.*

17. Carrió S. *Aproximaciones a la medicina narrativa. Rev.Hosp.Ital. B.Asires. CABA. 2006, 26(1): 18*

18. MaimónidesM., *Oración diaria del médico.*

Disponible en <<http://www.consejomedicojujuy.org.ar/preceptos/maimonides.pdf>

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 identificador, 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.fcgi?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

Vasilachis 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=sciarttext&pid=S0102-311X2011001400011&Ing-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, resultados y conclusiones del trabajo.

2.1- Artículos originales

Cada componente del informe deberá presentarse en página aparte manteniendo el siguiente orden:

a) Portada: siguiendo las normas generales

b) 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).

c) 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.

d) Bibliografía: de acuerdo con las pautas establecidas en general para la presentación de trabajos.

e) 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 inscripción 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 máxi-

ma 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.

La responsabilidad de los contenidos, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponderá exclusivamente a los autores. La revista no se responsabilizará tampoco por la pérdida de material enviado. No se devolverán los originales una vez publicados.

