

ESBOZO EPIDEMIOLÓGICO EN EL ÁMBITO DE APS

**APORTES PARA LA FORMACIÓN DE
PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA**

Adrián Manzi

ESBOZO EPIDEMIOLOGICO EN EL AMBITO DE APS

**APORTES PARA LA FORMACIÓN DE
PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA**

Adrián Manzi

Esbozo epidemiológico en el ámbito de APS: aportes para la formación de profesionales de Psicología / Adrián Manzi 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2021. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-270-4

1. Salud Pública. 2. Psicología. 3. Epidemiología. I.
Título. CDD 362.204

Nueva Editorial Universitaria

Directora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

1^{ra} Edición: Mayo de 2021

ISBN 978-987-733-270-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2021 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis

Índice

Agradecimientos	1
Prefacio	3
CAPÍTULO 1: La formación profesional y la atención en el ámbito de la salud pública.....	5
Lo necesario: definir y caracterizar la política pública para enmarcar la salud pública	9
Objeto de estudio.....	14
La dimensión subjetiva.....	20
Salud pública y epidemiología	22
El marco de la APS en San Luis como una política pública en salud pública	32
Reflexiones finales del capítulo	34
Capítulo 2: La Atención Primaria de la Salud: Historia, definición, marco legal provincial, reflexiones.....	37
Breve caracterización de la implementación histórica de la APS en Argentina	38
Marco legal provincial de trabajo en APS.....	42
APS: Niveles, estrategia, complejidad	47
CAPÍTULO 3: Problemáticas de salud en APS.....	53
Distribución de Profesionales de la Salud según la zona	55
Valoraciones sobre la suficiencia de profesionales.....	60
Las problemáticas en salud según los profesionales.....	62
Agentes sanitarixs (AS).....	67
Lxs trabajadorxs sociales (TS).....	71
Lxs médicxs	75

Lxs psicólogos.....	78
CAPÍTULO 4: Intervenciones de lxs profesionales en salud en el marco de APS	89
CAPÍTULO 5: Vacancias para la psicología en el ámbito de la APS	143
Identificación de causas y determinantes de problemáticas para un esbozo epidemiológico	146
Vacancia para la psicología en APS según la población y la consideración según sus problemáticas, causales y determinantes	160
Las vacancias de la psicología según las prácticas y procedimientos de atención en APS: atención, tratamiento, interdisciplina, interconsulta, inter institucionalidad, seguimientos, participación comunitaria	176
Referencias	193

Agradecimientos

A todxs lxs profesionales de la salud de APS que aceptaron la entrevista, directorxs de centros de salud que autorizaran el ingreso para entrevistar, e hicieron posible una investigación de este tipo.

Gracias por la generosidad de recibirme y otorgarme la confianza en sus palabras.

Gracias por la honestidad intelectual y el compromiso ético de compartir la experiencia profesional en el ámbito de la salud pública.

Prefacio

Esta investigación se inicia por docentes e investigadores de un espacio público de formación de grado profesional que pertenece a la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis. El financiamiento provino del CONICET a través de una Beca Postdoctoral, periodo 2016-2018. El objeto de estudio y el ámbito de investigación es también el ámbito público de salud con el fin de ampliar la formación de grado en su perfil profesional. La editorial también pertenece al orden de lo público y estatal.

Este libro es, gracias a la posibilidad de que empleadxs públicos y funcionarixs de centros de salud, autorizaran y aceptaran ser entrevistadxs.

En estos tiempos en donde lo estatal y lo público se percibe ausente e inasequible a la vez que directivo e intrusivo, que está organizado con espacios y funciones fragmentadas, contradictorias e incoherentes, con resultados ineficientes e insuficientes, es ineludible prestarle atención y cuidado porque es nuestra manera de organizar nuestro cuidado que se ocupa de una amplia mayoría.

Es necesario atender, escuchar, dar voz, participar, organizar, comunicar, proponer, opinar, hacer, evaluar lo concreto del ámbito público y estatal.

Dr. Adrián Manzi¹, abril de 2021

1 Docente Investigador de Psicología Política. CONICET- Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Correo electrónico: acmanzi@unsl.edu.ar

CAPÍTULO 1: La formación profesional y la atención en el ámbito de la salud pública

En calidad de docente investigador de la disciplina Psicología Política de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina, he venido realizando lecturas psicopolíticas respecto de la socialización académica e ideológica que se realiza en la formación de lxs psicólogxs en nuestro ámbito universitario –y que no escapa a la formación común en Argentina de los psicólogos. He observado que ésta está orientada, básicamente, hacia la atención en clínica individual, enfocada en problemáticas poblacionales que podrían enmarcarse, la mayor de las veces, en las de la clase media y con un vector asistencialista, ya que deja de lado – entre otros- la promoción de la salud y la prevención, así como el trabajo interdisciplinario. Esta formación sesgada comete un desatino mayor y es que no trabaja incorporando que permitan entender y operar en salud pública y así desdeña enfocar la formación en un entramado complejo, donde lo social es considerado bien común, para quedarse en praxis reduccionistas e individualistas.

Por otra parte, esta formación suele, por ende, carecer de herramientas que construyan praxis que apunten a generar o al menos a contribuir en la generación de modelos de sistemas de salud públicos, ya que sus enfoques son refractarios a comprender que la construcción de la salud es una tarea en la que el Estado tiene una participación decisiva. Por ende, no sólo la salud pública es contenido ausente, sino que de allí también se desprende que la epidemiología y las políticas públicas no son tenidas en cuenta en la formación universitaria, es más, son prácticamente desconocidas. Muchas veces esto fue entendido como estar frente a una psicología que no se compromete con su contexto social y se planteó la necesidad de una psicología crítica a esta psicología descomprometida. Mientras que se investigó más estos aconteceres, se encontró la medida de las ausencias y de sus descompromisos. Y esta medida está relacionada con un quehacer psicológico empobrecido en su capacidad de incorporarse a categorías con

dimensiones que provienen de otros campos ineludibles, las que se describirán a lo largo de la investigación (Parisi, Manzi, y Cuello Pagnone, 2017; Fouce Fernández y Parisi, 2008; Parisi, 2008; Parisi, 2007; Parisi, 2006; Fouce, Parisi y Flores, 2005).

Desde esas lecturas, se avanzó en la investigación para ver qué entramados existían entre la psicología y la salud pública. Esto llevó a encontrarnos con un campo fértil de trabajo y se analizaron qué investigaciones se realizan en el campo de la salud pública. Para ordenar esto, se observó que las investigaciones que caracterizan al campo de la salud pueden ser de tres tipos: a) biomédica, b) investigación en salud pública y c) clínica. (Toledo Cubelo, 2005). A su vez, las segundas -b) investigación en salud pública y c) clínica.- se subdividen en dos ramas principales: la investigación epidemiológica y la investigación en sistemas de salud. Y, se puede *“definir a la investigación en sistemas de salud como el estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedad en las poblaciones”* (Toledo Cubelo, 2005: p. 72). Esta investigación en organización de sistemas comprende dos categorías: investigación en organización de sistemas de salud e investigación en políticas de la salud. La segunda se enfoca en la escala macro e inter organizacional del sistema de salud. Su propósito es investigar los procesos sociales, políticos y económicos que determinan las modalidades específicas adoptadas por la respuesta social organizada a los problemas de salud: por lo tanto, se ocupa de estudiar los determinantes, el diseño, la implantación y las consecuencias de las políticas de la salud (Toledo Cubelo, 2005).

Se toma al diseño curricular o el perfil en la formación profesional de la psicología como una de las respuestas organizadas de la sociedad ante aquello que puede considerarse como procesos psicológicos o subjetividad de las personas, que podrían involucrar tanto los problemas del mantenimiento o pérdida de la salud. Y el planteo de sus ausencias y descompromiso de esta organización hace referencia a la poca correspondencia que posee el perfil con el resto de la organización del sistema público de salud, es decir, la ausencia de ciertos contenidos colabora a que la característica de la escala inter organizacional de este sistema sea fragmentado, desconectado o sin

correspondencia. La elección del tema del presente trabajo posibilitará ampliar el vínculo entre la formación disciplinar, la intervención psicológica en las instituciones estatales y la población, con el objetivo de ampliar la relación de la inter organización en el sistema de salud. La idea es buscar la medida de las ausencias y compromisos de la psicología investigando in situ cómo responden lxs profesionales la demanda poblacional que asiste al servicio estatal de salud.

Podemos decir que existe una hegemonía de la psicología clínica en la formación universitaria, en las acciones de los colegios profesionales de psicólogos y en el imaginario social. Esta hegemonía ha sido ya estudiada y analizada por diversos autores como Carpintero y Vainer (2004), Benito (2009), García (2009), Alonso (2010), Polanco y Calabresi (2009), Noailles (2006), Edelmuth (1996), Parisí, Manzi y Cuello Pagnone (2017); y sobre todo por Courel y Talak (2001).

Dicho esto, es insoslayable incluir en la descripción como parte del sistema de salud las concepciones teóricas que otorgan sustento a las prácticas con que la psicología trabaja mediante lxs profesionales habilitadxs en la sociedad y que legitiman discursos y/o alimentan las creencias culturales sobre lo sano y lo enfermo. Para eso la psicología política puede realizar un análisis de sus propias prácticas y puede recurrir a los conceptos de ideología, participación política, relaciones de poder, construcción del conocimiento, disciplinamiento de la subjetividad, análisis de medios de comunicación, entrecruzados con: a) el conocimiento de la historia general del país y el de sus instituciones en general y en particular (como lo puede ser el de las universidades públicas y privadas y sus estilos de formación, es decir, cómo realizan la socialización política de los profesionales psicólogos/as); b) con el conocimiento de la economía, tanto macro como micro; c) un conocimiento del cumplimiento real de los derechos humanos por parte de un Estado y su sociedad, que exigen que la propia práctica profesional sea puesta constantemente como campo de análisis dinámico y crítico.

No sólo es la utilización de determinados conceptos de la profesión los que se analizan, tales como salud-enfermedad, síntoma individual-síntoma social, sino los espacios físicos, el tiempo real y las condiciones materiales en

los que se produce y ejerce la profesión, como así también la forma de relacionarse con los demandantes de salud, tanto en términos económicos como en términos de institucionalización, es decir, de relaciones entre el saber-poder (Oblitas y Rodríguez Kauth, 1999; Rodríguez Kauth, 1994; 2007; Parisí, 2008, 2011; Manzi, 2009).

Partimos desde la Psicología Política contemporánea ya que se “dedica al análisis de los fenómenos políticos en función de sus aspectos psicológicos, al análisis contextual de los diferentes corpus teóricos psicológicos y su relación con los discursos opresores o liberadores” (Oblitas y Kauth, 1999, p. 34) y “al análisis e interpretación de los fenómenos políticos y económicos, al análisis de la función ideológica de la producción del conocimiento” (Fernández Christlieb, 1987, citado en Manzi, 2009, p. 10). Se investiga con conceptos clave tales como las relaciones de poder, la participación política, responsabilidad jurídica, análisis de discurso, represión política, psicología económica, ideología de clase, entre otros. Es decir, esta disciplina tiene un bagaje conceptual que permite sortear las incompetencias en los que se estanca la psicología del modelo médico-clínico para dar respuestas al colectivo que es la sociedad en su conjunto.

La psicología política considera que la psicología debe dar respuestas a las necesidades de todos los sectores de la sociedad, diversificando sus modalidades de intervención, ampliando su conocimiento, acoplándose a las planificaciones del Estado cuando éste busca asegurar derechos. El interés de la psicología como bien público está establecido según Resolución Nº 343/09 del Ministerio de Educación de la Nación, lo cual concibe como obligación de las instituciones a cargo de la producción de profesionales en psicología volcar el quehacer profesional al interés y salud público en general. Este estudio intenta brindar aportes para comenzar a pensar en una psicología que acompañe al Estado de Bienestar.

Lo necesario: definir y caracterizar la política pública para enmarcar la salud pública

Uno de los objetivos propuestos a partir de este camino investigativo es abordar la Ley N° 0813 – 2012- de Atención Primaria de la Salud como estrategia y como primer nivel de atención en salud pública, para analizar cómo los profesionales de psicología ejercen su quehacer profesional en el campo de la salud pública. Es, por lo tanto, una investigación en salud pública que se orienta en dos vértices: la población que se atiende y las políticas públicas.

La Ley N° 0813 – 2012 de Atención Primaria de la Salud (APS) tiene por objeto establecer un régimen uniforme para la atención, organización y financiamiento de la atención primaria integral e integrada de la salud en todo el territorio de la Provincia de San Luis. Tiene por objetivo implementar el primer nivel de contacto, integral, continuo, tanto curativa como preventivamente a los pacientes que asisten al sistema público de salud. Busca promover el trabajo de equipo interdisciplinario, integrar las redes intra e intersectoriales, estimular la participación comunitaria, planificar estrategias de promoción, prevención y protección de la salud. La constitución mínima de los equipos profesionales de referencia para desarrollar la APS incluye: un médico, un enfermero, un agente sanitario, un psicólogo, un odontólogo, un trabajador social, un nutricionista, un obstetra, personal administrativo y personal de limpieza. Sus funciones son, entre otras, tener asignados a cargo del profesional médico un número determinado de familias según la densidad poblacional y las condiciones epidemiológicas de cada zona para ser atendidas en un lugar accesible a su domicilio. Esta política dirigida a la salud pública en la que su articulación con la ley de salud mental es ineludible no sólo por su marco legal correspondiente, sino también por sus definiciones de tareas y ámbitos de aplicación.

Específicamente, puede afirmarse que no existen estudios en San Luis que se refieran a la capacidad de articular y dar continuidad, o de evaluación sobre alguna política pública en salud, en este caso ya sea APS o salud mental. Si bien existen, entre otros, a nivel nacional el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), que estudia y

analiza políticas públicas para mejorar las ideas y acciones concretas que surgen de los estratos estatales de Desarrollo Social y Desarrollo Económico, y la Universidad Nacional de San Luis y Universidad Nacional de Villa Mercedes, no se encuentra entre sus objetos de estudio a las políticas en materia de salud mental de la provincia de San Luis como lugar específico sobre impactos de determinados programas y la relación con determinadas profesiones.

Surge de inmediato la necesidad de comprender de manera general lo que se comprende por política pública. Las políticas públicas son iniciativas de Estado que se implementan, cualquiera sea el poder o el nivel de gobierno, desde el más central hasta el local y buscan mejorar la vida de los ciudadanos. Por eso se revelan al ciudadano a través de diferentes dispositivos, ya que se destinan para operar en cualquier campo de lo público. “La instancia iniciativa del Estado que efectivamente se implementa es una condición absoluta de las políticas públicas, incluso en el sentido de omisión o inacción sobre una problemática en particular” (Sandomirsky, 2010, p. 77). Estas iniciativas se configuran mediante las relaciones de diversa índole que se establecen entre los actores que ejercen la actividad pública, tanto desde los lugares ejecutivos como los de funcionario o legislador, y también los técnicos profesionales. Se considera a estos actores como con capacidad y medios para decidir y actuar para la consecución de determinados objetivos y también portadores de la responsabilidad por decidir y actuar.

Para Sandomirsky una política pública puede estar conformada por más de un dispositivo, entendiendo por este “cualquier decisión que parta de un diagnóstico a manera de interpretación de la realidad, se encuentre dentro de los márgenes y entre los mecanismos previstos en lo público, y de lugar a la acción de uno de los poderes” (Sandomirsky, 2010, p. 79). Para el autor, los dispositivos en políticas públicas son también dinámicos: impulsan, resuelven, accionan mecanismos, oponen, contienen, inmovilizan o producen consecuencias. Este investigador atiende a las consideraciones de la subjetividad construida a partir de la implementación de determinados planes de orden nacional, la cual también es necesario analizar. Es decir, afirma que existe una relación política pública/sujeto/subjetividad y hay argumentos para

explicar esto y su necesidad de abordarlas. Por ejemplo, “la perspectiva sobre la subjetividad elegida comprende y compone los significados construidos a través de negociaciones con el universo simbólico” (Sandomirsky, 2010, p. 77). Esto no es menor, ya que se trabaja sobre cómo se percibe, se siente, se actúa y decide, se elige un futuro y se interpreta un pasado, a partir de una cosmovisión de lo que se entiende por saludable y/o enfermo. Razón por la cual, en la descripción del sistema de salud deben incluirse también las creencias culturales en torno a la salud y la enfermedad, que constituyen la base del comportamiento de la población en cuanto a la búsqueda y promoción de la salud. Además del contexto institucional dentro del cual evoluciona este comportamiento, o sea, la situación socio-económica, política y material en que se desarrollan estas creencias e instituciones.

Para Oszlak y O’Donnell (1995), la política estatal es un “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (p. 112-113). Los impactos deben establecerse desde su naturaleza: variaciones del impacto; conexiones causales con las determinaciones políticas; analizar qué unidades estatales entran en juego y a cuáles son atribuibles los efectos identificados, entre otros. Cabe aclarar que no toda política estatal es pública, y no todo lo público es, por deducción, estatal. Una política estatal puede estar dirigida directamente a un sector identificado como “privado”, aunque aquella tenga repercusiones indirectamente a un colectivo no privado. A la inversa, hay agrupaciones sociales o individuos o grupos privados que delimitan y/o accionan actividades y lugares públicos, pero que no son planificadas desde el Estado de manera directa. Sandomirsky afirma que las políticas públicas son iniciativas que se revelan ante el ciudadano, llaman su atención e impactan de manera directa. Utiliza la expresión *dispositivo de política pública* para referirse al mecanismo utilizado por la iniciativa del Estado para generar la acción prevista. “Disponer, implica establecer que algo se hará, y la mayoría de las veces, de qué manera se hará” (Sandomirsky, 2010, p. 79). Un dispositivo parte de un diagnóstico sobre la realidad que pretende influir o modificar, puede confundir u ocultar intereses, es de carácter dinámico, y no

es carente de contenido ideológico siendo la distribución de recursos uno de los efectos más importantes.

Para Tomassi (2008), “las políticas públicas en la Argentina son inestables y están pobremente coordinadas entre los distintos niveles de la estructura federal de gobierno, y muchas pobremente coordinadas entre ministerios, agencias y programas del sector público nacional”. Asegura en su estudio que el Estado argentino es, en líneas generales, incapaz de implementar efectivamente sus políticas. Basado sobre los efectos del neoliberalismo en la Argentina, afirma que el proceso de hacer políticas se convierte en un juego no cooperativo en el cual cada actor se comporta de manera oportunista y trata de maximizar los beneficios a corto plazo.

Belmartino (2005) afirma que la implementación de las políticas públicas y sociales en el contexto del neoliberalismo tuvo como rasgos característicos la focalización y asistencialismo. El autor estudia los planes y programas sociales desde una perspectiva descriptiva, sin entrar en detalle de la participación profesional adecuada en dichos planes y programas.

Por su parte, Britos (2009) afirma que “los déficits de la política pública hicieron que algunos aspectos seleccionados de un determinado plan social se los pueda analizar en virtud de los derechos sociales establecidos como estándares internacionales de vida digna”. De allí que se enfoque en su estudio en las políticas sociales, entendidas como intervenciones estatales complejas que regulan los procesos de reproducción social en forma diferenciada, y que operan en forma indirecta sobre la relación capital-trabajo; es decir, que operan en los modos de regulación del régimen de acumulación. Para la autora, las políticas sociales han logrado cierta estabilidad institucional, incluso importantes desarrollos normativos, como las transformaciones del sistema provisional, el cambio en la Ley de Educación Superior y las distintas políticas organizadas bajo la lógica del seguro social. Sin embargo, afirma que las políticas de asistencia social poseen inestabilidad institucional y describe y analiza esta asistencia social en articulación con el quehacer profesional en las instituciones de política social.

De alguna manera, al igual que Tomassi y Belmartino, De Lellis piensa que “las pocas políticas públicas puestas en funcionamiento, se detecta que están pensadas en términos de unidades aisladas y que la naturaleza social de estas políticas reside sólo en la gran cantidad de individuos implicados” (De Lellis, 2006, p. 87).

Los estudios anteriores y sus referencias a las características “generales” de la organización del estado argentino cuando planifica e implementa acciones, colaboran en observar y analizar la situación que interesa en el presente trabajo. En este caso, la salud es objeto de políticas públicas y la psicología actualmente es un saber que circula además, pocas veces en las iniciativas estatales. Lo cierto es que la fragmentación y la escasa articulación, asistencialismo y focalización, inestabilidad y discontinuidad, son características comunes de las políticas públicas en materia de salud en argentina. Aun cuando existe una inflación legislativa durante los últimos 16 años en materia civil y social que involucra articulación de aspectos de salud, educación y trabajo para la población general, la calidad y cantidad de las características de las políticas públicas se distribuyen continuando el régimen de reproducción social. Esto es, según el tipo de relación o vinculación con la capacidad de acumulación en el capital trabajo que tenga una población, colectivo o comunidad, le es destinada una diferencial política pública de mayor o menor calidad como así también su estabilidad y articulación inter-institucional.

Esto quiere decir, por ejemplo, que la ley nacional de salud mental promulgada en 2010, el plan nacional de salud mental del 2013, el decreto nacional reglamentario de APS y la ley provincial de San Luis de APS, más las leyes referidas a las profesiones habilitadas para trabajar en el ámbito de la ley de salud mental y en APS (entre ellas se encuentra la modificación durante 2016 sobre la ley N° 343 del ejercicio profesional de la psicología), quedan afectadas por las características comunes a toda política pública argentina.

Conociendo este mapa, Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk (2010) abordan la salud pública y analizan la posibilidad de integrar saberes de la psicología a este campo. Desarrollan conceptos fundamentales que son los ejes vertebradores de una salud comunitaria puntual y de la salud pública que

enfatisa a la comunidad como actor que debe liderar los procesos colectivos que determinan sus propias condiciones de salud. La psicología podría ocupar un lugar importante en las acciones de planificación, programación e implementación de políticas en salud pública. Y también, pensamos, al unísono que estos autores, que debería abocarse a los momentos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; e incluso estudiar e identificar los aspectos riesgosos para la salud de la población.

La intención del siguiente trabajo de investigación también posee como objetivos aportar conocimientos para una eventual caracterización, planificación y/o evaluación de algún dispositivo o política pública en particular en la cual tenga relación con la salud mental de la población. Ahora bien, no se busca como objetivo principal evaluar los resultados de estas políticas públicas en tanto eficientes en lograr o no sus objetivos propuestos a través de un trabajo sobre epidemiología de campo, propiamente dicha, de los sufrimientos psicológicos. Estos intereses decantarán como aporte para estas áreas, en todo caso. Más bien, esta investigación busca identificar las eventuales acciones que podrían generarse, las diversas estrategias de intervención que deberían producirse desde una psicología que acompañe a lxs demás profesionales que trabajan de los centros de salud, según las características poblacionales que se atienden.

Objeto de estudio

Este trabajo de investigación analiza el conocimiento epidemiológico local por un lado, y el conocimiento del orden de la psicología por el otro. El objetivo es realizar el estudio en el marco de la Ley de Atención Primaria de la Salud considerada como política pública en salud, para describir cómo la psicología brinda respuestas concretas de intervención y para determinar en qué manera podría planificar estrategias de prevención y promoción de la salud trabajando interdisciplinariamente y con la participación comunitaria. Este objetivo determinó la necesidad de entrevistar a las autoridades de los Centros de Atención Primaria de la Salud de las localidades más representativas de la provincia y a lxs profesionales del campo de la salud que trabajan en los centros de atención. Las entrevistas se realizaron de manera

presencial, oral y en el lugar de trabajo dxl profesional, mediante muestreo no representativo incidental por técnica bola de nieve.

Se intenta vislumbrar los nodos de contacto entre las políticas públicas y la psicología, y especificar las posibles vacancias de ésta en materia de salud pública. La psicología podría dar respuestas desde el orden de intervención psicológica acordes con las políticas de Estado dedicadas a la salud pública.

Por lo tanto, el presente trabajo examina las posibilidades de intervención de una psicología en los Centros de Atención Primaria de Salud de la Provincia de San Luis (CAPS), allende de la psicología con perfil de intervención médico-clínico, de corte asistencial y con paradigma reduccionista. Al analizar este paradigma, Saforcada, De Lellis y Mozobancyk (2010) determinan que tiene una sub-dimensión individual-restrictivo; una estructura de saber mono o bi-disciplinaria; un objeto de saber que es la enfermedad; un eje teórico de clínica restrictiva, con hipótesis etiopatogénica; y componentes etiológicos de huésped-agente con una significación del ser humano como nicho de enfermedad. En este paradigma, el soporte axiológico, la ubicación del eje significación-valoración está ubicada en el profesional y en sus teorías y sus técnicas.

Pero existe otro paradigma, con una sub-dimensión social-expansiva; una estructura de saber multi-disciplinaria exhaustiva; un objeto de saber que es el proceso de salud; un eje teórico de clínica expansiva o epidemiología, con hipótesis etiológica integral; componentes etiológicos en ecosistemas de salud; y con una significación del ser humano como instancia del proceso de salud. En este paradigma, el soporte axiológico y la ubicación del eje significación-valoración están ubicados en la comunidad y sus problemas, y no en la búsqueda de la clasificación nosográfica de los problemas psíquicos de la población.

Consideramos que la salud pública en su ámbito precisa que los conocimientos de los procesos psicológicos brinden herramientas, técnicas y metodologías prácticas, que sean eficaces para atender las demandas actuales de los usuarios del sistema público de salud y de lxs profesionales que trabajan en él. Esto, a los fines de que atiendan a las problemáticas reales de manera

interdisciplinar, integral y estratégica para la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Es decir, por un lado, la necesidad de establecer prácticas con sustento en la relación interdisciplinar, tanto de orden preventivo o promocional de la salud, para el acompañamiento interdisciplinar - cualesquiera sean las disciplinas que se encuentren-, ya sea con neonatología, nutrición, pediatría, traumatología, medicina generalista, el derecho, oncología, asistencia social, farmacología y/o enfermería.

Sería una psicología que aporte conocimientos conceptuales para que ayuden a describir y explicar el nuevo patrón de patologías degenerativas individuales y colectivas asociadas a los estilos de vida moderno, no por esto extraños a la ruralidad (Saforcada, De Lellis, Mozobanczyk, 2010). Trataría de una psicología que conozca y destaque los procesos psicológicos en las conductas de los procesos de enfermedad y también de auto cuidado (familiar y colectivo) de la salud, para disminuir la exposición continua y prolongada a los factores del medio ambiente que ocasionan tanto malestares como enfermedades. O sea, una psicología con constructos y conceptos psicológicos que trabajen interdisciplinariamente y no desde una construcción teórica que sólo los psicólogos puedan entender.

Se coincide con Morales Calatayud (2009), quien expresa que la psicología, en los programas y servicios de la salud puede hacer contribuciones para el bienestar de las personas. Es decir, en un plano podría realizar contribuciones para la planificación y/o implementación de programas de salud, y en otro plano más particular, su aporte estaría dado por la participación de la psicología en el trabajo directo en las instituciones de salud de diferente tipo:

Construye conceptos y modalidades prácticas para una psicología de la salud que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso de salud-enfermedad y de la atención de la salud. Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de los servicios de salud, lo que

expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales Calatayud, 2009, p. 63).

Se intenta en este trabajo vislumbrar una psicología que comprenda al demandante del servicio de salud, ya sea para recibirlo, atenderlo, mediante un tratamiento interdisciplinar o por necesidad de rehabilitación. Una psicología que no únicamente diagnostique y clasifique al usuario/a, según los manuales que patologizan la vida cotidiana con el fin de confirmar la necesidad de una asistencia continua y prolongada del usuario/a y así atenderlo/a de forma individual, reduccionista y fragmentada. Es decir, sectorizada en sus intervenciones en relación con las otras disciplinas, que también ejercen su quehacer en el mismo nivel de atención del espacio público. Una psicología que no se focalice únicamente en aspectos teóricos que le sirven para calificar patológicamente a los sectores poblacionales determinados por tipo de problemáticas, malestares, o sufrimientos; que dificulta el trabajo de coordinación de objetivos y de recursos para la promoción de la salud y que, además, no encuentra en el contexto social la explicación de las problemáticas de la población, para servir de justificación y operar así sobre los factores psicológicos que intervienen en la exposición a los riesgos.

Es necesario que la psicología colabore para mejorar y dinamizar la relación que se establece entre lxs usuarixs de los servicios y lxs profesionales que atienden en el sistema de salud pública. Sea para ayudar a explicar a lxs usuarixs ciertos saberes que competen al ámbito científico –ya que muchas personas no tienen la capacidad de entender la explicación de los profesionales- como así también de explicar los procesos psicológicos de los padecimientos a lxs profesionales de otras disciplinas para un mejor acomodamiento, no del paciente al sistema de salud, sino para una mejor formulación de la intervención en términos de salud. Esta idea no tiene por intención que desemboque en una función meramente comunicativa de la psicología, más allá que lxs demás profesionales cumplan o no esta tarea

también. Como así tampoco ser la única disciplina que planifique sus intervenciones a partir de una epidemiología, intervención interdisciplinaria y trabajo de campo comunitario.

En coincidencia con Saforcada, De Lellis, Mozobancyk, (2010), se busca una psicología que esté capacitada con recursos para la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Esto, a los fines de promover el abordaje epidemiológico de los problemas de salud y así orientar la intervención mediante la definición de prioridades según la necesidad locales-regionales, así como para estar capacitados para realizar programas de prevención y promoción de la salud, conocer los sistemas y servicios de atención y de información, como así también los diferentes modelos de tratamientos y acompañamientos de otras disciplinas.

Es necesario considerar que los problemas que se presentan en los servicios de salud deben ser abordados con un lenguaje que acerque la psicología a los usuarios del sistema de salud, y no un lenguaje teórico-práctico y conceptual-metodológico que sea encriptado, tanto para el paciente como para el profesional de otra disciplina. Al decir de Saforcada, De Lellis, Mozobancyk, (2010), establecer un objeto de saber que se enfoque sobre el proceso de salud-enfermedad, y que posea una escala de valores cuyo eje significación-valoración esté ubicada en la comunidad y sus problemas, y no en la clasificación noseográfica de quien acude por ayuda. Es necesario conocer y poder explicar los procesos psicológicos que participan en la configuración del mantenimiento de la salud, en el surgimiento -e incluso mantenimiento- de la enfermedad. Hay que dar a conocer las formas de pensar y de sentir; y las significaciones que existen y que exponen la población que asiste a atenderse frente a riesgos de enfermar y sufrir.

La atención debe volcarse a conocer y describir los procesos psicológicos, para poder intervenir interdisciplinariamente sobre ellos, respecto a fenómenos que actualmente aquejan a la población. Conocer minuciosamente los factores de orden psíquico que intervienen en la violencia familiar y doméstica; el uso y abuso de sustancias tóxicas o no tóxicas; problemas para un desarrollo neuro-cognitivo idóneo; violencia auto-infringida tanto en mujeres como en varones adolescentes y jóvenes; la

atención de pacientes en crisis y/o emergencias; los problemas que trae aparejado el envejecimiento poblacional; y/o los problemas concomitantes de las enfermedades no infecciosas, la desnutrición en niños y niñas, el sobrepeso tanto en niños/as como en adolescentes y adultos, entre otros.

También la psicología debe tratar de identificar los procesos psicológicos que están presentes en el abandono social, en la falta de acción en proyectos del orden de lo comunitario, en la soledad, en la frustración o en el fracaso laboral, en el infortunio en la vida de pareja, en la insatisfacción en la vida, en la aflicción por pérdida de algún familiar, en hechos delictivos, en la desagregación familiar, en la defraudación, en el miedo social, en el abuso infantil y el secreto familiar, en el desaliento o desesperación, en la marginación, en la introversión, entre otros malestares y sufrimientos, que de alguna manera llegan a los centros de atención y que muchas veces no son atendidos. Sin olvidar, por cierto, en la perspectiva de género para los momentos de atención de lxs usuarixs en todas estas problemáticas ya que, como aborda Tajer, “las asimetrías sociales entre varones y mujeres operan en el proceso salud-enfermedad-atención de cada género en tanto colectivo” (Tajer, 2004, p. 2); es decir, hay modos en los cuales la diferencia entre los géneros se transforma en inequidad en salud. Del mismo modo, desde la perspectiva de género, Burin (1996) establece que el impacto de las condiciones de vida de las mujeres produce formas particulares de enfermar.

Morales Calatayud (2009) denomina a la psicología de la salud como aquella que surge bajo las demandas y requerimientos de la práctica y que su impulso no debe tomarlo desde la teoría. Con la misma idea, se enuncia que se requiere una psicología de la salud producida en los servicios de la salud, que refieran de los cambios que se observan en el estado de salud de la población. Es preciso indicar que la psicología sí posee un vasto campo disciplinar diverso, en el que la psicología clínica, la psicología social comunitaria y la psicología conductual se conectan indefectiblemente con la educación y la medicina, entre otras disciplinas. También es preciso entender que la orientación de la psicología hacia la prevención y promoción de la salud difiere de la formulación de propuestas de intervención en la práctica, que

todavía portan el acento clínico-médico con el paradigma reduccionista, los cuales de orientan al tratamiento y curación de forma fragmentada.

Es objetivo de este trabajo hacer el intento de vislumbrar, con los registros y bio-estadísticas epidemiológicos del Ministerio de Salud de la provincia y las entrevistas a lx profesionales de diferentes disciplinas de los centros de salud, cómo la psicología puede describir, determinar, explicar y comprender, por un lado, sobre los aspectos y procesos de orden psi que aquejan a la población que acude al sistema de salud pública en busca de resolución o mengua de la problemática en cuestión, y por otro lado, atender e intervenir interdisciplinariamente. Es decir, una psicología que inicie el esbozo en epidemiología en salud mental en los CAPS, capaz de integrar lo psicológico como una dimensión de los demás factores sociales que juegan en la exposición de la población que puede enfermarse o sufrir.

Consideramos que eso es prioritario en salud pública "ya que los problemas suscitados desde la práctica de la salud pública deberían dirigir a la investigación epidemiológica", según señala Hernández Aguado, I., Lumbrera, B., Jarrín, I., (2006, p. 470). Y ésta ayuda a enfocar estratégicamente sobre qué pensar e investigar, y cómo intervenir desde cualquier disciplina y más precisamente desde la psicología. Pero hay que destacar que este trabajo no busca hacer una epidemiología de los problemas psicológicos de la sociedad sanluisseña, sino sistematizar qué se puede aportar de los conocimientos de los procesos psicológicos para que ayuden a resolver los problemas que se le presentan en el primer nivel de atención del sistema público de salud, desde la perspectiva de lxs propixs profesionales de psicología y otrxs agentes de salud pública.

La dimensión subjetiva

Muchas veces, si bien los profesionales de la salud tienen competencias para recomendar acciones y pautas de conductas de acuerdo a su capacitación, no disponen generalmente de competencias psicológicas y psicosociales idóneas para que las pautas de conductas que aconsejan y/o sugieren sean entendidas y aceptadas por la población que demanda

atención. Es imprescindible para lograr una comunicación efectiva en términos de prevención y promoción de salud conocer de alguna manera la significación que la/s persona/s posee de sí y de su/s problema. Sea cual fuere el nivel de atención de la salud pública, la consideración de la subjetividad personal y/o familiar de quien acude porta una valoración vincular importante entre profesionales y pacientes.

Tener en cuenta la categoría de dimensión subjetiva de quien padece y de quien acude por ayuda –entendidos incluso como procesos diferenciables-, permite elucubrar sobre qué puede decir la psicología para entender al usuario que se acerca al centro de salud en pos de ayuda. En relación con la Salud Mental propiamente dicha, Augsburger (2002) entiende que destacar la dimensión subjetiva que constituye el proceso de enfermar y su reconocimiento, permite ubicar el concepto de sufrimiento psíquico como categoría diferenciada de la enfermedad en el sentido clásico-moderno del término, es decir, según el modelo médico de enfermedad mental.

Galende (1997) postula que hay una emergencia de nuevas formas de expresión del sufrimiento psíquico –tales como las señaladas anteriormente- y que configuran un conjunto de nuevos problemas subjetivos que, además de no poder encasillarse en las clasificaciones nosográficas convencionales, pensamos que también podrían estar asociadas a padecimientos que se expresan en lo fisiológico.

La importancia de rescatar las nociones psicológicas en este orden de factores, acredita para trabajarlas con médicos generalistas, pediatras o enfermeros de los centros de salud que no estén en el sistema de salud mental. Saforcada y De Lellis (2006) entienden que:

En la comprensión científica de lo mental en relación con el proceso de salud y sus componentes, se hace evidente que el papel de la psicología está en el terreno de la salud y no en el de la enfermedad, específicamente, está en el ámbito de la protección y promoción de la salud (Saforcada, De Lellis, 2006, p. 112).

Otra variable por demás importante es la referida a las significaciones que la población tiene acerca de su proceso de enfermar y de sanarse. De por

sí, la persona que acude es por algún motivo puntual -sea por una duda, una emergencia, una necesidad, por ejemplo- y esta demanda está en relación con el sentido que se da al hecho de sentirse sano. Y también es interesante evaluar el sentido que le otorga a eso que considera como problemático para su vida, es decir, a lo que se le denomina estar enfermo. Por ejemplo, dónde busca el usuario las posibles causas que afectan a su vida. Es ahí donde los psicólogos podrían establecer o identificar que las problemáticas que aparecen en las personas que van a atenderse también podrían deberse, por ejemplo, al beneficio secundario que brinda la enfermedad.

Además, los usuarios podrían cierto monto de expectativas acerca del servicio de atención de salud, siendo verosímil que exista algún nivel de apropiación de sentido colectivo respecto de un centro de salud que promoviera la participación.

Las consideraciones de orden subjetivo que puede perseguir la psicología no sólo permiten hablar del malestar en términos de orden psi, sino también de dialogar con las demás disciplinas y servir para la evaluación de políticas públicas o intervenciones que se derive de la epidemiología local-regional.

Salud pública y epidemiología

Es necesario establecer las nociones de epidemiología para definir a la salud pública, con la finalidad de organizar la información epidemiológica de la provincia y de los profesionales entrevistados, para sustentar las principales discusiones de este trabajo. Como se leerá, la salud pública es considerada por varios autores como disciplina, como ciencia, como arte e incluso como campo de aplicación. Las diferencias entre una concepción y otras no son a causa de quién la defina. Más bien obedece al ordenamiento que se le otorga tanto a los conocimientos que se incluyen o se abocan a la organización sobre la salud y las enfermedades para la intervención sobre las mismas. Ya sea para estudiar el o los fenómenos, planificar e intervenir para controlarlos o eliminarlos, o sea para la planificación y ejecución institucional e inter-institucional que se decida aplicar para tal o cual fenómenos. Por esto

es que se opta por una descripción que estará presente en este apartado con el fin de que se comprendan las diferencias entre el uso de unas nomenclaturas y otras para la salud pública, esta es, como respuesta organizada de la sociedad para solucionar alguna problemática de interés. Esto también alude a lo que a continuación también algún autor sabrá llamar *polisemia* en la denominación de salud pública.

En sus primeros momentos la salud pública estuvo desarrollada con los postulados de la medicina social y de la epidemiología, con predominancia de conceptos de causalidad lineal entre la enfermedad infecciosa y la población, identificando el agente y el huésped como objetos de saber y destino final a los cuales aplicar la medicina. Se la puede entender como una respuesta organizada de la sociedad, entre particulares y/o instituciones, para controlar, eliminar y tratar cualquier amenaza que repercutiera mínima o con extrema gravedad en el estado de bienestar de una persona, colectivo o comunidad. El modelo de intervención de esta organización se conectó también con la sistematización de datos e información que produjo el descubrimiento de los gérmenes y de los microbios. Es decir, con la racionalización de la información e interpretación de los datos y con el saber tecnológico de la evolución de las lentes microscópicas que originó el descubrimiento de la microbiología, respectivamente, se le sumó paralelamente la institucionalidad de la organización. Esto es, el contrato social en forma organizada, la respuesta política para enfrentar problemática cuando el orden de lo orgánico y lo poblacional se establecieron como íntimamente relacionados y e imprescindibles de conocer e intervenir. No sólo la medicina clasificó, denominó y caracterizó a la naturaleza de las enfermedades (problemáticas que afectan al organismo individual o social con síntomas y/o decesos), sus principios y reglas, sino que también recolectó información que trascendió lo biológico. Esta trascendencia de lo biológico se repliega sobre el mismo organismo humano ya pensado como individuo y colectivo. Esto no es sólo conocimiento científico o conjunto organizado de saberes, sino también conocimiento político en cuanto es respuesta que organiza la sociedad y preestablece relaciones sociales y funciones institucionales.

Las bases estadísticas, el entorno social y el comportamiento humano fueron fuente de saberes para que la medicina encontrara progresivamente, su espacio científico afirmado y su poder económico y de influencia fortalecido. Esta fue la apoteosis de la consolidación del modelo médico reduccionista, el cual logró su efectividad de método clínico de observación, comprobación y eliminación del problema gracias a la identificación del huésped y el agente. La medicina en sus orígenes ocupó el lugar de una ciencia social que logró que se destinaran políticas de salud de organización urbana. Este desarrollo de la salud pública con las características de su positivismo contemporáneo absorbe el paradigma mecanicista en la que el foco de atención está puesto en lo biopatológico y/o mórbido. Si bien ese paradigma dio sus resultados en el control y erradicación de epidemias y endemias, todavía la salud pública el modelo de la medicina clínica y social que fragmenta la intervención, al establecer la causalidad como modelo que describe e interviene sobre la enfermedad orgánicamente determinable. De alguna manera, este paradigma no rescató de manera constante su importancia necesaria uno de los principios de la medicina y la epidemiología, es decir, el saber que las condiciones económicas y sociales tienen consecuencias directas sobre la salud de la población, de los sentidos que ésta le otorga por medio de conductas y sus valores como sociedad. Es decir, la respuesta organizada frente a una problemática de salud más bien se vio orientada a la intervención clínica sobre lo orgánico más que al establecimiento de estándares sociales y ambientales para prevenir, tratar y eliminar afecciones.

Así, actualmente la Salud Pública:

se ocupa de las enfermedades por las cuales las poblaciones demandan atención, no se ocupa en lo más mínimo de las prescripciones indebidas de estudios o de tratamientos, ni de los múltiples factores que inciden en mantener tasas de mortalidad superiores a las que se daría si el mercado de la enfermedad no estuviera presente y en funcionamiento, dominando el campo de la salud pública (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010, p. 92).

Para estos autores, las políticas de salud deberían afrontar los riesgos que están en relación con una inadecuada regulación económica-social. Los factores sociales y ambientales son los determinantes para la salud de las poblaciones, tales como el nivel de ingreso económico, el estatus, la educación, las redes de soporte social, el empleo, las condiciones de trabajo y el entorno físico, los estilos de vida saludables y los servicios de atención a la salud, la zona geográfica o capacidad de comunicación. Para sustentar esta apreciación, se remontan a antecedentes de mediados de la década de 1970, tales como la posición de Lalonde, Ministro de Salud de Canadá en ese entonces.

Toledo Cubelo (2005), Gómez y Arias (2003) e incluso Morales Calatayud (2009) definen a la Salud Pública tomando la propuesta de los pioneros norteamericanos en esta área: Winslow y Milton Terris. La definición de Winslow fue ligeramente modificada por Terris en 1964, quien estableció que:

La Salud Pública es la ***ciencia y el arte*** de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para la rehabilitación y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Terris, 1980, citado en Toledo Cubelo, 2005, p. 17).

Para Gómez y Arias (2003), la salud pública es entendida como *disciplina* que previene y trata las enfermedades colectivas (biológicas o traumáticas fundamentalmente), que se amplía hacia otra disciplina más social referida al estudio o tratado de la curación de la ciudad-estado, transformándose así en multidisciplinaria y transdisciplinaria. Se refieren a la

poderosa concepción liberal que hizo que la salud pública y la epidemiología se fortalecieran con una dependencia original con la medicina y se aplicaran como medicina social en las colonias de Francia e Inglaterra. Establecen, al igual que Toledo Cubelo (2005), las funciones elementales de la Salud Pública, a saber: monitoreo, análisis y situación de salud; investigación y control de daños en salud pública; promoción de la salud; participación de los ciudadanos en la salud; planificación y gestión de la salud pública; regulación y fiscalización de la salud pública; desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; garantía de la calidad de los servicios de salud pública; reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. Gómez y Arias (2003) concluyen que existe una polisemia en la noción de este concepto el cual no sólo es un problema teórico, sino también que, de acuerdo con el enfoque que se tome respecto de éste, influirá en la política pública, por lo que ésta repercutirá en la implementación y distribución de los recursos. La polisemia se refiere a que existen tantas definiciones de salud como elecciones por parte de un estado o de alguna comunidad de los conceptos y definiciones tienen sobre las enfermedades, la salud, la persona, el rol y función del Estado, la incorporación o no de factores sociales como causas en la proliferación de problemas de la salud en la población.

Ahora bien, Toledo Cubelo (2005) indica que el concepto de medicina comunitaria, social y preventiva es contrapuesto al concepto de salud pública, ya que el primero considera la salud pública como subdivisión de la medicina y en el otro, es la medicina la que se considera como subdivisión de la salud pública. En este sentido, es preciso hacer mención a la consideración de Virchow (en Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010), quien pensó a la medicina como ciencia social y a la política como la medicina a gran escala, es seguir en la misma línea de delimitación de orientaciones teóricas, prácticas e ideológicas. Es decir, pensar la organización sobre la salud a partir de lo insoslayable de tratar las condiciones sociales, alimentarias, ambientales, y tenerlas en cuenta con la misma valoración que las variables biológicas tanto de los gérmenes como de lo orgánico dañado, es diferente que partir sólo de las variables de orden biológico y orgánico. Puesto que a partir de estas consideraciones sobre las variables que inciden en la salud, es que la organización sobre la salud es muy diferente si se planifica y ejecuta a partir

de establecer las condiciones tanto sociales como biológicas y orgánicas, o de sólo enfocarse sobre la posibilidad de incidir sólo en el organismo detectable como enfermo y plausible de mejorar mediante intervención biológica.

Toledo Cubelo al hablar de la medicina como subdivisión de la salud pública sostiene que es preciso determinar que:

su objeto de estudio está dado por el proceso de salud-enfermedad - condiciones de vida y estado de salud de la población-, y la respuesta de la sociedad a los problemas de salud; se rige por las leyes económicas fundamentales y los principios de la salud pública. La relación fundamental de la salud pública se establece con las ciencias de la salud y en especial con la medicina. Está muy vinculada con las ciencias sociales y con la filosofía. También se relaciona con las ciencias biológicas, psicológicas, matemáticas, económicas, administrativas, políticas y jurídicas. Las raíces de la salud pública deben estar firmemente implantadas en una base epidemiológica (Toledo Cubelo, 2005, p. 17).

Hamui Sutton (2005) expresa que luego de los movimientos de la salud pública orientados hacia las problemáticas de los riesgos de las enfermedades en las poblaciones pobres, se ha dado una necesidad de una perspectiva en epidemiología social, que intenta paliar las inequidades en la salud de las poblaciones. En continuidad con lo explicado anteriormente, la salud pública puede analizar e intervenir diferencialmente sobre las diversas problemáticas de salud y enfermedad percibidas según la condición social, ambiental y/o región y paliar entonces de manera equitativa tanto las problemáticas de una comunidad como de otra. O bien puede analizar e intervenir las diferencias socioeconómicas y ambientales para paliar las inequidades de la salud y enfermedad a partir de las primeras desigualdades. Es decir, un objetivo es enfocarse en poblaciones pobres y sus problemas y otro distinto es enfocarse en inequidades socioeconómicas y los problemas en cuestión. El enfoque definido por Hamui Sutton, sin embargo, apunta a incorporar la experiencia social como factor determinante en el origen de los

padecimientos y las discapacidades, y a las situaciones sociales como condiciones de la salud de las poblaciones para comprenderlas e incidir a pesar de ellas, pero no incorpora la estructura económica social como factor de riesgo para intervenir sobre éste. En definitiva, para este autor la epidemiología social es la “rama de la epidemiología que estudia la distribución y los determinantes sociales del estado de salud. Busca identificar las relaciones socio-ambientales que afectan los resultados en la salud” (Hamui Sutton, 2005, p. 164). Sus conceptos básicos son la perspectiva poblacional, el comportamiento en el contexto social, el análisis contextual multivariado, la perspectiva del desarrollo de vida y la susceptibilidad general a los padecimientos.

El pionero en salud pública y epidemiología positiva, Milton Terris, afirma que “la epidemiología debe jugar un rol principal en la formulación de la política sanitaria” (Terris, 1980, p. 1). La importancia de la atención médica en la salud pública estuvo y está determinada por su impacto sobre la mortalidad y morbilidad de la población, es decir, por su capacidad directa e indirecta para disminuir o revertir indicadores epidemiológicos.

Sin hacer una narración histórica del desarrollo de la epidemiología, es de destacar que en el siglo XIX y XX, la mayor proporción de las muertes se debía a factores desfavorables del medio ambiente: aguas contaminadas, sistemas defectuosos de eliminación de excretas, hacinamiento, condiciones de vivienda insalubres, leche y otros alimentos en mal estado, alimentación con escaso valor nutritivo, falta de educación, descuido, exceso de trabajo, entre otros factores. Para Terris (1980), para bajar la tasa de mortalidad fueron imprescindibles los cambios económicos y sociales, las medidas de control del medio ambiente, la inmunización, la educación sanitaria y otras actividades de las políticas de salud pública. Agrega que la atención médica por sí misma ha jugado un rol secundario, limitado a dos funciones principales: el alivio del sufrimiento, y la reducción de la severidad de la enfermedad a través de medidas de apoyo.

Si la llamada primera revolución epidemiológica se refirió al éxito de la reducción de mortalidad y morbilidad de enfermedades infecciosas, la segunda revolución epidemiológica se refiere a los avances de los estudios

sobre las enfermedades no infecciosas como el cáncer, la enfermedad cardíaca, el accidente cerebro vascular, los accidentes automovilísticos, entre otras. Concluye que “si la epidemiología es utilizada como una guía para la política de salud, esta última debería estar basada en la primacía de la prevención” (Terris, 1980, p. 13).

Esta consideración singular de elevar la prevención a estatuto intrínseco de la epidemiología que establece Toledo Cubelo, permite establecer la diferencia con la propuesta de Hamui Sutton. El conocimiento de los estados de salud y enfermedad de una población deben servir de base y guía para la investigación en salud. Toledo expresa sin hesitaciones:

La epidemiología, por definición, es una ciencia básica en el campo de la salud pública cuya metodología de trabajo permite la investigación y el conocimiento de las causas objetivas y condiciones de cualquier problema de salud que afecte a los grupos humanos, así como el planteo de soluciones adecuadas y posterior evaluación (Toledo Cubelo, 2005, p. 27).

Según este autor, los usos de la epidemiología son el análisis de la situación de salud, la investigación causal, la evaluación de programas, servicios y tecnologías y vigilancia epistemológica.

López Moreno y Fernández Ávila (2009) definen que lo siguiente respecto de la epidemiología:

Es la ciencia que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de desarrollar acciones tendientes a conservar y promover la salud de la población. Investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas (p. 1).

En tanto que para San Martín, la epidemiología describe las características del fenómeno, su distribución en la población, las tendencias en el espacio y tiempo, considera los mecanismos y reglas biológicos-

ecológicos, los factores de riesgos asociados a la emergencia, mantenimiento en latencia o no de la enfermedad y a los orígenes sociales del fenómeno (San Martín, 1983). Ha pasado de entender y explicar desde la multicausalidad a analizar los factores de carácter social.

Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la epidemiología se interesa por los procesos de salud-enfermedad, las causas de los determinantes de la frecuencia de estos procesos, así como el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y el conocimiento de datos para una intervención orientada para el control o erradicación de ellos.

Estamos de acuerdo con López Moreno y Fernández Ávila (2009) en que la epidemiología enfrenta problemas de orden epistemológico, en relación con el postulado de la causalidad de las problemáticas de la salud de la población; es decir, se debate si se mantiene el postulado determinista de las enfermedades o si se abandona esta postura y se considerara un análisis, por ejemplo, más estructural o multicausal.

Desde el origen de la epidemiología moderna -que tuvo como padre al inglés J. Snow, quien realizó el primer estudio sistematizado de una enfermedad poblacional en Inglaterra- hasta la actualidad, esta ciencia ha sido modificada tanto conceptualmente como técnicamente. Ha pasado de identificar, explicar y controlar las causas y factores de las enfermedades denominadas infecciosas, a considerar que los procesos de salud-enfermedad de una población trascienden los aspectos químicos, biológicos y ambientales, e incluir a los elementos individuales y colectivos, culturales y naturales, tanto como los objetivos y subjetivos. El avance de la epidemiología ha logrado incluir conceptos tales como los de factor de riesgo, marcador de riesgo, asociación, sesgo, confusión, enfermedades no infecciosas, entre otros que se destacan. Ha logrado producir unas metodologías descriptivas, explicativas y experimentales. Podríamos resumir que, citando a Kleinbaum (López Moreno, Garrido Latorre y Hernández Álvarez, 2000), la nueva epidemiología tiene como propósitos: a) la descripción de las condiciones de salud de la población (ocurrencia, frecuencias y tendencias); b) la explicación de las causas de la enfermedad poblacional (determinación de factores); c) predicción del volumen de enfermedades que ocurrirán; d) control de enfermedades en la

población afectada y prevención de nuevos casos y e) generación métodos de abordajes. Esta enumeración tiene un trabajo analítico de las definiciones de epidemiología anteriormente citadas, y explicita con categorías simples un conjunto de dimensiones (concatenación cronológica, idea de ampliación, elementos mínimos de la nueva epidemiología) que es muy ordenador para la comprensión.

Como la fundamentación de este trabajo se inspira, en buena medida de los planteos de Toledo Cubelo (2005), abordamos lo que él define como investigaciones epidemiológicas cualitativas. El método científico constituye la *estrategia* de la investigación, puesto que es la forma de enfocar la realidad y estudiar los fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, con el propósito de descubrir la esencia de dichos fenómenos y sus interrelaciones. Las técnicas de investigación constituyen la *táctica*, es decir, los procedimientos que se utilizan para recolectar, procesar o analizar los datos referentes al fenómeno en estudio. Las técnicas cualitativas son técnicas especializadas que se aplican para obtener respuestas profundas de lo que las personas piensan acerca de un fenómeno determinado y cuáles son sus sentimientos con respecto a éste. Estas ayudan a comprender mejor los fenómenos estudiados, proporcionan profundidad de comprensión acerca de las respuestas de las personas sobre el objeto de estudio.

Mientras que las técnicas cuantitativas están dirigidas a conocer el nivel de frecuencia, las acciones, las pruebas y mediciones del nivel de salud, y con ello tratan de obtener información, ser objetivas, definitivas y descriptivas, las técnicas cualitativas buscan profundidad de comprensión. Estas exploran las motivaciones ya que son técnicas subjetivas dirigidas al conocimiento para poder explicar los problemas de salud y adquirir una mejor comprensión de ellos. En resumen, están enfocadas a interpretar un hecho o fenómeno, lo cual permite una mejor orientación para la correcta selección de la estrategia de intervención adecuada y su aplicación en el momento oportuno.

El marco de la APS en San Luis como una política pública en salud pública

Como el foco del interés de este trabajo gira alrededor de la política en salud denominada Atención Primaria de la Salud, es imprescindible conocerlo. El mismo tiene por objetivos garantizar la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Fortalecer capacidades institucionales para garantizar la responsabilidad adecuada en términos de promoción, protección y acceso equitativo de la salud. Como principios, explicita los de justicia desde el enfoque moderno de los derechos en tanto universalidad y equidad y también beneficencia en el sentido de recibir calidad en los servicios de salud, incorporando la integralidad y continuidad desde la perspectiva de una atención holística y ecológica y ética, en el sentido de dotar de autonomía a quienes demandan por salud-mediante la humanización con participación y responsabilidad colectiva-.

El artículo 3 de Ley N° 0813 – 2012 - APS de la establece la estrategia de extensión de la protección social mediante la Atención Primaria de la Salud con enfoque en los determinantes sociales. Se programa una política de descentralización y fortalecimiento del primer nivel de atención, con un plan estratégico materno infantil, un sistema de emergencias sanitarias para las dos localidades más importantes de San Luis, la ampliación del calendario de vacunación, la priorización del Programa de Control de Chagas y la fiscalización de aguas. “La Salud se instituye como una política de Estado para San Luis” (Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis [en adelante MSPSL],2014, p. 10). La salud como derecho humano inalienable es una estrategia de extensión del servicio de salud y de Atención Primaria de la Salud.

Entonces, por un lado, fue necesario conocer los centros de atención de salud de la provincia, la estructura logística y de recursos humanos que está destinada a cada población por zona. Por lo que es importante conocer los datos demográficos de cada región como así también el tipo de demandas que la población establece cuando acude a los servicios de salud. Esta parte necesitará de una atención posterior que continuará con la profundización analítica y cuantitativa de la investigación propuesta. Y cuando nos referimos a que es importante la información demográfica, enfocaremos por ahora la

mirada en los tipos de demandas según la población en cuanto a la edad de quienes acuden, la distribución, frecuencia, de los procesos de salud-enfermedad de cada población por región y en la totalidad de la provincia de San Luis.

A grandes rasgos, se puede decir que las problemáticas de las localidades de San Luis en las cuales trabajan lxs profesionales que fueron entrevistadxs no difieren de las problemáticas nacionales e internacionales, aunque si se hace un análisis específico y detallado, se pueden encontrar algunos índices que sí varían. Para empezar, como gran rasgo identificable de semejanza, las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles tienen ya su lugar de predominancia sobre las enfermedades infecciosas (que habían tenido su predominio durante un buen tiempo en el campo de la atención a la salud desde la perspectiva poblacional y científica) en el campo de la demanda de atención a la salud. Esto no significa que las segundas hayan desaparecido o se mantengan bajo total control, ya que actualmente han emergido -en pequeños números de casos, pero igual de urgentes- algunas como la Influenza H1N1, la triquinosis, y el dengue. Esta observación de grandes tendencias, tampoco implica que la distribución de las problemáticas de salud entre zonas urbanas, periféricas y rurales, o entre diferentes clases sociales, sea homogénea.

Las problemáticas de la salud que vienen aparejadas con el fenómeno de mayor envejecimiento de la población sumado a aquellas referidas a los estilos de vida modernos, como por ejemplo el cáncer, enfermedades cardio-respiratorias, estrés laboral o por desempleo, problemáticas como el consumo excesivo, ya sea repentino o prolongado, de alcohol que provoca desequilibrios biopsicosociales o accidentes de tránsito, las enfermedades contagiosas, o no, referidas al grupo de riesgo materno infantil, el sedentarismo, la deficiente alimentación, la violencia y las problemáticas ambientales, nos refieren a estar viviendo en política pública lo que se denominó la segunda revolución epidemiológica.

Para De Lellis las problemáticas sanitarias pueden ser ubicadas en relación con ejes que intervienen en su caracterización y priorización. Entre ellas, a) las referidas a las que antes no existían y que cobran importancia

cuantitativa como el SIDA, b) las de mayor prevalencia que implican una alta relevancia e impacto como las enfermedades del corazón, violencia cáncer, accidentes de tránsito, c) las consideradas anteriormente como epidémicas que se mantienen bajo control e incluso erradicación como sarampión, tuberculosis, leptospirosis, d) las de efecto multiplicador por cantidad o por propagación, e) por el impacto psicosocial y/o económico de patologías que no tienen curación o son de larga duración (De Lellis, 2006). Según esta clasificación, la provincia posee una tasa de prevalencia de las enfermedades no transmisibles, con la complejidad de que está bajando el rango etario y un estable y alto índice de traumas y decesos por accidentes de tránsito. Los CAPS reciben sobre todo a las problemáticas que pertenecen al último ítem.

Como identificable por la diferencia, San Luis ha vivido una mengua de la mortalidad materno-infantil y la eliminación vertical de la transmisión del mal de Chagas. Y en términos específicos, las estadísticas hospitalarias dicen que en la provincia de San Luis, durante el 2003 las consultas médicas superaron las 140 mil, que durante cada año que va desde 2006 a 2009 las consultas fueron menores a esta cantidad y que a partir del 2013 las consultas superaron esta cifra. Durante 2013, se registraron 1.468.079 consultas médicas. El 35% fueron por partos y nacimientos, el 11% por enfermedades digestivas, el 10% por enfermedades respiratorias, el 8,8% por traumatismos o envenenamientos, el 6% por enfermedades genitourinarias, 4,4% por enfermedades del sistema respiratorio, el 3,6% por enfermedades infecciosas y parasitarias, el 3,2% por tumores, el 2,4% por trastornos mentales y comportamentales, y el 2,2% por enfermedades endócrinas y metabólicas (MSPSL, 2013).

Reflexiones finales del capítulo

El trabajo se enfoca en la intersección de las políticas públicas de salud, que se dan en los centros de salud, la epidemiología en tanto conocimiento socio-estadístico acerca de las problemáticas de los procesos de salud de la población, y la psicología como disciplina científica que describe, explica, analiza los procesos de salud y enfermedad, por un lado, y experimenta y atiende, interviene interdisciplinariamente y planifica, por otro.

Entonces, política pública, epidemiología y psicología son los ejes de reflexión de esta introducción.

Como primer punto, es necesario señalar la relación fundamental de la psicología en la salud pública con los derechos humanos. No se debe desconocer la necesidad de apuntalar a los sectores considerados minoritarios que representan un grupo o colectivo vulnerable y, en muchos casos, víctimas por pertenecer a grupo etario, género o clase social determinada, tanto desde la atención como primera medida, como desde la posibilidad de actuar para prevenir, promover para mantener la salud e integrar a aquellos que no llegan al sistema de salud aun cuando no presenten enfermedad alguna.

La psicología en la salud pública tampoco debe desconocer las etapas del proceso de atención de la salud, enmarcada en una política pública, en este caso, el Plan Maestro de Salud de la provincia de San Luis, la cual establece las acciones de atención, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación como prioritarias en esta política pública. Es decir, la psicología si quiere aportar sus saberes al campo de la salud pública le es condición necesaria estar al tanto de la estadística epidemiológica, o situación epidemiológica de la población a la cual quiere atender. La psicología debe tener herramientas para la intervención en cada etapa de acción del servicio de salud mediante la producción de conocimientos que hablen de los procesos psicológicos por los cuales las personas enferman, acuden al centro de salud o se exponen ante los factores de riesgo. Debe aplicar progresivamente métodos y técnicas que aborden lo psicológico y lo psicosocial para investigar los problemas de salud, de atención, tratamiento y acompañamiento.

Por lo tanto, una de las herramientas necesarias –y se puede pensar que obligatoria- es la sistematización de datos a los que tiene alcance el profesional de la psicología en el campo de la salud.

La vigilancia epidemiológica para la comunicación para la salud es un proceso sistemático, permanente y orientado de observación, recopilación, análisis y difusión de información acerca de los perfiles de morbimortalidad de la población, ocurrencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, los factores de la salud y las respuestas del sistema sanitario. La recolección de la

información debe ser sistemática, periódica, oportuna, válida y confiable (Casas, 2009, p. 1).

En este campo de acción, el manejo de información adquiere un matiz ético, no en el sentido médico-clínico habitual de resguardo de datos en nombre de la confidencialidad; sino más bien en la obligatoriedad de transformar esa información en un saber hacer estadísticas que colaboren en la ampliación del conocimiento del estado de salud de la población, como bien superior. Es decir, colaborar con la epidemiología local y regional al menos en un nivel descriptivo del estado de salud de la población, quizás poder realizar la tarea analítica de causas y, en el supuesto óptimo, llegar a ayudar en momentos experimentales. La interpretación y el análisis de la información epidemiológica permiten definir perfiles de la salud de la población en contextos específicos, diagnosticar los estados de situación, generar comparaciones de las ocurrencias y frecuencias de los procesos de enfermar y sanarse. No se trata esto de elaborar nuevas tendencias psicológicas o nuevos nombres para los malestares, sino de ser capaz de sintetizar los aspectos psicológicos, a través de métodos y técnicas de abordaje de las instancias psicológicas de las personas, con aquellos índices y variables que la epidemiología estudia, describe, analiza y busca intervenir.

Si la epidemiología local logra guiar al campo de investigación, intervención para atención y planificación, la psicología debe comenzar a prestar más atención al grupo poblacional que está en aumento, es decir, la población con más edad y sus problemáticas. Como así también a las que, debido al estilo de vida consumista pero excluyente, influyen de manera particular a determinado grupo etario, por ejemplo, los adolescentes. E intentar volcar la atención a un grupo que siempre está en aumento para la atención que es la atención a embarazadas.

La responsabilidad de una psicología en la salud pública radica también en el deber de interpelar a las dimensiones que van más allá de la institución estatal como responsable del mantenimiento de la salud de la población e incorporar la responsabilidad del sector productivo y comercial.

Capítulo 2: La Atención Primaria de la Salud: Historia, definición, marco legal provincial, reflexiones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento de Alma Ata en 1978, por entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazajstán, enunció a la APS como estrategia consensuada por los países miembros de la OMS y UNICEF. Una definición muy general sobre esta estrategia en salud es la que se expresó en esta reunión y dice:

la asistencia sanitaria esencial, basada en método y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978, pp.3-4).

Luego, en 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una reunión con profesionales y organizaciones con el propósito de elaborar un documento de posición de “Renovación de la APS en las Américas” que sirviera de referencia a todos los países que pretendieran fortalecer sus sistemas de salud. La estrategia de una renovación en cuanto a la APS para Latinoamérica tiene razones fundadas: los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir, la necesidad de corregir debilidades e incoherencias

presentes en diferentes enfoques de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de efectividad de la APS, y la necesidad de fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Se busca la implementación de un sistema de salud con un enfoque amplio de organización, operación del mismo, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Sus principios son: dar respuesta a la necesidad de salud de la población, orientación a la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad, mayor énfasis en promoción y prevención (focalización en familias y comunidades) y trabajo interinstitucional (OPS, 2007).

Breve caracterización de la implementación histórica de la APS en Argentina

En el capítulo primero se expusieron las características de las políticas públicas de la Argentina. Tomassi (2008) las describe como inestables y pobremente coordinadas entre los distintos niveles de la estructura federal de gobierno y entre ministerios. Belmontino (2005) afirma que las políticas públicas y sociales en la Argentina tuvieron como rasgos la focalización y asistencialismo y que la fragmentación y la heterogeneidad son características esenciales del sistema de salud argentino. Britos (2009) considera que las políticas de asistencia social poseen inestabilidad institucional. Ugalde y Homedes (2002) respecto de los servicios de salud como políticas públicas los describen como descentralizados geográfica, institucional y funcionalmente.

Estas características de las políticas públicas en Argentina también están presentes en la implementación de las políticas de salud. Como dicen Ugalde y Homedes (2002), los organismos internacionales, tanto de planificación y organización como de financiamiento para políticas públicas han cometido errores al forzar a países a descentralizar sus políticas públicas de una manera improvisada, sin tener en cuenta los diferentes contextos históricos, políticos y socioeconómicos. Por entonces, el diagnóstico global estableció una gran desigualdad en las problemáticas de salud de las

poblaciones como así también de la posibilidad de acceso al servicio de salud. Ase y Burijovich (2009) afirman que esta desigualdad es producto del desarrollo económico dispar entre los países y también por la crisis de los sistemas o modelos de atención de salud según el país.

En esta caracterización de las políticas públicas de la Argentina, se implementa la APS como estrategia de atención para la salud de las poblaciones. Son varios los autores que describen la incorporación de la APS como organización de la salud para las poblaciones mundiales en el marco de las propuestas de reformas estructurales de los Estado, denominadas políticas neoliberales que obedecen al Consenso de Washington. Son ejecutadas a través de los convenios de los diferentes estados nacionales con el FMI, se financian con las agencias de éste, el BID y el BIRF, y se organizan conceptualmente a través de la OMS y OPS (Weisbrot, 2014; Wilner y Stolkiner, 2007; Arias, 2017; Belmartino, 2005; Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012; Ase y Burijovich, 2009). Su implementación forma parte de los cambios estructurales del Estado, los cuales descentralizan el sistema sanitario y delegan la transferencia de los servicios y responsabilidades a cada provincia del país.

Durante la Conferencia de Alma Ata, Argentina estaba gobernada por una dictadura militar, y “la APS se conceptualizó como un programa más que como una estrategia, y por lo tanto dio lugar a experiencias cuyo objetivo era el de ampliación de la cobertura de servicios” (Wilner, Stolkiner, 2007, p.6). Esto se debió, entre otras cuestiones, a que la propuesta de participación comunitaria no resultó apropiada, a ojos de los dictadores, para el momento político y social. El Estado Argentino incorporó durante esa dictadura, la estrategia de APS como “un conjunto de acciones sanitarias programadas de baja complejidad y conducida por médicos, a partir de un hospital base que llegan a la población a través de centros periféricos y los agentes sanitarios, mediante rondas sanitarias” (Argentina, 1978, p.7, en Bertolotto, Fuks, Rovere, 2012).

Durante los 80 y los 90, la concepción de APS fue de un programa focalizado de atención que recibió el nombre de Atención Primaria Selectiva, y tendió hacia la clasificación, selección y organización de grupos sociales

considerados de alto riesgo. “El enfoque de la APS selectiva se caracteriza por el objetivo de focalizar recursos limitados en objetivos específicos de salud, centrando las actividades de algunos servicios dirigidos específicamente a poblaciones pobres” (De Lellis, Berra, Morand, s/f., Weisbrot (2014) y Ase y Burijovich (2009) afirman que las políticas sanitarias en los años 80 tuvieron una visión carente de consenso social y político, producto de la acción del Estado como preponderante y cuyas políticas no estuvieron al alcance del 100% de la cobertura de la población. Dicen que “se desarrolló un intenso debate en torno a la supuesta inviabilidad política de la estrategia de APS y a la necesidad de reconceptualización, lo que condujo a que el término de APS dejara de tener un único significado” (Weibrot, 2014, p.100). Estos últimos autores afirman que durante los 90 la ejecución de políticas sociales predominó un modelo minimalista en lo social, y significó una definición de una canasta básica de prestaciones y orientación de los recursos estatales destinados a los más desfavorecidos (Ase y Burijovich, 2009, p.28).

Desde 1986 y hasta 1992, se realizaron en Argentina las Jornadas de Atención Primaria de la Salud que congregaron alrededor de 2000 trabajadores de la salud por año. Se debatió por entonces sobre “las experiencias, producción científica, problematización de modelos de atención, de gestión y financiamiento, la discusión acerca de políticas de salud y su vinculación con la política del país” (Wilner y Stolkiner, 2007, p.6). Por la situación socioeconómica del país a finales de los 80, este impulso de la APS declinó vertiginosamente. Testa (1993) se preguntó por entonces si esta Atención como estrategia, implementada según el contexto, es primaria o primitiva, en función de cuestionar si sus establecimientos conforman o no una red asistencial, y si los usuarios pueden efectivamente acceder a esta red. El financiamiento de esta estrategia en relación con la legalidad formal del sistema de salud, por otro lado, permite ser visualizado a través de la accesibilidad de los usuarios, entendida como el complejo de circunstancias que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente por la red.

En los 90 el original programa destinado al primer nivel de atención fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), financiado por el Estado Nacional y el BIRF. Se planteó la conformación de la Unidad

Coordinadora de Programa PROMIN y se trabajó con los ministerios provinciales correspondientes para su diseño, organización, implementación y evaluación. Según Bertolotto, Fuks y Rovere (2012), la APS “se vio traducida al acceso de un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, ocultando y aislando a la salud de cualquier reflexión sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos” (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012, p. 363). y, luego de la crisis argentina del 2001, se reinstaló “el concepto de APS como políticamente correcto, sin que logre reflejarse en políticas transformadoras que apunten, en la práctica, a resultados de equidad en salud” (Bertolotto, Fuks y Rovere, 2012, p.364). Esto último debido a unas políticas de corte progresistas que apostaron a cierta distribución del ingreso y al resurgimiento del Estado presente, que aparecieron como reguladores en pro del bienestar de la ciudadanía. Con el mismo contenido, Ase y Burijovich (2009) señalan que en los 90 los organismos internacionales de crédito -BM y BID- promocionaron la APS como estrategia de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud. En este contexto “la APS pasó a ser sinónimo de programas compensatorios de emergencias destinados a grupos vulnerables de la población. (...) se transformó en una herramienta central en los programas de atención a la pobreza extrema” (Ase y Burijovich, 2009, p.36).

Argentina incorporó en 2002 a la estrategia de APS bajo el “Programa de Reformas de la Atención Primaria de la Salud –PROAPS-Remediar”, el cual fue parcialmente financiado con recursos provenientes del “Contratos de Préstamos N° 1193/OC-AR y 1134/OC-AR, otorgados por el BID. Esta incorporación está determinada por los procesos de reforma de los 90 y la crisis socioeconómica y política del 2001.

Si bien los resultados de esta iniciativa (Plan Remediar, Plan Nacer, Plan Salud Reproductiva y Procreación Responsable, por ejemplo) en términos de acceso a los medicamentos son muy importantes, “es trascendente debatir acerca de la medicalización producida por el programa así como de su sustentabilidad y las consecuencias en términos de endeudamiento externo para cobertura de gastos corrientes que ha generado” (Wilner y Stolkiner, 2007, p. 14).

Hasta el 2007 las experiencias en APS contaban con los siguientes programas: Programa Nacional de Médicos Comunitarios (acreditación y capacitación del recurso humano), Programa REMEDIAR (provisión de medicamentos), Plan Nacer (cobertura con una canasta básica de servicios materno infantiles a embarazadas y niños menores de 6 años), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (provisión de insumos como preservativos, anticonceptivos hormonales-inyectables, insumos para la lactancia, insumos de emergencia, asistencia técnica, capacitación y acciones de comunicación), Programa Materno Infantil (provisión de leche, vacunas y anticonceptivos) y el Plan Federal de Salud.

La APS contiene herramientas transformadoras para retomar un sentido de equidad. Contribuye a un trabajo intersectorial en la comunidad, instala a la salud en la agenda de las comunidades organizadas y movilizadas, parte de las cosmovisiones y experiencias propias de las comunidades, incide sobre los modelos prestadores de todos los niveles, y puede hacer que los escenarios institucionales y comunitarios del primer nivel devengan en espacios para repensar la formación de la fuerza laboral de profesionales del sector. La APS aborda los problemas sanitarios de cada comunidad para proveer prevención, promoción, curación y rehabilitación. Requiere de la participación comunitaria para la planificación y organización, ejecución, control y evaluación de los programas sanitarios.

Marco legal provincial de trabajo en APS

Existen en la Argentina tres subsistemas en salud: el subsistema público, privado (Medicina Prepaga) y las obras sociales. La APS forma parte del subsistema Público el cual se financia con recursos provenientes del sistema impositivo, aunque desde hace años atrás, se están recibiendo fondos desde los Organismos Internacionales de Crédito. Como es conocido, la prestación de servicios para los ciudadanos en el subsistema público de salud es completamente gratuita en el sentido de que quien demanda por el servicio está exento de pagar canon alguno. Este subsistema cubre al 36% de la población de la Argentina según el último Censo del año 2010; el subsistema de las Obras Sociales (que incluye al PAMI y a Planes Estatales) cubre al 48,3%

y el subsistema Privado al 15,7%. Hay que tener en cuenta que la cobertura por obra social no impide la concurrencia al subsistema público, por lo que éste llega a tener porcentajes de atención aún mayores que los de cobertura exclusiva.

En San Luis, el ingreso de profesionales al Sistema de Salud Pública se encuentra regulado por la Ley Provincial N° III-0065-2004 de Carrera Sanitaria Provincial, la cual fue creada para los profesionales y técnicos de nivel terciario con el fin de fomentar, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas así como de conducir programas de acuerdo a las políticas trazadas, según el Artículo 1 del primer capítulo.

La organización funcional del Programa Salud depende del Ministerio de la Cultura del Trabajo y su estructura comprende los niveles Central, Zonal y Asistencial u Operativo. El primero se refiere a la parte orgánica funcional técnica y administrativa que programa, coordina, evalúa y supervisa las acciones de salud inherentes a los establecimientos y a la comunidad. El segundo, Nivel Zonal, es entendido como la parte orgánica funcional, técnica y administrativa que constituye el nexo entre el Nivel Central y el Asistencial u Operativo. Incluye a los Hospitales de la Ciudad de San Luis, Villa Mercedes y Escuela de Salud Mental. El tercer Nivel Asistencial u Operativo es la estructura orgánica funcional, técnica y administrativa que comprende el conjunto de efectores y áreas que participan en la programación y ejecución de actividades de la salud definidas en los niveles anteriores.

El Capítulo Segundo de la Ley de Carrera Sanitaria establece que existen dos agrupamientos para su personal: Profesional y Técnicos de Nivel Terciario. Dispone en el Capítulo Tercero, Artículo 7°, que el ingreso a la Carrera Sanitaria Profesional será por concurso abierto de antecedentes y oposición de acuerdo a las vacantes existentes, teniendo los cargos una duración de cinco (5) años, debiendo revalidarse a su vencimiento por otro período similar. Todos los cargos deberán ser concursados y son condiciones para el ingreso el cumplimiento con los requisitos legales exigidos por esta ley, poseer título o certificación habilitante legales reconocidos y en relación directa con el cargo o función a cubrir y resultar apto en el examen psicofísico. En el Capítulo Cuarto Régimen de Trabajo, Artículo 14, establece que

desarrollarán sus tareas cuarenta y ocho horas semanales, sin perjuicio de la obligatoriedad del cumplimiento adicional de guardias programadas cuando sea necesario (todos los días y horas son hábiles). El Artículo 16 establece la incompatibilidad entre el ejercicio de tareas profesionales o técnicas en este sector público con cualquier otro ámbito nacional, provincial, municipal o privado, a excepción de la docencia en tanto no exceda las dieciocho horas semanales y no se superpongan los horarios.

La Provincia de San Luis, por su parte, promulgó en el año 2012 la Ley N° 0813-12 de Atención Primaria de la Salud. Esto significó la incorporación de la APS al Sistema de Salud provincial.

El Primer Nivel de Atención, denominado APS, constituye un tema fundamental dentro del Subsistema de Salud Público. La Ley Provincial de San Luis N° 0813 – 2012- de APS determina en el Capítulo I: Objeto, principios y características, Artículo 1°, que su objeto es establecer un régimen uniforme para la atención, organización y financiamiento de la atención integral e integrada de la salud en todo el territorio de la provincia. El Artículo 2°, se establece:

(...) entiende a la misma como el primer nivel de atención compuesto por un conjunto de profesionales y técnicos tendientes a satisfacer la atención de primer contacto, integral y continua, tanto curativa como preventivamente a pacientes de diferentes edades y sexo. El objetivo principal es implementar y mejorar la APS que mejore cualitativamente el primer nivel de atención, que promueva el trabajo en equipo interdisciplinario, que integre redes intra e intersectoriales, estimular la participación comunitaria, planificar estrategias de promoción, prevención y protección de la salud, para elevar la calidad de vida de la comunidad, mejorar la accesibilidad al sistema de salud y promover la cultura y el capital social.

Primero establece la salud como un derecho humano y que la responsabilidad indelegable de asegurar a la ciudadanía su ejercicio es del Estado, partiendo de la concepción del hombre como unidad biológica,

psicológica, social y cultural en relación con su medio ambiente. La ley considera que el gasto público en salud es una inversión prioritaria, se asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico y se procura el fácil acceso a los mismos, se confiere dedicación preferente a la medicina preventiva y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, compensa desigualdades sociales y zonales, acceso, cobertura y calidad, se busca la participación de la población y de los trabajadores como medio de promoción las capacidades de la comunidad respecto de su vida y el desarrollo, supone una regionalización como práctica de la gestión pública, y la descentralización como estrategia de gestión de los recursos mediante atribución de competencias y capacidad de gestión de los actores.

Como características de APS, el Artículo 4° dice que debe poseer accesibilidad, cobertura universal, organización y participación de la comunidad, acción intersectorial, desarrollo de tecnologías apropiadas, equidad, eficacia y eficiencia.

Las prioridades de Atención Primaria son muy variadas y dependen de los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja. Esto significa que los estudios epidemiológicos deben ser un trabajo central y que sirven tanto para organizar actividades, recursos materiales y humanos, como para evaluar esta política en salud. Es imprescindible una correcta identificación de problemas mediante el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, para poder establecer una confluencia con una concepción integral de la salud que prevenga enfermedades o problemáticas futuras o su agudización, que promueva conductas y hábitos saludables para el mantenimiento del estado de salud, que atienda y rehabilite interdisciplinariamente, también en compañía de la participación ciudadana, otras instituciones o agrupaciones sociales. Hay tres conceptos fundamentales en la Atención Primaria de la Salud, que es indispensable que los profesionales de la salud tengan presentes, a saber: 1) promoción de salud, 2) prevención y control de riesgos a enfermar, 3) tratamiento y rehabilitación de personas enfermas.

La Autoridad de Aplicación de la Ley de APS es el Ministerio de Salud, a través de la Jefatura de Coordinación de Promoción y Políticas Sanitarias,

hoy Programa de Atención Primaria de la Salud. Ésta debe organizar territorialmente el accionar en los hospitales de referencia los cuales, según la articulación entre criterios epidemiológicos, sociales y culturales, tendrán límites flexibles para sus funciones. Dentro de esta órbita gubernamental se creó el Comité de Capacitación, Docencia, Investigación y Evaluación del Primer Nivel de Atención.

En el Capítulo Tercero, Artículo 8°, de dicha ley se establece que:

La constitución mínima de los equipos de profesionales de referencia incluye: un médico, un enfermero, un agente sanitario, un psicólogo, un odontólogo, un trabajador social, un nutricionista, un obstetra, personal administrativo y personal de limpieza de acuerdo a la población a cargo.

Los equipos de referencia tienen las siguientes funciones según el Artículo 9°:

Tener asignados a cargo del profesional médico un número determinado de familias según la densidad poblacional y las condiciones epidemiológicas de cada zona para ser atendidas en un lugar accesible a su domicilio. Determinar la derivación de pacientes a otros niveles de complejidad requerida y realizar el respectivo seguimiento. Realizar la correspondiente historia clínica de cada paciente. Solicitar el correspondiente consentimiento informado previo. Promover estilos de vida saludables por medio de explicaciones categóricas. Actuar de forma integrada sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente que los acoge. Personalizar la atención preventiva. Promover actitudes positivas en la población que favorezcan su compromiso de tomar parte en los autocuidados.

El Artículo 12° establece que los profesionales contratados para conformar los equipos de referencia deberán acreditar especialidad en medicina general y/o familiar y/o comunitaria y/o experiencia en el campo

Atención Primaria de la Salud (APS), según las tareas a desarrollar, a los fines de prestar sus servicios en los Centros de Salud regionalizados.

APS: Niveles, estrategia, complejidad

El caso de la APS en San Luis se presenta como la primera instancia de entrada de la o las personas al sistema público de salud. Es decir, es el primer contacto que tiene el sistema con las personas que demandan atenderse en el estado, en términos descriptivos. En términos funcionales no hay una caracterización homogénea de todos los CAPS de la provincia. Cada CAPS puede ser caracterizado como estratégico o simplemente asistencial al atender e intervenir en la comunidad. Esto depende directamente de acuerdo a la estructura, recursos y a las relaciones interinstitucionales de cada CAPS. Es por eso que, a partir de entonces, se definirán ciertas nociones para poder analizar el fenómeno o situación de APS en San Luis y poder establecer mínimas diferencias.

Ase y Burijovich (2009) entienden que la APS puede ser enfocada como un nivel de atención, como una estrategia o como un programa específico. Cuando se habla de *niveles de atención* en el servicio de salud de atención primaria, "se refiere a una forma escalonada de organización de prestación de servicios de salud para lograr un equilibrio en su cantidad y variedad disponibles para satisfacer las necesidades de población" (Ase, Burijovich, 2009, p.33). Es así que la conceptualización de los niveles de atención se basa en el análisis epidemiológico local y/o regional de los problemas de salud, y considera los recursos tecnológicos y humanos en relación con la complejidad y frecuencia de los problemas.

Según Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) es posible diferenciar tres Niveles de Atención que constituyen "una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población" (p. 12). El primer nivel de atención (o Atención Primaria de la Salud) constituye el primer contacto de la comunidad con el sistema de salud y la organización de los recursos, permite resolver las necesidades de atención básica más frecuentes que pueden ser resueltas por las actividades de promoción,

prevención, curación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad como consultorios, policlínicos, centros de salud. “Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Se busca que este nivel que brinde una adecuada accesibilidad a la población” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, p.12). El segundo nivel pertenece a los hospitales que brindan el servicio relacionado con la medicina interna, pediatría, traumatología, internaciones, cirugía general, psiquiatría, pediatría, ginecología. “Se estima que entre el primer y segundo nivel se pueden resolver hasta el 85% de problemas de salud de la población” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p.12). Es decir, la combinación de ambos. El tercer nivel atiende los problemas poco prevalentes, o patologías que precisan procedimientos complejos y tecnología especializada. En este nivel se resuelve aproximadamente el 5% de los problemas que se planteen.

Para que estos tres niveles de atención funcionen ininterrumpida y adecuadamente es indispensable que exista, entre otros mecanismos, un sistema de referencia y contrarreferencia para lo cual es fundamental la coordinación entre los niveles. La referencia se trata de un procedimiento administrativo por medio del cual un profesional de un establecimiento de salud "transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive" (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 12). La contrarreferencia es el procedimiento inverso, es decir, se trata de la respuesta que da el establecimiento de mayor complejidad, una vez que resuelve el problema de salud, devolviendo la responsabilidad de cuidado de salud del paciente o el resultado de la prueba diagnóstica al establecimiento de menor complejidad. Este proceso de referencia y contrarreferencia se encuentra previsto en la Ley N° III-0813-2012 de APS, que dispone como obligaciones de los Equipos de Salud: “gestionar la continuidad de su atención en toda la red de servicios mediante el seguimiento del paciente derivado” y “supervisar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos que se presten en otros niveles de atención” (Ley N° III-0813-2012. Art. 7 incisos b y c).

Cruz Peñate (2011) plantea que es posible analizar los contenidos de APS desde cuatro perspectivas diferentes: 1) como un conjunto de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres, que incluye, por ejemplo, control del crecimiento, lactancia materna, inmunización; 2) como un nivel de atención de un sistema de servicios de salud, lo cual implica considerarla como el primer punto de contacto de las personas con el sistema de salud, es el concepto más común y más reconocido; 3) como una estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud, para lo cual es necesario que sean diseñados y coordinados de modo tal que sean accesibles a toda la población, además de ser equitativos, integrales e integrados; y 4) como una filosofía que impregna el sector social y de salud, concibiendo a la salud como un derecho humano destacando la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud.

Estas posibles caracterizaciones dependen de varios factores tales como:

- Relación de la institución con su población. En este sentido, las directivas desde la conducción institucional de promover o no abordajes interdisciplinarios y la participación de planificación para intervenciones que atiendan problemáticas locales, buscar la participación ciudadana, establecer vínculos con redes u organizaciones barriales, son algunos de sus aspectos.
- Relación de los profesionales con la dirección y entre los mismos profesionales. En otro sentido, las capacidades y habilidades de los profesionales para trabajar de forma interdisciplinaria, promoviendo estrategias de acción para grupos seleccionados como prioritarios, ya sea para prevenir situaciones problemáticas futuras o promover la salud. También remite a las capacidades para moverse en un ambiente fuera del encuadre clínico médico bajo el cual la mayoría de los profesionales son formados por las academias. El enfermero, médico, psicólogo, nutricionistas y odontólogos son educados bajo el paradigma de la clínica médica, a diferencia de los Trabajadores Sociales y agentes sanitarios de la provincia, que tienen una vocación de estudio y abordaje de campo y planificación posterior a la misma.

- Ejercicio profesional posible según su formación y experiencia de formación.

Según Weisbrot (2014), la APS

es la estrategia mediante la cual el sistema de salud procura influir sobre los determinantes de la salud de la población a través del trabajo intersectorial y de coordinación de acciones entre los distintos niveles de atención del sistema de salud (p.101)

Se enfoca sobre la persona más que en la enfermedad e implica la atención de personas con múltiples enfermedades o problemáticas. Esta autora especifica cuatro funciones esenciales de la APS: 1) el primer contacto, 2) la continuidad, 3) la coordinación, 4) la integralidad o globalidad. Como funciones secundarias identifica: 1) enfoque familiar, 2) orientación comunitaria, 3) competencia cultural.

Por su parte, Wilner y Stolkiner (2007) y De Lellis, Berra y Morand (2010) afirman que se reconocen cuatro interpretaciones posibles de la APS: 1) APS selectiva, 2) Atención Primaria como Primer Nivel, 3) APS ampliada o estratégica, 4) enfoque de salud y derechos humanos. La OPS propone privilegiar enfoques universales, integrales e integrados de atención a la salud, y se conceptualiza la APS como base del sistema de salud. La APS selectiva, como se describió anteriormente, se centra en un número limitado de actividades y servicios específicos focalizados en poblaciones vulnerables. La APS considerada como nivel se refiere sólo a la puerta de entrada al sistema y se relaciona solamente con la presencia de efectores y profesionales, sin interrelación con los otros niveles. La APS como estrategia de salud es integral porque aborda los físico, psíquico, social y ambiental, e integrada porque promueve participación familiar y comunitaria, y realiza comunicación con los otros niveles. El enfoque APS de derechos humanos destaca la necesidad de enfrentar los determinantes sociales y políticos de los problemas de la salud. Hace referencia a la accesibilidad de las personas entendida como la disminución de la diferencia de la distribución de los determinantes

psicosociales y culturales y de enfermedades que diferencian a unas poblaciones de otras.

Los niveles de atención también pueden ser entendidos según los niveles de complejidad. Para Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa (2011) el primer nivel se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros donde asisten profesionales como médicos familiares, comunitarios, pediatras, ginecólogos, médicos generales. En el segundo nivel de complejidad se ubicaría a los hospitales con especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, psiquiatría. El tercer nivel de complejidad se refiere a los establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas y utilizan intensamente al recurso humano y equipamientos.

Weiher, Jefa del Programa de APS que depende del MSPSL, identifica como promoción de la salud al proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Y busca desarrollar habilidades personales y generar mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control de su salud y mejorarla. Busca el bienestar individual y colectivo, controla y actúa sobre los factores determinantes de la salud, y desarrolla condiciones personales, ambientales y políticas favorables para el mantenimiento del estado de salud. En cambio, la prevención busca disminuir las incidencias de los problemas de salud reduciendo el impacto de los factores de riesgo para evitar la aparición de la enfermedad, reduciendo los problemas de salud y los factores de riesgo (Weiher, 2018, comunicación personal).

En síntesis, la APS puede implementarse en el sistema público de salud y ejecutarse concretamente como primer nivel de atención entendido como el primer contacto del ciudadano con el sistema de salud. En este sentido, la asistencia es crucial para controlar la enfermedad o problemática e intervenir con el fin de que la/las persona/s no vuelvan a demandar salud por el mismo problema agudizado o por más problemas surgidos a partir de la primera demanda. Si bien el seguimiento profesional y disciplinar de cada problemática es propuesto en la APS, el objetivo es cumplir con asistencia y

lograr que no pase a un segundo nivel de atención, en el cual la complejidad de la problemática es mayor y las disciplinas necesarias son más especializadas.

También la APS puede comprenderse como estrategia de abordaje que considera la complejidad de la situación a partir de la identificación de los causales de la problemática. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. Se entiende por complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. En general, las problemáticas que se presentan en el primer nivel, denominado por muchos como atención de *bajo riesgo*, sean enfermedades contagiosas o no contagiosas, crónicas o momentáneas, poseen determinantes psicosociales, ambientales, culturales y económicos. Desde esta perspectiva, la complejidad de los determinantes de salud, factible de ser conocida gracias a un estudio epidemiológico, condiciona la confluencia de distintas disciplinas que necesitan operar según sus criterios epistémicos para lograr una planificación y organización en el proceso de intervención. La asistencia, atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento deberían ser trabajados con interdisciplinariedad que adecúe la complejidad de recursos humanos y físicos según la situación epidemiológica a resolver.

Otra ejecución de la APS puede concretarse simplemente como un programa específico focalizado lo que la caracteriza como selectiva y asistencial, o primitiva según Testa (1993), en donde la intervención está brindada hacia un grupo social, considerado vulnerable, al cual está destinado el programa definido.

Por último, también puede ejecutarse mediante el encuadre legal de los ejercicios de los profesionales y técnicos contratados, que actúan según las necesidades y problemáticas que les presenta la población y que, quizás por exceso de demanda o por desarticulación entre el equipo profesional, sólo logran realizar asistencialismo de urgencia, sin trabajo interdisciplinario o posibilidad de seguimiento y/o fortalecimiento de la participación ciudadana.

CAPÍTULO 3: Problemáticas de salud en APS

Como se dijo en el primer capítulo, este trabajo busca analizar las intervenciones del ejercicio profesional de la psicología en el marco de las políticas en salud pública, por un lado, y el conocimiento epidemiológico local que poseen los profesionales en psicología, por el otro. Esto, a los fines de abordar a un esbozo de una epidemiología de los problemas de salud necesario para poder reflexionar sobre las prácticas concretas de intervención y evaluar la adecuación del ejercicio de la psicología en el ámbito de la APS. Por lo cual, se hace insoslayable obtener información y conocimiento de las problemáticas de salud que la población demanda en los hospitales públicos a partir de las fuentes primarias de información en base a las estadísticas oficiales y mediante entrevistas a profesionales de la salud en ejercicio de sus funciones.

Se busca comprender y analizar las razones por las cuales los profesionales y técnicos de la salud identifican y nombran las problemáticas de cierta manera, diagnostican, ordenan, clasifican y registran, consideran la posibilidad brindar admisiones, implementar estrategias de atención disciplinar, interdisciplinar o interinstitucional, de tratamiento y seguimiento de las personas y sus situaciones, y realizar las tareas de referencia y contra-referencia. Todo esto, considerando las posibilidades y condiciones humanas y materiales e institucionales que determinan de alguna manera la tarea de los profesionales de la salud en este nivel de atención.

Para el ejercicio de la psicología es necesario considerar, por un lado, que los problemas de la población que asiste al sistema público de salud en la actualidad deben ser admitidos, abordados, tratados por parte de los profesionales de la psicología y comunicados hacia los usuarios con un lenguaje idóneo tanto para el paciente en cuestión como para el profesional de otra disciplina que está presente en el mismo espacio público. Es pertinente evitar la comunicación con un lenguaje teórico-práctico y conceptual-metodológico y que resulte encriptado, de alguna manera, para ambos sectores involucrados. Y por otro, debe existir el establecimiento de criterios

mínimos sobre cómo nombrar las problemáticas y qué variables y factores deberían estar presentes en el registro estadístico de las demandas poblacionales para una construcción epidemiológica fiable. Estas consideraciones son de utilidad práctica para el ejercicio de cada profesional y para el centro de salud. En términos estadísticos porque se conoce qué problemas se están atendiendo y cuántas personas están afectadas; en términos de organización institucional colabora para la planificación de tareas, roles y funciones y la cantidad necesaria de profesionales dentro de la función pública; y en términos estratégicos, establece la relación entre cómo intervenir interdisciplinar o interinstitucionalmente con redes u otras instituciones. El bagaje epistémico de cada profesional que otorga el perfil académico de la formación debería ponerse en consideración y revisión a los fines comunicativos y organizacionales, a partir de estas dos consideraciones.

En coincidencia con Morales Calatayud (2009), quien caracteriza a la psicología de la salud como aquella que surge bajo las demandas y requerimientos de la práctica, y cuyo impulso no debe provenir desde la teoría, pensamos que se requiere una psicología de la salud producida en los servicios de la salud y que se refiera a los cambios que se observan en el estado de salud de la población. Una psicología a partir de los problemas que recibe y atiende las y los profesionales de la psicología, cómo es que sus conocimientos sirven para la elaboración de una epidemiología que organice tanto la planificación de las tareas de abordaje integral, interdisciplinar e interinstitucionales, como las estrategias de atención para la prevención de problemáticas futuras y promoción de salud.

Esto es prioritario en salud pública "ya que los problemas suscitados desde la práctica de la salud pública deberían dirigir a la investigación epidemiológica", según señalan Hernández Aguado, Lumbreras y Jarrín (2006, p. 470). Y ésta ayuda a enfocar estratégicamente sobre qué pensar e investigar, y cómo intervenir desde cualquier disciplina y más precisamente desde la psicología.

Distribución de Profesionales de la Salud según la zona

Como estadísticas hospitalarias, el Programa de Epidemiología y Bioestadísticas en su publicación del 2014 dice que a partir de 2003 las consultas médicas superaron las 140.000 en toda la provincia, entre 2006 y 2011 estuvieron entre 120.000 y 140.000 y para 2013 se volvió a superar la cifra de 140.000. Las estadísticas oficiales no distinguen o especifican por Hospital Policlínico, General o de Referencia, centro de salud de atención primaria o sala de atención. Tampoco se dispone de información sobre población que puede estar vinculada a la salud mental y la distribución estadística de las problemáticas sociales que tienen relación directa o indirecta con la salud psicofísica de las personas, familias y colectividades.

Los hospitales destinados para APS en general atienden a poblaciones diferentes en cuanto a cantidad de personas a cargo, condiciones socioeconómicas y de hábitat, disponibilidad de servicios esenciales y propuesta cultural, medioambiente, presencia y relaciones de la comunidad con las demás instituciones estatales, etc. Los Hospitales de la periferia del Departamento Pueyrredón (ex capital San Luis), recibieron según el programa mencionado un total de 160.095 consultas médicas durante el 2014. Estos datos no especifican por centro de salud. En el caso que nos compete, estos Centros de Atención Primaria consultados son Hospitales de Referencia y CAPS y se manejan con una población barrial urbana, siendo en algunos sectores de orden marginal con escasos recursos materiales, viviendas precarias, de clase media baja, y otros de orden de clase media con recursos materiales mínimos y vivienda social básica. Estos hospitales periféricos, según cuentan sus trabajadores, llegan a tener a cargo una población de entre 5.000 y 10.000 habitantes aproximadamente.

Un Hospital de Día de la zona sur de departamento de Pueyrredón, por ejemplo, tiene una amplia población a cargo de 8.000 habitantes aproximadamente, con un personal de 100 personas de los cuales 60 son profesionales. Según se investigó, el equipo de APS está constituido dos obstetras, una kinesióloga, tres odontólogas, dos nutricionistas, tres psicólogos (más una psicóloga dedicada exclusivamente al Programa Salud

Sexual Reproductiva), dos trabajadores sociales, dos fonoaudiólogas, médico pediatra y médico generalista.

Uno de los CAPS de la zona oeste del mismo departamento Pueyrredón atiende a una población caracterizada por bajos recursos económicos, viviendas sociales y otras viviendas con lo mínimo en cuanto a la estructura. También atiende a una población pobre caracterizada con viviendas precarias que se ubican en asentamientos, con escasos servicios municipales y sin ingresos mensuales estables y a otra población que es netamente indigente y se ubica más al oeste aún de este CAPS. En total, este Centro de salud está a cargo de unos 6.000 habitantes aproximadamente, y según lo relevado sólo puede recibir y atender al 50% de esta población ya que no hay recursos humanos y materiales suficientes. Esto no significa que hay un 50% que dejan sin atender, sino más bien que sufren la consecuencia de esto que se traduce en una saturación de demanda constante. Es decir, se produce una larga lista de espera para quienes demandan por servicio. Los profesionales destinados para APS son dos médicos (uno es pediatra y sólo atiende dos veces por semana), tres enfermeras, una odontóloga, una nutricionista, una obstetra, dos psicólogas (de las cuales, tres días asiste una y dos días asiste la otra) una trabajadora social, una fonoaudióloga (estas dos últimas sólo atienden sólo dos días a la semana) y seis agentes sanitarios.

Otro de los hospitales que cumplen función de APS de la zona oeste de este Departamento Pueyrredón, ubicado cerca del CAPS identificado anteriormente, posee los siguientes profesionales para APS: tres psicólogas (de ellas con dedicación parcial a ese centro, de modo que atiende sólo tres días a la semana), dos nutricionistas, una fonoaudióloga, tres odontólogas, siete agentes sanitarios, un trabajador social, una ginecóloga, nueve médicos, cuatro enfermeros. También están presentes tres farmacéuticos, siete bioquímicos, cinco radiólogos, y catorce administrativos y personal de limpieza. Están a cargo de una población estimada en más de 5.000 habitantes. Sin embargo, ocurre en este hospital que muchas personas de otras zonas aledañas y no aledañas también acuden allí por su mayor capacidad de atención.

Los Hospitales de día y Centros de Salud de la periferia de Villa Mercedes seleccionados para la investigación pertenecen al Departamento de Pedernera, el cual posee una población de 125.899 habitantes. Los Hospitales seleccionados, si bien se encuentran en las periferias de Villa Mercedes, segunda ciudad más importante de la provincia, brindan la atención a un conglomerado barrial, de tipo urbano y urbano-marginal. O sea, cierta población de estas zonas que asisten a estos hospitales es marginal, vulnerable y con escasos recursos materiales y simbólicos, la mayoría con trabajo informal o sin trabajo, como así también con trabajo estable o inestable. Una primera distinción debe hacerse en cuanto a las estadísticas hospitalarias.

El hospital de día de la zona sur de Villa Mercedes cuenta con 43 profesionales de la salud con una cobertura de 10.000 habitantes más la zona rural que se extiende hacia más al sur de este barrio. La población es de clase media y clase media baja. Los profesionales abocados en APS son un asistente social, ocho agentes sanitarios, una obstetra, una nutricionista, una fonoaudióloga, siete médicos generalistas, dos odontólogos y una psicóloga (contratada por el Programa Médicos Comunitarios). También posee este hospital seis radiólogos, ocho enfermeros, y seis bioquímicos.

El Centro de Salud de la zona oeste cuenta con cuatro médicos generalistas, una médica clínica, una médica pediatra, dos psicólogos, dos trabajadoras sociales, dos obstetras, un kinesiólogo, un fonoaudiólogo, un nutricionista, siete bioquímicos, dos farmacéuticos, diez enfermeros, cuatro odontólogos, seis radiólogos, y diez agentes sanitarios. Atiende a una población estimada también en 10.000 habitantes aproximadamente.

El otro hospital seleccionado se encuentra ubicado en la zona noreste de la Villa Mercedes. Posee un equipo en APS compuesto por cuatro médicos generalistas, una médica pediatra, dos psicólogas, una trabajadora social, una obstetra, un fisioterapeuta, una fonoaudióloga, un nutricionista. Estos atienden a una población de 2.000 habitantes aproximadamente, que cuentan con escasos recursos materiales, viviendas sociales básicas y algunas familias en casa construida con ampliación precaria, con servicios municipales básicos. Es una población que se mantiene con trabajos informales, generalmente inestables, con desempleo alto.

El Hospital de Justo Daract ubicado en la zona este de la provincia a casi 40 km. de Villa Mercedes, pertenece al Segundo Nivel de Atención a la Salud, recibió un total de 42.711 consultas médicas durante el 2014. Los profesionales destinados a APS son un nutricionista, una psicóloga, un agente sanitario, un trabajador social, un fonoaudiólogo, dos kinesiólogos, dos odontólogos, cinco radiólogos, cinco médicos generalistas y ocho enfermeros. Atienden a la población total de la localidad la cual se estima entre 12.000 y 14.000 habitantes.

El Hospital de Merlo tuvo 47.283 consultas médicas durante el 2014. Es un Hospital General que posee especialidades técnicas y disciplinas múltiples, por lo cual se considera de segundo nivel de atención. Se estima que los otros Centros de Salud ubicados en Carpintería, Los Moldes, Lafinur y El Talita, todas estas localidades cercanas a la Villa de Merlo, recibieron 23.074 consultas médicas en ese mismo año. Hay que destacar que la población de la localidad de Merlo ha crecido exponencialmente, superando actualmente los 20.000 habitantes. Se considera que es la localidad que más creció en el país poblacionalmente estos últimos 10 años. Estas localidades pertenecen al Departamento de Junín, el cual posee una población total de 28.933 habitantes.

Hacia el sur de la localidad de Merlo se extiende la Ruta Provincial N° 1 en la cual se encuentran las localidades de Villa Larca, Cortaderas, Papagayos, Carpintería, Los Molles. El hospital de Carpintería y Los Molles pertenece al Departamento Junín, pero comparte el equipo de profesionales de APS, exceptuando a los administrativos, con los hospitales de las localidades de Cortaderas, Villa Larca y Papagayos. Estas tres últimas localidades pertenecen al Departamento de Chacabuco, que posee una población de 20.744 habitantes y cada una de ellas posee una población un poco menor a 4.000 habitantes. El equipo de profesionales en APS atiende en todas estas localidades y forma parte de lo que se denomina Equipo Itinerante de la Ruta N° 1. Esa ruta, se tiende en sentido norte sur, desde Los Molles a Villa del Carmen, y atraviesa las localidades nombradas, que se ubican al pie oeste de la Sierra de Comechingones. La forma de trabajo del equipo itinerante es que cada profesional disciplinar cumple su tarea una vez por día

en cada localidad. Es decir, cada profesional se desplaza a cada centro de salud según el día correspondiente y coordinado con el equipo, lo que provoca que nunca se encuentren todos los profesionales en un mismo centro y día. Los profesionales que actualmente conforman el equipo itinerante son un médico pediatra, un kinesiólogo, un odontólogo, un obstetra, y un psicólogo.

El Hospital de Naschel está ubicado en el Valle del Conlara, centro de la provincia y al oeste de la Ruta N°1. Posee una población de 3.500 habitantes y están a cargo de APS un pediatra, una kinesióloga, una psicóloga, una trabajadora social, una nutricionista, una obstetra, una enfermera y una odontóloga. Este equipo tiene a cargo una población de 4.000 habitantes aproximadamente.

Durante el año 2014 el Hospital de Candelaria recibió 13.019 consultas médicas, el Hospital de Luján 16.48 consultas médicas y el Hospital de Quines unas 28.592 consultas médicas. Estas tres localidades, cada una de las cuales posee una población aproximada de 5.000 habitantes, pertenecen al Departamento Ayacucho el cual posee una población de 19.087 habitantes. El Hospital de Quines posee dos psicólogas, un asistente social, una fonoaudióloga, dos odontólogas, dos obstetras, un nutricionista, dos agentes sanitarios, un trabajador social que cumplen las funciones de APS. Y también posee dos kinesiólogas, dos médicos pediatras, un traumatólogo, un ginecólogo, una médica diabetóloga, dos farmacéuticas, dos bioquímicas y un técnico químico, cuatro radiólogos y un médico dermatólogo, que pueden o no coordinar con los profesionales de APS.

El Centro de Salud de Buena Esperanza pertenece al Departamento Gobernador Dupuy el cual posee una población de 11.779 habitantes. Recibieron una demanda de consultas médicas de 15.526. Específicamente, la localidad de Buena Esperanza posee aproximadamente unos 3.000 habitantes según el censo 2010. El equipo de APS está constituido por una bioquímica, un nutricionista, dos odontólogos, dos obstetras y un trabajador social. Este hospital es cabecera del departamento, es decir, tienen a cargo las poblaciones de las localidades aledañas que tienen muchos menos habitantes. Generalmente, estas localidades más pequeñas tienen Centros de Referencia

conformados por un enfermero y un chofer de ambulancia, tal es el caso de la localidad El Fortín.

El equipo de CAPS que trabaja en zona rural que ocupa desde Balde hasta Desaguadero, atiende a parajes y otras localidades como Alto Pencoso, tiene a cargo una población de 3.000 habitantes generalmente de bajos recursos, con vivienda social mínima o precaria. El equipo está constituido por una fonoaudióloga, una odontóloga, un nutricionista, un obstetra, una psicóloga, un médico generalista, más un equipo de enfermería con su correspondiente ambulancia.

Valoraciones sobre la suficiencia de profesionales

Desde el punto de vista descriptivo y cuantitativo es necesario conocer estos datos ya que complementará con la interpretación de las entrevistas, por ejemplo, cuando se caracterice de “exceso de demanda” al nivel de atención por lxs profesionales (por adelantar una respuesta repetida). Tener en cuenta este bosquejo descriptivo y cuantitativo (poblacional y hospitalario) permitirá evaluar la suficiencia de los recursos, si están ubicados estratégicamente, si fomentan el trabajo interdisciplinario y cómo juegan en la dinámica cotidiana, cuando en el próximo capítulo se profundice en la situación de cada centro. Aun así es necesario caracterizar sintéticamente la situación a nivel provincia.

A primera vista como caracterización general los equipos para APS están constituidos de manera completa, al menos en sus recursos humanos y materiales, respetando el marco legal provincial y/o sugerido por la OPS. En cuanto a la relación recursos humanos-población se aprecia una falta de recursos humanos ya que en el cumplimiento de funciones de lxs profesionales en APS se amplía la cantidad de tareas y de personas que atienden más allá de lo que se solicita como forma y objetivos de trabajo en APS. En algunos centros, esta disponibilidad de profesionales es mayor, en otros, menor; sin embargo, hay casos en que no se cumple esta cobertura profesional si se tiene en cuenta la cantidad de población que el hospital o centro y sus profesionales tienen a cargo. Como ejemplo, puede recordarse la presencia de una sola psicóloga en una zona marginal con extensa población

a la cual atender, en contraposición a la presencia de tres profesionales de la psicología en otros centros de salud que atienden a una misma cantidad de población que posee una mejor cantidad de recursos materiales, económicos, sociales y ambientales.

La distribución geográfica tanto de los recursos humanos como de los materiales puede ser considerada como adecuada, pero es más pertinente esperar a conocer al interior de cada localidad y su hospital o centro de salud, sus condiciones materiales de vida y tipo y cantidad de demandas y/o problemáticas que presentan como para poder generalizar alguna valoración. Además, es relevante no entender esta situación como una contradicción o falencia de la política administrativa de recursos humanos. La actual distribución de recursos profesionales parecería atender a un recuento poblacional: se dispone de cantidad y tipo de profesionales según cantidad y densidad demográfica en una zona. Sin embargo, ese dato no es suficiente para caracterizar a la distribución como epidemiológicamente estratégica, puesto que no se acompaña de un análisis de la ocurrencia conjunta de características poblacionales, problemáticas y otros datos.

Cuando se abordan las estadísticas hospitalarias se observa que no existe una epidemiología del ámbito público en salud mental en la que se considere o releve el aspecto o determinante social del problema o problemática. Tampoco existen referencias estadísticas sobre problemáticas que bien pueden registrarse como problemáticas orgánicas por sus efectos (adicciones, traumatismos por violencias o accidentes) pero en las que el síntoma presente, predominante, constante o más agudo y emergente es de orden psicológico y social, por ejemplo.

El paradigma médico impregna con tal intensidad la estructura, el modo de funcionamiento y la información que se produce en el ámbito público de la salud, que otorga importancia al registro numérico de las personas que se atienden, tratan y egresan de acuerdo a alguna enfermedad orgánica, necesidad de control biológico (cuestiones reflejadas en las estadísticas) o por necesidad de asistencia psicológica, social y material (que no están en las estadísticas). Esto no sólo sirve para establecer y planificar una distribución de recursos materiales y humanos según la época y poder planificar el costo

económico, sino que también es una forma de control del cumplimiento de tareas del profesional que trabaja ya que las planillas de los registros se presentan según cada profesional y no según el hospital o el área disciplinar de trabajo.

Pero este rudimento de epidemiología, que se presenta en la bioestadística actual, no identifica en su registro cuanti y cualitativo las posibles y diferentes tipos de causas que existen en cada una de las demandas o problemas que se presentan. Es decir, en cada una de las problemáticas y también enfermedades actuales de la población que se presentan en el hospital no se distinguen las causas y determinantes psicosociales, ambientales, culturales y económicos. Por lo tanto, el registro estadístico reproduce una lógica o tecnicismo que sólo atiende lo que supuestamente está orgánicamente enfermo o desviado de su normal o esperable funcionamiento, por un lado, y desconoce o ignora los determinantes sociales como nódulos con los cuales la salud pública debe trabajar para abordar, por otro.

No se busca analizar las razones por lo cual sucede esto. Tampoco se busca mostrar las estadísticas epidemiológicas específicas identificadas por el Programa de Epidemiología y Bioestadísticas del Ministerio de Salud de San Luis y analizar su falencia respecto de las consideraciones de los factores causales. Es decir, no se pretende simplemente describir las categorías que el sistema de registro oficial utiliza y analizarlas según sus falencias. Se busca, en cambio, deducir las categorías ausentes en los registros, a partir de aquello que, sin embargo, los profesionales de la salud saben que existe y con lo que se topan cotidianamente en sus actividades.

Las problemáticas en salud según los profesionales

Se realizó una investigación basada en entrevistas a profesionales de la salud, seleccionados en función de su pertenencia a determinados hospitales y CAPS. Las unidades de análisis fueron 11 centros de salud distribuidos por el interior de la provincia, en las localidades pequeñas, y 4

centros más distribuidos en las periferias de las dos ciudades más importantes, San Luis y Villa Mercedes.

Las zonas de Referencia en las que trabajan fueron: noroeste (Quines, Luján, Candelaria) y noreste de la provincia (Merlo, Cortaderas, Papagayo, Villa Larca); sur (Buena Esperanza y El Fortín); centro-este (Justo Daract); zona del Valle de Conlara (Naschel); zona centro (tres hospitales ubicados en la periferia del Departamento Pueyrredón; zona centro oeste (tres hospitales en la periferia de Villa Mercedes). Distributivamente se entrevistaron entre cuatro y ocho profesionales por zona referenciada.

Las entrevistas se realizaron con un guion de ejes temáticos determinado por el marco legal-conceptual y los objetivos de la investigación, y duraron en general entre una y media y dos horas. Los encuentros se mantuvieron en los ámbitos de trabajo y se tomó registro manualmente en el acto en papel, completando la misma una vez terminada la entrevista. La información proveniente de las entrevistas se complementó con observaciones de la infraestructura, espacios físicos, estado de mantenimiento y otras características de cada centro. Con algún profesional surgió la necesidad de realizar una segunda entrevista a los fines de profundizar en ciertos temas o contenidos.

Al interior de cada centro, la población incluyó a los principales actores efectores de APS. Las dimensiones conceptuales y empíricas que fueron elegidas están en relación directa con los postulados, principios, funciones y objetivos de la APS. Estos son: problemas de la población local o regional; sentido y significación de la población sobre sus problemas; tareas de prevención y promoción, tratamientos y rehabilitación, y de seguimiento; abordaje interdisciplinar, familiar y/o comunitario; integración con redes e instituciones externas; participación comunitaria.

Los profesionales de la salud entrevistados en APS fueron 42 en total: 17 psicólogos/os, 6 trabajadoras sociales, 8 médicos (2 psiquiatras, 1 pediatra, 5 clínicos generalistas), 5 agentes sanitarios, 2 nutricionistas, 2 enfermeras, 1 odontóloga, 1 fonoaudióloga.

En este capítulo se desarrollan los contenidos referidos a las dos primeras dimensiones señaladas, es decir, problemas de la población local o regional; sentido y significación de la población sobre sus problemas. De tal modo, el contenido vertido se refiere a las respuestas a las preguntas relacionadas con:

- Problemáticas que más comúnmente se reciben, son atendidas, tratadas y/o se les efectúa seguimiento.
- Población que habitualmente se recibe y/o demanda más atención, según edad, género y condición social.
- Problemáticas según gravedad, agudeza o urgencia.
- Sufrimientos de las personas. Causas atribuidas al sufrimiento.
- Caracterización de los procesos de admisión, planteo de tratamiento, características de intervención, articulaciones interdisciplinarias e interinstitucionales.

Estos ejes de indagación hacen referencia a la categoría seleccionada de: Derechos de las personas en relación con el servicio de atención, Asistencia Integral (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación), Densidad poblacional y condiciones epidemiológicas, Derivación de pacientes. Accesibilidad, Cobertura Universal en función de las necesidades de la población (se indagó a través de pesquisar si los profesionales llevan registro de las personas o grupos familiares recibidos, admitidos y/o tratados).

Comenzaremos por volcar las respuestas de manera ordenada, comenzando por las distintas disciplinas profesionales: primero las respuestas de los agentes sanitarios, luego de los trabajadores sociales, médicos y psicólogos. Al interior de este orden, se describirán las problemáticas de salud que reciben, cuáles son las más comunes, su cantidad y cualidades (por ejemplo, la urgencia o la complejidad), cómo las nombran o clasifican y cómo las personas que asisten nombran sus problemas, consideran su existencia y registran los sentimientos que traen aparejados los problemas de salud.

El orden establecido intenta reflejar la variedad de criterios para definir las problemáticas que se debe, por un lado, a que las disciplinas de los profesionales son epistemológicamente diferentes, es decir, se enfocan sobre metodologías de identificación de variables y factores causales de las

problemáticas o enfermedades que les son útiles según sus funciones en el sistema de salud. Por otro, la formación que recibe cada profesional no contempla un mínimo conocimiento sobre capacidades y competencias de las demás disciplinas. Ergo, las funciones, modos de trabajar y objetivos que deben cumplir los diversos profesionales, son, desde su formación, epistemológicamente diferentes aun cuando todos tengan por objetivo común la APS.

Respecto de los diagnósticos de los profesionales, resultan específicas y similares las referencias y descripciones de las problemáticas de las poblaciones que indican los agentes sanitarios, enfermeros, nutricionistas, odontólogos y médicos. Esto se debe a que sus disciplinas sientan sus bases conceptuales en epistemologías propias del cientificismo positivista. Hay más consenso entre pares de estas disciplinas sobre cómo describir una o varias problemáticas, cómo identificar sus causas y cómo abordarlas. En cambio, en el campo de la psicología y el trabajo social, las construcciones conceptuales se asientan sobre epistemologías científicas de las ciencias sociales. En éstas, las formas de construcción de conocimiento y de significación de los problemas a resolver, varían tanto en sustentos teóricos, como en formas de aplicación.

Más adelante se explicará también sobre la consideración acerca de la variedad con que son enumeradas, denominadas y descriptas las problemáticas. Las atribuciones que los profesionales hacen sobre causas por las cuales aparecen las problemáticas, determinan tanto la denominación, como significación de los síntomas, la gravedad de y los asuntos por atender, el orden de las prioridades para intervenir y trabajar interdisciplinaria.

Se describirán como primera aproximación, cuáles son según cada disciplina profesional, las problemáticas más comunes, las más graves y urgentes, la población afectada o involucrada, los factores asociados a éstas según juicio de cada profesión, y los sufrimientos que las personas cuentan a cada profesional. En estas consideraciones, se contemplan también los obstáculos o dificultades que provocan la continuidad del sufrimiento o la aparición de problemáticas más severas o graves. Luego, en un segundo paso,

se describirán las consideraciones de los profesionales de las causas determinantes de estos problemas.

Se revela a continuación la información que los profesionales identifican a lo que se les presenta como problemas. Sobre este aspecto, la variación es amplia y la información recolectada a través de las entrevistas no responde a categorías específicas o dimensiones fácilmente distinguibles. Además, no está reflejada en las planillas oficiales de control y atención de pacientes que deben llenarse y presentarse diaria o y/o semanalmente.

Esto es comenzar a delimitar las problemáticas en términos de salud y enfermedad en una población en base a la definición misma de la epidemiología: identificación de causas y determinantes que subyacen a los problemas poblacionales de la salud-enfermedad que se les presentan a los agentes de salud en sus centros de atención. Los conceptos de factores de riesgo y marcadores de riesgo, que están presentes en sus discursos, dan una orientación teórica sobre cómo identificar los problemas en la salud social que atañen al sistema de salud, sean de orden orgánico o no, sea tratada con medicamentos u otros recursos materiales o no, y que impliquen o no la intervención directa y concreta de más de dos profesionales al problema.

Tres categorías principales permiten organizar esta información: problemáticas comunes en función de su frecuencia y habitualidad; consideraciones sobre la urgencia o gravedad, y tipificación de las demandas según la sintomatología expuesta por usuarios. La primera remite a la variedad y continuidad de situaciones: problemáticas más comunes. La segunda está definida por una serie de circunstancias de intensidad considerable, ya sea por el sufrimiento físico o psíquico. Finalmente, el conjunto de padecimientos, malestares, lesiones orgánicas, posibles riesgos físicos o riesgos psicológicos o comportamentales que cada persona o integrantes de familias presentan ante el agente de salud. El modo en que se presenta este conjunto de demanda o de sintomatología, hace que se lo denomine muchas veces como un *combo sintomatológico*. Sobre la categoría el sufrimiento, se refiere a las referencias de los profesionales de la salud que hacen sobre los sentimientos, emociones, pensamientos que los pacientes dicen o ellos deducen.

Agentes sanitarixs (AS)

Consideran como problemática muy común, referida a las condiciones materiales de vivienda en muchas familias, el problema de inundación. Varias localidades sufren esto ya sea por problemas climáticos extremos como lluvias intensas, o también por actividades productivas de la zona en la geografía local y regional. Un ejemplo de esto, es la aparición del conocido *Río Nuevo* en el Departamento Pedernera, que trajo aparejado una elevación de las napas que impide la filtración de las aguas cloacales de determinados barrios lo cual produce que emerjan estos desechos a la superficie. Estas son causas de enfermedades o de re-emergencia niñas y niños de síntomas asociados a problemas supuestamente superados; a lo que se suma la interferencia que se produce en la continuidad escolar. Otras situaciones descritas por las AS son las distancias en las que se encuentran las familias del área rural, que provocan que se acerquen al hospital por demanda cuando el problema ya es una emergencia o urgencia.

Existe un conglomerado de familias a lo largo de toda la provincia que lxs agentes sanitarixs consideran que poseen casas precarias. Ya sea por la cantidad de personas que viven juntas (hacinamiento), por los materiales con que construyen nuevos ambientes en un mismo terreno (nylon, palets, chapas, ambientes cerrados sin ventilación), por la situación del baño que muchas veces es compartido entre varias familias, por las trayectorias y vínculos entre los integrantes que hacen que una familia se describa como *ensamblada* (madre o padre, o abuelos con hijos, parejas y nietos de otros hijos; madres solteras con sus hijos y nueva pareja; parientes que migran por trabajo y se instalan transitoriamente con el núcleo familiar principal del hogar, etc.).

La irregularidad en vacunaciones, la falta de controles sanitarios tanto en infantes como en adultos, la no escolarización o deserción escolar de las niñas y niños, son temas que les preocupan a lxs agentes sanitarios. Muchas veces la falta de interés, el desaire y el rechazo explícito por parte de familias hacia el trabajo de los AS, repercute de alguna manera en dificultades que tienen algunos para la recolección fiel de datos. Esto no impide que las

campañas de vacunación se lleven a cabo y que los controles a niños se realicen de manera efectiva.

Lxs AS registran una buena cantidad de hipertensión, diabetes y obesidad en la población que se acompaña, con una baja en la edad promedio en que aparecen estas problemáticas. Afirman que hace años atrás estos problemas aparecían en edades cercanas a los 50 años, y hoy en día aparecen a partir de los 30 años. Lxs AS narran que la hipertensión, la diabetes y la celiaquía (esta última en menor medida) son problemáticas muy frecuentes en la población que asiste al sistema público de salud. También hay casos de artritis y artrosis. Problemáticas como el cáncer y HIV también están presentes, pero en mucho menor medida y se pueden considerar como casos puntuales.

Un dato notorio es que la gran mayoría de los agentes sanitarios afirma que no existe un índice llamativo de desnutrición, entendida como ausencia total o casi total de alimentación. Desnutrición hay, pero sólo casos aislados. Un sólo agente sanitario entrevistado en una localidad pequeña, afirmó la presencia de desnutrición con bajo peso. Hay profesionales que afirman que en la zona oeste del departamento Pueyrredón se encuentra un alto índice de desnutrición con bajo peso en comparación con otras zonas urbanas y rurales. Sí, en cambio, la mayoría de agentes sanitarios afirma que hay una gran cantidad de obesidad tanto en infantes como en adolescentes y adultos. Nutritivamente hablando, esta problemática puede considerarse como índice de desnutrición. Proporcionalmente, en la zona rural estos casos son mayores. Esto se debe, según las agentes, a que la alimentación está basada excesivamente en harinas con grasa, grasas saturadas, hidratos de carbono, carne con grasa, azúcares y aguas o gaseosas saborizadas. Describen que la ingesta de frutas, verduras, pescado, fibras, legumbres y derivados de lácteos no son tenidos en cuenta en las dietas cotidianas. Esto puede considerarse, según algunas AS, como consecuencia de una falta de educación en conductas alimenticias y conocimientos sobre los efectos de una alimentación pobre, y no de los bajos ingresos. El sedentarismo como hábito se suma como una variable causal a esta problemática, o más específicamente hablando como factor de riesgo. Ahora bien, dicen lxs AS, este

comportamiento tiene también su causa que está referida a la ausencia de ofertas de actividades sociales, sean institucionales o no, y a una falta de conocimientos necesarios. Y en menor medida a un escaso recurso económico.

En esta línea de problemáticas, según los AS existe mucha reticencia por parte de las personas de algunos barrios con bajos recursos a recibir consejos sobre qué hacer y cómo hacer, o resistencia al cambio de conductas justificándose en la escasez de recursos económicos como para alimentarse mejor o realizar actividades. Las personas creen que alimentarse mejor es más caro que alimentarse como lo hacen. Se suma a esta problemática la presencia de las enfermedades no transmisibles (ENT), que las personas que las padecen no hipotetizan que estas problemáticas son debido a problemas emocionales o por conflictos familiares que los estresan, y no estas situaciones de enfermedad con su tipo de alimentación. Es decir, la población no establece la relación existente entre una alimentación pobre basada solamente en hidratos de carbono y grasas, con los estilos de vida y los tipos de vínculos familiares y los problemas de hipertensión, diabetes y obesidad.

Cuando esta información, tanto la epidemiológica como el tipo de conocimientos que la población elabora sobre sus problemas, es desconocida o no tenida en cuenta por los profesionales de la salud, las posibles incidencias del trabajo social, nutrición y psicología abocada para prevenir las enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, la celiaquía, es nula.

En temas referidos a conductas psicosociales específicamente hablando, el ocio, el consumo de alcohol y sustancias nocivas, son consecuencia constante en los púberes y adolescentes. Es un gran número de adolescentes y adultos que consumen varias sustancias a la vez (policonsumo), ya sea por consumo de estupefacientes farmacológicos mezclados con alcohol ("jarra loca") o marihuana con residuos de la cocaína conjuntamente con alcohol, o pegamentos. También afirman que en la zona rural y también en ciudades, los varones adultos son quienes más sufren de alcoholismo. La soledad, el aislamiento, el retraimiento, la vergüenza, la culpa, son

sentimientos que acompañan a estos hombres solitarios y escondidos, que sólo cuando se asustan por una emergencia física aparecen en el hospital.

Las causas del policonsumo en los jóvenes pueden encontrarse, según lxs AS, en la ausencia de límites y de atención afectiva por parte de los padres, madres, abuelos o tutores, las condiciones de trabajo (trabajos en negro o inestables), las nuevas configuraciones familiares (familias desarmadas, ensambladas). Lxs AS afirman que estas son causas que de acuerdo a cómo estén dinamizadas, pueden llevar cierto abandono parental o quien limite la organización de la vida de los niños entendidos estos límites como organizadores de la vida cultural (hay momentos para dormir, para jugar, para comer, para comunicarse, etc.) y como demostración de amor a través del cuidado y la atención. Pero, a su vez, esta ausencia de posibilidad de poner límites desde las madres y los padres tiene su causa en el estilo de vida, formas de vínculos familiares y sociales, y respuestas institucionales que han tenido.

A estas causas, a estos factores de riesgo, hay que sumarles, o también considerarlas como problemáticas psicosociales propiamente dichas y que ameritan atención en APS, las relaciones violentas que existen al interior de las familias. Las AS las describen como maltrato, violencia familiar, violencia de género, abuso sexual, adulterio por parte de padres y padrastros, y también familias en conflictos. Pero también identifican que existen zonas barriales en las que la violencia familiar es muy marcada y general, otras en las que los conflictos tanto en la familia como en el barrio son más inconstantes o intermitentes.

Cuando se indagó acerca de los sentimientos que las personas involucran en la narrativa sobre sus problemas, lxs AS respondieron que una constante en estas personas es el problema económico y las preocupaciones con no contar con dinero suficiente para los hábitos de vida alimenticia y de conductas saludables. Las personas remarcan la necesidad emergente, lo inmediato. Afirman que las personas portan una cantidad considerable de angustia por los problemas familiares de adicción de algún integrante, por el maltrato constante que existe horizontal y verticalmente, y por dolencias físicas. Respecto de esto último dicen que las personas viven el malestar, pero

no registran que el sufrimiento está referido a cuestiones sociales y vinculares que los afectan emocionalmente. Por ejemplo, para las personas la hipertensión es algo que hay que solucionar vía médica o mágicamente con un medicamento, pero que aplaque el dolor o malestar rápidamente. En relación con el malestar referido al no poder establecer límites con sus hijos, muchas mujeres madres lo viven con un sentimiento de culpa debido a que consideran la tarea de crianza de niños y niñas como un trabajo y obligación impuesta y no como elección de vida. Poseen un descuido de sí mismas aprehendido, como así también un sentimiento de baja autoestima. Esto provoca que en general se acerquen al hospital o consulta por derivación, generalmente de médicos, y durante la atención se vislumbra la necesidad imperiosa de ser escuchadas, atendidas, cuidadas. Los llantos forman parte del desahogo y no del registro de sus dolencias. Por ejemplo, las AS cuentan que muchas mujeres sufren por ser estigmatizadas por recibir la AUH.

Lxs trabajadorxs sociales (TS)

Tienen como función y por objetivos como profesionales de la salud trabajar las relaciones sociales, los vínculos familiares, ya sean horizontales y verticales. Se enfocan en estas relaciones, pero no hacia el interior de las personas, es decir, cómo vivencian estas relaciones cada integrante, sino más bien cómo se reparten las tareas de cuidado, de alimentación, de control de salud, acompañamiento escolar, quién manda y organiza la vida familiar, quién es permisivo y quién es el soporte económico. Lxs TS también son quienes portan las herramientas técnicas de registro para que las personas puedan acceder a derechos como pasajes para transportes, prótesis, leche materna, tratamientos, becas, ayudas e incluso tramitación de DNI. Es decir, son mediadores entre las necesidades poblacionales, el Estado y los recursos disponibles. Tienden a la protección de la vulnerabilidad, y acompañan en procesos judiciales ya que son quienes detallan las cuestiones sociales en informes requeridos. En esta línea, el trabajo mancomunado con lxs agentes sanitarios se percibe claramente para el logro de estos objetivos.

Confirman lo dicho por lxs agentes sanitarixs en cuanto que existe una presencia de las ENT de diabetes, celiaquía y cáncer. No nombraron la hipertensión como problema, quizás por no considerar esta problemática

como variable importante para la tarea de su función. Sí nombraron la presencia de HIV, que como sabido es infectocontagiosa.

También confirman que existe una falta de “control de salud en niños y niñas” (vacunas, odontología, fonoaudiología) que incluye el seguimiento de embarazos. Aducen que en varias zonas que cada vez son más jóvenes las mujeres que quedan embarazadas, oscilando entre los 14 y 18 años muchas de ellas. Relatan además que aparecen en el hospital con la emergencia y/o urgencia son mayormente mujeres y también con el problema ya instalado.

En relación con la población de mujeres jóvenes, lxs TS identifican como característica común que existe un retraso madurativo a nivel emocional y cognitivo. Además, afirman que las mujeres consultan por no saber qué hacer con sus hijos ni cómo articular la puesta de límites con la organización de la vida de sus en desarrollo saludable tanto lo referido a inculcar hábitos de higiene, el sostén emocional, el acompañamiento escolar y de tiempo de ocio. En el relato de las consultantes también está la descripción de la situación en soledad que vive cada mujer para esta tarea, o el abandono y/o desentendimiento por parte del otro progenitor para las mismas tareas. Las consecuencias de esto es un inevitable retraso neurocognitivo y emocional de los niños a cargo de estas mujeres, los problemas de aprendizaje y de conductas en las escuelas, desmotivación general. Consideran entonces lxs TS que los marcadores de riesgo habría que buscarlos tanto en las historias de vida de las familias como las situaciones socioeconómicas actuales de las mismas.

Siguiendo la línea del interés mayoritario de las trabajadoras sociales, todas lxs trabajadorxs señalan la alta presencia, en la población que demanda atención en los servicios de salud, de violencia familiar, violencia de género, maltratos en la pareja e infantil, conflictos de pareja, violencias en escuelas, abuso sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de progenitores y/o padrastros. Afirman que no son pocos los casos en que hay conocimiento de las madres de estos abusos y que existe complicidad, silencio y no denuncia policial, familiar o pública por parte de las madres. Esta complicidad ocurre, según reflexionan lxs TS por miedo, por falta de seguridad, por la introyección fuerte del modelo de una figura autoritaria que impone el adaptarse a la vida

cuando ésta se presenta violenta o abandonónica, obliga al silencio para evitar represalias, y devuelve obediencia hacia el hombre cercano sin importar lo que éste haga. En la zona rural, perciben lxs TS que esta problemática de abuso sexual infantil está mucho más presente, y hay casos de estupro que luego desembocan en casos de promiscuidad severa, psicosis e intentos de suicidio por parte de quienes sufrieron estos abusos, en sus adolescencias o ya en la adultez, o de quienes presenciaron escena alguna. Las autoagresiones, tanto en la población infantil como en las mujeres madres solteras, es una consecuencia constante que llama la atención en estos profesionales. Sospechan que las causas pueden ser varias, pero ninguna en particular que puedan generalizarse.

Lxs TS afirman que las problemáticas de las adicciones están muy presentes tanto en la población adolescente como adulta, pero que son los hombres mayoritariamente quienes sufren de esta problemática. Y en general aparecen éstos en el hospital cuando están cuerdos (sin intoxicación), o cuando la situación familiar es muy grave y entonces se presentan con la familia. También describen lxs TS situaciones de abandono y maltrato hacia adultos mayores y ancianos.

Los sentimientos que estxs trabajadores identifican como predominantes en las mujeres son la falta de cariño, falta de amor, la soledad, el abandono, la falta de confianza en sí mismas, falta de encuentro con una guía que cuide, las angustias por la situación familiar. También describen que existe mucho enojo relacionado tanto al hostigamiento y al maltrato como a la sensación de abandono. Los desencuentros con ellas mismas y con lo que la cultura propone para la mujer y madre, los roles esperados no cumplidos, las traiciones familiares, son causa de estos sentimientos de enojo. Los silencios que se hacen cotidianos por las violencias ejercidas, por los casos de abusos sexuales en sus infancias o en la de sus hijos, por los abandonos y la soledad, provocan una necesidad de hablar y llorar con otro quien simplemente las escuche. “Hay silencios que gritan”, según palabras de varias trabajadoras sociales que describen cuando las personas necesitadas se presentan y sólo pueden narrar apenas mínimamente de lo que les sucede.

Los hombres, adolescentes y adultos, no están exentos de estos sentimientos de soledad, abandono, violentados, falta de cuidados y de cariños. Pero las angustias referidas a la salud y desarrollo de sus hijos no están presentes en las preocupaciones de ellos, según afirman las TS. Éstas se refieren a este fenómeno producto de la sociedad patriarcal en la que vivimos. El consumo de alcohol, por ejemplo, es lo que está muy presente en los varones y además es aceptado socialmente, tanto en adultos como en adolescentes. Además de esto, en la zona rural los hombres sufren el desarraigo, el frío, la soledad, la lejanía de sus familias.

Las causas que identifican estos profesionales es la falta de recursos económicos. La falta de educación, de trabajo y de vivienda, el hacinamiento o la estructura familiar de familias ensambladas, en conjunto con una cultura del incesto y la endogamia, se traduce en un retraso madurativo en mujeres, hombres y niños, y también en una ausencia de recursos materiales, simbólicos y emocionales.

Con estas consideraciones se busca comprender bien el punto de vista que poseen lxs TS sobre el embarazo adolescente o sobre sus vínculos sexuales: estas “conductas de riesgo” les otorgan un sentido de la vida a aquellas niñas y mujeres que en sus pasados y en sus presentes no tuvieron. Estas conductas y el estilo de vida de madre, promete una vida con sentido y significado, con proyección hacia un futuro y con obligaciones por cumplir, aun cuando éstas sean complejas o simples, agradables o costosas.

La falta de contención y acompañamiento en las chicas jóvenes embarazadas y adultas por parte de sus parejas, o padres mismos de estas mujeres, más la violencia como forma única conocida como vinculación familiar y social, determina un caldo de cultivo para que emerjan, temprano o tarde, las problemáticas de dolencias físicas y emocionales antes descriptas, sin registro cognitivo y/o emocional de las mismas. En las zonas de trabajo rural estos abandonos son vivenciados más intensamente.

El mandato patriarcal del hombre trabajador y la mujer ama de casa encargada del cuidado de niñas y niños es una causa de orden psicosocial que permite el mantenimiento de muchos estilos de vida tortuosos, según lxs TS. La ausencia de instancias inter-institucionales que articulen la vida social,

como clubes sociales con iglesias, escuelas con medios de comunicación y/o hospital, el municipio con intereses y necesidades de la población, son aspectos también causales en los sentimientos que se desembocan por la ausencia de proyecto de vida, o como vivencia de que la única vida posible es la del padecimiento físico sin registro de las implicancias que posee lo social y lo emocional sobre esto.

Lxs médicxs

Indican como problemáticas comunes el aumento de las enfermedades no transmisibles de diabetes, obesidad, celiaquía, hipertensión y problemas neurológicos. Respecto de la hipertensión, cálculos en la vesícula y arritmia cardíaca, un médico indicó que están apareciendo en varones a partir de los 20 años. Otro médico afirma que las epilepsias, los problemas de visión, el autismo y los problemas neurológicos en niños y niñas también están muy presentes en sus consultas. La higiene bucal es otro problema de orden orgánico que está presente, pero sólo un médico destacó esta problemática. Hay presencia de HIV, pero en mucho menor medida que esas otras problemáticas y son casos que no sostienen continuidad en el tratamiento a no ser que estén muy acompañados familiarmente.

Las problemáticas de violencia familiar, violencia de género, y de conductas afectan a todas las edades, pero casi siempre es la mujer quien padece el daño físico y psicológico de estos problemas y es quien se presenta a consulta según cuentan médicos y médicas. Existe también una violencia que se da entre pares jóvenes, ya sea entre mujeres u hombres.

El alcoholismo y las adicciones, si bien pueden afectar a los varones jóvenes y adultos, las médicas, las refieren como problemáticas de índole familiar, por ser todos los integrantes de una familia afectados directos e indirectos de las situaciones que generan los alcohólicos. También señalan la presencia de accidentes hogareños y de tránsito como problemáticos, y varixs son los que señalan la relación de éstos con intentos de suicidios.

Los abusos sexuales hacia menores (incestuosos o no), la violencia física sobre ellos, y las situaciones de crisis que estos vivencian, son vinculantes con la presencia de dolencias físicas en los niños y adolescentes. En este

sentido, lxs médicxs no dejan de vincular las dolencias físicas, distimias, ataques de pánico, autoflagelación en adolescentes (predominantemente en las niñas, adolescentes y también jóvenes adultas), trastornos de conversión, trastornos de ansiedad (*carga relevante de ansiedad según varixs médicxs*), anorexias, casos de psicosis con peligro de daño físico, los suicidios y los intentos de suicidios de muchas jóvenes y adultos mujeres u hombres, con estas situaciones de violencia familiar y/o abuso sexual por parte de quien o quienes están a cargo de los infantes en los hogares.

Afirman lxs médicxs que los problemas de aprendizaje y de conductas en la familia y en la escuela, el autismo, trastornos específicos de aprendizaje, son problemas psicosociales que están muy presentes en niños y niñas. No dejan de señalar que éstas también están presentes en sus madres. Esto pueden afirmarlo porque son las mujeres quienes se hacen cargo de la salud de sus hijas/os, por lo que estxs profesionales no tienen elementos como para describir la situación de los progenitores varones y/o parejas de esas mujeres. En general, afirman estxs profesionales que son las mujeres quienes consultan mucho más que los hombres. Ellas se hacen cargo de la salud de lxs hijxs, por ejemplo, demandando control de niñx sano, sea escolarizable o no. En cierto modo la parcialidad con que lxs médicxs conocen la problemática de su población se remiten al juego de la demanda poblacional -atada a la oferta de salud y a patrones socioculturales de comportamiento de género.

Las mujeres jóvenes y adultas entre 25 y 50 años se presentan como *hiper-consultantes* según algunas/os médicos/as, con demanda de urgencia, “exageración de los síntomas”, ya sea por depresiones, angustias difusas, o consultan por *no saber qué hacer con sus hijos*. Afirman los médicos que existen muchas dolencias físicas como diarreas, dolor en el pecho, la imposibilidad de dormir por cierto dolor físico inespecífico.

Las consultas por embarazo adolescente también son muy comunes. Las chicas jóvenes aparecen solas o acompañadas generalmente por la madre. Las consultas para informarse del aborto, o solicitudes de aborto son frecuentes, pero en menor medida y la población consultante son las mujeres adultas. La salud reproductiva es también motivo de consulta. Ahora bien, es

muy frecuente que asistan a consulta por este tema sólo si el médico se los indica, o algún otro profesional las deriva.

Como sentimientos predominantes lxs médicxs señalan que la tristeza es un denominador común en las familias (familia deprimida). La desesperanza, infelicidad, la soledad, los problemas de pareja, la baja autoestima, también son descriptos por la mayoría de los médicos.

El sufrimiento por lo inmediato, el *querer irse del pueblo*, el sentirse perdidas/os y desorientadas/os, la incapacidad para seguir pasos como procesos de recuperación, son también muy comunes.

En general, médicxs afirman que las y los consultantes no registran el malestar y que niegan el sufrimiento. No relacionan sus malestares, dolencias físicas y enfermedades no transmisibles con el estilo de vida que llevan tanto en conductas poco saludables de alimentación como de establecimiento de vínculos violentos o dañinos. Sin embargo, hay médicxs que afirman que las personas sí reconocen sus problemas, pero que no se atienden de manera continua y es por esto que aparecen con la demanda urgente a partir de excesiva dolencia física o el problema crónico, ya instalado.

Respecto de las causas de los malestares existe una diversidad de lecturas o interpretaciones por parte de los médicos/as entrevistados sobre los factores determinantes de las problemáticas. Por ejemplo, un médico establece que el sistema de producción y distribución de la riqueza que reproduce la apropiación de bienes y acumulación de la riqueza es factor de riesgo para la falta de trabajo, los bajos ingresos, las condiciones de vida y de viviendas inapropiadas y precarias, y la falta de educación. Éstas a su vez repercuten directamente sobre las problemáticas de índole físico y psicosocial. En este sentido, el hacinamiento, las familias ensambladas, la presencia de consumo del alcohol, la violencia familiar y la pérdida de empleo son consecuencias. Éstas operan como un caldo de cultivo para que las problemáticas de abuso sexual infantil, maltrato y violencia de género se instalen como problemáticas graves y comunes.

Con esta misma perspectiva de enfocarse sobre la estructura formal y legal de la distribución de la riqueza, este médico considera que el incesto,

la mujer que fue abusada, la impunidad del abusador, el machismo exacerbado, el vínculo familiar roto, los conflictos en las parejas, el alcoholismo transgeneracional, son consecuencias de esta estructura. A su vez éstas son causas señaladas para los problemas de suicidios, intentos de éstos, accidentes, autoflagelos, las dolencias físicas específicas con daño orgánico y las dolencias físicas difusas. Los cambios en la organización familiar, las familias ensambladas con continuo cambio de sus integrantes, la ausencia de afectos y de acompañamiento emocional, la falta de motivaciones culturales como el deporte y el entretenimiento, la labilidad de las relaciones vinculares y una desorganización de la vida cotidiana, se traducen también en dolencias físicas y psicosociales.

Ahora bien, la mayoría de lxs médicxs consideran que los factores de riesgo de las problemáticas que se presentan en los hospitales obedecen más a factores de orden psicosocial y económico y no a la estructura política económica, macro-estructuralmente hablando. Es decir, identifican como causas lo que otros médicos identifican como consecuencia primera de la estructura política-económica.

Es decir, la mayoría de médicos/as acepta que las causas de orden psicosocial que están de base a las problemáticas que aparecen en los hospitales, sean o no con el concomitante orgánico, transmisibles o no. La diferencia está en cómo establecen u organizan el orden de los factores causales.

Lxs psicólogxs

Muchas de las problemáticas que describen estxs profesionales en la población pueden ser consideradas como causas de otras problemáticas. Esto significa, en primer lugar, que si la problemática la trae al hospital una sola persona, como el auto flagelo o el intento de suicidio o adicción, consideran estas profesionales que no se trata de problemáticas ubicables en una dimensión individual, sino más bien familiar. En segundo lugar, hay problemáticas que las profesionales son conscientes que no se desprenden del orden psíquico propiamente dicho, como lo pueden ser las somatizaciones o las depresiones, y que tienen sus determinantes en las condiciones materiales

de vida o en las ausencias de instancias institucionales que sostengan o contengan estas problemáticas. Y en tercer lugar, hay problemáticas de orden orgánico que bien pueden ser consideradas y abordadas individualmente (ya sea en infantes o adultos), pero el padecimiento es de dimensión familiar por cómo sufren o viven los demás integrantes de la familia el problema, especialmente cuando el emergente orgánico se sitúa en infantes pero es producto y repercute en la organización de la vida familiar.

Lxs psicólogxs afirman que las problemáticas pueden ordenarse de acuerdo a sus manifestaciones narrativas o las de los síntomas. Pero, en primer lugar, afirman que existe una saturación de demandas a las que no es posible asignar un turno, atenderlas y brindarles seguimientos para la misma semana, por ejemplo, y hay casos que hasta el mes siguiente tienen la agenda completa.

Lxs profesionales de psicología identifican como problemáticas en general, muy comunes y graves la violencia de género, violencia familiar, conflictos de pareja, conflictos entre las madres y sus hijos o hijas, violencia escolar, problemas de conducta en casa y en la escuela, el maltrato, los abusos sexuales a infantes, niños/as y adolescentes, el autoflagelo, los trastornos de angustia y de ánimo.

También describiendo la situación de manera general, pero identificando las problemáticas con menor presencia, es decir, poco comunes, identifican como graves las situaciones de abuso infantil o no infantil al interior de la familia endogamia, intentos de suicidios y suicidios, los trastornos psicóticos, trastornos del espectro autista. Estas son problemáticas que también forman parte de lo que sucede al interior de las familias y que si bien aparecen en menor medida, la gravedad es alta.

Al interior de las familias y del hogar marcan como muy constantes los problemas económicos, el hacinamiento hogareño, la falta de trabajo formal o informal, la dificultad de la vida rural y las necesidades básicas insatisfechas. Confirman lo dicho por los agentes sanitarios y las trabajadoras sociales respecto a que la falta de vacunación y de control de niños sanos es una constante. Esta es una visión general de lo que observan sobre la vida familiar de quienes asisten a consultar.

Según afirman estxs profesionales de la salud, la falta de educación, el analfabetismo, la dificultad en organizar la vida cotidiana y para administrar los límites a los hijos, el abandono de madres y padres hacia los hijos, también son problemáticas muy comunes por las que demandan mayoritariamente las mujeres. A esto se refiere lo dicho anteriormente en cuanto a que se puede ordenar la demanda ya sea por la narrativa o bien por los síntomas.

Y, si bien aparecen en forma individual o específica en la demanda, se puede establecer la relación directa de estas demandas con otros problemas que afectan directamente a los niños y niñas. Por ejemplo, aparecen con una demanda específica (insomnio, dolores en el pecho o en el estómago, o problemas de pareja) y en la misma entrevista de admisión o en las primeras de atención, emergen otras demandas y problemáticas que afectan a los niños (problemas de aprendizaje o retraso cognitivo, o problemas de alimentación) o a la inversa.

Lxs psicólogxs afirman como problemática común que la obesidad en niños y niñas y en adultos es muy común, pero no así la anorexia y ni la bulimia en ninguno de esos grupos etarios. Las adicciones y el alcoholismo son una problemática constante, pero no así las enfermedades de transmisión sexual o la esquizofrenia.

Considerado así, lxs profesionales en psicología admiten que las personas o familias aparecen con *un combo* de padecimientos y problemáticas que, si bien un integrante es el que padece, los demás también son los afectados directamente incluso por las mismas causas que el primer detonante.

Detectan estxs profesionales como problemáticas muy comunes referidas a las y los jóvenes adolescentes aquellas generadas en las escuelas: además de la presencia de la violencia entre pares (bullying) y los problemas de conductas, es muy marcada la presencia de problemas de aprendizajes, trastornos de aprendizajes, retraso madurativo, repitencia escolar, desinterés y desmotivación infantil para la escuela, hiperactividad. La población afectada es claramente la infantil, pero quienes sufren directamente estas cuestiones son más las madres que los padres y por supuesto, también los docentes

involucrados. Son éstos quienes acuden en búsqueda de ayuda, o siguiendo derivaciones.

Las niñas y niños también padecen problemáticas como la obesidad, la celiaquía, diabetes, enuresis, encopresis y somatizaciones físicas.

La población de mujeres, considerando el contexto de vida familiar antes descrito, se presenta con un alto índice de víctimas de violencia física y psíquica que instala la presencia de síntomas físicos primero y psíquicos después. Las psicólogas/os afirman que las mujeres demandan por trastornos de ansiedad, crisis de angustia, depresiones, deseos de muerte, brotes psicóticos, y somatizaciones en mayor medida. Hay muchas mujeres separadas que viven solas y cuya problemática es descrita en términos de abandono y soledad. Las edades de las mujeres que están separadas y viven el abandono, la saturación de tareas, las depresiones, oscilan entre los 25 y 50 años. Hay profesionales que afirman que los intentos de suicidio están más presentes en la población femenina que en la población masculina. Otros/as profesionales, consideran lo contrario. Esto puede deberse a una diferenciación regional, estadística. Por lo que sólo el registro minucioso epidemiológico local, por región, podrá aclarar esta cuestión.

Lxs psicólogxs confirman que las jóvenes mujeres traen como problemática muy común el autoflajelo, el embarazo adolescente, el desorden en la alimentación, y en menor medida que los hombres el consumo de sustancias y el intento de suicidio, y la demanda por aborto. También el embarazo no deseado y la dificultad en establecer el vínculo temprano con sus bebés nacidos. Acerca de la problemática del abuso sexual, su presencia también es muy marcada, pero se desprende de una demanda manifiesta de otra problemática. Es decir, como se explicó en párrafos anteriores, puede ser identificada o sospechada una vez desarrollado el relato por parte de la paciente de los demás sufrimientos que involucran su vida, llegando quizás a dar oportunidad de que el profesional intuya algo más de la situación.

Según estxs mismas profesionales, los varones adultos demandan mayoritariamente, aunque no es muy común que se presenten, problemas de adicción ya sea con las sustancias (policonsumo), alcohol o tabaco. Respecto del alcohol, los profesionales identifican que son variados los casos en que la

problemática es únicamente ese consumo, sin combinación con o presencia de otras sustancias. Ese alcoholismo puro, que deteriora paulatinamente la vida afectiva, emocional, social, laboral, física, es claramente identificable. Como característica estos varones demandan por el servicio de salud estando lúcidos y tranquilos, o en situación de crisis aguda o intoxicación, pero no se adhieren a un tratamiento a seguir. Es decir, las demandas de este grupo etario con esta problemática son espontáneas y momentáneas. Sí afirman que hay unos pocos casos identificables en que pueden dar continuidad a la demanda y esto sucede cuando la presencia y acompañamiento familiar es fuerte.

También afirman estas profesionales que los varones jóvenes también poseen problemáticas de consumo de tabaco, alcohol y drogas, o policonsumo (estupefacientes farmacológicos, o tóxicos que alteran la percepción y la psiquis). Estas conductas comienzan a partir de los 12 años. Hay profesionales, sin embargo, que identifican casos de 9 y 10 años. Acerca de esta problemática de consumo, el tabaco ocupa un lugar relevante en adolescentes. El suicidio o intento de suicidio también es alto en los hombres jóvenes. Respecto al alto índice de muertes o traumatologías por accidentes de tránsito, que aparecen en el hospital en estado terminal o precisando intervención quirúrgica por traumas, reflexionan estas/os profesionales sobre la conducta suicida de los jóvenes y adultos que son protagonistas de tales sucesos.

Los trastornos psicóticos no están muy presentes; sin embargo, esta identificación depende mucho de cómo se considere al intento de suicidio o suicidio consumado en los jóvenes. Hay profesionales que no dudan en diagnosticar psicosis para este tipo de conductas. Pero en otros profesionales esta concepción no es tan marcada.

Es importante resaltar que ningún/a profesional confirmó la demanda de personas que acuden por ayuda por problemas y/o sufrimientos referidos a identidad de género, o de personas LGBTTTIQ+ que demandan por otros problemas o dolencias. Sólo se relevó la situación de un caso en que esta problemática se identificó luego de atender una demanda por autolesiones con ideas suicidas.

Respecto de las causas se repetirá lo dicho anteriormente: la identificación de los factores de riesgo determinantes para ciertas problemáticas depende de cada profesional y según cómo y cuándo aparece la demanda de atención y quiénes son los afectados directos por las mismas. En general, las y los profesionales de la psicología tienden a orientar tales consideraciones en las vivencias del pasado de las personas. Sea denominado estilos de vida, tipos de relaciones familiares, problemática familiar, o sucesos que dejan huella indeleble en las vidas. No es que desconocen e ignoran los factores ambientales y contextos actuales, pero no son los determinantes en los cuales consideran que se puede intervenir desde la clínica psicológica, por lo que los desestiman a la hora de planificar intervenciones por estar fuera de sus alcances.

Si se comienza por intentar identificar y luego describir las causas de las problemáticas de la población de las mujeres, quizás pueda entenderse cómo se despliegan las demás problemáticas en diferentes grupos según edad. Esto, por varias razones. Una de ellas, en la formación de los profesionales de la psicología se otorga un lugar predominante en las vivencias pasadas de las personas y en cómo ellas las significan. Otra, es que las demandas aparecen de forma manifiesta con un síntoma o una problemática, y luego emerge el *combo* de las demás problemáticas por las cuales son afectadas los demás integrantes de la familia. Y otro factor a considerar es que son mayoritariamente las mujeres quienes se ocupan de la salud de sus hijos como así también de la escolaridad.

Entonces, si se reflexiona sobre las causas de la violencia de género, violencia familiar, maltrato, autoflagelo, deseos de muerte que estas mujeres sufren y aparecen con los síntomas ya *naturalizados*, consideran estxs profesionales que existe una violencia naturalizada, es decir, una serie de causas que están presentes intergeneracionalmente. Padres violentos, alcohólicos, abusadores sexuales, se pueden identificar como factores de riesgo. El sostenimiento de vínculos violentos a lo largo del tiempo, en lugares pequeños o de un solo ambiente, el secreto y el silencio como procesos psicológicos y de conducta tanto en víctimas directas, indirectas y victimarios, las familias numerosas, las familias ensambladas, la población de trabajo

estacional que es inmigrante y migrante de manera esporádica, las diferencias entre edades muy distanciadas entre los vínculos familiares, también pueden identificarse como factores de riesgo.

Como causa de los problemas de violencia y conducta en las escuelas por parte de los niños y niñas, además de presencia de un maltrato parental o familiar, o violencia ejercida de un progenitor a otro, es también otro factor determinante la naturaleza violenta con que se intenta educar a los niños y niñas. El castigo físico o la amenaza psicológica por parte de padres y madres, como forma única de intentar educar, repercuten en los síntomas de los trastornos de aprendizaje o retrasos intelectuales leves y graves. A esto se suma la no escolarización y analfabetismo de los adultos por una o varias generaciones, madres solas trabajadoras o no, con uno, dos o más niños, el tipo de trabajo de la madre.

En este punto hay que hacer una distinción, ya que hay zonas en las que la prostitución es una actividad transgeneracional, y la ubicación de la localidad o el barrio según la cercanía a rutas, o lugares alejados de la urbanidad, hace de este factor un determinante para futuras conflictivas de violencias de géneros, o entre madres, padres e hijas.

La ausencia de modelos de vida adultos, que guíen, acompañen, aconsejen, anticipen, propongan decisiones, identifiquen sentimientos y emociones, cuiden mediante la preocupación de la salud y de la escolaridad, organicen la vida cultural en tiempos de comida, juego, alimentación, ocio, escuela, salud, es una constante. Si no es la ausencia del adulto, la desprotección, la conflictiva de la pareja, el abandono y la inseguridad de las madres en colocar los límites y acompañar a sus hijos son también un detonante. Estas condiciones son percibidas como factores de riesgo según estas profesionales.

También existe mucha falta de contención por parte de las escuelas, las que, por diversas causas, son expulsoras de estos infantes. La falta de motivación o desinterés docente es otro factor señalado como de riesgo para las y los infantes escolarizados. El hospital mismo es considerado muchas veces por las mismas profesionales, también como una institución que expulsa y no contiene. Y, cuando se habla de la caracterización general de la sociedad,

es ésta misma la que no construye en pos de evitar el abandono a los más pequeños y pequeñas.

A partir de esto, se configura cierto vacío intelectual, afectivo y emocional en el proyecto de vida de los infantes. Las apariciones y mantenimiento en el tiempo de las enuresis, encopresis, trastornos autistas, obesidad, celiaquía, diabetes, son consecuencias de estas causas. Y si confluye alguno de estos factores con presencia de violencia, el resultado son síntomas que repercuten y desembocan en conductas auto lesivas leves o graves, en forma abrupta y desmesurada, o en conductas delictivas para con el otro par o la sociedad.

En ciertos barrios, ya sean de la periferia urbana o de las localidades más pequeñas, las condiciones materiales de vivienda, como la precariedad y el hacinamiento están muy presentes. Los sucesos de orden climático muchas veces son marcadores de riesgo para la re-emergencia de síntomas, ya sean psicológicos, psicosomáticos u orgánicos, alguna vez superados tanto por infantes como por adultos.

En otras localidades, la masiva inmigración desde otras regiones trae aparejado que estxs migrantes traigan consigo las causas de sus problemáticas que si bien pueden ser similares a la de la población nativa, las significaciones de las conductas no saludables y/o violentas, sean diferentes. Y por lo tanto, en su trato para con las problemáticas o sufrimientos. Por ejemplo, ciertas conductas de prepotencia, agresivas e incluso de falta de solidaridad vecinal, en personas o familias que provienen de grandes urbes, sean significadas o entendidas como necesarias para la seguridad de la casa y/o personal.

Las problemáticas de los ancianos referidas a enfermedades no transmisibles que podrían dejar de ser tan dolorosas o sufrientes, también tienen sus causas en estos factores de la configuración familiar con características autoritarias y en la estructuración de la sociedad que no distribuye equitativamente los recursos materiales como las viviendas y simbólicos como el trabajo.

En cuanto a los sufrimientos que estas personas tienen, lxs profesionales de la psicología identifican como una constante la falta de

reconocimiento del sufrimiento como problema, la desconexión con sus emociones, el no registro del malestar, el no relacionar las afecciones físicas y psicológicas con sus situaciones sociales. Las mujeres, en general sienten miedo, inseguridad, abandono, soledad, taquicardia, dolor punzante en el pecho, insomnio, infelicidad, infidelidad, engaño, angustias intensas, sin motivación, fobias, ataques de pánico, enojo, tedio, aburrimiento, tristeza, pensamientos irracionales, inferencias apresuradas, la incapacidad de llevar una consecución de pasos a seguir en una situación, impulsividad. Son mujeres acusadas, acosadas, desvalorizadas, abandonadas, desamparadas. Sufren la falta de acompañamiento y apoyo social e institucional. Desconocen que contar o narrar la historia personal o familiar acarrea efectos sentimentales, emocionales, cognitivos y conductuales. Por supuesto que la historización (narración de la propia historia) en sí no es solución mágica, sino más bien da cuenta del desconocimiento y la falta de conciencia y de cómo éstos operan como factores estructurantes en los sufrimientos.

Los niños, según estas profesionales, sufren directamente el tipo de vínculo que establecen con sus padres y madres y con los conflictos y peleas entre los padres, lo que los puede llevar a cometer conductas autolesivas. Tienen estos infantes mentes inquietas, cuerpos inquietos, mentes taponadas o vacías, falta de discriminación de la significación que porta una conducta de consumir sustancias. Por ejemplo, en los barrios el consumo de marihuana o alcohol es generalizado. La percepción de una chica o chico en no participar de tales consumos porque no le causa agrado, porque sabe que es perjudicial, porque no lo dejan en su casa, los enfrenta a una situación de discriminación ante los demás pares que sí consumen y todos lo hacen. En este caso, la elección de consumir es una conducta defensiva, adaptativa. El deseo de pertenecer, aunque acarree consecuencias no deseables, es un alivio identitario que conlleva sufrimiento a futuro.

Afirman las profesionales que los adolescentes sufren mucho el desamor de sus padres y entre los padres. El aburrimiento, la falta de motivación, la sensación de abandono y de falta de reconocimiento, la discriminación escolar, familiar o entre pares, la falta de atención, el vivenciar las elecciones sexuales y de identidad diversificada con retraimiento y

culpabilidad, son sentimientos propios de estas edades y estas poblaciones. No pueden pensar, decidir, proyectar responsabilidades a partir de sus comportamientos. También sufren de miedos, fobias, insomnio.

Los hombres sufren, según opinan varias profesionales, de abandono cuando chicos, de soledad, de impotencia para resolver situaciones, de presión cultural, de marcada angustia. También afirman las profesionales que sufren también de violencias: a la que fueron sometidos y las que ejercen.

Las problemáticas presentadas están determinadas por el conjunto de factores materiales, ambientales, climáticos, sociales, psicológicos, familiares, barriales, municipales, y de organización política a nivel provincial y nacional, ya sea en cuestiones que tienen que ver con el sistema de salud y de educación o en temas relativos al poder adquisitivo, trabajo, vivienda, oferta cultural.

A pesar que hubo algunas consideraciones diferentes sobre el enfoque por el cual se pueden identificar ciertas causas, determinantes y consecuencias y no otras, según los y las profesionales psi y según la problemática, en este apartado no se realizó un análisis psicopolítico pormenorizado de las cuestiones identificadas como factores y marcadores de riesgo de estas problemáticas que asisten al sistema de salud, debido a que el interés de la investigación radica en otro objetivo. El mismo, es poder observar, comprender y analizar cómo las y los profesionales de la psicología realizan el trabajo de acuerdo a las demandas que reciben en los hospitales y centros de salud de la provincia. Es a partir de un conocimiento previo de los problemas de salud, es decir, de un esbozo de un estudio epidemiológico, que se buscará analizar el ejercicio profesional de esta disciplina para poder, entonces sí, interpelarla.

En el siguiente capítulo se volcará toda la información recopilada en relación con los ejercicios, intervenciones, derivaciones, seguimientos, tratamientos de las disciplinas profesionales que trabajan en el marco de la APS.

Como se dijo al comienzo de este apartado, sólo se expusieron las consideraciones de lxs distintxs profesionales en relación con la temática de

las problemáticas más comunes, urgentes, complejas, su cantidad, cualidad, maneras de denominarlas, causas que les suponen a las mismas y los sufrimientos con que las personas acuden. El análisis propiamente dicho, se deja para más adelante una vez que se coloquen las demás respuestas que atañen a la investigación.

En el siguiente capítulo se verterán los contenidos referidos a los demás ítem que establece el marco legal, es decir, referidos a las tareas de prevención y promoción, tratamientos y rehabilitación, y de seguimiento, abordaje interdisciplinar, familiar y/o comunitario, la integración con redes e instituciones externas y participación comunitaria.

CAPÍTULO 4: Intervenciones de lxs profesionales en salud en el marco de APS

Para darle continuidad a lo trabajado en capítulos anteriores, se presentarán a continuación las preguntas que se formularon a lxs profesionales referidas a sus intervenciones concretas y que éstos respondieron ampliamente. Las respuestas fueron transcritas manualmente en el momento y completadas al finalizar cada entrevista. Una vez que se terminó el proceso de entrevistas, se ordenó y sistematizó la información a partir de las categorías formuladas previamente a la organización y formulación de las preguntas. Estas categorías tienen estrecha relación con el marco referencial que la Ley provincial N° III-0813-2012 de APS.

El Artículo 2 del Capítulo I “Objeto, Principios y Características” de dicha ley, dice:

Se entiende por APS, al primer nivel de atención compuesto por un conjunto de servicios profesionales y técnicos, como asimismo a las acciones del Estado Provincial tendientes a satisfacer la atención de primer contacto, integral, continua, tanto curativa como preventiva a pacientes de diferentes edades y sexo.

El objetivo principal de la presente ley es implementar y mejorar la estrategia de Atención Primaria, que permita generar un cambio cuali-cuantitativo en el primer nivel de atención, promoviendo el trabajo interdisciplinario, integrando redes intra e intersectoriales, estimulando la participación comunitaria, planificando estrategias de promoción, prevención y protección de la salud, con el fin de elevar la calidad de vida de la comunidad sanluiseña brindando mejor accesibilidad al sistema de salud, estimulando comportamientos salutogénos y saludables, promoviendo cultura y el capital social; todas estas condiciones favorables y esenciales de la salud pública.

El artículo 7 del Capítulo III “De los profesionales de Atención Primaria de la Salud-APS”, establece:

A los efectos de desarrollar la estrategia de APS se deben conformar en todo el territorio provincial equipos de referencia, los que situados en el primer nivel de atención de la Red Pública de Salud, deben: a) Garantizar la asistencia integral (promoción, asistencia y rehabilitación) de las personas y grupo familiar. b) Gestionar la continuidad de su atención en toda la red de servicios mediante el seguimiento del paciente derivado. c) Supervisar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos que se presten en otros niveles de atención.

El Artículo 9 del mismo capítulo establece que:

Los equipos de referencia tendrán las siguientes funciones: a) Tener asignados a cargo del profesional médico un número determinado de familias según la densidad poblacional y las condiciones epidemiológicas de cada zona para ser atendidas en un lugar accesible a su domicilio. b) Determinar la derivación de pacientes a otros niveles de complejidad requerida y realizar el respectivo seguimiento. c) Proporcionar la atención médica necesaria a cada paciente que acuda a solicitar los servicios de salud. d) Realizar la correspondiente historia clínica de cada paciente de conformidad a los datos a los datos que él mismo proporcione y los estudios diagnósticos como así también prescripciones médicas sugeridas. e) Solicitar el correspondiente consentimiento informado previo. f) Promover estilos de vida saludables por medio de explicaciones categóricas. g) Actuar de forma integrada sobre el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente que los acoge. h) Personalizar la atención preventiva. i) Promover actitudes positivas en la población que favorezcan su compromiso de tomar parte en los autocuidados.

El artículo 11 establece:

Historias clínicas. Los equipos de referencia del primer nivel de atención deben iniciar y proseguir una historia clínica familiar e individual para los pacientes bajo su cuidado respetando y cumplimentando lo que al respecto dispone la Ley Provincial N° V-0778-2011 Acceso del Paciente a su Historia Clínica. Creación del Sistema de Historia Clínica Digital.

El Artículo 12 establece:

Perfil académico de los Integrantes de los equipos de Referencia. A los fines de conformar los equipos de referencia deberá nombrarse a profesionales médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y obstetras, como asimismo auxiliares administrativas y de limpieza especializado en APS. Los profesionales deberán acreditar especialidad en medicina general y/o comunitaria y/o experiencia en el campo de APS, según las tareas a desarrollar, a los fines de prestar sus servicios en los centros de salud regionalizados”.

En las entrevistas se indagó acerca de la formación académica de cada profesional, especializaciones realizadas, el tiempo de trabajo en salud pública o experiencias cercanas. A partir de las problemáticas de cada población identificadas por ellos, se interrogó por las modalidades de admisión, atención, derivación, intervención y tratamientos practicados. Se preguntó por los objetivos que cumplen en función del marco de la APS y cómo los llevan a cabo, el trabajo interdisciplinar, transdisciplinar, integral, el trabajo en red con otras instituciones, organización del servicio, planificación de tareas y actividades, coordinación de equipo. También se indagó por las formas de dar continuidad o seguimiento al paciente y el manejo del secreto profesional. Para finalizar también se ofreció la posibilidad de identificar las dificultades u obstáculos que se presentan en el trabajo con las problemáticas, sean a nivel social, institucional o interinstitucional, como así también las facilidades y resultados positivos que se obtienen.

El contenido vertido se refiere a las respuestas a las preguntas relacionadas con:

- Universidad en la cual se graduó.
- Tiempo de trabajo en el CAPS u hospital
- Tiempo de trabajo en sistema público de salud en caso de tenerla
- Trayectoria profesional en caso de tenerla.

Estos ejes hacen referencia a la categoría seleccionada de: *Formación Profesional y Experiencia laboral*².

- Existencia o no de registro de las personas o grupos familiares que recibe, admite y/o brinda tratamiento.
- Cantidad de personas destinadas a atender en el centro de salud.
- Modalidad de admisión, definición de tratamiento, tipo de intervención y trabajo interdisciplinario.

Este eje, si bien hace referencia a las problemáticas que se presentan y población correspondiente, remite a la categoría seleccionada de: *Cantidad de Personas, Secreto profesional, Historia Clínica, Organización del servicio, planificación de tareas, planificación de reuniones.*

- Modalidad de trabajo con los pacientes al interior del equipo interdisciplinario de APS del Centro de Salud, Hospital de Referencia u Hospital de Día.

² Debido a que la presente investigación tiene como foco de estudio los ejercicios o intervenciones desde la profesión de la psicología sobre la atención de las problemáticas, se describirá a solamente las respuestas sobre la formación y perfil de estas profesionales. Esto, a razón de que las posibles vacancias por cubrir de la psicología en el ámbito público, según lo entrevistado, pueden ser también vislumbradas a la luz de la formación y experiencia laboral que han tenido estas profesionales. Sobre todo, cuando se interrogó acerca de las obstáculos y facilidades para admitir, atender, tratar y dar seguimiento en APS y se respondió resaltando la cuestión en el perfil, a diferencia de cuando se resaltó cuestiones de orden institucional o poblacional.

- Estilo de trabajo con el equipo interdisciplinario en relación con: la planificación de recepción y atención de pacientes, manejo de la derivación, interconsultas, trabajo interdisciplinario, trabajo de campo.

Estos ejes corresponden a la categoría seleccionada de: Estrategia APS, Modalidad de admisión, modalidad de atención y tratamiento, modalidad de rehabilitación, modalidad de derivación, seguimiento, trabajo interdisciplinario, asistencia integral.

- En caso de realizar trabajo de campo: modalidad, organización, participación y decisiones.
- Existencia o no de trabajo interinstitucional (escuelas, juzgados, policías, asociaciones civiles, grupos comunitarios). En caso afirmativo, dinámica del mismo.
- Trabajo con perspectiva de género.

Estas preguntas hacen referencia a la categoría seleccionada de: Trabajo de campo, abordaje Comunitario, Dispositivos de apoyo, trabajo interinstitucional, red de servicio, seguimiento.

- Definición de abordaje teórico y práctico según cada disciplina profesional.

Estos ejes remiten a la categoría seleccionada de: Secreto profesional, Marco teórico, seguimiento del paciente, red de servicio, asistencia integral, rehabilitación.

- Modalidad de trabajo en prevención y promoción de la salud.
- Tareas específicas llevadas a cabo para prevención y promoción en caso que las hubiere.

Estos ejes se corresponden a la categoría seleccionada de: *Prevención de enfermedades, Promoción de la salud.*

- Participación comunitaria.

Este eje obedece a la categoría seleccionada de: *participación ciudadana.*

- Resultados según los obstáculos que se presentan.

- Resultados según las facilidades o factibilidades que se presentan.

Estos ejes refieren a la categoría seleccionada de: *Resultados, obstáculos, Factibilidad.*

A partir de las categorías señaladas, se buscará la relación entre las problemáticas que asisten al sistema de salud con las formas de intervención de los profesionales de la psicología en el marco de la Ley Provincial N° III-0813-2012. Luego, se analizará integralmente la información con el fin de vislumbrar la vacancia del ejercicio profesional en psicología acorde a las demandas concretas en los centros de salud.

Comenzaremos por el mismo orden dado al capítulo anterior. Primero será expuesto el abordaje de lxs agentes sanitarios, luego de lxs trabajadorxs sociales, lxs médicxs, para finalizar con lxs profesionales de psicología.

Para lxs agentes sanitarixs (AS) el modo de intervención es preciso frente a determinadas problemáticas. Ante la falta constante de controles de embarazo, de niños/as sanos y de vacunación, se abocan al trabajo en terreno registrando primero qué familias e integrantes están vacunados o poseen los controles de salud. También se realiza control de niños/as sanas/os en los días predeterminados para ello. Luego, buscan la forma para que las madres y padres ejerzan sus derechos y también cumplan con estas obligaciones acercándose al hospital. El trabajo en terreno es ineludible. Y la compañía en el terreno de trabajadoras sociales, obstetras, nutricionistas e incluso odontólogos respecto de estas problemáticas es bastante común en los centros de salud. Las visitas domiciliarias son necesarias y frecuentes, en conjunto o no con demás profesionales. La asistencia de los demás profesionales en estas tareas de visitas domiciliarias depende de la presencia de estas disciplinas en los centros de salud u hospitales. Hay profesionales que trabajan *codo a codo* durante las salidas al campo y en reuniones continuas, mientras que otros sólo mantienen contacto frecuente y cruzan información en encuentros momentáneos, y hay equipos en que sólo se comunican lo necesario y a veces mínimo e indispensable o por cuestiones de urgencia.

También, lxs profesionales brindan talleres de lactancia en el hospital mismo o en escuelas, sobre el cáncer de mama, educación de las razones por las cuales vacunarse, cómo funciona la gripe, las medidas de higiene que hay que tomar frente al dengue. Estos talleres se ofrecen también en municipios y/o en plazas, junto con actividades como caminatas saludables. Generalmente hay una buena aceptación y participación en los comienzos de los talleres o de las caminatas, pero la continuidad y la permanencia de las personas en esas actividades no es un logro que se alcance.

Respecto de las enfermedades no transmisibles, las cuales están en auge y aumentan en la población sanluiseña, se trabajan en domicilio, brindando consejos sobre qué corresponde hacer y qué no corresponde, cómo utilizar los recursos materiales y sociales que poseen. Es a partir de la visita al domicilio en que estas profesionales pueden percibir la verdadera ayuda que necesita la población en términos de salud y de hábitos saludables. Las tareas de prevención de enfermedades y promoción de la salud tienen que ver directamente con la educación de los adultos y de los menores sobre cómo cuidarse respecto de la higiene de la casa, del cuerpo y aseo personal, o consejos acerca de no dejar solos a los hijos. Hay familias que están más receptivas y necesitadas de consejos y guías, y otras no tanto. Muchas veces las y los agentes sanitarios pueden brindar a las familias pautas de conductas de alimentación saludable, educación en conjunto con nutricionistas sobre qué comprar y qué alimentos tienen nutrientes necesarios, sugerencias para que realicen ejercicios o caminatas, y señalamientos sobre conductas perjudiciales como por ejemplo comprobar el lavado de manos antes de cada comida. Otras veces estas sugerencias o consejos no son bien recibidas por las autoridades de la familia.

En relación con las problemáticas de violencia familiar, de género y frente a la sospecha por parte de algún otro profesional o de las mismas AS, de abuso sexual infantil o maltrato infantil, se practica mucho la interconsulta³

³ Interconsulta psicológica: Es la intervención solicitada a un personal de la salud mental cuando algo de lo subjetivo dificulta el acto de intervención de otro profesional que trabaja o no en salud.

ya sea con la trabajadora social o la profesional de psicología, o directamente la derivación a lxs profesionales de psicología. Sucede que hay casos en que las AS tienen confusión sobre cuándo es abuso infantil o violencia familiar. Esta duda o confusión tiene lugar ya que explican que es difícil deslindar hasta qué punto un abuso infantil o una situación de violencia de género se da independientemente y no en un contexto global de violencia familiar. Respecto de violencia confirmada o violencia extrema en integrantes de la familia, varios agentes afirman haber tomado acciones directas de acompañar a la víctima para asentar la denuncia policial y darle seguimiento para saber cómo sobrellevan estas situaciones. Un agente sanitaria toma como tarea la de unir a las personas que poseen las mismas problemáticas en un mismo horario y espacio e intenta que se conozcan, que no se sientan solas para que se acudan mutuamente cuando lo crean necesario.

Frente a problemáticas de adicciones, policonsumo, problemas de conductas que las madres dicen tener con sus hijos e hijas o que éstos tienen en escuelas, se trabaja mayormente con la derivación a las profesionales de psicología. Hay una agente sanitaria que logró, en conjunto con trabajadora social, motivar a los niños, niñas y adolescentes del barrio y se creó una suerte de agrupación informal llevada a cabo por los niños, denominada “Los Guardianes del Ambiente”. Lograron que éstos niños tengan organización e interés con ciertos temas asociados a la limpieza e higiene del barrio y a repartir información a la comunidad. El trabajo preventivo es fácilmente percibido, ya que se comprende al tiempo de ocio como causa del consumo de sustancias, así como la falta de motivación en los niños y el desinterés por parte de los adultos.

El trabajo interdisciplinar tal como se lo puede entender, es decir, como la atención, tratamiento, seguimiento, derivaciones, en un mismo tiempo y espacio por el conjunto de diferentes disciplinas frente a la problemática individual o situación familiar no se aplica en su generalidad, en su mayoría. Tampoco hay una intercomunicación mayormente fluida entre los CAPS con el Hospital Escuela de Salud Mental o con el Centro de Prevención y Asistencia a Adicciones (CPAA). En realidad, estas comunicaciones varían según el tipo de relación que existe entre el Hospital Escuela de Salud Mental

con el Centro de salud o CAPS, por cercanía o lejanía geográfica entre éstos, por la presencia de profesionales que trabajan o trabajaron en conjunto en ambas instituciones o tienen un contacto cordial y continuado, o por saturación de demanda o momentos de baja demanda. Consideran lxs agentes sanitarixs, sin embargo, que el trabajo interdisciplinar es imprescindible para promocionar la salud mental aun cuando éste se dé muy pocas veces.

Repetimos lo dicho en capítulo anterior, a saber, que el trabajo interdisciplinar muchas veces depende de la unión como equipo, de sus relaciones informales, de cuántas disciplinas estén presentes en cada centro, en la formación académica y experiencia profesional de cada contratado, en la dirección y autoridad del centro de salud y cómo se organizan y se planifican tareas a realizar, permisos para salir del centro de salud u hospital, modalidades de las reuniones para interconsulta, derivaciones, seguimientos, tratamientos, etc. Un factor a tener en cuenta respecto del trabajo en terreno y la posibilidad de asistir con otros profesionales a los domicilios, es que la presencia de varios profesionales en una visita a una casa familiar o de un integrante no es recomendable en el sentido de que puede sentirse como persecutorio e invasivo por parte del dueño o dueña de casa. No resulta cómodo para las madres o familiares que varios profesionales acudan a sus casas simultáneamente. Desconfianza, retraimiento, persecución, vergüenza, son algunos de los sentimientos de las personas en sus casas que las profesionales señalan como factor para esta decisión de intervención. Pero, cuando la ayuda acude y la familia la percibe como positiva o valorable, las puertas están abiertas para ellas.

Respecto de la cantidad de pacientes, hay que señalar que la demanda supera en creces la posibilidad de los profesionales de atender a cada problemática que se presenta. En general, la demanda satura al servicio. Hay días en que las personas trabajan con 20 pacientes o familias, hay días que asisten menos personas al hospital y la jornada laboral es más liviana. Se calcula que atienden promedio a 40 personas o casos, tomando al grupo familiar como caso, por día.

El trabajo interinstitucional ocurre dependiendo de lo que pueden ofrecer estos profesionales a las escuelas y municipios, y sólo un caso de un

hospital se trabaja en red con grupos informales de barrios de jóvenes y/o adultos. Es decir, no hay trabajo en red con asociaciones civiles en la gran mayoría de los casos entrevistados. En general, éstas no existen a nivel barrial, en la zona o en la región, o no hay capacidad y tiempo de trabajo para ponerse en contacto con las mismas. Hay AS que prefieren abocarse a la atención de cada caso particular, generalmente de índole familiar. Hay casos en que consideran que la atención y el seguimiento supondrían un tratamiento continuo para hacerles ver sus situaciones y cómo dependen estas de las situaciones sociales y comportamentales.

Lxs trabajadorxs sociales (TS) están a cargo de más problemáticas y sus tareas son más numerosas y diversas en relación con los agentes sanitarios, no por ello distintas en complejidad. Respecto de la modalidad de trabajo en APS, realizan mucho trabajo en terreno, la mayoría de las veces acompañadas por agentes sanitarixs. Afirman que muy pocas veces se acompañan con profesionales de otras disciplinas. Esto no excluye que suceda que algunas veces, ellas o las otras profesionales como psicólogas, obstetras, odontólogos, pediatras, se soliciten compañía mutua para asistir a los domicilios.

En el trabajo en terreno se conocen las condiciones materiales y sociales de vivienda, sus redes de vinculación primarias y secundarias. Prestan atención a los movimientos de los integrantes, la entrada de casa, el recibimiento, el orden, la limpieza e higiene, la ventilación, calefacción. Buscan establecer un vínculo de confianza con las familias. Las familias, sobre todo las madres, necesitan el contacto con las TS porque son quienes ayudan a hacer los trámites para conseguirlos administran medicamentos, solicitudes de vivienda, leche materna, tramitación de documentos de identidad, es decir, las madres tienen conocimiento que quienes tienen a cargo la administración de los recursos de vinculación con otras políticas públicas, o tienen las herramientas para hacerlo, son las trabajadoras sociales. El relevamiento poblacional es un objetivo primordial para estos profesionales. Hay equipos de salud en que esta tarea de relevamiento es realizada en compañía con psicóloga, nutricionista, obstetra, agente sanitario y pediatra. Según afirman las trabajadoras sociales, cuando hay alguna solicitud por parte de un

profesional de acudir y conocer a cierta familia o lugar de residencia de algún paciente, se acompaña para la visita a casa, pero no acuden todos los profesionales juntos, a la vez, a la vivienda o al barrio en un mismo día u horario. Sin embargo, ocurren a veces situaciones que requieren esta conjunción de profesionales para la visita en domicilio. Las TS reciben muchas consultas por los beneficios del PAMI, la vivienda social, ayuda para alquileres, temas jubilatorios, y seguimientos en las intervenciones para garantizar los cuidados solicitados o sugeridos.

En relación con las problemáticas de orden alimenticio, los hábitos de higiene, conductas saludables, manejo de recursos para la alimentación e higiene, el trabajo en APS e interdisciplinar consiste en visitas a las casas de familias con psicólogo y nutricionista. Afirman que es un trabajo que implica preguntar primero sobre cómo son los horarios de la vida cotidiana: horas de sueño, hora de dormir y de levantarse, tiempos y actividades de ocio, compañías a los niños y adultos, horarios de trabajo, preparación de las comidas, realización de las compras, realización de trámites, búsqueda en escuela a niños, acudir a reunión de padres o tutores, etc. Luego, tienden a identificar aquellos aspectos más necesarios a modificar sobre la alimentación, los hábitos alimenticios y se dedican a guiar y educar sobre una alimentación saludable, cómo y qué comprar, en cómo debe ser la higiene como el lavado de manos, en cómo organizar los horarios de comida, cómo se cocinan bien los alimentos. Es muy importante como tarea, según algunos trabajadorxs sociales, brindar la posibilidad de que el o los integrantes de la familia narren la historia familiar y de vida, cuenten su vida cotidiana para que comprendan muchos de sus hábitos de alimentación y otras conductas no saludables. Generalmente es la madre quien realiza esta narración. Las TS con un trabajo mancomunado entre psicólogos y/o nutricionistas intentan que las organizadoras del hogar comprendan estas cuestiones. También hay veces en que se brindan talleres o charlas en escuelas específicamente sobre celiaquía y/o diabetes, o educación sobre cómo la alimentación a base de pocos nutrientes influye en la hipertensión, por ejemplo. Los pedidos de las escuelas no son constantes, pero sí existen. Y en general hay campañas de educación contra la gripe, el dengue, de vacunación, planificadas.

Las TS, nutricionistas y psicólogos tienen como objetivo intentar que las madres o personas a cargo de los niños y niñas sean responsables con sus conductas hacia sus hijos. Muchas, sino es que la mayoría de las TS, están en constante negociación con las madres o tutores para que modifiquen estas conductas en pos de conseguir recursos materiales que necesitan. Esta interacción puede ser leída como presión o negociación, pero no tiene otro objetivo más que el de pretender que la salud en términos de prevención de enfermedades, se aplique a los niños. Y también que las madres o quien esté a cargo comprenda que posee una obligación civil para con sus hijos o a quienes tengan a cargo. Una premisa de las TS es evitar hacer asistencialismo. Lxs profesionales conocen muy bien a sus poblaciones y atinan muy bien en comprender que no es conveniente brindarles los servicios de salud en sus casas, asegurarles sus derechos, sin que haya una contraprestación de esfuerzo que visualice mínima responsabilidad, compromiso o preocupación. Estas actitudes de facilitarles ciertos beneficios, para unxs denominadas asistencialismo, para otrxs promover la salud o prevenir enfermedades, son aprehendidas por la población demandante del servicio de salud (que llegan al servicio con un tipo de demanda específica y en la atención se encuentran con que deben realizar según el profesional que las recibe ciertos análisis, vacunaciones o trámites que no conocen, para poder ser atendidas/os). A veces, sucede en la población que se acostumbran a que los beneficios lleguen a través de determinados profesionales, y sin esfuerzos ni compromisos tomados por las madres o familias con los profesionales de la salud. Esta negociación, dicen lxs TS, entre reflexión de los comportamientos (de control, de vacunación, de consulta), intentos de cambio de conductas y logro de beneficios materiales o simbólicos, debe ser trabajada con mucho cuidado en pos de no caer en asistencialismo y tampoco en autoritarismo o en amenaza. Hay trabajadorxs sociales que pueden establecer coordinaciones con sus municipios, e incluso con programas nacionales o provinciales ante determinadas problemáticas para gestionar recursos en estos casos y éstos se logran. También con comedores o agrupaciones de otros barrios se establecen relaciones.

Respecto de las problemáticas escolares de niños y niñas, generalmente llegan a lxs TS por derivación de la escuela, ya sea por la

solicitud del docente de un informe diagnóstico situacional del niño o niña en cuestión, o por la solicitud de informe psicopedagógico, o bien por derivación del médico que percibe una deficiencia en las capacidades de aprendizaje, pero sin base orgánica. Hay veces en que la solicitud de diagnóstico por parte de docentes o directivos escolares es por problemas de conducta de los niños y niñas, por problemas serios o no de aprendizajes o por falta de adaptación social (retraimiento, por ejemplo). Esto posee el concomitante de que la escuela a veces exige a la madre o tutora el diagnóstico y la certificación en la continuidad del tratamiento para que la niña o el niño pueda continuar asistiendo a la escuela⁴, o al menos considerar la situación. Frente a esto ocurre que la madre o tutora (a veces la abuela) sólo acude al servicio de salud por obligación y muchas veces la continuidad (adherencia al proceso de salud) desaparece una vez que se obtiene el diagnóstico solicitado por la escuela o el certificado de tratamiento, y la escuela no logra hacer un seguimiento para comprobar si hay o no continuidad de asistencia al centro de salud. Hay casos de niñas y niños que comienzan así y transcurrido cierto tiempo en *tratamiento*, la madre logra identificar la problemática de su hija/hijo y registra cierto avance o bienestar en la/el niña/niño. Esto produce que la madre continúe acudiendo con su hija/o al servicio de salud. En todos estos casos el trabajo con las profesionales de psicología es indispensable y de hecho se realiza. Puede variar, según cuentan, la modalidad de este trabajo. A veces

⁴Estos pedidos de la escuela de presentación necesaria de certificado de tratamiento del niño/a para que continúe asistiendo a clases de manera continuada, es lo que relatan los profesionales de acuerdo a lo que cuentan las madres que solicitan atención. No sería correcto afirmar que en todas las escuelas manejan esta modalidad de interacción cuando hay un pedido de informe por parte de maestros y/o directivos. Aun así, hay un vector importante a considerar en esta relación interinstitucional, la cual consiste en cuestionarse si una escuela puede impedir el acceso al aula a causa de incumplimiento con los deberes relativos a la salud mental del niño/a. Es una pregunta acertada si se considera el plano del derecho del niño/a a la educación. Es legítimo que se solicite informe y/o diagnóstico desde la escuela, pero no es legal que se impida el acceso al aula por incumplimiento de informes psicosociales. El presente trabajo no indagó en estas vicisitudes interinstitucionales durante las entrevistas acerca de este tema en particular, por considerarlas más del orden educativo que del orden de las funciones de APS.

es interdisciplinar, en cuanto a que los dos profesionales están presentes cuando atienden o tratan al infante o primero trabaja una y después la otra profesional para luego intercambiar la información, y le dan seguimiento en conjunto dialogando con sus maestras y familia. A veces es solamente un trabajo de interconsulta entre unas profesionales y otras, y/o de expendio de diagnóstico y certificación de asistencia al centro de salud. Como se dijo, esta variación depende no sólo del estilo de conformación de los equipos, sino también de la disponibilidad de horarios para coordinar una atención en conjunto, y disponibilidad general de horarios para atender. También hay veces que derivan al colegio de psicólogos, en caso de que la localidad cuente con esta institución. En relación con la administración de recursos con el tema escolar, hay veces en que lxs TS pueden gestionar becas en los casos de familias con muy bajos recursos, buscando los mismos en municipios o gobierno provincial, entrando en contacto con las instituciones que tienen ese servicio, y guían y asesoran al/ a la joven.

Considerando las problemáticas escolares de niños/as, confluyen en ella varios factores a tener en cuenta sobre cómo intervienen y trabajan a nivel interinstitucional lxs TS. Las entrevistas de admisión muchas veces se realizan en conjunto con psicólogo, fonoaudiólogos, en caso que existan y estén disponibles. Lxs TS afirman que se presentan, además del problema de aprendizaje y de conducta, la demanda de la madre de *no saber qué hacer con sus hijos*. Como se destacó anteriormente, son las madres quienes generalmente asisten al hospital y a la escuela con y por sus hijos e hijas. A veces, estas profesionales identifican en las madres que existe cierto retraso madurativo cognitivo, emocional y dificultades sociales. En estos casos, el asesoramiento y la orientación psicosocial e institucional es práctica común en lxs TS. Las ayudan en cómo seguir ciertos trámites o cómo consultar a profesionales, saber dónde y cómo encontrarlos, entender qué significa el diagnóstico expedido por alguno de éstos, darle continuidad al tratamiento de sus demandas, son también prácticas muy comunes. Muchas veces para lxs TS la dificultad u obstáculo radica en que lxs docentes y/o directivxs no lxs reconocen como profesionales de la salud que están capacitadas para tomar decisiones, orientar a familias, madres y niños, realizar informes e incluso capacitar a las docentes mismas. Respecto de esta *integralidad*, cierta

trabajadora social afirma que existe una falta de solidaridad sistémica. Es decir, las instituciones extra hospitalarias desconfían del profesionalismo de lxs agentes de salud, pero no cumplen las funciones de seguimiento para los casos problemas que se derivan o que la institución misma solicita, y no fomentan la solidaridad entre instituciones, acudiendo sólo a otra institución cuando el caso o la situación desbordan.

Respecto de las problemáticas de orden familiar, estas son violencias entre integrantes o violencia de género. Todxs lxs trabajadorxs sociales afirman que trabajan con las profesionales de la psicología. Algunas toman entrevistas en conjunto, y otras no. Generalmente, las personas llegan por derivación del médico con una demanda manifiesta que lxs profesionales describen como “a todas les duele algo”, pero es cuando no tienen base orgánica comprometida según el/la médico/a, por derivación por agentes sanitarixs o nutricionistas u otro profesional, que se tiene sospecha de violencia ejercida (por la sintomatología que presentan), o debido a la derivación del juzgado que se les solicita a las TS elevar informes, entrevistas, diagnósticos (para poder ejecutar acciones legales en relación con tenencia de hijos/hijas, o de restricciones de acercamiento o de visitas). Intentan lxs trabajadoras sociales hacer reflexionar a las mujeres y a los pocos hombres que se presentan con esta problemática, sobre el tipo y la modalidad de vínculos que tienen establecidos entre los integrantes de la familia. Aclaran y explicitan el secreto profesional y habilitan a responder, contar o no, lo que les sucede. La atención con perspectiva de género se realiza, pero ellas no ahondan en sentimientos y procesos psicológicos que llevan a las mujeres a perpetuar las relaciones. Cuentan las TS que las mujeres se sienten escuchadas, entendidas, comprendidas, y expresan cierto alivio cuando esto ocurre. Pero describen que esta atención es sólo catártica, pues no modifica o altera el mundo exterior con que viven estas mujeres y familias.

El objetivo que se persigue cuando trabajan con estas problemáticas es, primero, intentar que las mujeres visualicen que se encuentran ante alguien que pueden confiar y que serán escuchadas. Explicitan el secreto profesional y que pueden decidir contar o no sus penurias, y hay quienes explicitan que no denunciarán ni judicializarán la situación. Deciden las

trabajadoras sociales trabajar esta cuestión del *cuidado*, que por razones de experiencias de vida, estas mujeres nunca tuvieron. Algunxs TS establecen un dispositivo para que las mujeres puedan contar, narrar sus historias, hablar de las mentiras que viven y vivieron y de sus sufrimientos (que ya fueron expuestos en capítulo anterior). “El hablar sana”, dice unx trabajadorx social. No cura ni soluciona, ayuda y puede salvar. Varixs TS saben que si ellas trabajan con las relaciones sociales primarias y secundarias, lxs profesionales de psicología trabajan con las emociones y en cómo resolver situaciones de sufrimientos, al interior de las personas. Una trabajadora afirma que las mujeres que demandan ayuda y que poseen cierto capital cultural y social solicitan por terapia de grupo con otras mujeres. Otrx trabajadorx afirma que frente a esta problemática acompaña y guía a la familia o mujeres por las instituciones ya sea para derivar tratamiento o por el juzgado, buscando el compromiso de la familia o mujer.

Cuando la violencia es hacia infantes, sea maltrato o abuso sexual, también existe un trabajo mancomunado con agentes sanitarios y psicólogas. Se analiza la situación vincular, se realiza concretamente el seguimiento con las profesionales por las cuestiones de tenencia de hijos, y a veces sólo se puede intentar esto, ya que se pierde la comunicación con las personas. Unx TS aclara que los centros de referencia no están capacitados para la atención de abusos sexuales. Esto no significa que no se realicen ayudas, intervenciones, contenciones ante las situaciones existentes. Por el contrario, se hace todo lo posible y lo necesario. Afirma que su trabajo con estas problemáticas es en compañía con el/la profesional de psicología y que el abordaje es psicosocial. Contemplan la dependencia económica de las infantes respecto de sus padres, otorgan escucha y contención, el trabajo es de orden familiar y la terapia se enfoca hacia las o los vulnerados (generalmente son niñas). Respecto de los abusos, otrx profesional cuenta que sus informes son de esclarecimiento sobre las situaciones de riesgo de los menores en sus casas. Afirma además que muchas veces son los ancianos o mujeres mayores de 60 años que cuentan que fueron abusadas cuando niñas, al igual que las mujeres entre 30 y 50 años. Y otrx profesional, cuenta que hay casos en que el abuso es entre hermanos, y estos casos son difíciles de conocer y abordar. Al respecto, se les hace difícil pensar en esta situación fraternal identificando una

víctima y un victimario, ya que se trata de menores y el abusador generalmente ya fue abusado u observa cotidianamente situaciones de abuso. En estos casos, cuando un profesional intenta conocer la familia y su dinámica familiar, muchas veces produce alejamiento total por parte de quien acude al servicio. Todo el caso o la situación familiar queda en “sospecha”, sin atribuciones de ilícitos o de caracterización del “verdadero problema”.

Cuando se hace referencia a que los centros no están capacitados para la atención de abusos sexuales, se quiere decir que para estas tareas hace falta más disponibilidad de horarios de atención de lxs TS para que puedan coordinar las relaciones interinstitucionales necesarias para contener tal situación, como así también que no existe confiabilidad de que las otras instituciones (escuela, juzgado, municipio, etc.) a las que se debe y puede acudir responderán adecuadamente. Tanto en violencia de género, violencia familiar o abuso de menores, hay veces en que los acompañamientos y asesoramientos consisten en establecer conexiones con el Sub-Programa de Familia Solidaria, o Desarrollo Social de la Nación, o Secretaría gubernamental o municipal atenta al tema y que tiene recursos, disponibilidad y voluntad política de recepción.

Respecto del embarazo adolescente, y como se dijo anteriormente, lxs TS afirman que esta situación aparece cada vez en niñas más chicas, incluso menores de 14 años. Como intervención en APS, guían y acompañan en el control del embarazo, realizan talleres en escuelas informando y educando sobre los aspectos biológicos de la reproducción, los métodos de cuidado tanto anticonceptivos como ante enfermedades infecciosas, responden preguntas de los chicos y chicas. Una vez instalada la problemática promocionan la salud estableciendo contactos con asociaciones civiles o instituciones, como GRAVIDA⁵. Buscan establecer con la adolescente

⁵ Sobre este punto vale aclarar que lxs trabajadorxs de la salud pública cuando eligen o priorizan vincularse con una organización de la sociedad civil a veces es por la única posibilidad de vinculación que existe. Es decir, no existe variedad polifacética de sociedades civiles. A veces, la elección del profesional de la salud puede ser a causa de una comunión ideológica con la asociación que se decide trabajar. Si bien en las

reflexiones sobre cómo el embarazo les da sentido como mujeres y como madres, que registren lo emocional de la situación, y que no se sientan abandonadas y/o solas debido a que muchas veces no lo cuentan en sus familias.

Unx trabajadorx afirma que existe algún que otro caso en que los hombres acuden por cuestiones de violencia emocional o psicológica, a veces como victimarios y a veces como víctimas. La carga de culpa es grande en ambas situaciones. Esto puede entenderse como contradictorio, pero no lo es si se lo piensa a partir del concepto de *cultura patriarcal* en la que viven estos varones víctimas. Al igual que con las mujeres, lxs TS guían y acompañan por instituciones para poder derivar a tratamientos o realizar los pasos judiciales. Unx trabajadorx social frente a estas situaciones de confesión por parte de hombres violentos o abusadores, decide “*escuchar al niño que fue y que también no fue*”. Se trabaja con derivación a psicólogox.

Frente a las adicciones con alcohol o policonsumo que afecta sobre todo a jóvenes y adultos menores y mayores de treinta años, el trabajo consiste en realizar gestión de tratamiento y rehabilitación. Aquí se percibe cierta dificultad en lxs trabajadorxs sociales para trabajar con estas poblaciones. En general, quienes poseen estas problemáticas no acuden directamente a lxs TS o no son derivados por otros profesionales hacia ellas. Si aparecen como derivados por otro profesional, más bien se debe a que el problema se desprende o emerge en estrecha relación con el maltrato familiar o violencia de género, o por problemáticas vinculares o de irresponsabilidad civil frente a situaciones. Es conocido el hecho de que el alcohólico es solitario, silencioso, retraído, vergonzoso y culposo. Esto dificulta el acercamiento del profesional de la salud a la persona alcohólica, como así también intentar con la persona la posibilidad de consciencia de necesidad de ayuda y voluntad de cambio. En los jóvenes, esta problemática de adicción al alcohol no aparece como demanda directa. Quizás porque las consecuencias no aparecen desde el ámbito de la salud social u orgánica, sino tan sólo por comisión de ilícitos,

entrevistas se indagó esta posible diferencia, en general las respuestas son que “se trabaja con lo que hay”.

portación de estigmatización o por accidentes en autos o motos que provocan intervención quirúrgica, discapacidad y a veces invalidez o cuadriplejía. Lxs TS observan en sus recorridos de terreno a los grupos pequeños o numerosos de jóvenes consumiendo en las calles, con mucho tiempo de ocio, en horarios nocturnos, o antes de los horarios de salida de fines de semanas. El consumo es intenso, abrupto, excesivo, se mezclan las sustancias y a veces con psicofármacos. Es conocida la *jarra loca*. Esta problemática también emerge como tal en esta población ante la violencia entre pares o entre grupos, actos delictivos o de vandalismo, o problemas con algún vecino o con la policía, en estado de intoxicación, por vínculo íntimo conflictivo, o por situación familiar insostenible que provoca que mismos familiares denuncien a policía o demanden ayuda de contención o para resolver problema con integrante familiar. No es tenida en cuenta por quienes padecen estos comportamientos como problema de salud o daño de vida. Frente a estas problemáticas, cuando lxs TS tienen la posibilidad de acudir a las redes institucionales, como el Grupo GIA de la Escuela de Salud Mental en Merlo, Villa Mercedes, o del Departamento Pueyrredón, lo hacen. Cuando no poseen esta posibilidad a nivel local, los jóvenes o adultos no pueden viajar para solicitar turno o atenderse, o ser recibidos y admitidos en el momento en que se presenta la demanda en estas instituciones (por saturación de demanda, no por ineficiencia o desinterés), las intervenciones se pierden y un seguimiento se hace imposible.

A esta problemática de adicciones o consumo, se le asocia mucho el intento de suicidio o suicidio adolescente y también adulto. Hay veces en que la derivación proviene del médico, que por visualizar las autolesiones, o los cortes en brazos o piernas en adolescentes, deriva a trabajadora social o psicóloga con diagnóstico reservado o de riesgo de suicidio. Lxs TS afirman que las autolesiones se observan mucho en niñas, entre los 13 y 17 años, y que estas autolesiones no son frecuentes en niños y adolescentes masculinos de estas edades, pero que existen. Sí consideran lxs trabajadorxs sociales que los adolescentes y adultos hombres poseen conductas de suicidio o intento de éste. La posibilidad de ofrecerles tratamiento y seguimiento depende más de la responsabilidad y/o actitud de los pacientes. Consiste en escuchar,

contener, acompañar para tomar decisiones. Pero la falta de adherencia a tratamientos es lo que predomina en estos tipos de problemáticas.

Frente a la problemática del HIV es una dificultad trabajar con ellos o asistirlos, ya que si estos pacientes no tienen un apoyo familiar contundente, no sólo que no aparecen sino que tampoco realizan tratamientos o dan continuidad a los controles.

Con respecto a las problemáticas de abandono de ancianos, lxs trabajadorxs sociales además de recibir consultas sobre cómo realizar trámites de beneficios por PAMI, obtención de medicamentos, también acompañan y en muchos casos intervienen y realizan visitas para que los cuidados estén garantizados. El abandono, dicen, no corre sólo del lado de los familiares, también son las instituciones que abandonan y descuidan, con ausencia, falencias, maltratos.

El mayor obstáculo a sus tareas que perciben lxs trabajadorxs sociales se encuentra en el exceso de demanda, que provoca un agotamiento psicológico, físico y laboral. Este obstáculo propio de esta profesión en segunda medida es agravado por el tipo de problemáticas con las que tienen que trabajar, lidiar, acompañar, aconsejar, pensar, empatizar.

En base al exceso de demanda, se realiza mucha atención y asistencialismo, e intentos de tratamientos y rehabilitación, en el sentido de que se interviene en la enfermedad o problemática ya madurada. Los tratamientos y la rehabilitación corren más por la responsabilidad y posibilidades de los pacientes, y estos hábitos no son características preponderantes en la población, según afirman lxs TS.

El exceso de demandas en varios centros de salud también ocurre porque acuden personas desde otros barrios a un centro y no a los que deberían acudir por cercanía o competencia. Esto hace deducir que la cantidad de población destinada a un centro de salud con el equipo correspondiente, no se cumple la mayoría de las veces. Las razones de estas situaciones se indagaron y según cuentan las profesionales son varias: derivación del centro de salud por falta de turnos disponibles, falta de recursos disponibles, aparición de los pacientes por queja de mala atención o maltrato del otro

centro de atención, o por efectividad en la atención en el mismo centro de salud que hace correr la voz entre las familias de que en determinado centro se atiende correcta y eficazmente.

Al interior del funcionamiento como equipos de salud, varixs TS afirman que trabajar en equipo, incluyendo a los administrativos, es indispensable para lograr los objetivos en APS. Es un obstáculo cuando estas condiciones de organización, distribución de la información y coordinación, no se dan. Sin embargo, sí hay equipos en que esta tarea existe. Hay situaciones institucionales en las que la rotación continua de jefes de los servicios, hospitales y centros de salud, dificulta la estabilidad del funcionamiento, de su dinámica y organización del equipo profesional presente. La rotación de jefes obedece a la direccionalidad de la política gubernamental⁶, no de la política de los objetivos que se plantea la APS. Por ejemplo, afirman las trabajadoras que los médicos piden más médicos, a diferencia de ellas que piden más agentes sanitarios y psicólogas para el equipo de salud. También consideran que los médicos en general tienen la dificultad de desconocer las situaciones de vivienda y de vida de las y los pacientes. En este sentido, consideran que lxs médicxs sólo perciben órganos enfermos, no consideran el aspecto social o afectivo, desubjetivizan a quienes acuden por ayuda y se muestran desinteresados.

⁶ El artículo 7 del Capítulo III “De los profesionales de Atención Primaria de la Salud-APS”, establece: “A los efectos de desarrollar la estrategia de APS se deben conformar en todo el territorio provincial, equipos de referencia, los que situados en el primer nivel de atención de la Red Pública de Salud, deben: Garantizar la asistencia integral (promoción, asistencia y rehabilitación) de las personas y grupo familiar. Gestionar la continuidad de su atención en toda la red de servicios mediante el seguimiento del paciente derivado. Supervisar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos que se presten en otros niveles de atención. Los equipos de referencia dependerán exclusivamente del Poder Ejecutivo Provincial a través del ministerio del Ministerio de Salud, quien será encargado de la reglamentación de la presente ley, como asimismo de los nombramientos y aplicación de los regímenes jurídicos laborales correspondientes a cada agente”.

Hay quienes consideran que las dificultades y obstáculos también se refieren a la desigualdad de clase, en términos de capacidad de obtención y disponibilidad de recursos materiales y simbólicos, entre profesionales y demandantes de salud. Estas diferencias se reflejan en que lxs profesionales de la salud desconocen la diversidad que existe en la población referida a la construcción de identidades, de identidades de géneros, identidades y prácticas religiosas, identidades laborales transgeneracionales (como la prostitución, la cual es percibida como delito o enfermedad por parte de lxs profesionales de clase media y no como trabajo que dignifica como lo significan las mujeres que enfrentan la vida diaria). En este sentido, la escuela y el hospital escuchan a sus usuarios con desconocimiento sobre ellos.

Como factores externos a lo institucional de los centros de salud, en relación con el contacto con demás instituciones, las relaciones varían de localidad en localidad, y entre centros de salud. La mayoría de lxs TS afirma que hay una falta de redes de contención, sean asociaciones civiles, grupos formales o informales, espacios municipales, escolares, etc. En este sentido, no existe andamiaje y la ejecución fáctica de la APS no es posible. Es cierto que a veces que la comunicación con los grupos de la Escuela de Salud Mental es efectiva y que la atención y admisión de pacientes también lo es. Pero hay localidades o situaciones que esta comunicación interinstitucional o intersectorial no ocurre y no se obtienen respuestas o intercambios, ni derivaciones o seguimientos (referencia y contrarreferencia).

Las relaciones que se establecen con los juzgados que derivan, solicitan informes, diagnósticos, también es un factor que incide en cómo intervenir y en las expectativas de superar ciertas problemáticas. Depende de la localidad, del juzgado, del hospital que estas relaciones funcionen acorde a lo esperado o en contra de lo sugerido. En las relaciones con las obras sociales ocurre lo mismo, ya que se sugiere y hay veces que se acompaña a los pacientes hasta las obras sociales para reclamar lo que corresponde ya que no todas las obras sociales trabajan y responden de la misma manera. Varixs profesionalxs sociales afirman que “el sistema en general” no colabora, y que la articulación necesaria no existe. Muchas instituciones no acompañan al

centro de salud cuando éste decide, interviene, sugiere, se abstiene, interpela, solicita.

Lxs médicxs, respecto de las problemáticas que atienden o en las que se focalizan, describen que hay mucha atención de control de salud para niños y niñas, escolarizados o no. Se realiza seguimiento y control, como así también planificación de objetivos, entendiendo por estas tareas propias de la APS en prevención de enfermedades y promoción de salud. Como también han manifestado los demás profesionales, dicen lxs médicxs que existen talleres que se abren o habilitan en los centros de salud para estos controles, o que a partir de estos controles, se brindan otros talleres que tienen que ver con la promoción de la salud. El dictado de estos talleres depende de cuáles son las problemáticas detectadas según lxs médicxs o equipo de referencia y de cuántxs profesionales hay disponibles como así también de los espacios disponibles (Salón de Usos Múltiples, salas que ofrece el municipio o las escuelas). A estos talleres generalmente se abocan varixs profesionales como nutricionista, fonoaudiólogx, psicólogx, obstetra, odontólogx según las necesidades, demandas y la planificación establecida por la autoridad del centro o por decisión del equipo.

Hay médicxs que generalmente ocupan los puestos de dirección de los centros u hospitales, promueven y acompañan en la salida al terreno, las visitas a casas y barrios a lxs demás profesionales. Hay autoridades de los centros de salud u hospitales que habilitan para este trabajo y colaboran e intervienen en la planificación y organización de etapas, horarios, uso de recursos humanos, materiales y de bienes. Otras autoridades no incentivan o no colaboran con actividades de organización de equipo o con permisos para salidas al terreno. Otras dejan trabajar libremente según el criterio de cada profesional y /o equipo de referencia.

Respecto de las enfermedades estacionales, todxs lxs médicxs afirman que se dedican a estas problemáticas y hay quienes planifican talleres o distribución e información cuando la época del año lo requiere. Con las enfermedades no transmisibles, como la hipertensión, los cálculos en vesícula, arritmia cardíaca, dolencias físicas, distimias, obesidad, anorexia, diarreas, celiacuías, que están siendo identificadas en poblaciones cada vez más

jóvenes, afirman que caminatas saludables, talleres informativos o educativos, con reuniones en las plazas se planifican y de hecho se realizan. Pero la continuidad por parte de la población para que estos comportamientos logren ser hábitos de conducta, es difícil de lograr y en general estas caminatas dejan de existir.

Hay médicos que identifican muy específicamente los trastornos neurológicos, que por causas de desnutrición o por retraso madurativo debido a ausencia de contención afectiva y emocional, son los factores que inciden en los aprendizajes escolares y sociales. Los trastornos autistas, epilepsia, el déficit de funcionamiento intelectual, la cognición social, o trastornos específicos de aprendizajes son sólo identificados cuando hay un/a médico/a especialista en estas problemáticas. Uno de ellos, que está especializado en estos temas y fue entrevistado para esta investigación, refiere que los profesionales, tanto las psicólogxs, fonoaudiólogxs, psicopedagogxs, nutricionistas y lxs médicos mismos no son formados adecuadamente para estos problemas actuales. Es decir, no se logra un diagnóstico diferencial claro, al menos no uno logrado consensualmente. No existe trabajo interdisciplinar con estas problemáticas, o por lo menos este médico no lo visualiza. Tampoco seguimiento de sus pacientes, ya sean derivados a otros profesionales o por recibimiento de los otros profesionales. Cuando no hay especialista en estos temas, los diagnósticos pueden ser apresurados y rotuladores, que luego provocan estigmatización, y derivan directamente a psicopedagogas o psicólogas.

A las demás situaciones, en las que prevalecen malestares generales, dolencias exageradas, repetición de consultas, los médicos las derivan a los profesionales sociales. Cuando los casos son de urgencia o de imposibilidad de traslado, lxs médicos optan por realizar visitas a las viviendas, ya sean por inmovilidad, ataques de pánico, brotes psicóticos, o daño traumatológico. Pero, en general, lxs médicos no realizan trabajo de campo y de terreno. La excesiva demanda que provoca la saturación del servicio, colabora para que ciertas tareas prevalezcan sobre otras. Cuando lxs médicos frente a las dolencias físicas identifican aspectos sociales y emocionales que influyen en las mismas, derivan a psicólogxs o trabajadorxs sociales.

Frente a situaciones tensas o intensas, debido a crisis psicológica, estado psicológico complicado por intoxicación, intensidad de la demanda con posible hecho de violencia hacia el personal de salud (debido a traumatología por accidente o dolencia física muy grave por la cual se exige atención inmediata), lxs médicxs afirman que su única posibilidad es cumplir un *rol de bomberos*. Es decir, en estos casos, refieren a la obligación de asistir y no a la práctica de atención primaria propiamente dicha.

Una médica afirma que se deriva todo aquello que no se puede atender o contener. En ciertas localidades, las psicosis, tengan o no peligrosidad de daño físico, son atendidas desde el sector privado. Consideran ciertxs médicxs que la psicología puede ejercer un trabajo de aliviar angustias ante las situaciones de pánicos o brotes psicóticos. Lxs médicxs, derivan directamente a colegas psiquiatras o profesionales de la psicología.

Frente a las adicciones, hay médicxs en los centros de salud que trabajan en conjunto con psiquiatras, psicólogxs, trabajadorxs sociales y también a veces con el servicio del Hospital Escuela de Salud Mental que asiste y ayuda a la conformación del grupo GIA. Las adicciones suelen ser intervenidas y tratadas con la modalidad familiar, ya que se considera que son éstas las que son afectadas directamente con esta problemática. Hay centros de salud que tienen días por semana establecidos para el trabajo en grupo y familiar, de manera interdisciplinar. Hay centros de salud en los que, por el volumen de demanda, la lejanía local respecto de las urbes, los escasos recursos humanos, esta admisión y atención sólo se realiza en el momento de la demanda, pero no de manera continuada y profunda. El seguimiento es más difícil aun. Es decir, la continuidad de la respuesta de salud es muy limitada. Hay situaciones en que se los deriva a localidades de mayor envergadura y también solicitando admisión en Escuela de Salud Mental⁷, o al Centro de Prevención y Atención de Adicciones que solamente se ubican en la ciudad de San Luis y Villa Mercedes respectivamente. Otras situaciones, en las que los/as

⁷En el momento en que se realizaron las entrevistas la localidad de Villa Mercedes no contaba con un Hospital Escuela de Salud Mental. En el 2017 se inauguró esta institución y funciona a partir de entonces en esa localidad este servicio.

demandantes aparecen con excitación psicomotriz o crisis anímicas, directamente se los intervienen con medicalización. Esto también ocurre en los hospitales regionales. Existen, en ciertas localidades, grupos, como el grupo GIA, grupo Ansiedad, grupo para HIV. En estos casos, se logran continuidades de participación del demandante y la familia, y seguimiento profesional en muchos casos. En otros, la participación es intermitente y el seguimiento profesional se complica. Afirman lxs médicxs que cuando hay compromiso y acompañamiento familiar, los tratamientos son más llevaderos y los resultados positivos, más notorios.

En relación con la problemática de la violencia, en más de una entrevista admite que en general ésta recae sobre la mujer. Son quienes padecen la violencia en su físico y son ellas quienes demandan consulta y atención. Sin embargo, por lo entrevistado y la recolección de información, estas violencias en sí no son motivos de consulta por parte de las mujeres a lxs médicxs. Solicitan consulta al especialista por “dolencias generalizadas o muy puntuales”. Y es a partir de las dolencias físicas o síntomas como consecuencias de situaciones que la derivación de lxs médicxs se realiza a los demás profesionales, quienes identifican estos casos como problemática de violencias. Lxs médicxs en general no cuentan cómo se trabaja con las violencias de género, familiar, abuso infantil, maltrato. Esto responde a lo aclarado más arriba respecto de la derivación hacia lxs demás profesionales cuando hay cuestiones psicosociales en juego.

Respecto de la violencia entre jóvenes, física y no física, ocurre algo similar. Aparecen como motivo de consulta molestias y dolencias, y luego estos jóvenes son derivados a los profesionales sociales para ser atendidos. La demanda de estos casos las recibe el profesional de la psiquiatría, con motivos de consulta por intentos de suicidio o autolesiones graves o no.

Con respecto al embarazo adolescente la demanda de consulta es alta. También demandan en buena cantidad lxs adultxs. Hay localidades en que las mujeres solas o en compañía con su pareja consultan con el objetivo de informarse sobre la interrupción del embarazo. En estos casos, lxs profesionales intentan trabajar con estas madres y padres el establecimiento de un eventual vínculo filial. Con las jóvenes embarazadas se encargan de que

cumplan con los controles de embarazo, en conjunto con la/el obstetra en caso que exista en el centro. Más allá de esta generalización, a veces la situación por consulta de interrupción del embarazo ocurre con una joven, que puede estar asustada o no, que puede poseer escaso sostén afectivo y familiar, que la situación de embarazo fue por relación íntima con desconocido o no planeada ni deseada. Todos los casos se escuchan atentamente y guía a la persona de acuerdo a la situación.

Como se describió en el capítulo anterior, lxs médicxs entrevistadxs, generalistas, especialistas o psiquiatras, reconocen muchas de las problemáticas referidas a estados anímicos que se reflejan en enfermedades no transmisibles y también transmisibles. Algunxs médicxs demuestran preocupación e interés por los factores psicosociales que influyen en los procesos de enfermar, y otros simplemente codifican identificación de causales y derivan a profesionales sociales instantáneamente. A partir de lo dicho, relacionando las problemáticas poblacionales con el modo de admisión, atención, tratamiento, rehabilitación de acuerdo al campo de APS, y las formas y modalidades del ejercicio profesional de la medicina, se comprenden mejor sus actuaciones cuando lxs entrevistadxs relatan acerca de los obstáculos, dificultades y también resultados que existen. Al indagar sobre los obstáculos o dificultades del ejercicio profesional de la medicina y de los demás profesionales sobre las problemáticas, refieren mucho que sus actuaciones se encuentran condicionadas y limitadas, la mayoría de las veces, por la lógica y dinámica de funcionamiento del sistema de salud, ya sea como se despliega al interior de un centro u hospital o cuando repercute la política provincial y nacional en salud visualizada en forma global.

Entre esos obstáculos o dificultades, en cuanto a la ausencia del trabajo interdisciplinar, hay médicxs que respondieron que esto se debe a las falencias que existen en la formación de grado, tanto en unas disciplinas como en otras, en la adecuación de conocimiento y atención en problemáticas actuales. Por ejemplo, una costumbre médica es no ser consciente de que quienes asisten por sus problemas muchas veces no saben leer, tienen dificultades cognitivas, retrasos madurativos en el orden social y afectivo, no perciben sus problemas de visión, por lo que muchas personas no

comprenden de lo que habla lxs médicxs. Éstxs, a su vez, desconocen estos factores de la persona y revisan y observan un cuerpo y anotan diagnóstico, recetas y/o derivaciones, sin establecer contacto visual, e incluso empático con sus pacientes. Otro ejemplo, según un médico y referido al ejercicio del profesional en psicología, es que observan que lxs psicólogxs consideran que mayormente todo trastorno, enfermedad o problemática de los niños son edípicos, o entienden la situación en clave intrafamiliar. Estos ejemplos permiten visualizar dos problemas intrínsecos de la posibilidad de la interdisciplina. Por un lado, el lenguaje encriptado de cada disciplina se hace incomprensible tanto para los pacientes como para los demás colegas. Además, cada disciplina y profesional porta algo de reduccionismo en sus consideraciones sobre las problemáticas sociales. Por otro lado, se desconocen los contenidos conceptuales de las otras disciplinas, sus métodos y formas de diagnósticos y sus modelos de abordajes. Los colegas profesionales muchas veces no tienen conocimientos de qué hacen los demás colegas de otras disciplinas, cuáles son sus funciones y objetivos, competencias y roles referidos a la atención y posible solución de problemas de la población.

Estas dificultades obedecen en gran parte a la formación, como así también a las limitaciones que impone el sistema formal de trabajo en el sistema de salud. Como dijimos, se puede comprender a partir de un exceso de demanda poblacional y las características de la población para superar sus problemas, y también por cómo la estructura del servicio la recibe.

El seguimiento de lxs pacientes es otra dificultad insuperable. Las prácticas médicas ejecutan diagnósticos y recetan medicamentos, y también realizan derivaciones e interconsultas cuando, según sus conocimientos, enfrentan enfermedades que no responden completamente a los tratamientos a base de medicamentos. Si lxs pacientes no resuelven la problemática de cómo conseguir los medicamentos recetados y no logran mantener la conducta de la continuidad del tratamiento, se dificulta la vuelta al médico debido a la posibilidad de ser *retados* (y sentirse a veces maltratados) por no seguir pautas o interrumpir tratamiento por equis razón. En estos casos, lxs médicxs no *persiguen* o *buscan dar el seguimiento* necesario

y obligatorio al paciente. Igual ocurre con las derivaciones que se realizan, con o sin interconsulta.⁸

Son pocos lxs médicxs que siguen al paciente o caso familiar comprometidamente acompañando al profesional al cual derivó la situación. Estas prácticas de atención y tratamientos con características de fragmentación se dan tanto en centros de salud pequeños como en hospitales medianos y grandes, de segundo nivel. Hay que señalar y afirmar, sin embargo, que sí hay centros u hospitales en que las/os médicas/os y equipo establecen abordajes interdisciplinarios y sí hay seguimiento continuado en ciertos pacientes o casos familiares. Cuanto más chico es el centro, menos capacidad de atención cuantitativa hay, pero una mayor posibilidad de dar seguimiento a las personas. Según lo entrevistado y la excesiva demanda existente, esos son apenas pocos casos. Los mecanismos de referencia y contra-referencia, con todos los factores señalados que intervienen, se realizan mínimamente.

Hay un factor que si bien puede considerarse externo a la formación y a las prácticas dentro de un hospital, cobra relevancia por su significación. Hay médicxs que consideran que existe un choque de culturas entre ellxs y las personas a las que atienden. En general, lxs médicxs no viven en los mismos lugares de residencia de sus pacientes. Esto desemboca en un desconocimiento de sus ambientes, hábitos, problemas de urbanidad, conflictos de calles o entre barrios, nacionalidades, sectarismos, significación que la población atribuye a sus problemas. Y desconocen los aspectos psicológicos generales de estas personas, su relación con la religión, con el Estado, con sus familiares, su historia familiar transgeneracional. En este sentido ocurre, según otrxs médicxs, que rechazan las cosmovisiones que los pacientes tienen. Otras veces las respetan y tratan de trabajar para hacerles reflexionar sobre la ineficacia, inexactitud o lo mágico de esas creencias. Por ejemplo, ante la educación o sugerencia de métodos anticonceptivos o estilos de relaciones sexuales.

⁸ Esta dificultad amerita algún comentario acerca de las representaciones sobre la autoridad médica, razón por la cual será retomado en el capítulo del análisis.

Un obstáculo que se presenta a la hora de la intervención referida a los tratamientos según lxs médicxs, es la irregularidad de los pacientes en la continuidad de la asistencia a tratamientos o procesos para solucionar el problema. Si bien esto obedece a ciertas condiciones materiales de existencia descritas como causas de los problemas (saturación de tareas hogareñas, desempleo formal o informal, falta de recursos, imposibilidad de asistir por no tener quién cuide a los niños, lejanía al hospital o lugar de residencia, inmadurez cognitiva, etc.), no excluye cierta responsabilidad de estos profesionales en el ejercicio de sus funciones. Lxs médicxs entrevistadxs consideran que si se reconociesen estos problemas como causas, tanto psicológicas como sociales, ellas/os podrían eliminar el desconocimiento propio del contexto de sus situaciones. Y reconocer cotidianamente que la tarea de restablecimiento de la salud de una persona empieza con el tránsito de la persona por el sistema de salud. Señalan que existe cierta omnipotencia, deshumanización por parte de los profesionales de la disciplina. “El que tiene el saber, tiene el poder”, o “el que tiene el poder, se afianza en su saber”, según palabras de un médico. Y esto corre también para los demás profesionales. Muchas veces es la/el médica/o quien determina quién debe atenderse y cómo debe hacerlo.

Se suma a estas características la opinión de varixs médicxs de que las directrices desde el Ministerio de Salud no existen para APS. Las tomas de decisiones gubernamentales no colaboran con los objetivos, funciones y modalidades de trabajo que podrían ejecutarse en APS. Por ejemplo, falta de nombramientos de profesionales de psicología, de obstetras, pediatras, fonoaudiólogas, trabajadoras sociales, nutricionistas, enfermeros, por un lado. Y falta de apoyo a instituciones como municipios o asociaciones civiles para articular funciones de prevención de enfermedades y promociones de salud, por otro. Según una médica, existe una dificultad en conciliar el trabajo de campo con el institucional, para todos los profesionales abocados a APS. Otro médico afirma que no hay política organizada en salud ni de responsabilidad profesional. Este mismo médico considera que muchos de los logros del sistema de salud sobre los pacientes corren por cuenta del esfuerzo individual que puede hacer o no, cada profesional. Hay declaraciones más

radicales tales como “existe una política en salud que va en contra de los requerimientos necesarios para promocionar la salud”.

La APS, bajo todos estos aspectos señalados, no tiene posibilidad de ejecutarse exitosamente según los objetivos que se plantea en tanto estrategia de atención, y las tareas que deberían realizarse en relación con la integralidad e interdisciplinariedad.

Otras consideraciones corren por el lado de cómo se organizan y planifican las atenciones de lxs profesionales de acuerdo a la referencia legal y formal de trabajo en APS. Para un médico, los problemas de salud y la posibilidad de captación tienen que ver con capacidades de visualización de estas problemáticas por parte del equipo profesional. Para este médico esta perspectiva consiste en que los emergentes de salud se relacionan, entonces, más con la capacidad de oferta de servicio. Existe otra perspectiva que responde al modelo de organización sanitaria que consiste en que los emergentes en salud dependen de la capacidad de las personas en asistir por sus problemas, es decir, de demanda. Una perspectiva tiene que ver con las determinaciones de las condiciones estructurales para atender la salud social, y otra perspectiva con las condiciones determinantes de la salud social según las consideraciones de lxs profesionales, respectivamente. Una estrategia es salir a buscar las problemáticas de salud para evitar problemas epidémicos, y otra diferente es esperar a que la población considere que a partir de determinada dolencia y dificultad, puede y debe solicitar atención.

En esta misma línea, otro médico afirma que en una de las dos urbes más grandes, existe un desfase entre la realidad que acude al sistema de salud y la estadística epidemiológica del Ministerio de Salud. Ese desfase se expresa, por ejemplo, en datos referidos al nivel de funcionamiento intelectual mínimo, autismo, problemas neurológicos, discapacidades, etc.

Respecto a la obesidad en niños/as (traducida como desnutrición) y la obesidad en adultos, como causa de diferentes enfermedades no transmisibles, ambas tienen factores causales en las personas relacionados con desconocimiento e ignorancia, hábitos de conductas, falta de recursos, variables ambientales y regionales, y determinantes orgánicos, según afirman las/os médicas/os. Este problema como ejemplo, ayuda a comprender el

enfoque estratégico en el sentido de que al admitir y atender un problema, éste debe ser analizado como un todo que se presenta con sus partes, y ser intervenido y tratado a partir de una secuencialidad de pasos y procesos que cada profesional de cada disciplina decidirá cuándo y cómo hacerlo. La variable del desconocimiento de la población sobre ciertos asuntos, como por ejemplo, los aspectos de hábitos de vida, es reflejada con el paso del tiempo en daños orgánicos o la falta de registro consiente que un malestar o daño orgánico en realidad manifiesta un conflicto psicológico de orden individual, familiar o social e incluso laboral. Este panorama forma parte del trabajo en APS. Es decir, según lxs médicxs los aspectos informativos, educativos y psicoeducativos forman parte de esta estrategia de trabajo para delimitar y definir cuál es un problema de la población y cómo debe ser atendido en tanto prevención y promoción de la salud.

La mayor cantidad de entrevistas que se realizaron estuvieron destinadas a lxs profesionales de psicología. Como se dijo anteriormente, se entrevistó a cada profesional según cada centro de salud señalado. En aquellos centros de salud que estuvieran trabajando más de una profesional de la psicología, se logró entrevistar al menos a dos profesionales.

En cuanto al perfil profesional de lxs profesionales, de las 16 profesionales en psicología entrevistadas, 12 se formaron en la Universidad Nacional de San Luis, 1 en la Universidad Nacional de Córdoba, 1 en la Universidad Nacional de Rosario, 1 en la Universidad de Buenos Aires y 1 en la Universidad de Kennedy. Sólo una profesional **no** se recibió con el plan de estudios 4/96 de la Universidad Nacional de San Luis, y es quien posee la mayor experiencia laboral en el ámbito de la salud pública ya que lleva 20 años en ésta y 8 años en APS. Dos profesionales afirmaron que su experiencia laboral en el ámbito de la salud pública es de 15 años y otros dos profesionales 12 años, y 3 profesionales afirmaron tener 10, 9 y 6 años de experiencia cada una. En APS las experiencias laborales oscilan desde 1 año de experiencia hasta 13 años de experiencia. Tres profesionales afirmaron tener 2 años de experiencia. El resto tiene como experiencia 10 años, 8 años, 7 años, y 4 años respectivamente cada uno.

Se comprobó que la formación teórica psicoanalítica es lo que predomina en casi la totalidad de las entrevistadas, ya que solamente una profesional afirmó que su formación es de base teórica cognitivo-conductual, recibida en la UNSL con el conocido plan 4/96 el cual propone que durante el 4° y 5° año de la Licenciatura puedan cursar un total de siete asignaturas (referidas a psicopatología, diagnóstico, clínica, ámbito institucional y ámbito educacional) bajo una orientación psicoanalítica o bajo una cognitiva.

Ahora bien, la capacitación posterior y/o la especificidad al interior de esta orientación teórica se diversifican según cada profesional. Son 2 profesionales que se capacitaron mediante posgrados orientados en abordaje familiar, 4 profesionales que ingresaron al sistema público de salud mediante la capacitación de posgrado de Especialidad de Médicos Comunitarios y 3 mediante posgrado en residencia en “Salud Familiar y Comunitaria”. Una profesional afirma que se capacitó en ADEIP (institución de investigación, formación y capacitación en psicodiagnóstico psicoanalítico). Hay profesionales capacitados en orientación lacaniana, psicoterapia vincular y en psicoanálisis sistémico, y otras que realizaron especialidades referidas a las adicciones. Otra profesional destacó que tiene una formación en educación ya que posee títulos de grado de profesora en expresiones artísticas.

Cabe realizar unos breves comentarios sobre las apreciaciones de lxs entrevistadxs respecto de la idoneidad y/o adecuación de su formación en relación con el trabajo en el ámbito público de la salud. Respecto de lxs más jóvenes, la expresión más escuchada es la que se refiere a que se desvanece lo útil de gran parte del psicoanálisis cuando el encuadre de éste quiere aplicarse con cada situación. Según lo respondido por muchas de ellas, se hace un “psicoanálisis aplicado al hospital público”, es decir, que desde los conceptos tales como el inconsciente, síntomas, motivo manifiesto y latente, etc., sirven mucho para reflexionar la situación de las personas, más la interpretación al estilo freudiano no es una herramienta de intervención que se utilice con eficacia. Esto, por un lado. Por otro, aquellxs profesionales que trabajaron y/o realizaron residencias en el ámbito público, manifiestan que les sirvió mucho para aprender cuestiones que no están en la formación y que el valor del psicoanálisis en tanto herramienta hermenéutica no se ve anulado

por aspectos característicos de su trabajo tales como, entre otros, trabajar en equipo con demás profesionales de otras disciplinas, salir al campo o al terreno con colegas, visitar familias y/o grupos barriales en condiciones de vida reales, conocer los tipos de demandas de la población, escuchar las preocupaciones y sufrimientos de quienes asisten al hospital, comprender la lógica y dinámica del hospital público, diferenciar el trabajo de prevención y promoción de la salud con el de asistencia a quien está sufriendo o padeciendo. Aun así, la totalidad de lxs entrevistadxs afirmó que es en la experiencia de trabajo en la que se *fogonearon* y aprendieron qué hacer y cómo hacer el trabajo en salud. Rescatan que la formación que tuvieron en cierto sentido es idónea ya que permite tener una seguridad profesional vivenciada en ellxs de manera subjetiva, es decir, estudiaron y aprendieron técnicas de abordaje y conceptos clave para reflexionar e intervenir que funcionan como un anclaje que proporciona autoconfianza en el desempeño profesional. También salvan que la formación les otorgó un posicionamiento epistemológico en cuanto que lo primordial es que trabajan con personas que están padeciendo y/o sufren, y a partir de este posicionamiento es posible lograr una empatía y aporta cómo leer o interpretar la situación de las personas que reciben, admiten, atienden, derivan, tratan, aconsejan, escuchan, empatizan, sugieren, educan, acompañan, etc. Una práctica totalmente generalizada en estas y estos profesionales de la salud es que realizan supervisión con otro profesional de psicología (muchas veces pagos por ellas mismas de manera particular, es decir, no supervisan con colegas de la misma institución) de los casos que atienden y también de aquellos por admitir o no.

Como consideración primera y general para analizar los impactos de la formación de lxs profesionales, hay que recordar que la presencia de profesionales de todas las disciplinas necesarias y establecidas por ley, no se concreta de la misma manera para cada hospital o centro de salud. Lo mismo puede apreciarse respecto al funcionamiento en general de un equipo profesional. Hay equipos que logran consolidar un trabajo en equipo, organizado y planificado, y hay equipos que trabajan cada profesional por su parte. Es decir, hay psicólogxs que trabajan interdisciplinariamente con otros profesionales y realizan tareas de consultorio clínico dos o tres días de la

semana, y el resto en trabajo de terreno, talleres en hospital, en escuelas, reuniones de equipo, toma de entrevistas para admisión. Hay profesionales que distinguen lo bien que un grupo informal de trabajo funciona dinámica e interdisciplinariamente, por ejemplo, en el trabajo en campo, sin que se requiera de una coordinación formal para que esto suceda. Mas también identifican que no hay reuniones grupales internas con el equipo total del centro de salud, lo que produce que no haya estrategias conjuntas. Otrxs profesionales afirman que tienen reuniones interdisciplinarias los viernes con las demás profesionales del equipo de APS. Se organizan en atender emergentes y hacer estrategias que tengan resultados terapéuticos. En otros casos, se afirma que la colaboración entre colegas existe, pero no es estratégica o planificada. Cabría distinguir si esta práctica llega a ser interdisciplina o tan sólo inter-consulta⁹. Respecto del trabajo en campo, la mayoría de lxs profesionales afirma que se realiza interdisciplinariamente y que las personas en el barrio “te abren las puertas cuando vas con una agente sanitaria”. Aquellas profesionales que sí realizan trabajo de campo, lo hacen considerando lo significativamente importante para el local. Por ejemplo, en los hacimientos los sucesos climáticos hacen que las conductas cobren otro sentido y prioridad e importancia según el día “ambiental”. Otrx profesional afirma que el 80% de su trabajo es en consultorio y que el resto lo destina más que nada a talleres o a realizar observaciones a internados (si bien en este hospital hay internados, es decir, corresponde al segundo nivel de atención, el equipo de salud trabaja en acciones propiamente de APS). Otrx profesional afirma que no realiza trabajo de campo. Para otro profesional hacer clínica es APS porque ya sea para retomar el tratamiento o tomar los casos judicializados es una forma de prevenir situaciones futuras.

Como segunda consideración, y en relación directa con la formación por ellas descrita según párrafos anteriores, varias profesionales confiesan que muchas veces el psicoanálisis no es idóneo para el trabajo en salud pública. En todo caso, afirman que son los conceptos que ayudan a pensar y

⁹ Interdisciplina, interconsulta, trans-disciplina y multi-disciplina se definirán más adelante.

reflexionar sobre cualquier problemática, es decir, sirven como herramienta hermenéutica, pero que el encuadre de contrato psicoanalítico (tiempo, espacio y asociación libre) y la interpretación como técnica de intervención no logra resultados. Otras profesiones afirman que en los casos de violencia en la pareja o conflicto por posible separación, las intervenciones oscilan entre la interpretación y la explicación de la metáfora del conflicto a la pareja. También opina otra profesional que salirse del encuadre clínico, es decir, salir a hacer trabajo de campo visitando a pacientes o posibles pacientes muchas veces ayuda y otras veces no tanto, ya que los pacientes se confunden en el sentido de creer que el/la profesional de psicología no está resguardando el secreto profesional si no se encuentra con él o ella en el consultorio. Afirman las profesionales que el trabajo educativo y psicoeducativo es imprescindible como así también la perspectiva comunitaria. Otra profesional afirma que el trabajo de consejería es importante y que hay que ayudar a colocar en palabras a todo aquello sobre lo que la persona no puede verbalizar. La escucha y las propuestas de cambio son fundamentales, y esto puede lograrse ya que hay una gratificación de los pacientes en sentirse escuchados, según afirman varias profesionales.

Algunas profesionales hablan de que realizan cerca de 150 entrevistas mensuales, y a veces 50, 60 y hasta 70 personas semanales. La cantidad de demanda no es continua y estable, varía de acuerdo a la época, por algún suceso particular que azota a la comunidad, y por la disponibilidad de horarios para la atención y entrevista correspondiente. Para otras profesionales, el servicio está desbordado ya que la demanda es mucha. Según una entrevistada, realiza 10 horas en terreno y 20 en consultorio semanalmente, y aun así vive una "vorágine laboral" (el resto se distribuye con reuniones de equipo, supervisiones, planificación e interconsultas). Otra profesional afirma que distribuye su única atención en consultorio en un 40% mujeres, 40% hombres y 20% niñas/niños. Otra profesional contó que tiene su agenda de consultorio llena y que da turnos para 15 días después.

En relación con el control de embarazo, alimentación, preparación para el parto, vínculo temprano con el bebé, binomio madre-hijo, relación y presencia parental, higiene en los primeros años de vida, las psicólogas de

algunos equipos de salud aducen que realizan consejería a las futuras madres ya que se enfocan sobre el aquí y ahora de la situación concreta de cada una de ellas. Intentan brindar herramientas para que las futuras madres y padres puedan ser conscientes de la importancia del vínculo temprano. Desde su disciplina, lxs psicólogxs buscan que las madres identifiquen las emociones desde el embarazo y registren las mismas durante el primer cuatrimestre de vida de lx niñx. Hay centros que aplican la “Preparación Integral Maternal” (PIM). Se escucha, se orienta en compañía con agentes sanitarix, obstetra, pediatras, nutricionista, médicxs, odontólogxs, de acuerdo a cómo está planificada la actividad semanal. Es decir, si en la jornada se trabajará alimentación e higiene trabajan nutricionista y agente sanitarix y, si es necesario, la psicólogx; y si es preparación de parto y vínculo temprano trabajan la psicólogx, trabajadorx social y médicx, en caso de ser necesarios, según el grupo, los emergentes y las necesidades. En los talleres trabajan mucho la cuestión psicoeducativa sobre amamantamiento, el rol del par, se les enseña el calendario de crecimiento según las edades del niño/a y sus vacunas, vínculo de madre hija/o, se despejan dudas.

En aquellos equipos profesionales en que el trabajo es mancomunado, la tarea preventiva de control de niños sanos la realizan lxs profesionales de psicología en compañía de los demás profesionales: médicxs, nutricionistas, odontólogxs, fonoaudiólogxs, trabajadorxs sociales. En estos casos, se trabaja en los talleres que se brindan en el hospital que se desprenden de la información repartida a las madres que estuvieron embarazadas y a las que se les brindaron sus respectivos talleres para controles. Esto es posible cuando la organización y planificación son suficientes, o cuando aplican talleres de “Crecimiento y desarrollo”, por ejemplo. Los espacios que se usan en general es el salón de usos múltiples (SUM) en caso de que el hospital lo tenga, o la sala que se destina para repartir los insumos de leche materna, o espacios que las escuelas o municipios prestan. De acuerdo a la temática que toca trabajar en cada día es que están presentes determinadas profesionales en conjunto. A veces la tarea planificada para un día en talleres o simplemente durante las visitas a los controles por parte de las madres es realizar psicoeducación en temas relativos a la alimentación, cuidado bucal, horarios para jugar y horarios para

dormir de las y los niñas/os, manualidades para mujeres, actividades para adolescentes. En APS el trabajo consiste en “ayudar a organizarles la vida cotidiana y ponerles en palabras todo lo que esta tarea implica”, según afirma una de las entrevistadas. Para otrxs, en APS se solicita más asistencia que prevención, entre otras cosas, porque el trabajo comunitario no se percibe como trabajo propiamente dicho por parte de las autoridades del centro de atención u hospital.

Hay muchas derivaciones que lxs profesionales de la psicología reciben desde lxs médicxs, agente sanitarix, trabajadorx social o pediatra y que se refieren a problemáticas como enuresis, encopresis, aftas, gastritis, obesidad, desnutrición, celiaquía, diabetes e incluso pacientes oncológicos. Hay quienes trabajan en consultorio individualmente y hay quienes trabajan en interconsulta con pediatras, trabajadoras sociales y/o agentes sanitarix, sin trabajo interdisciplinar para estos casos. Hay un centro de salud en el que estos casos son atendidos siempre en presencia de los distintos profesionales, es decir, se trabaja interdisciplinariamente. Hay profesionales que aceptan la derivación por parte de lxs médicx, hacen la admisión y atienden primeramente la problemática orgánica y luego cuando emerge la conflictividad familiar comienza el trabajo terapéutico. Hay quienes reciben las derivaciones de las demás profesionales, pero si las personas no se quieren atender, no trabajan con ella (“si no hay demanda, no atiendo”). La forma que tiene de organizarse es citando a los pacientes una vez cada dos semanas, y hay pacientes desde 6 y 7 años en tratamiento. Hay profesionales que notan que si bien los varones suelen acudir únicamente a tratamiento por pedido del juzgado, últimamente hay un aumento de demanda de atención por parte de ellos de manera directa. Estas descripciones ilustran la variedad de la demanda. A partir de entonces, lxs profesionales de psicología pueden traducir esta recepción de demanda en una planificación interdisciplinar o meramente de inter consulta con otrx profesional. Las características de estas planificaciones y trabajo interdisciplinar difieren de centro en centro.

Al igual que en las descripciones de lxs profesionales de las otras disciplinas, muchas veces se presentan las problemáticas señaladas en previamente u otras, se presentan como demanda inicial y una vez atendidas,

emerge la conflictiva de aprendizaje o conflictiva familiar que hay de base. De acuerdo a esto, se atienden los emergentes y se trabajan en estrategias para que tenga efecto terapéutico. Trabajar la escucha y la atención, empatizar con el lugar y sufrimiento del otro, establecer una mirada de equilibrio y confianza, explicitar el secreto profesional, son prácticas necesarias y con resultados terapéuticos positivos.

Una constante de trabajo interdisciplinario y comunitario es la organización y planificación de caminatas saludables, por ejemplo, para las personas –jóvenes y adultas, de ambos sexos- con problemas de salud, en su mayoría las personas con enfermedad no transmisible (ENT). Al igual que lxs demás profesionales, afirman que estas caminatas comienzan con efervescencia por parte de las participantes, pero con el tiempo se disuelve el entusiasmo y se desvanece el hábito. Se realiza trabajo comunitario, acompañamiento, consejería, y hasta trabajo educativo o psicoeducativo. Hay algún centro que realiza trabajo en talleres para cesación tabáquica, a los cuales asisten mayormente varones adultos. Si bien es una problemática que se considera relativa al consumo, está en estrecha relación con las ENT, y es a partir de este diagnóstico que el consumo de tabaco se considera como determinante de otro problema orgánico.

Las demandas al hospital por problemáticas escolares referidas al aprendizaje y conducta difieren de localidad en localidad, de centro en centro. Las diferencias se deben a las maneras de relacionarse que tienen lxs directivxs y docentes de cada localidad o escuela con el hospital de referencia o CAPS, en cuanto a solicitudes de diagnósticos o informes de niñas y niños, talleres educativos e informativos de diversos temas, aceptación de una propuesta del equipo de salud a la escuela para realizar charlas de diversa índole como lo puede ser “bullying” o “educación sexual”.

Lxs profesionales de la psicología respecto de las problemáticas escolares referidas a los aprendizajes afirman que los pedidos llegan desde las escuelas, por solicitud de los docentes o psicopedagogas, derivaciones de médicxs, agentes sanitarixs, trabajadorxs sociales o fonoaudiológxs. El pedido es por dificultad en el aprender, hiperactividad, falta de atención. Afirman lxs psicólogxs entrevistadxs que la familia, por su parte, no identifica o registra

una dificultad en aptitudes cognitivas o desarrollo. El adolescente, por su parte, no consulta por dificultades escolares. Estas peculiaridades dificultan la tarea de atención y tratamiento desde la psicología. Algunxs psicólogxs aducen que cuando no hay demanda específica por parte de quien será “atendido” (inexistencia de una necesidad explícita de la persona de recibir ayuda o registro subjetivo del malestar o problema), “no hay teoría que respalde la ausencia de demanda psicológica”. También afirman las profesionales de psicología que la dificultad en el tratamiento se refiere a que el problema en la escuela que manifiesta el niño es, en realidad, un problema parental. Aquí puede ocurrir que, ante ciertos cambios “beneficiosos” conductuales o cognitivos del niño o niña en la familia, o preguntas “incómodas” del profesional a las madres para conocer sus vidas o intentar un acercamiento para proponer tratamiento parental o a ella, deciden las madres retirar al niño/a del tratamiento. Según cuentan estas profesionales, esto permite sospechar que existe otra conflictiva intra familiar que una simple dificultad de aprender o problema de conducta. Ahora bien, también existen casos en determinados pueblos o localidades en que las madres no asisten a la profesional de psicología para sufrir estigmatización por sus pares o profesores, ya sea en la escuela o en el barrio.

Una psicóloga afirma que antes ofrecían el servicio de atención psicológica para niños/as mayores de 5 años y que últimamente lo hacen para niños/as menores de esta edad. Muchxs de las profesionales optan por trabajar mediante dibujos, otras con talleres como dispositivo general en donde realizan técnicas de expresión artísticas y/o leen y conversan sobre cuentos. Otra estrategia según afirma una profesional es realizar talleres en la “sala amigable” para establecer otro tipo de relación entre las madres, las niñas y niños y el centro de salud. Cuando las niñas y niños registran el espacio terapéutico como propio y como un momento donde poder expresar preocupaciones, miedos, gustos, alegrías, etc., fácilmente se visualizan cambios en los estados de ánimo y/o mejorías en cómo se relacionan con la familia, en la escuela a través de sus manifestaciones manuales, dibujos, gestos, posturas, vocabulario. Varias profesionales afirman que cuando observan y están con niñas y niños, perciben una persona muy diferente a la que cuentan sus maestros e incluso padres.

Hay profesionales que sí identifican la demanda de la escuela para que la niña o el niño realice tratamiento, de la madre por la preocupación de la situación escolar, o ya sea porque el hijo/a mismo lo expresa en casa. El trabajo consiste en estrategias de intervención en las escuelas con los niños, docentes y padres e incluso médicos presentes en temas relativos a las adicciones, enfermedades de transmisión sexual, bullying, etc. Esta presencia médica depende del enfoque, su preocupación o la especialidad del médico sobre esta problemática. En general, los acercamientos y talleres en las escuelas las realizan los psicólogos solamente o acompañadas de trabajadores sociales en algunos casos. Este trabajo extra-muro permite identificar una necesidad de intervención individual por parte de alguien como para que inicie un camino terapéutico. Respecto de tratamientos que se pueden brindar a niños/niñas y jóvenes adolescentes, cierta profesional afirma que es muy difícil lograrlos por la falta de responsabilidad o acompañamiento parental. En general padres muy pocos dispuestos y madres un poco más.

Con los niños y niñas más pequeños/as los profesionales de psicología comienzan trabajando con la explicación a cada infante de lo que significa el secreto profesional y otorgándole la posibilidad de aceptar o no ser atendidas/os, hablar o confiar. En general, les explican que dispone de un espacio y tiempo de intimidad, y que se trabaja con realización de dibujos o el juego. Muchos profesionales les muestran el lugar en el consultorio en el que quedan guardadas sus producciones. Y hay quienes prefieren tener muy a resguardo porque la cuestión de los espacios institucionales en el sistema público de salud es un tema muy delicado cuando se piensa en cómo cuidar y asegurar la información privada de los pacientes. Lograr el vínculo de confianza y de seguridad con las niñas y niños es parte de la eficacia del proceso terapéutico. Esta confidencialidad también la trabajan de manera interdisciplinaria con AS y TS ya que toman recaudos para dar a conocer bien a las personas sobre el consentimiento informado. Afirman que cuando esto sucede el despliegue de la personalidad de las niñas y niños se obtiene mediante las técnicas de juego y en los dibujos.

Cuando la temática que preocupa en un grupo de adolescentes de escuela es la referida a la cuestión sexual, las enfermedades de transmisión, el

embarazo, las relaciones amistosas y amorosas, hay CAPS que realizan talleres o grupos informales o formales con adolescentes. Uno de los centros desarrolla “mateadas con adolescentes”, o grupo de “mujeres hablando de mujeres”, que es un espacio de escucha y reflexiones sobre el rol y sentimientos de mujeres. Otros CAPS trabajan las consultas con adolescentes interdisciplinariamente con nutricionistas, fonoaudióloga, obstetra, pediatra, agente sanitario, trabajadora social y psicóloga. Las cifras de embarazo adolescente son altas y cada vez son más jóvenes las mujeres que consultan por el tema. Hay profesionales que afirman que la demanda por aborto o por problemas en el embarazo, encubre un embarazo no deseado y una depresión de base y ante esta situación se puede frecuentar a la paciente, salvo en caso cuando la residencia está muy alejada del centro de salud. En esta situación, y en acuerdo con este profesional, una colega de la profesión dice que el acompañamiento frente a esta demanda es que puedan pensar los sentimientos que traen la situación de embarazo y no pensar el acto mismo del aborto como primera medida.

Respecto de las problemáticas también escolares, pero referidas a cuestiones de conducta, violencia entre pares (bullying), hay equipos de profesionales que frente a estas problemáticas abordan talleres para 4°, 5° y 6° grado, con docentes y padres. Las demandas de las escuelas como solicitud de ayuda sobre este tema, son abundantes. El malestar docente también emerge en la misma demanda o en los talleres. Para los adolescentes también se realizan talleres en las escuelas sobre identidad de género, auto flagelos (cutting), violencia entre pares (bullying). Ante demandas a profesionales por problemas de conducta de sus hijos tanto en escuelas o en sus casas, las profesionales optan por brindar una admisión primero con ambos padres en caso de ser posible, y sólo después brindar tratamiento al adolescente en cuestión. Hay profesionales que optan por brindar tratamiento tanto a la niña o niño y a la madre también.

Una problemática muy presente en las consultas y atención con lxs profesionales de la psicología es el abuso infantil. Sobre este tema las y los profesionales de psicología se explayaron mucho. Las situaciones que narran son muy diversas, con múltiples causales, que involucran a uno o varios

integrantes de la familia sean estos temporarios o momentáneos (familias ensambladas), y el problema o la situación en sí emergen generalmente a partir de otras demandas y por derivación de los demás profesionales. Hay profesionales que trabajan con abordaje grupal de toda la familia y en varios casos atención a las mujeres en consultorio y tratamiento. Y también se encuentran con estos relatos de abuso infantil en las personas mayores adultas e incluso ancianas que, a partir de contar las demandas por dolencias o preocupaciones y entrando en diálogo constante con el/la profesional de psicología, relatan luego de muchos años haber sido abusadas en la niñez. Cuando se las escucha a estas personas más adultas, sea por el motivo manifiesto que sea, indefectiblemente varias comentan su pasado de vida. Esto no significa el motivo latente, según afirman las profesionales, pero sí una dimensión más para comprender las dolencias y sufrimientos.

Lxs profesionales de psicología trabajan con mucha cautela, y todxs establecen el secreto profesional y el consentimiento informado explícitamente. Estxs profesionales aseveran que las pautas de contrato de confidencialidad y las pautas de confianza son las primeras herramientas con las que cuentan para iniciar un proceso de atención y tratamiento. Comentan que esas herramientas son cruciales para este ejercicio y logran efectos terapéuticos por sí mismas. La escucha del relato, la confianza, la intimidad, es decir, el encuadre (más el secreto profesional y el consentimiento informado explicitado) brindan la contención como primeras herramientas necesarias que producen el efecto de alivio, de descarga. El acompañamiento en estos casos es tanto emocional como en el proceso legal. Otra profesional, con las situaciones judicializadas, se propone como objetivo dar seguimiento a lo que el juzgado solicita, y la intervención psicológica es voluntaria.

La capacidad de estxs profesionales de diferenciar entre maltrato infantil, abuso sexual infantil, maltrato familiar, violencia familiar, violencia de género, sólo se logra una vez que se conoce la dinámica e historia familiar, según afirman ellxs mismxs. El diagnóstico debe ser examinado cuidadosamente, y esto es debido a lo que se describe anteriormente: situaciones que aparecen con una demanda y luego emergen otras problemáticas con otros integrantes familiares, o conducta violenta que se

refiere a exposición ante situaciones estresantes. En los pueblos chicos o alejados, las situaciones de abuso sexual están muy presentes. Esto repercute en las características de los procesos psicológicos de los lugareños. El secreto familiar está muy fuertemente arraigado en muchas localidades y hay “silencios que gritan”, “los silencios familiares y del lugar les amplifica los ruidos internos”, según el modo de ejemplificar metafóricamente lo que en la realidad del consultorio ocurre.

Cuando hay maltrato o abuso infantil y una vez recibida la derivación o admitida la atención y posible tratamiento, y luego de conocer a través de una o varias entrevistas las condiciones de vida y lugar de vivienda, laborales, dependencia económica, recursos económicos, posibilidad de denuncia policial, necesidad de contención al niño, hay profesionales que realizan un trabajo orientativo primero con el niño, después con la madre y posteriormente de psicoeducación con la familia. Lo orientativo para el niño se refiere a la explicación del secreto profesional, el tiempo disponible para él o ella, las actividades que se harán, la posibilidad que tienen en consultorio de decir no ante algo que lo quieren o no les gusta, y cómo se decidirá cuándo y de qué hablar. Para la madre, se refiere a explicar cómo podría proceder la atención. Es decir, determinar en qué consiste la asistencia al hospital: escucharla en la intimidad, vincularla a redes sociales o grupos de mujeres que hacen talleres, acompañarlas en el proceso de denuncia y/o legal, consejos y guía necesaria para modificar comportamientos cotidianos.

La situación de angustia y miedo de quienes acuden o deciden confesar estas situaciones de abuso, determina y condiciona muchas veces cómo pueden operar lxs psicólogxs en estos casos. Hay situaciones en las que la denuncia policial e incluso con las restricciones mismas del juez hacia el progenitor abusador o adulto maltratador o abusador, no elimina el problema e incluso lo agrava. Hay situaciones que las mujeres admiten que ocultan o mienten en su hogar o a su pareja, acerca de la actividad de asistencia a terapia.

En caso de poder realizarse, varixs psicólogxs hacen el trabajo de psicoeducación en el cual se busca que en la familia se establezcan “acuerdos familiares” para las tareas familiares entre los integrantes, a los fines de

reorganizar el vínculo con el padre. Por ejemplo, la organización referida a la puesta de límites respecto a horarios de comida, de ocio, de dormir. Lo psicoeducativo en estos casos está en hacerles comprender a las madres que dejar las niñas y niños “a cargo” de un pariente, conocido u hermano/a mayor, o “solas y solos” en la casa es exponerlos/as ante nuevas situaciones problemáticas.

Con la continuidad de la asistencia de quienes padecen estas problemáticas, pueden surgir etapas de reflexión sobre los sentimientos, pensamientos, comportamientos que están presentes y se relacionan con las situaciones que viven. Hay quienes pueden establecer la relación de los malestares orgánicos con los sufrimientos emocionales, según afirman lxs psicólogxs. Si estas reflexiones se pueden desplegar y estas personas logran visualizar cómo es que funcionan y actúan ellas la dinámica del maltrato, abuso o violencia, es un gran paso. La asistencia y la escucha constantes, apuntan a que las mujeres visualicen la posibilidad de cierta estabilidad emocional.

Como corolario de las situaciones de abuso infantil, una de las consecuencias posibles es el suicidio o el intento por parte de quien sufre o sufrió. Varios de lxs profesionales de psicología opinan que cuando estas situaciones se dan, es que se está en presencia de psicosis. Con estas personas se trabaja con el objetivo de que se mantengan estabilizadas, acompañadas, y a veces compensadas con medicamentos. Si bien esto colabora con la sociabilidad de estas personas, lo que mayormente ayuda es cuando la comunidad no las agrede o las expulsa. Pocxs psicólogxs aplican el test de Bender o dibujo de familia y árbol. Otros directamente diagnostican esta patología cuando percibe la ausencia de pensamiento y hay pasaje al acto. La totalidad de lxs profesionales de psicología identifican que mayormente son varones quienes intentan este acto. Se intenta trabajar con las familias, las cuales generalmente cuentan con pocos recursos. En caso de que haya que medicar, se trabaja con la/el médica/o o psiquiatra, esté ubicado o no en el mismo hospital o localidad. Sin embargo, afirma una profesional de la psicología, a diferencia de otrxs entrevistados, que hay un alto porcentaje de intento de suicidio y son mayormente mujeres quienes lo cuentan y están

medicadas. Otrx profesional también afirma sobre la medicalización de estos casos y que se trabaja con la psiquiatra. Unx profesional hizo alusión a un joven con ideas de suicidio que incluyó un intento. Si bien el motivo manifiesto fue que se realizaba cortes en su cuerpo, y en un primer supuesto dxl profesional podría haber sido las ideas suicidas, en realidad el motivo latente se refería a una problemática de identidad, ya que poseía el síndrome de Klinefelter¹⁰. La profesional lo atendió y acompañó hasta realizar la derivación a la Escuela de Salud Mental, pero no realizó un seguimiento pertinente.

Es importante resaltar que ningúnx profesional confirmó la demanda de personas que acuden por ayuda por problemas y/o sufrimientos referidos a la identidad de género, o de personas LGBTTTIQ que demandan por otros problemas o dolencias. Cuando se indagó a las y los profesionales en relación con la atención de la demanda a la luz de la perspectiva de género, no hicieron alusión a problemáticas de identidad de género y solamente identifican este concepto para reflexionar sobre la violencia de género.

Consideran varixs profesionales que la psicosis es un emergente de una estructura familiar marcada por la endogamia. También afirman que esta situación de endogamia y secreto, en estos últimos años se fue rompiendo. Otrx profesional opina que la psicosis ocurre cuando la ley fundamental del incesto se rompe. Sin embargo, piensa que quien intentó suicidarse y falló, luego acude a la consulta psicológica o médica por otros problemas. Algunxs profesionales optan por la escucha y la palabra, buscando abrir una pregunta y una demanda allí donde no la hay, ya que muchas personas que acuden por ayuda no saben muy bien por qué razón lo hacen o no tienen una demanda específica. Suponen estxs profesionales que el trabajo de escucha y de palabra queda registrado en estas personas. Para unxs profesionales se considera entonces que hacer clínica con estas características poblacionales es cumplir

¹⁰ Afección genética frecuente que sólo afecta a personas de sexo masculino en los cuales la composición cromosómica sexual XX o XY está compuesta por tres cromosomas quedando configurado XXY. Si bien son muchos los niños que poseen esta afección genética, es posible que esté presente en hombres adultos sin emerger síntomas o trastornos algunos.

con los objetivos de prevención en APS, ya que se previene una muerte o intento de la misma. Para otros profesionales el encuadre psicoanalítico es un obstáculo para la APS. De hecho, se cuestionan si la psicosis debe admitirse y tratarse en APS, ya que existen organismos estatales preparados para estas problemáticas. Desde luego, la realidad no otorga la accesibilidad a la población total que la requiere, por lo que interpela éticamente a los profesionales de APS la decisión de no poder admitirla en tratamientos. Es decir, que ante la falta de las otras instituciones reservadas a la atención de problemas psicológicos graves o trastornos de personalidad, estos casos no dejan de ser atendidos en el primer nivel. Por ejemplo, en un CAPS se registró un caso de intento de suicidio por parte de un joven que fue admitido y recibido en tratamiento. Se decidió realizar interconsulta con el Hospital Escuela de Salud Mental, pero no pudo acceder a un turno. La profesional en cuestión, ante la falta de asistencia al CAPS y con la confirmación desde el Hospital Escuela de Salud Mental de que no había sido recibido o no estaba en tratamiento, no supo decidir si acudir o no al lugar de residencia del joven por una cuestión de cuidado y/o respeto por el espacio privado o íntimo del joven.

Otras formas de diagnósticos psicológicos para con estas problemáticas severas y/o agudas, se basan en medir el riesgo que tienen estas personas. Se registra la intensidad, profundidad, frecuencia y duración de las conductas de lesión de las personas hacia sí mismas. Teniendo en cuenta estas consideraciones, una profesional que utiliza esta metodología como criterio de definición, logra identificar casos de psicosis que no son diagnosticadas como tal, ya que aparecen en el servicio de atención con otra demanda que no se refiere a las autolesiones o crisis agudas de angustia. Por ejemplo, durante el trabajo interdisciplinario con obstetras, nutricionista, pediatra, agente sanitario y trabajadoras sociales, se analiza en conjunto cada situación particular. Esto quiere decir que durante las atenciones o entrevistas de admisión, ya sea de control de niños sanos o asistencia por tratamiento de la madre, muchas veces ocurre que algún profesional logra identificar que hay algo más que una simple dolencia o problema orgánico (odontológico, oftálmico, dolor de panza, cabeza, diarrea, insomnio, palpitaciones) en algún integrante. A esta situación es la que muchas profesionales denominan *un combo* el cual es imposible diagnosticar y registrar en la planilla oficial para el

Ministerio de Salud. Es a partir de demandas orgánicas que se descubren y/o identifican otras problemáticas más severas aún. Otro ejemplo, es cuando la madre es derivada por la/el médica/o, es decir, existe una primera atención o admisión en la que la demanda está formulada en términos de problemas orgánicos, pero que el médico no logra comprobar orgánicamente, por lo que éste decide derivar. Lxs psicólogxs reciben esa derivación, y luego del relato del dolor orgánico deviene la confesión por parte de la paciente de que sufre o vive situación de violencia, ya sea de género o familiar en su casa, y surge también en las primeras entrevistas la problemática con los hijos/as. Bajo estas condiciones de aparición de problemáticas más severas que las orgánicas, es que lxs profesionales de la psicología identifican el autoflagelo, o intento de suicidio y suicidio mismo, en la población joven. Son jóvenes que no pueden pensar, y cuyos padres no saben qué hacer con ellos, cómo hacerlo y para qué hacerlo. Otros casos graves en jóvenes adolescentes se refieren a la anorexia y bulimia, problemáticas por las cuales llegan a lxs psicólogxs por derivación del médico. En estos casos, sólo logran realizar una atención psicológica y generalmente la comunicación con la Escuela de salud Mental no funciona. La escucha, la atención, acompañamiento y la contención es lo que se prioriza como modo de intervención en estos casos. Hay otrxs profesionales que sí identifican la presencia de intentos de suicidios, mayormente en hombres que en mujeres, pero no los consideran como casos de psicosis.

En general, afirman estxs profesionales que la presencia de psicosis y/o esquizofrenia es una realidad y que si bien los casos que aparecen son mínimos en comparación con otras problemáticas también graves, no dejan de tener causales similares. Por ejemplo, los casos de autoflagelo en jóvenes adolescentes mujeres y hombres. Si bien afirman lxs profesionales de psicología que esta conducta se observa mayoritariamente en las mujeres, los determinantes sociales se asemejan entre estos casos y los de problemas de aprendizajes, violencia familiar, somatizaciones en las mujeres. Las personas no logran tener registro de sus emociones y de la relación de éstas con sus problemas físicos y/o sociales. Los obstáculos a la hora de recibir la demanda psicológica, es que no existe motivo manifiesto de malestar psicológico, ya que acuden al profesional de la psicología por derivación médica. La poca capacidad de reflexión (concentración, asociación de ideas, identificación de

sentimientos propios, introspección) según afirman las profesionales, es una problemática constante en el tratamiento psicológico. Ahora bien, no todos los casos son así, ya que en otros sí existe el motivo manifiesto por parte de las jóvenes, por ejemplo, de descargar, aliviarse, poder pensar acerca de esta conducta autolesiva. Uno de los objetivos tanto de atención como de intervención en el tratamiento que se proponen lxs profesionales es hacer sentir a las personas que son atendidas y escuchadas. Sólo a partir de la explicitación del secreto profesional y el establecimiento del vínculo de cuidado, opinan estas profesionales, se tiene una base firme para que exista la posibilidad de que adhieran a tratamiento alguno.

Cuando se entrevistó estxs profesionales de la psicología, la mayoría afirma igual que las profesionales de las otras disciplinas, que se recibe mucho un *combo de problemas* en la familia. Unas de las problemáticas más presentes en las mujeres es la cuestión de la violencia de género, violencia familiar, problemas de pareja, trastornos de ansiedad, crisis de angustias, depresiones. Las formas de trabajar y atender varían de profesional en profesional, de institución en institución. En general, atender emergentes y trabajar estrategias idóneas para terapia, en conjunto con otras disciplinas puede considerarse como intención constante. Ahora bien, el resultado es que pocas veces se da un trabajo interdisciplinario estratégico, *en el cual la atención, seguimiento y el tratamiento planificado se hace en presencia de varios profesionales a la vez con el paciente presente*, en caso que sea pertinente. En tanto, el trabajo con interconsulta es lo que generalmente más se concreta. Otras, solamente existe colaboración entre colegas de diferentes disciplinas, como así también ocurre el trabajo fragmentado o directamente el desconocimiento de lo que realiza el colega de otra disciplina. Lxs profesionales de psicología afirman unánimemente que se escucha, se piensa el lugar del otro, se intentan brindar reflexiones con equilibrio para buscar bienestar, se otorga confianza, pautas de seguridad, intimidad, valorización de la palabra, contrato de trabajo, contención, consejos.

Muchos de los casos referidos a la violencia de género, familiar, o de pareja para las profesionales de psicología se reciben desde el juzgado, con el concomitante de que las mujeres son quienes hacen el tratamiento y los

hombres escasamente acuden. Otros casos llegan por derivación de médico u otrxs colegas. Tanto en estos casos, como también con los problemas de pareja o de soledad y/o abandono familiar, las intervenciones apuntan a orientar a estas mujeres para que visualicen o tengan expectativas de cambio. El concepto de perspectiva de género es fundamental para poder comprender esta problemática y poder intervenir, el cual es usado como referencia teórico-práctica. Las sugerencias u orientaciones profesionales a estas mujeres se basan también en hacerlas pensar y demostrarles que pueden hacerlo, que pueden tomar decisiones, y enseñarles a identificar capacidades y habilidades propias, para hacerlas conscientes. Como así también hacerlas reflexionar sobre el tipo de vínculo que establecen y cómo se conducen para repetir estos sometimientos. Hay veces en que se brinda terapia de pareja, ya sea en conjunto o por los dos integrantes por separado. Es decir, por un lado, hay un trabajo clínico bien concreto cuando se aborda esta problemática. Existen casos de mujeres mayoritariamente, y hombres en menor cantidad, con tratamientos prolongados entre dos y ocho años de duración. Cuando la problemática aparece desde el juzgado, el abordaje se complica para los profesionales. Hay profesionales de la psicología que no brindan tratamientos cuando no hay demanda. “No hay teoría que respalde cuando no hay demanda alguna”, afirman repetidamente. Por otro, hay profesionales que deciden admitir el trabajo siguiendo los objetivos que solicita el juzgado, sean hombres y/o mujeres. Hay casos en que las mujeres que asisten a terapia deben mentir a sus parejas sobre la asistencia a terapia psicológica o trabajadora social, porque ocurre que “no las dejan”. Otras en que las mujeres no tienen tiempo o no tienen con quién dejar a sus hijos, por lo que dificulta la continuidad al tratamiento. Ocurre, según afirman lxs profesionales, que una vez obtenido cierto restablecimiento del bienestar, o disminución del susto o sensación de peligro, e incluso reconciliación con la pareja (sea momentánea o no), las personas abandonan el tratamiento. Por parte de los hombres derivados por juzgados, el abordaje es casi imposible. Sólo se limitan a conseguir el certificado de la asistencia. Cuando, en algunos escasos casos, se logra abrir una pregunta, las y los profesionales de psicología escuchan robos, homicidios, episodios violentos, abusos en el pasado, conductas impulsivas e intensas, exposición a la muerte. Una profesional asintió “no me

queda otra que escuchar al niño que fue”. Cuando estos hombres no asisten una semana o dos y se justifican o buscan dar explicaciones, las profesionales entienden que esto cumple de alguna manera la función terapéutica.

Por otro lado, también se considera en estos casos que intervenir poniendo a las mujeres en contacto con otras que están unidas por actividades, objetivos, o problemáticas, es imprescindible. Es decir, el trabajo en red es tenido en cuenta y se concreta cuando hay posibilidad de hacerlo. De la misma manera que en otras problemáticas, estas agrupaciones ya sean formales o informales sólo existen en pocas localidades o barrios particulares. En un centro de APS un grupo de profesionales trabajó largo tiempo con talleres para hombres que fueron tanto víctima o victimarios de relaciones conflictivas de pareja donde la violencia estuvo presente. Respecto de un trabajo preventivo propiamente dicho se planifican talleres sobre la violencia familiar, de pareja y de género en las escuelas secundarias. Esta planificación puede surgir desde lxs profesionales del centro de salud quienes solicitan o brindan el servicio a las escuelas cercanas al centro de salud o surgir de las escuelas mismas.

Cuando las problemáticas están referidas a crisis de angustias, episodios de trastornos de ansiedad, fuertes depresiones, el trabajo clínico se consolida. El secreto profesional, la escucha, el espacio para reflexionar, es de gran ayuda para la autoestima de las mujeres. Si bien muchas de ellas son derivadas por el profesional de medicina una vez que se comprueba ausencia de daño orgánico para una determinada dolencia física, es decir, que no hay una demanda específica concreta, las mujeres logran hablar y comenzar a registrar su sufrimiento y sus angustias durante el trabajo clínico. Uno de los objetivos de lxs profesionales de la psicología en las admisiones y tratamientos con estas personas es también hacerles comprender que existe una relación entre sus malestares orgánicos y sus sufrimientos psicológicos, y que las conductas de callar el sufrimiento, desconocer la angustia psicológica como tal, tener culpa por asistir a terapia o preocuparse por la salud de ellas mismas, e incluso no admitir estar enojadas con sus parejas o padres, retroalimentan estos padeceres y malestares orgánicos.

Como se dijo anteriormente, una población que asiste al centro de salud son los jóvenes y los jóvenes adultos con problemáticas relacionadas con el consumo desmesurado o excesivo y exabrupto de alcohol o policonsumo, también denominadas adicciones. Estas personas llegan por juzgado quizás por motivo de conflicto familiar o por comisión de delito menor. También llegan por derivación de trabajadoras sociales, derivados de la guardia, ya sea por intoxicación, excitación psicomotriz, crisis de angustia o ataque de pánico. Además, hay demandas cuando la familia aparece involucrada en el problema, es decir, la familia se acerca para consultar la posibilidad de que se admita en tratamiento a la persona adicta o enferma, o la acompañan en el momento. Lxs profesionales de la psicología afirman que el alcohólico solitario es muy difícil de acompañar y que éste tenga continuidad en el tratamiento. Las decaídas en los estados de ánimos, el retraimiento social, y los encierros en sus casas durante días con el alcohol, imposibilitan el seguimiento. Cuando la familia y/o responsables a cargo acompañan, contienen y motivan a seguir, la persona alcohólica tiene más posibilidades de acudir nuevamente a terapia en caso de recaída. Para estas personas no hay redes de apoyo, es decir, asociaciones, grupos formales en instituciones o informales de alcohólicos con o sin familiares que trabajan sus problemáticas. Aun cuando existe la posibilidad de conformar grupos con estas personas, su continuidad es difícil de lograr y el seguimiento, imposible de realizar. Y si bien en las Escuelas de Salud Mental de la ciudad de San Luis y de Villa Mercedes existen grupos para estas problemáticas, la lejanía de los CAPS del interior respecto de los centros urbanos más la dificultad para obtener turnos en estas instituciones para formar de grupo de alcohólicos, denominados grupos GIA, conforman obstáculos que hacen casi imposible que estas personas sean atendidas por derivación a este segundo nivel de atención. Según afirman lxs profesionales que han trabajado con ellos, los caracteriza una gran dificultad para desidentificarse como alcohólicos, de modo que correrlos de esta identificación puede ocasionar otras problemáticas. Cuando estas personas fueron obligadas a asistir, no continúan el tratamiento, no hay *adherencia*. Cuando la situación es otra, los resultados en ellos son el alivio, la reflexión, la posibilidad de contención de la angustia, e incluso irrupción de un nuevo sentimiento. Otrx profesional aclaró que trabaja con el paradigma de

reducción de riesgo y no el del prohibicionismo. Esto tiene que ver también con el tipo de relación que se establece con cada sustancia, ya que a veces no es el consumo lo riesgoso, sino más bien las situaciones ante la cual se exponen en el transcurso del consumo de la sustancia y/o de sus efectos. El objetivo en estos casos es enfocarse en el tipo de elección que estas personas hacen. Hay algún centro que realiza trabajo en talleres para dejar el consumo de tabaco, a los cuales asisten mayormente hombres adultos. Otra problemática que se caracteriza por la poca *adherencia* y aparece muy escasamente remite a quienes poseen HIV.

Los problemas de adicción o de consumo problemático de sustancias también se presenta en los jóvenes tanto masculinos como femeninos. Varias profesionales afirman que el policonsumo ya está presente en personas de doce y trece años. Se intenta realizar interconsulta con el Policlínico regional, pero ésta rara vez es atendida. Cuando los casos vienen del juzgado, hay reticencia por parte de los pacientes pequeños y adolescentes a hablar y darle continuidad al tratamiento. Uno de los aspectos que trabajan bajo encuadre clínico es intentar que no exista una rotulación del paciente como adicto, es decir, que la conversación no derive simplemente en la relación con la sustancia. Cuando esto ocurre, las psicólogas afirman que hay persecución en estos pacientes y se retiran o abandonan. La mayoría de los pacientes no adhieren a tratamiento, y muchos de ellos vuelven por episodios de crisis de angustia y/o intoxicación, pero sólo como descarga o por susto.

Como trabajo en APS propiamente dicho en esta problemática, las profesionales organizan, planifican y proponen a escuelas talleres, charlas, intervenciones. Hay pocos equipos de profesionales de APS que organizan a los niños, púberes y adolescentes de sus barrios. Es decir, realizan trabajo comunitario con los chicos más jóvenes de los barrios para eliminar el exceso de tiempo de ocio que tienen estos niños, les sirven como modelos de adultos a seguir, los organizan para que los chicos mismos descubran satisfacciones en sus propios quehaceres o preocupaciones. Un equipo de salud logró conformar con un grupo de jóvenes llamados “los guardianes del ambiente”, a pedido de los intereses mismos de los chicos por el cuidado del medio ambiente y la ecología. Luego, en época de receso escolar, continuaron esta

organización a modo de “escuela de verano” en donde realizan actividades lúdicas, sobre todo.

Para finalizar el capítulo se enfatiza la característica de patrones comunes según lo que cuentan lxs agentes de salud. Aun con un promedio de constitución de equipos mínimos de profesionales de la salud para cumplir funciones de APS, el logro de los objetivos se disipa si se tiene en cuenta la desarticulación con la que se trabaja inter institucionalmente, por un lado. Además, la saturación de la demanda y la variedad de problemáticas en las cuales las mujeres son protagonistas, ya sean por sufrientes o porque son quienes demandan por asistencia, también son patrones comunes según lo descrito por lxs agentes de salud.

Estos patrones permiten interrogarse por la relación entre la estructura de un área del sistema público de salud, su organización inter e intra institucional, los sustentos epistémicos que sustentan la formación de lxs profesionales organización y la formación de lxs profesionales de la salud con la construcción de una epidemiología como herramienta para cumplir objetivos en salud.

CAPÍTULO 5: Vacancias para la psicología en el ámbito de la APS

Tal y como se anticipó en capítulos precedentes, el objetivo de la investigación que inspiró este libro no se enfocó en la evaluación de APS como una política pública, sino en las intervenciones concretas que, en ese ámbito, puede brindar y efectivamente lo hace, la psicología. Sin embargo, avanzar sobre la comprensión de ese particular requiere mantener presente el marco legal en el cual tienen lugar la información recolectada y su análisis.

Por un lado, la ley N° 0813 – 2012 de Atención Primaria de la Salud tiene por objeto establecer un régimen uniforme para la atención, organización y financiamiento de la atención primaria integral e integrada de la salud en todo el territorio de la provincia de San Luis. Y tiene por objetivo implementar el primer nivel de contacto, integral, continuo, tanto curativa como preventivamente a los pacientes que asisten al sistema público de salud. Busca promover el trabajo de equipo interdisciplinario, integrar las redes intra e intersectoriales, estimular la participación comunitaria, planificar estrategias de promoción, prevención y protección de la salud. La constitución mínima de los equipos profesionales de referencia para desarrollar la APS incluye: un médico, un enfermero, un agente sanitario, un psicólogo, un odontólogo, un trabajador social, un nutricionista, un obstetra, personal administrativo y personal de limpieza. Sus funciones son, entre otras, tener asignados a cargo del profesional médico un número determinado de familias según la densidad poblacional y las condiciones epidemiológicas de cada zona para ser atendidas en un lugar accesible a su domicilio.

El objetivo planteado en el comienzo de la investigación determinó la necesidad de entrevistar a profesionales de los Centros de Atención Primaria de la Salud de las localidades más representativas de la provincia, mediante muestreo no representativo incidental por técnica bola de nieve.

A partir de la información recolectada y descripta en los capítulos 3 y 4, referida a problemáticas y ejercicios de lxs profesionales respectivamente,

se vislumbrarán los nodos de contacto entre esta política pública y la psicología como disciplina de la salud, con el objetivo final de especificar las posibles vacancias de esta disciplina técnico-profesional en tal ámbito de salud pública.

El orden en que se tabuló la información se corresponde con el paradigma con el cual se decidió abordar el análisis de la información, propuesto en los capítulos 1 y 2, en el marco legal de la APS y a partir de la afirmación de que "los problemas suscitados desde la práctica de la salud pública deberían dirigir a la investigación epidemiológica", (Hernández, Lumbrera, 2006, p. 470). Esta articulación entre contexto, procesamiento e intervención ayuda a enfocar estratégicamente sobre qué pensar e investigar, y técnicamente en cómo intervenir desde la psicología y/o cualquier otra disciplina. No se busca hacer una epidemiología de los problemas psicológicos de la sociedad puntana que se manifiestan en APS, sino comprender qué se puede aportar de los conocimientos de los procesos psicológicos para que ayuden a resolver los problemas que se le presentan al sistema de salud, en este caso, en el de APS. El objetivo primero es atender para prevenir lo problemático, promocionar para evitar lo dañino, tratar para mantener el proceso de salud en cada situación necesaria.

El paradigma en cuestión es el social-expansivo (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010), cuyo objeto de saber es el proceso de salud; un eje teórico de clínica expansiva o epidemiología, con hipótesis etiológica integral; y con una significación del ser humano como instancia del proceso de salud. En este paradigma, el soporte axiológico y la ubicación del eje significación-valoración están ubicados en la comunidad y sus problemas, y no en la búsqueda de la clasificación nosográfica de los problemas psíquicos de la población.

Con este paradigma como trasfondo inspirador del análisis, se ordenó la información recolectada teniendo en cuenta: las problemáticas con que acuden las personas según lxs profesionales, según gravedad y/o frecuencia, la población recibida, atendida y tratada, las causas que las y los profesionales le otorgan a las problemáticas según la población, los sufrimientos que lxs profesionales dicen que las personas tienen, y las causas que le otorgan las y

los profesionales a estos sufrimientos, por un lado. También en el siguiente orden se tuvieron en cuenta: las prácticas de intervención, el abordaje interdisciplinario, las relaciones con otras instituciones, el trabajo en APS, los obstáculos y facilidades con que cuentan para trabajar.

Se busca con este orden elaborar una psicología que aporte conocimientos conceptuales, técnicos y estratégicos para que ayuden a describir y explicar el nuevo patrón de patologías degenerativas individuales y colectivas asociadas a los estilos de vida moderno, no por esto extraños a la ruralidad (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010).

Las decisiones políticas y epistemológicas siempre portan contenido ideológico y tienen efectos sobre la población, tanto de distribución como de significación. No sólo se distribuyen recursos materiales, humanos y simbólicos que el Estado moviliza o no para determinados sectores, sino que también el Estado disemina qué posibilidades tienen los sectores de acceder a determinados recursos, en este caso en particular, a los conocimientos de salud que aborden y solucionen problemas de salud idóneamente.

Este aspecto o dimensión reflexiva también entrará en el análisis a partir de las consideraciones hechas en el capítulo 2. Las mismas se refieren a las diferentes propuestas sobre cómo reflexionar sobre el ámbito de APS, por ejemplo, entendida ésta como nivel de atención, estrategia o programa específico (Ase y Burijovich, 2009). También se tomarán en cuenta aspectos técnicos fundamentales en relación con procesos diagnósticos, mecanismos de referencia y contrareferencia (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011). Cruz Peñate (2011), Wilner y Stolkner (2007) y De Lellis, Berra y Morand (2010) afirman que es posible analizar los contenidos de APS desde cuatro perspectivas diferentes: atención para población vulnerable, primer punto de contacto de las personas con el sistema de salud, como estrategia de atención incluida en una organización mayor, como filosofía de vida y como política de Estado. Es decir, APS selectiva, Atención Primaria como Primer Nivel, APS ampliada o estratégica, Enfoque de salud y derechos humanos, respectivamente hablando. Weisbrot (2014) por su parte identifica la APS mediante funciones: 1) el primer contacto, 2) la continuidad, 3) la coordinación, 4) la integralidad o globalidad. Como funciones secundarias

identifica: 1) enfoque familiar, 2) orientación comunitaria, 3) competencia cultural. Los niveles de atención también pueden ser entendidos según los niveles de complejidad en función de cantidad de consultorios y profesionales, especialidades, tecnologías, etc. (Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa, 2011).

Identificación de causas y determinantes de problemáticas para un esbozo epidemiológico

En el capítulo 3 se describieron las problemáticas con las que asisten los usuarios del sistema de salud y que los profesionales comunican. El análisis de la descripción sobre los problemas considerados involucra visualizar el procesamiento de transferencia de la información que cada profesional hace al sistema de salud, el cual registra, ordena, publica y planifica en consecuencia. La propuesta de éste análisis consiste en visualizar cuáles son las problemáticas, las variables y factores que las profesionales identifican y dicen atender, y cuáles se imprimen en el sistema de información¹¹ a partir del cual se producen estadísticas hospitalarias. Para esta tarea comparativa, se incluyen las dimensiones de análisis del paradigma elegido.

Esto es fundamental para arribar a una epidemiología social, ya que la entendemos como una “rama de la epidemiología que estudia la distribución y los determinantes sociales del estado de salud. Busca identificar las relaciones socio-ambientales que afectan los resultados en la salud (Hamui Sutton et al., 2005, p. 164). Los conceptos básicos son la perspectiva poblacional, el comportamiento en el contexto social, el análisis contextual multivariado, la perspectiva del desarrollo de vida y la susceptibilidad general a los padecimientos.

El debate acerca de la integralidad de perspectivas que reconozcan la apertura interdisciplinaria entre el campo de la epidemiología y las ciencias sociales coloca tanto la discusión del objeto de indagación como de las alternativas metodológicas con las que se analiza. Las controversias

¹¹ Programa de Bioestadísticas y Epidemiología, Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis.

sustentadas en la tradición de las ciencias sociales emparentadas con el uso de técnicas cualitativas y preeminencia de la epidemiología de base estadística se plantean como uno de los puntos de diferenciación más claro en relación a los diseños de investigación y a los análisis de la información (Augsburger y Gerlero, 2005, las páginas del original no están numeradas).

Prestando atención a las implicaciones y competencias de las distintas disciplinas, el análisis puede comenzar por la descripción contextual multivariada a partir de una *perspectiva poblacional*. La posibilidad de construir una perspectiva poblacional es la siguiente:

Una variable muy importante como problemática de salud según lxs agentes sanitarixs es el tipo de condición de vivienda, el nivel de alfabetización y escolaridad, la vacunación, las enfermedades y la condición laboral o de ingresos económicos. Por sus funciones como agente de salud y sus objetivos de registrar todo aquello que sea determinante para la salud en relación con la presencia de Enfermedades No Transmisibles o Transmisibles, el registro de estas variables es esencial para el desarrollo de su rol. También lo caracteriza el hecho de que lxs agentes sanitarixs deben salir, y lo hacen, del centro de salud para constatar tales condiciones materiales de vivienda de las personas y familias que el centro de salud tiene a cargo.

Para lxs trabajadorxs sociales es importante lograr el encuentro, diálogo o transformación a través del sistema de protección social, esto es, poner en contacto las personas con las instituciones, planes y programas. Como segundo orden, su intervención se relaciona con las tramas sociales y vinculares que rodean, construyen y generan desde esa singularidad de la persona. El lazo social construye subjetividad y la intervención social transcurre y genera desde lo micro social el encuentro entre el sujeto, sociedad y cultura. Por ello “el trabajo social se involucra con problemas sociales que pueden contener dentro de ellos mismos necesidades o no, y con necesidades que pueden contener problemas sociales” (Carballeda, 2012, p.2).

Si bien las variables sociales también son tenidas en cuenta durante el transcurso de la cotidianeidad laboral por lxs demás profesionales de psicología, nutrición, medicina, enfermería, o van aprehendiéndolas, no se

encuentran como prioritarias a la hora de entrevistar o realizar diagnóstico para tratamiento y/o seguimiento¹², como así tampoco en el registro oficial en planilla que es tenida en cuenta para el Programa de Epidemiología y Bioestadísticas. Esto en principio no supone problema alguno para la construcción de estadísticas en salud y enfermedades. Sin embargo, el desconocimiento y falta de registro de esas variables sí supone un problema: no en la construcción de las estadísticas, sino en el perímetro de esas estadísticas. Las cifras pueden producirse igual, incluso si no se consideran variables sociales o habitacionales. Para la producción de esas cifras no importan esas variables, son fenómenos que conforman esa realidad, pero no están operacionalizados, no están traducidos en idioma de “variable” y por lo tanto no se usan para producir indicadores, resultados, etc. Entonces, el problema es de lo no registrado, no de cómo usar lo sí registrado.

Como primer lugar y en relación con una perspectiva poblacional, sólo se pretende destacar con este ejemplo que cada profesional en su trabajo diario identifica y selecciona según su perfil profesional (o de formación de grado) la causa que le resulta destacable para reflexionar y decidir la intervención sobre la persona o grupo. Mas esto no significa que todas las variables de la totalidad de las causas se utilicen para la planificación de atención, interdisciplina y abordaje comunitario. Tampoco significa que las problemáticas más comunes y críticas y sus causas, aun cuando sean ampliamente conocidas por el equipo de salud del determinado centro, sean sistematizadas y analizadas en función de una reflexión estratégica que dirija el trabajo en terreno conjuntamente con trabajo hospitalario, por ejemplo. Es decir, en cuanto a identificación de las diferentes causalidades de las problemáticas, la dimensión social implica realizar una reflexión epistemológica acerca de cómo se construyen las causas al interior de un trabajo interdisciplinario. Sin embargo, esta identificación de cómo y cuáles son “causas y determinantes” es una dimensión epistémica que no se refleja

¹² Teniendo en cuenta además que una diferencia es que no todos los profesionales realizan visitas in situ al lugar de residencia o vivienda de las personas o familias, por lo que la visión sobre cómo consideran los problemas y la gravitación de los escenarios en que estos se desarrollan, no son similares desde un comienzo.

en las estadísticas hospitalarias oficiales, según se pudo apreciar en Capítulo 3 si comparamos con las estadísticas hospitalarias descritas en Capítulo 2.

En segundo lugar, se destaca que cada profesional completa diariamente una “planilla” de atención diaria en la que se vuelca el trabajo con personas en salud. Esta consta más que nada de datos censales según la disciplina en particular, es decir, información más de orden de situación civil que de situación social.

Agentes sanitarios anotan datos personales, datos de socialización primaria y secundaria, obra social, vacunaciones, particularidades físicas y enfermedades. Trabajadores sociales tienen en cuenta vínculos de las personas y acceso a los derechos necesarios, por lo que conocen datos socioeconómicos y socioafectivos. En psicología las anotaciones se refieren a datos personales¹³, diagnósticos o motivo de consulta, si está medicado con psicofármaco, fase de atención (admisión, psicodiagnóstico, tratamiento, seguimiento) y tipo de intervención (grupal, extramuro, conserjería, derivación, interconsulta, certificados, informes).

En la construcción de estadísticas para planificar al interior del centro de salud, desestimar información relevante repercute en el acceso a los derechos de salud de quienes podrían asistir y ser atendidos, y en la deslegitimización de las prácticas disciplinares no médicas, por un lado. Por otro, la ausencia de reflexión sobre la construcción de las causalidades de la epidemiología en salud mental y de atención primaria, implica una fragmentación del sistema. Como diseño para una investigación epidemiológica es óptimo comenzar por la reflexión de todas las variables

¹³ Este ítem no permite el registro de sexo según la nueva normatividad respecto de la identidad de género. No registrar sexo, no resuelve nada respecto de la identidad de género (tranquilamente se podría registrar género autopercebido, por ejemplo, dejando la posibilidad de registrar que la persona no quiere identificarse con ninguno en particular). A los fines de diseño de política pública, no se recolecta un dato más respetuoso o sensible, sino que se pierde un dato válido para captar ciertas particularidades.

causales que lxs trabajadxs de la salud reconocen y aquellas que no reconocen también.

Por ejemplo, ocurre en general, que a lxs profesionales de la psicología se les exige desde la autoridad institucional competente que deben atender 15 minutos por paciente y que debe estar reflejada esta atención en la planilla de registro. Se amparan estas directrices bajo el fundamento de que el ejercicio de la medicina y de las disciplinas de la salud al interior de un hospital público sólo necesita ese tiempo para observar y revisar a un paciente. Según comentan fervorosamente lxs profesionales de psicología, esta exigencia laboral respecto del uso del tiempo para con las personas deja por fuera el vínculo humano como parte del proceso terapéutico, en primer lugar. En la realidad, sucede que estxs profesionales dejan de lado estas directrices y dedican el tiempo necesario para lograr el vínculo de confianza y de confidencialidad, de desarrollo de la problemática y de la escucha adecuada para intervenir y/o aconsejar adecuadamente. La planilla a completar, en cierto sentido, no interrumpe el trabajo diario, sino más bien relega a segundo plano la relevancia del tiempo que cada persona necesita y que cada profesional invierte como parte del proceso de salud e incluso del diagnóstico de la/s persona/s.

Esta situación de tensión entre medicina, psicología y epidemiología¹⁴ producto de homologar todas las formas de atención de todxs lxs profesionales que se establece en el ámbito público está siendo abordada y estudiada por varias/os autoras/es (Augsburger y Gerlero, 2005; Galende, 2012). En uno de los antecedentes, estudio realizado en la provincia de Buenos Aires, relativo al campo, rol y perfil profesional en los residentes en psicología y medicina, se indagaron las percepciones que poseen las residentes psicólogxs sobre lxs médicxs que “están preparados para la enfermedad

¹⁴ La reflexión sobre la construcción de la epidemiología permite que emerja esta tensión intra institucional entre la medicina, psicología, trabajo social, agente sanitario, enfermería, nutrición, fonoaudiología y odontología. Se entiende que la planificación de acuerdo a la modalidad de atención según problemas y cantidades de población, hacen al objetivo de control y erradicación de problemáticas poblacionales.

orgánica, pero sin herramientas para la práctica terapéutica, sin saber qué hacer cuando no hay medicación de por medio, y particularmente sin manejo de lo familiar y social” (Torricceli, 2012, p. 54). El tiempo de atención es un aspecto que lxs profesionales de psicología apuntan como esencial para ejercer la posibilidad de mejorar y/o mantener la salud de las personas. Ahora bien, no se trata solamente de la posibilidad de mejorar la atención personalizada, sino también y más bien, fortalecer esta acción mediante una planificación ordenada que responda a objetivos de acuerdo a este ámbito de APS.

Lxs profesionales entrevistadas afirman que aun cuando la planilla oficial solicite el diagnóstico psicológico de la persona que se atendió, el diagnóstico forma parte de un proceso que supera una sola consulta y a veces varias consultas seguidas. Además, la planilla prescinde de los factores sociales, ambientales, económicos estructurales y geográficos. Es en este sentido que el sistema de salud registra, y por ende planifica en base una concepción biologicista de las personas, en cuya base hay una epidemiología reduccionista. En este caso, un diagnóstico establecido repercute estadísticamente en la forma que pueden ser considerados los síntomas a la luz de las causales sociales.

De hecho, algunxs profesionales de la psicología afirman que las problemáticas pueden ordenarse y registrarse de acuerdo a las descripciones de las problemáticas o de los síntomas, prescindiendo del diagnóstico como fundamental para el registro. Cuestión que no significa prescindir totalmente del mismo (diagnóstico) para el proceso terapéutico que respeta los tiempos subjetivos de las personas. De hecho, como se observó en el capítulo 4 en el cual se describen las prácticas técnicas y modalidades de atención e intervención, los diagnósticos que realizan lxs profesionales de psicología se refieren más a un *combo de situaciones*, en la cual involucran a un grupo de vínculos cercanos, que al diagnóstico diferencial individual. Sumado a esta cuestión, los perfiles teóricos diversos que hay en las profesionales imprimen una ausencia de consenso, o falta de tiempo para la discusión acerca de las variables que se tienen en cuenta para elaborar diagnósticos para cada persona. Todx profesional afirmó que el diagnóstico es más un proceso que

una carátula, pero que el sistema no lo entiende así y tampoco lo tabula como tal.

La limitación de la epidemiología para incorporar la subjetividad como un componente inherente a los procesos de salud-enfermedad del ser humano no es resultado de fenómenos coyunturales sino consecuencia de las condiciones históricas en que construye su saber, por lo que es imprescindible replantear el paradigma científico sobre el que se organizó (Augsburger y Gerlero, 2005, p. 4).

En el Capítulo 2 se identificaron y se describieron las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis. El mencionado Programa de Bioestadísticas y Epidemiología sí clasifica estos datos de los y las profesionales de la salud, pero el procesamiento y resultado es un desconocimiento de los factores y variables sociales que las profesionales identifican y solo un análisis de las personas que asisten cuantitativamente hablando. Esto implica que las variables y factores de orden social que son identificados e informados por lxs profesionales de la psicología, reciben, en el mejor de los casos, un tratamiento por separado y periférico respecto al procesamiento de otros datos. Estas variables quedan relegadas al lugar de accesorias, o sirven de base para contextualizaciones demográficas; pero no son objeto de análisis multivariantes que permitan establecer relaciones entre éstas y otros datos recolectados por la misma planilla; mucho menos aún entre cuestiones sociales y otras informaciones valiosas que no son contempladas en el registro; y tampoco son procesadas a un nivel desagregado que permita identificar si esas esas relaciones entre variables se dan de modo diferente en las poblaciones de distintos CAPS u Hospitales. Una de las consecuencias es que hay una fragmentación de la información, ya que hay datos cualitativos no volcados y no reconocidos tanto al sistema como a la institución y por ende al interior de cada ámbito de salud, de cada equipo y/o de cada región. Se refleja cantidad de personas recibidas, atendidas, en tratamiento, quienes dejan de asistir, por determinadas problemáticas y edades, por localidad y región, cumplimiento de vacunaciones, enfermedades no transmisibles y transmisibles, y causas biológicas de defunción en caso que las hubiere, altas en determinados casos, etc.

Estas estadísticas no identifican y/o describen para cada equipo del centro o para los centros de atención primaria, las posibles causas que suponen los profesionales de las problemáticas, como así tampoco las dificultades o facilidades que hay para brindar seguimiento con determinadas problemáticas, o por interconsultas por otras que son las más comunes, las referencias y c9ntrareferencias, o las estadísticas en gráfico en las cuales sería posible identificar el tipo de problema que asiste según la fecha de calendario, por nombrar algunos ejemplos.

Por eso hay trabajadorxs que afirman que existe una tensión entre APS y la lógica de funcionamiento del sistema de salud pública. La lógica y dinámica de este sistema de salud está administrada con la óptica médica. El asistencialismo, la medicación y la derivación a otrxs profesionales son prácticas comunes y esperables de esta óptica, por un lado. Y por otro, esta misma lógica médico-hegemónica solicita números y produce estadísticas referidas a las cantidades de pacientes atendidxs, no de soluciones en términos de prevención de enfermedades o promoción de salud según la APS.

Existe entonces una tensión en dos vertientes, una al interior de la institución de salud en la que predomina una cosmovisión médica de cómo se organiza la admisión, atención, derivación, tratamientos, rehabilitación, y los tiempos que estas actividades precisan a partir de la información institucional que se registra. Y otra en relación con la estructura desde la cual registra, sistematiza y difunde la información con una perspectiva médico céntrica y que desconoce al fundamento epistémico con que los agentes de salud registran su trabajo. Como consecuencia, se refleja un agobio porque institucionalmente se interpreta que el registro sólo es útil a los fines solicitar cumplimiento de horas de trabajo que se reflejan en cantidades de pacientes que registran.

Es decir, epidemiológicamente hablando, hay desarticulación entre los perfiles epistemológicos de las disciplinas con la lógica médica que estructura y organiza el sistema. Una, en el sentido de que no se registra todo aquellos que las disciplinas son capaces de identificar como causas y determinantes y otra –corolario lógico de la anterior- en el sentido de que no se planifica globalmente teniendo en cuenta estos conocimientos. La

dispersión de información y de recursos humanos y materiales conlleva a una ausencia de integridad, integralidad e interdisciplinariedad en las prácticas en salud. Esto impide al equipo conformado para APS reflexionar sobre las herramientas que serían adecuadas e idóneas para la atención, tratamiento y seguimiento interdisciplinario, atendiendo a la organización del equipo para la atención. Esta fragmentación o presentación estadística también dificulta al Programa de Epidemiología y Bioestadísticas y el Programa de APS planificar, implementar y sobre todo evaluar la política pública pertinente.

Entonces, en tercer lugar y en relación con el bagaje epistémico en tensión, se posibilita una lectura ideológica en la cuestión de los diferentes paradigmas que según los autores elegidos se cruzan el servicio público de salud. El rol hegemónico de la medicina que no sólo imprime y domina los tiempos de intervención y dedicación sobre las personas, sino que también organiza la información y la distribuye estadísticamente, produce que el desconocimiento sobre las causas de las problemáticas según la población y la época del año, coarte una posible lectura institucional de los problemas y e impida un abordaje planificado e interdisciplinario en el ámbito de la APS. La formación profesional en psicología está teñida en su gran mayoría del modelo médico (Huergo, 2009; Alonso y Gago, 2006; Alonso, Gago y Klinar, 2010; García, 2009; Benito, 2009; Castro Solano, 2004; Polanco y Calabresi, 2009; Augsburger, 2002; Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010; Noailles, 2006; Carpintero y Vainer, 2004).

En las ciencias sociales, ciertas clasificaciones conceptuales sobre problemáticas y la construcción de categorías que se detallan para comprenderlas, varían de acuerdo al marco teórico que se construye o aprehende, cómo se estructuran las problemáticas y síntomas, sean físicos o psicológicos, y también las significaciones que se atribuyen a los fenómenos, síntomas, personas involucradas, variables y factores. Por ejemplo, respecto de la problemática violencia de género y violencia familiar no hay criterio único o consensuado entre los profesionales de las ciencias sociales sobre qué factores y variables intervienen en la determinación de este fenómeno de orden social y familiar. Es decir, hasta qué punto se considera específicamente violencia de género y cuándo se considera que es violencia de orden familiar,

muchas veces denominada violencia doméstica¹⁵. Las categorías para construir conceptos no están establecidas en consenso o al menos no existe discusión formal o institucional sobre el asunto (los tiempos de trabajo son escuetos en relación con la cantidad y las cualidades de las demandas). Por lo tanto, la denominación del problema responde al criterio del profesional o del equipo interviniente. Problema intrínseco no referido a la falta de consenso en los diagnósticos, sino a la ausencia de identificación de variables que movilizan tal problemática.

Si se reflexiona sobre las consecuencias finales de este asunto, es posible concluir que para la intervención en APS, según las estadísticas oficiales, el diagnóstico pareciera ser que sirve para la administración de recursos materiales y humanos, que para la posibilidad de planificar para intervenir sobre las causas. Cuestión fundamental para ejecutar la prevención y promoción en salud y que se obvia desde los cimientos funcionales. La predominancia de un saber administrativo hace que la estructura funcione sin errores. En el contacto entre población con agentes de salud esta organización es sumamente económica y ordenada. Sin embargo e asemeja más a un embudo que a una distribución reticular.

De esta manera, atendiendo a todas las variables registradas en las entrevistas y la relación con el sistema de registro de pacientes en base a las dimensiones sociales de los problemas, se distinguen dos cualidades del sistema: la falta de preparación profesional para reunir datos, sistematizarlos, analizarlos, y el modelo médico hegemónico que imprime sus características

¹⁵ Lxs agentes de salud si bien priorizan la atención sobre la subjetividad de las personas y sus sufrimientos, es decir, primero lo que respetan es el lugar de escucha que se puede ofrecer a quien acude por ayuda (intimidad, seguridad, confianza, contención, escucha), sí reconocen la presencia de los factores sociales, económicos y ambientales a la hora de determinar los diagnósticos o identificar y deslindar las diferentes situaciones que se dan. Lo que significa que a veces se puede identificar cuándo a la vez se suceden dos tipos de violencias según las causas y no con fines diagnósticos.

de reduccionismo en la planificación estructural y funcional del sistema de salud pública, al menos en APS. Cuestión que retroalimenta la ausencia de tiempo profesional en registrar, reunir, analizar y planificar información en el mismo lugar de trabajo y la posibilidad de desarrollar los profesionales esta habilidad.

Ahora bien, si los profesionales tuvieran esta formación, ¿sería idóneo que adecuaran el registro y análisis de la información a la realidad de cada CAPS? Esto no modificaría la ausencia de buena epidemiología provincial, ni de estadísticas unificadas. Pero, al menos lograría profundidad local y validez ecológica de la información, que responda a una red insertada por la geografía social y no una puerta de entrada y salida que aglutine y descarte.

A partir de la reflexión sobre la perspectiva poblacional que se decidió abordar para reproducir los resultados que serían ineludibles para las estadísticas oficiales para cumplir con APS, la interpelación a la formación de profesionales en psicología tiene horizonte. Existe una hiancia entre la formación profesional de grado desde la universidad pública y los objetivos para los cuales se trabaja en la salud pública, en este caso, APS. Las habilidades referidas a las capacidades de registro sistemático y análisis global de las admisiones, atenciones y tratamientos en psicología es una preparación que hay que atender. La interpelación a la epistemología de la biología y medicina hegemónica que estructura la dinámica en salud, es una dimensión ideológica. Esta interpelación tiende a subvertir o modificar el orden de las causas y los determinantes, y por lo tanto de los sentidos y significados de las prácticas que se articulan y se deciden ejecutar en el ámbito de la salud de atención primaria¹⁶.

¹⁶ Siguiendo esta línea hay médicos que afirman que en la formación académica predomina la epistemología del dualismo cartesiano. Es decir, mente por un lado y cuerpo por otro. Quizás sea esta razón por la cual los mismos médicos afirman que hay mucha inutilidad de los diagnósticos “apresurados” o precoces de ciertos médicos que desconocen los aspectos

Por ejemplo, en medicina las enfermedades tienen su base orgánica o no, son transmisibles o no. Las clasificaciones taxonómicas gozan de mayor consenso a nivel nacional e internacional. Propio del dualismo cartesiano que impera en la formación de profesionales de la medicina que indica que aquello que tiene base orgánica se manifiesta a través de los síntomas con el correlato anatómo funcional de tal cuestión. Cuando la medicina “no encuentra algo”, lo denomina, *quizás peyorativamente*, “psicosomático”. Y en caso de no denominarlo explícitamente así, abandona competencia sobre la problemática y deriva a profesionales de las ciencias sociales o “humanas”. Si bien esto en principio no acarrea problema o ilegalidad alguna, se vislumbra una práctica de ciertos agentes de la salud sustentada en un desligarse de la demanda (derivación) cuando su formación positivista no logra visualizar las causas psicosociales del asunto e impide realizar interconsulta. Estas diferencias epistemológicas o concepciones epistemológicas que ordenan la visión que se tiene sobre las problemáticas, se reflejan mucho más en los momentos de la atención, indicaciones y posterior derivación o interconsulta por parte de lxs médicxs, sin un seguimiento posterior del paciente, a trabajadorxs sociales, psicología, fonoaudiología, cuando “no encuentran nada orgánico”. Es decir, concepción que provoca una desatención como agente de salud del paciente que atiende, ya que considera que la medicina no tiene lugar en su quehacer.

Además de esta dificultad sobre la identificación estadística de las problemáticas y sus causas hay que realizar el análisis apuntando a “*construir una agenda de género en las políticas públicas de salud*” (Tajer, 2012). Esto también agrega al sustrato del análisis multivariado para la construcción de una perspectiva poblacional, esta vez mediando la perspectiva de género que es insoslayable. Esta propuesta surge de investigaciones relacionadas con la identificación de los modos mediante los cuales la violencia produce efectos en la salud de las mujeres, y con el objetivo de aportar estos hallazgos para diseñar políticas de atención y prevención en violencia de género. Por

psicosociales y contextuales de los pacientes, y que derivan apenas los pacientes superan la órbita de lo identificable orgánicamente.

ejemplo, los modos por los cuales el sector de salud registra o sub-registra el impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres, el estado del conocimiento académico sobre este impacto de la violencia de género sobre la salud de las mujeres, los grados de discapacidad consecuencias de la violencia de género y cómo las y los especialistas en salud incluyen en sus modelos de atención de género como determinante social de las problemáticas de salud (Tajer, Fernández, Chiodi, Salazar y Juárez, 2014). En términos generales, se puede decir que el objetivo es identificar cómo la diferencia entre los géneros se traduce en inequidad en el acceso de la salud y de la interpretación que se hace de los síntomas y sufrimientos de las mujeres. Las problemáticas de las mujeres no solo son atributos por la diferencia del sexo biológico, sino por la posición social de subordinación que el género femenino ocupa. El distinguir la población más afectada por determinadas problemáticas según los considerandos de sus causales supuestamente ayudaría tanto a una planificación por disciplina como a la interdisciplina. La perspectiva de género permite visualizar cómo operan las asimetrías sociales entre varones, mujeres y diversidad de identidad de género en el proceso de salud-enfermedad-atención. Esto significa que esta perspectiva de género *“también puede ser aplicada a entender, prevenir y resolver problemáticas de salud de los varones en tanto colectivo”* (Tajer, 2012, p. 69). Es tarea implica identificar la distribución de los riesgos de enfermar, los mecanismos y modelos de atención, la formación de los recursos humanos, la gestión y toma de decisiones, para responder idóneamente las condiciones de riesgo asociadas a cada género y ofrecer el acceso y el control de estas diferencias de factores en relación con los vínculos familiares y recursos simbólicos y materiales. Por ejemplo, se podría incluir aquí a las situaciones en las que el propio sistema de salud genera, profundiza o no revierte —a través de sus prácticas cotidianas por acción u omisión— ciertas inequidades.

En resumen, teniendo en cuenta los considerandos anteriores, en muchos casos el criterio por el cual se identifica una problemática y se realiza un diagnóstico, sería propio de la concepción patriarcal de la sociedad. La perspectiva poblacional debe incluir la perspectiva de género, tanto en la investigación y de producción de estadísticas como en las modalidades de intervención. Ocurre que en situaciones de violencia, abuso, maltrato muchas

veces al reflexionar sobre sus causas no se considera a los ejecutores activos de estos delitos como sujetos que también sufren y padecen; o al menos con quienes es necesario realizar algún tipo de intervención para estar abordando la situación en su matriz relacional. Pero al no aparecer al sistema de salud como demandantes, no significa que sus malestares, sufrimientos, padeceres, enfermedades, conductas no sean dañinas para ellos mismos, para la comunidad. Las adicciones al tabaco, al consumo de sustancias, y hasta la hipertensión, pueden ser consideradas como la victimización del patriarcado sobre el hombre. Aquí, el concepto de las ciencias sociales de patriarcado no es del orden de la distinción entre hombres y mujeres.

Del concepto de patriarcado no se deduce que el sistema en general favorece al género masculino o a las personas heterosexuales, favorece a quien sea del género que sea, ejecuta y es complaciente la forma de producción, distribución y acaparamiento del capital material y simbólico. Que haya distribuido roles, funciones, atributos, defectos, discursos, instituciones que tienen su primera distinción en base a la simplicidad de la presencia heterónoma de la humanidad, no determina que los más favorecidos sean quienes pertenecen al género masculino. El género masculino también posee factores de riesgos que están más determinados por su posición (supuestamente) "superior", que por la diferencia de su órgano genital. El sesgo que imprime la concepción patriarcal en el campo de la salud y en su comprensión de los procesos de salud y enfermedad es tal que aparece como una complicidad con victimarios, incluso impidiendo o dificultando que los varones puedan reconocer sus vivencias de sufrimiento e intentar tramitarlas a través del sistema de salud.

Es importante resaltar, teniendo en cuenta los párrafos anteriores, que ningúnx profesional confirmó la demanda de personas que acuden por ayuda por problemas y/o sufrimientos referidos a la identidad de género, o de personas del colectivo LGBTTTIQ, participen o no activamente en el mismo, que demandan por otros problemas o dolencias. Esto puede analizarse en relación con la postura o posicionamiento del profesional de salud (según la visión de un médico entrevistado) que orientará al centro de salud. Esta afirmación tiene el sentido de que se puede pensar que si esta población o

problemas visualizados a partir de cómo es interpretada la perspectiva de género en las demandas al sistema de salud, no aparecen en los centros de salud, es porque no existen. A diferencia de pensar que salir a ofrecer el servicio de salud a la comunidad quizás sí pueda verificar que la problemática de identidad de género sí existe con sus diferentes síntomas y también interpretar fenómenos de problemáticas a la luz de la perspectiva de género. También poder comprobar, verificar o investigar que las demandas de estas personas, si bien pueden ser las mismas que otras personas, la perspectiva de género obliga a interpelar que las formas de admisión, atención, interpretación y diagnóstico de los problemas no deben ser atendidos con la lógica y hermenéutica héteronormativa. También puede pensarse que: a) estas personas están más marginadas todavía que otros sectores de la sociedad y no llegan al sistema de salud, ni se imaginan nada bueno allí, ni sienten que puedan ser; o b) que pudiendo acudir al sistema de salud por cualquier otro tema, no lo hacen porque temen que todo vaya a ser interpretado en función de su identidad de género.

Vacancia para la psicología en APS según la población y la consideración según sus problemáticas, causales y determinantes

Teniendo en cuenta este análisis epistémico e ideológico sobre la construcción de una epidemiología, si se comienza ahora por identificar la población de las mujeres con sus problemáticas y las causas de éstas incluyendo este análisis epidemiológico, quizás pueda entenderse cómo se despliegan las problemáticas de las demás edades y de los diferentes grupos familiares, y cómo identificar los factores y marcadores de riesgos para las demás edades y géneros. Esto debido a varias razones.

Una razón para entender esta posibilidad de comprensión epidemiológica, es de dimensión epistémica en el orden teórico práctico. La formación de lxs profesionales de la psicología otorga un lugar predominante a la vida pasada de las personas que atienden y a cómo la vivencian, por lo que la presencia y/o ausencia de la mujer en tanto madre y la del hombre en tanto padre, influyen emocional y cognitivamente las vivencias y desarrollo de la

persona que posee a cargo. Por lo que es relevante conocer las causas por las cuales las mujeres sufren y se enferman ya que éstos determinan el devenir de la salud de las personas de quienes están a cargo de ellas.

Otra razón, de dimensión institucional estadísticamente hablando, de orden concreto y poblacional, es que las mayorías de las demandas al sistema de salud provienen de las mujeres, sobre sí mismas o sobre otros/as, particularmente sobre sus hijas/os. Estas demandas aparecen de forma manifiesta con un síntoma o una problemática, y luego emerge *el combo* de las demás problemáticas por las cuales son afectadxs los demás integrantes de la familia, a quienes es necesario atender. Son mayoritariamente las mujeres quienes se ocupan de la salud de sus hijxs como así también de la escolaridad y de los problemas que ésta suscita.

Conociendo esta distribución desigual de roles de varones y mujeres respecto de las consultas de salud y el cuidado de otros/as en la familia, cabe distinguir las estrategias que buscan revertir las inequidades de aquellas que sin profundizarlas las utilizan a favor del sistema. Las primeras plantean que desde el mismo sistema de salud se debe intentar revertir esta realidad, generar estrategias y políticas que “promuevan” que las consultas sean tanto de varones como de mujeres, o implicar a los padres de modo directo en la salud de hijos/as. Las segundas proponen que es suficiente con que el sistema de salud no profundice las desigualdades, que no genere cada vez más estrategias que únicamente se apoyen en la figura de la mujer madre. Sin embargo, intentan sacar partido de esa distribución de roles: si hay una mujer madre que se preocupa y está vinculada al sistema de salud, “al menos” hay alguien; considerando que es mejor ese escenario antes que la posibilidad de perder contacto con una familia entera.

Una tercera razón, de dimensión ideológica y de orden sociológico, es que teniendo en cuenta el concepto de *patriarcado* de las ciencias sociales, esto es, los mandatos sociales entendidos como elementos discursivos y normas institucionales socializadoras que distribuyen competencias, roles y funciones, derechos, responsabilidades y obligaciones, defectos, virtudes y habilidades a los integrantes de las familias según el género, contribuye a comprender la unión que existe entre la estructura social y los factores y marcadores de

riesgo que condicionan la posibilidad de enfermarse. El concepto del patriarcado permite hacer confluir en la reflexión sobre las causas y determinantes de las problemáticas, que en la vulneración de derechos y la pérdida de la salud pertenecen al grupo familiar y/o íntimo, permite distinguir cuándo un factor es causa de una problemática y cuándo es realmente consecuencia de otra causa más evocativa o profunda. Esto quiere decir que los síntomas, las consecuencias psicológicas y orgánicas no son similares en hombres y mujeres y no se presentan de un mismo modo, aun cuando las causas son contemporáneas.

Las problemáticas y síntomas de las violencias familiares, de género e infantiles deben ser interpretados epidemiológicamente en APS como consecuencias de factores externos socioeconómicos y culturales, y no como productos intrapsíquicos, consecuencias de factores edípicos o dificultades cognitivas de aprendizaje o adecuación emocional. En este sentido, los excesos en policonsumo o los altos índices de accidentes de tránsito con muertes, pueden ser pensadas como suicidios o intentos de suicidios si identificamos como causas de estos los problemas en los vínculos íntimos o cercanos, ausencia de modelos identificatorios o sociedad que no contiene. Pensar si la ausencia de vínculos afectivos primarios o presencia violenta de éstos vínculos primarios se debe más a una estructura socioeconómica que margina y expulsa que a un conflicto intrapsíquico, establece una diferenciación a la hora de intervenir y planificar para intervenir.

El curso de estas reflexiones nos hace vislumbrar una naturaleza distinta de ciertas problemáticas y sus causas de salud en las poblaciones. A partir de ahora, se comenzará con la descripción de las causas y los problemas de la población, enumeradas en las entrevistas, que es afectada primeramente según su aparición en la sociedad, esta es la infancia. La idea es identificar los factores de riesgo y los marcadores de riesgo de tal forma que se pueda visualizar cómo el aspecto psicosocial determina y condiciona los diferentes síntomas en niños, niñas, hombres, mujeres y personas con diversidad en su identidad de género.

Hay profesionales que afirman que en la zona oeste del departamento Pueyrredón se encuentra un alto índice de desnutrición con

bajo peso en comparación con otras zonas urbanas y rurales. Sí, en cambio, la mayoría de agentes sanitarios afirma que hay una gran cantidad de obesidad tanto en infantes como en adolescentes y adultos. Proporcionalmente, en la zona rural estos casos son mayores. Esto se debe, según los agentes, a que la alimentación está basada excesivamente en harinas con grasa, grasas saturadas, hidratos de carbono, carne con grasa, azúcares y aguas o gaseosas saborizadas. Describen los agentes que la ingesta de frutas, verduras, pescado, fibras, legumbres y derivados de lácteos no son tenidos en cuenta en las dietas cotidianas. Esto puede considerarse, según algunas AS, como consecuencia de una falta de educación en conductas alimenticias y conocimientos sobre los efectos de una alimentación pobre y no por los bajos ingresos por sí mismos. Los agentes de la salud narran que la hipertensión, la diabetes y la celiaquía (esta última en menor medida) son problemáticas muy frecuentes en la población que asiste al sistema público de salud.

Cuando las causas y determinantes sociales de la información epidemiológica son desconocidos o no tenidos en cuenta por los profesionales de la salud, las posibles incidencias de una psicología abocada para prevenir las enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, la celiaquía, son difíciles de lograr. Una de las consecuencias es la inutilidad del diagnóstico diferencial y la interpretación hermenéutica del conflicto intrapsíquico, cuando las demás causas sociales son las que imprimen el conflicto y el sufrimiento que se sitúa entre la sociedad que no promueve salud y la persona que no sabe por qué le sucede.

Respecto a la obesidad en niños (traducida también como desnutrición) y la obesidad en adultos, como causa de diferentes enfermedades no transmisibles, tienen como factores causales en las personas el desconocimiento e ignorancia, la ausencia de hábitos de conductas, falta de recursos, variables ambientales y regionales, y determinantes orgánicos, según afirman los médicos. Estas causales operan además como falta de registro consciente de que un malestar o daño orgánico en realidad manifiesta un conflicto psicológico de orden individual, familiar, social e incluso laboral, y forma como variable a contemplar en el trabajo en APS. Es decir, según los médicos los aspectos informativos, educativos y

psicoeducativos son parte de esta estrategia de trabajo para delimitar y definir cuál es un problema de la población y cómo debe ser atendido en tanto prevención y promoción de la salud.

La consideración es que la psicología debe conocer los estilos de vida basados en la alimentación para poder promocionar conductas saludables, trabajar con nutricionistas para enseñar a modificar conductas alimenticias y debe tener en cuenta el desconocimiento subjetivo de cada persona respecto de su situación. Una indicación más precisa es que una tarea es promocionar la salud en talleres en escuelas o municipalidad, y otra muy diferentes es *comprender* los procesos psicológicos que están involucrados en la concepción sobre la alimentación y aquellos necesarios para la modificación de estas conductas *e intervenir* sobre ellos para lograr una prevención. Esta es una indicación que sirve para afrontar problemáticas relacionadas con todas las edades. Lo mismo ocurre para la cuestión sanitaria o salutógena a inculcar en las personas, sobre el cuidado del cuerpo infante o el propio, por parte de las profesionales. La psicoeducación propone articular estas dificultades a nivel cognitivo cuando algo de la subjetividad debe emerger para lograr estas pautas y hábitos de conductas saludables.

En la misma línea, lxs profesionales de la psicología respecto de las problemáticas escolares referidas a los aprendizajes afirman que los pedidos llegan desde las escuelas, por solicitud de los docentes o psicopedagogas, derivaciones de médicos, agentes sanitarios, trabajadoras sociales o fonoaudiólogas. El pedido es por dificultad en el aprender, hiperactividad, falta de atención, falta de motivación. Afirman lxs psicólogxs entrevistadas que la familia, por su parte, no identifica o registra una dificultad en aptitudes cognitivas o desarrollo. El adolescente, por su parte, no consulta por dificultades escolares. Otras veces, lxs médicxs con especialidad, por ejemplo, en neurología, establece un diagnóstico diferencial de falla neuronal y realiza diagnósticos muy particulares. Estas peculiaridades dificultan la tarea de atención y tratamiento desde la psicología. Algunxs psicólogxs aducen que cuando no hay demanda específica (del infante o adolescente que acude), lo que se traduciría por necesidad o registro del malestar o problema, *“no hay teoría que respalde la ausencia de demanda psicológica”*. Esto es

particularmente muy relevante para el trabajo en la salud pública, ya que uno de los conceptos clave que se estudia en la formación de grado de profesionales de psicología es que debe existir una demanda de atención psicológica por quien padece sufrimiento subjetivo. Esta relevancia concreta y real por parte de quien aparece en el sistema por atención, pero sin demanda subjetiva, obliga de alguna manera a interpelar a ciertos conceptos que operan como estructurantes en la formación en psicología.

Para niñas y niños, la ausencia de modelos de vida adultos, que guíen, acompañen, aconsejen, anticipen, propongan decisiones, identifiquen sentimientos y emociones, cuiden mediante la preocupación de la salud y de la escolaridad, organicen la vida cultural en tiempos de comida, juego, alimentación, ocio, escuela, salud, son una constante. Si no es la ausencia del adulto, la desprotección, la conflictiva de la pareja, el abandono y la inseguridad de las madres en colocar los límites y acompañar a sus hijos son también un detonante. Estas condiciones son percibidas como factores de riesgo de las problemáticas de niñas/os y adolescentes según estas profesionales.

A partir de esto se configura cierto vacío intelectual, afectivo y emocional en el proyecto de vida de los infantes y jóvenes también. Las apariciones y mantenimiento en el tiempo de las enuresis, encopresis, trastornos autistas, obesidad, celiaquía, diabetes, depresión o desinterés, son consecuencias de estos factores de riesgo. Y si confluye alguno de estos factores con presencia de violencia, el resultado son síntomas que repercuten y desembocan en conductas autolesivas leves o graves, en forma exabrupta y desmesurada, en conductas delictivas para con el otro par o en hábitos de consumo o policonsumo.

El trabajo a realizar por parte de la psicología es el de psicoeducación, según lxs profesionales de psicología. Éstxs son las que se dirigen a modificar aquellas variables accesibles para ellas relacionadas con lo social (en tanto asesoramiento sobre qué y cómo decir a las niñas y niños lo que se espera de ellos al comer, dormir, jugar, estar sanos, no hacer), consideradas como causas de futuros problemas, y no a intervenir únicamente sobre las consecuencias sintomáticas y/o psicológicas por los daños orgánicos. Esta psicoeducación

bien se realiza en el centro mismo de atención primaria tanto en el encuadre clínico, como en el formato taller con madres y padres, en articulación o no con escuelas y municipios, y también con trabajo en terreno. La psicoeducación, como contenido conceptual y/o modalidad de atención o práctica requerida institucionalmente no es incluida en la currícula de la formación de grado en psicología, o queda ligada de modo contingente al ámbito de la Psicología Educacional, dificultando las posibilidades de generalización de esa práctica. Esta temática debe enfocarse para adecuar las intervenciones de la psicología a las problemáticas poblacionales actuales.

Ahora bien, el ámbito de incumbencia de la psicología comunitaria posee una amplitud de técnicas y herramientas para lograr conocer las causales problemáticas en su lugar de origen. En este trabajo en terreno los determinantes personales o familiares se articulan con otras causales que pueden ser detonadas e identificadas como tales desde el ambiente ecológico, la vida en el barrio, la oferta comercial de alimentos, la cantidad de recursos económicos y simbólicos. Esto permite identificar la significación y valoración que cada persona connota a su problema sintomático o particular. Y es ésta una de las variables clave para operar sobre la subjetividad de las personas, la interpretación que cada persona, grupo o población otorga a sus problemas. El contenido teórico práctico en la formación a fortalecer es el de la psicología comunitaria en tanto permite acondicionar el encuadre a las necesidades de las personas que sufren y de los objetivos que persigue éste ámbito de la salud.

Respecto de las situaciones maltrato, violencia familiar, violencia de género, abuso sexual por parte de padres y padrastros, y también familias en conflictos, zonas barriales en las que la violencia familiar es muy marcada y general, otras en las que los conflictos tanto en la familia como en el barrio es más inconstante o intermitente, situaciones de abandono y maltrato hacia adultos mayores y ancianos, también deben visualizarse bajo una perspectiva de género en relación con la necesidad de registrar las variables psicosociales y las posibles hipótesis descriptivas de las causas y determinantes, allende del abordaje diagnóstico.

Otras problemáticas tales como las consecuencias de la prostitución o de las violencias familiares y de género, también tienen un cúmulo de causas

y determinantes sociales que influyen en la sintomatología orgánica, psíquica y social. Estos factores de riesgo colaboran en que las personas desconozcan las causas de sus malestares, les impidan asistir y dar continuidad al tratamiento o propuesta de mejoramiento, tengan problemas en cómo conseguir recursos económicos para tomar decisiones, o ausencias de sostén familiar o social para enfrentar el problema o enfermedad. La complejidad de estos problemas se refiere a la relación que existe entre los diferentes determinantes causales sociales, y la aparición, mantenimiento, proliferación del problema y consecuente no solución. Por lo tanto, se precisa de varias disciplinas para decidir sobre qué causa intervenir primero, teniendo en cuenta cada factor/variable, para luego continuar con las demás causas de forma organizada, planificada, integral. Esto no excluye la necesidad de un mayor nivel de atención, referido a la asistencia de las especialidades o de tecnología.

Es a partir de las consideraciones de todos los determinantes y causales sociales, que harían a la atención integral, desde donde se podría producir una planificación secuencial de procesos de intervención organizada y planificada según el conjunto de los profesionales de cada disciplina necesaria o posible. Cuestión similar ocurre con las demás problemáticas identificadas y presentadas en este trabajo, tales como las autolesiones y autoflagelos, el suicidio, las adicciones, la tristeza, los problemas de conducta y aprendizajes, las ausencias de conocimientos necesarios para evitar enfermedades transmisibles, el embarazo adolescente como problemática.

Otras situaciones inherentes a estas problemáticas descritas son las distancias a las que se encuentran las familias del área rural respecto de los centros de atención. Esta variable geográfica provoca que lxs consultantes se acerquen al hospital por demanda cuando el problema está instalado y es una emergencia o urgencia. El análisis consiste en diferenciar que la intervención en el proceso de salud debe ser considerada a la luz de ciertas condiciones materiales crónicas o inmodificables, o quizás transitorias, no por ello menos urgentes o preocupantes. La psicología en APS en estos casos debería volcarse ineludiblemente a un ejercicio de psicología comunitaria, es decir, trabajo en terreno, buscando vislumbrar la influencia de cada causal, teniendo en cuenta

la significación y valoración subjetiva del problema orgánico o sufrimiento subjetivo, intentando la participación de quienes estén en misma situación o al menos buscar la sociabilidad por similitud de problemáticas y puesta en común de necesidades primarias y significación de las mismas por estas familias.

Se dijo en capítulos anteriores que las problemáticas se presentan como un *combo de situaciones*. A partir de entonces, los sentimientos que lxs trabajadoras de la salud identifican como predominantes en las mujeres son la falta de cariño, falta de amor, la soledad, el abandono, la falta de confianza en sí mismas, falta de encuentro con una guía que cuide, las angustias por la situación familiar. También describen que existe mucho enojo relacionado tanto al hostigamiento y al maltrato como a la sensación de abandono. Los desencuentros con ellas mismas y con lo que la cultura propone para la mujer y madre, los roles esperados no cumplidos, las traiciones familiares, son causa de estos sentimientos de enojo. Los silencios que se hacen cotidianos por las violencias ejercidas, por los casos de abusos sexuales en sus infancias o en la de sus hijos, por los abandonos y la soledad, provocan una necesidad de hablar y llorar con otro quien simplemente las escuche. “Hay silencios que gritan”, según palabras de varias trabajadorxs sociales que describen cuando las personas necesitadas se presentan y sólo pueden narrar apenas mínimamente de lo que les sucede. Las adicciones y el alcoholismo son una problemática constante, pero no así las enfermedades de transmisión sexual o la esquizofrenia. Continuando la dimensión de análisis cabría preguntarse si estos sentimientos no son más que problemas reales que poseen sus causas, y que el diagnóstico diferencial que se basa en la identificación de sus síntomas sólo limita, más no lo impide, la efectividad del trabajo en salud.

Con el análisis epidemiológico sobre estas problemáticas poblacionales es factible concluir que el diagnóstico diferencial no debe ser el factor central o ser tomado como imprescindible en el registro diario, estadístico hospitalario o de la salud de la población en general. Si se desestiman a nivel institucional, hospitalario y estatal, las variables y factores que los profesionales identifican para su quehacer, los objetivos en APS lejos estarán de ser cumplidos. “La perspectiva de planificar y establecer acciones

en salud mental contemplando las necesidades poblacionales y transformación de patrones epidemiológicos se ve fuertemente limitada por la vacancia de producción e información y sanitaria” (Gerlero, Augsburguer, Duarte, Gómez y Yanco, 2011, p. 28). Para ello es necesario comprender, por ejemplo, la diferencia entre epidemiología de campo y la epidemiología social. La primera tiende a actuar sin marco teórico previo, y está centrada en la intervención para controlar una enfermedad, por lo tanto, es inmediata. La segunda, “tiende a los desarrollos teóricos (reflexión e investigación sobre los determinantes sociales) alejados de la acción, debido a los limitantes para cambiar las políticas públicas” (Segura del Pozo, 2006, p. 153)

Es posible incluir estos conocimientos de epidemiología en el plan de estudio de la formación para que el perfil profesional esté adecuado no sólo a los problemas actuales y concretos de las poblaciones, sino también para los objetivos que persiguen los distintos niveles de atención en el sistema público, en este caso, el primer nivel.

El vínculo entre el déficit de información epidemiológica, el número importante de CAPS que no intervienen con estrategias preventivas, y la menor proporción de tiempo que éstas prácticas insumen en los equipos sanitarios, se torna indicativo de la postergación que la prevención y promoción de la salud agrupa (Gerlero, Augsburguer, Duarte, Gómez y Yanco, 2011, p. 29).

A partir de estas afirmaciones se comienza a esbozar la necesidad de incorporar en la formación de grado en psicología nuevos ámbitos de incumbencias, investigación y prácticas de intervención que, reconociendo sus aportes, trasciendan el mero proceso psicodiagnóstico.

Otra problemática interesante a analizar en términos estadísticos, cuando las reflexiones de los profesionales se cruzan, está en relación con el alto índice de suicidio o intento de suicidio el cual en se identifica más que nada con los jóvenes hombres. Según se obtuvo de las entrevistas, los accidentes de tránsito provocan un alto índice de muertes o de traumatologías que aparecen en el hospital en estado terminal o precisando intervención quirúrgica. Al respecto, reflexionan estxs profesionales sobre las conductas suicidas, o de alto riesgo, de las y los jóvenes y adultos que son protagonistas

de tales sucesos. Refieren entre las posibles causas que motivan estas conductas, algunas de orden intrapsíquico en el cual hay un corte con la realidad debido a un “yo escindido”, y otras de orden externo, por ejemplo, debido a ruptura de relación amorosa, sostén de un secreto de amor guardado con ahínco para continuar con la relación por no ser aceptada por la familia, impotencia crónica ante el silencio de la familia (secreto) sobre un suceso familiar de orden traumático (físico, verbal, sexual).

En relación con estas reflexiones, si bien los trastornos psicóticos no están muy presentes, al menos así lo afirman las profesionales, la cuantificación final de ese diagnóstico mucho depende de cómo se consideren las causales de esos intentos de suicidio o suicidio consumado en los jóvenes. Hay profesionales que no dudan en diagnosticar psicosis para este tipo de conductas. Pero en otras profesionales no es tan marcada esta concepción.

Se sugiere que el problema para relacionar psicosis con riesgo de muerte o muerte no radica en el proceso de diagnóstico per se, o en la claridad de los síntomas de la persona, sino más bien en que los indicadores o se los desconoce o se desconoce la relación entre estos (por lo que no operan como indicadores) como causas de estas situaciones de muerte y de riesgo de muerte. Los vínculos sociales, la lejanía con la urbanidad o el pueblo, la identidad y percepción de género tenida en cuenta como problemática, los problemas de desamor, deben ser considerados como factores de riesgo y no como avatares subjetivos a partir del diagnóstico diferencial. Se repite la consideración anterior la cual indica que se debe relevar la importancia de estas causales en detrimento del excesivo valor del diagnóstico sintomatológico, si el objetivo es la prevención de los fenómenos sociales como problemática de salud.

Es decir, el diagnóstico, como habilidad para registrar síntomas y signos, atribuirles una causa y planificar un tratamiento, no es deficiente por sí mismo. Sin embargo, que presta atención a un número reducido de signos y los reconduce a expresiones causales individuales y descontextualizadas. Dicho de otro modo, si todos los profesionales incluyeran un eje socioafectivo a la hora de hacer sus diagnósticos, los resultados serían diferentes, y permitirían identificar esos indicadores; para lo cual es necesario que se

profundice el conocimiento teórico acerca de la existencia y relación de esos indicadores con determinado sufrimiento.

Respecto de las problemáticas de consumo o policonsumo el análisis pertinente interpela de la misma manera a la forma en que se recuperan y construyen las causales para indicar o diagnosticar un “problema de adicción”. Las situaciones se presentan en mayor proporción en los jóvenes hombres, respecto de mujeres, y cada vez comienzan desde más pequeños con los hábitos de consumo. En los adultos también se observa en gran medida estos hábitos, pero las modalidades de consumo se realizan de manera exabrupta y excesiva mezclando sustancias, y las consecuencias no son solamente de orden de deterioro psicológico y orgánico, sino también tienen incidencia en lo judicial y en sucesos de accidentes viales. Se incluyen en esta población a personas de todas las clases sociales con la diferencia de que las clases pudientes resuelven sus síntomas a partir de sus recursos como trabajo, obra social, vínculos cercanos, y económicos. Esos recursos, a su vez, son los que facilitan que estos sectores sean menos notorios en el sistema público de salud. Quienes asisten por cuestiones de consumo generalmente lo hacen por derivaciones del juzgado, porque un familiar preocupado por la situación acompaña al centro de salud a la persona con problemas, personalmente durante crisis subjetiva con alto nivel de angustia que impulsa a la persona a acudir por ayuda, y también aparece la demanda en guardia como situación de emergencia cuando hay un cuadro de alta excitación psicomotriz. Escasas veces aparecen por voluntad propia, durante los “momentos de lucidez” o estabilidad emocional. Las dificultades de admisión, atención y tratamiento se refieren a la necesidad de acompañamiento familiar o de parte de otros vínculos cercanos a estas personas para establecer una continuidad (cuestión que involucra esfuerzo emocional), y la “falta de adherencia” al tratamiento que las profesionales dicen tener estas personas. Las causales que identifican las profesionales bien son de orden afectivo y socioeconómico, es decir, ausencia de modelos identificatorios que marquen límites respecto de lo que es conveniente y lo que no, modelos de jóvenes mayores y adultos que consumen y habilitan al consumo, gran tiempo de ocio en las calles, falta de ofertas culturales en los barrios y pueblos chicos que puedan contener y dar sentido a la vida de los jóvenes, una cultura del consumo excesivo y masivo

como aceptada y valorada positivamente, el sistema de publicidad imperante, la configuración dinámica y cambiante en la constitución familiar, el desempleo de quienes son responsables de niñas/os y adolescentes, las situaciones de violencia familiar, las situaciones de abuso de menores, etc.

Nuevamente se reflexiona que, a partir de un *combo de situaciones* que aparecen en el primer nivel de salud, la identificación de las causas son las que guiarán las planificaciones para la prevención de estas problemáticas. En APS el diagnóstico diferencial de la psicología omite estas causalidades y sólo le es posible trabajar con la persona para disminuir lo mayor posible el riesgo de peligro o daño al que se exponen estas personas. El trabajo clínico es ineludible, pero para la construcción de un conocimiento de la problemática colectiva, sólo puede ser abordado con la discriminación e identificación de las causales y determinantes sociales y ambientales con el trabajo de todas las disciplinas y con la consiguiente sistematización e inclusión de estas variables por parte del Programa de Epidemiología de la provincia.

Si el objetivo que persigue esta investigación es vislumbrar la vacancia en psicología, tanto para la formación como para la práctica, la dimensión epistemológica exige incluir en la capacitación de profesionales de psicología conocimientos de la epidemiología sustentada en una clínica expansiva con hipótesis etiológicas integrales y con una significación del ser humano como instancia del proceso de salud.

La falta de competencias y habilidades tanto en registro estadístico, el interés por éste y la capacidad para pensar sobre las causas y planificar en equipo, produce la idea en lxs profesionales que el psicoanálisis o el cognitivismo con encuadres clínicos no son útiles en este nivel de atención porque no hay teoría que respalde la demanda ante las situaciones descriptas, ante la ausencia de demanda específica, y ante la falta de registro subjetivo de las consultantes. Idea que continúa la misma lógica que el sistema de registro epidemiológico hegemónico, cuando no complejiza los datos y termina por desconocer las determinantes y sus relaciones. La defensa de lxs profesionales ante la ausencia de la demanda por parte de quien asiste por atención y tratamiento, es la contrapartida del desconocimiento de las causales subjetivas y vinculares de la epidemiología clásica.

Analizado esto en profundidad, y a partir de las consideraciones que sostienen los estudios sobre la formación profesional en psicología (Torricelli, 2012, Parisi, Manzi y Cuello, 2017), se destaca que es la sujeción extrema al encuadre clínico una *práctica desencajada*, y no el cuerpo teórico al cual el encuadre clínico otorga sustento. Esta sujeción con tenacidad, sirve como *refugio* ante la dificultad de efectivizar la intervención en APS en cuanto sus objetivos, o como defensa para reafirmar la seguridad profesional mediante la fragmentación interdisciplinar. Sucede que, al fragmentar disciplina por disciplina las prácticas que se efectúan sobre la población, la falta de preparación en registro epidemiológico del trabajo, o ambas –fragmentación y falta de registro- se desvirtúa el objetivo de APS y se desvaloriza la riqueza de la psicología en tanto hermenéutica. Estas son consecuencias también de otro fenómeno subyacente, el paradigma médico hegemónico. En el estudio de Torricelli (2012) con residentes psicólogas y médicas en CAPS de Buenos Aires, vislumbraron que

La mayoría de residentes admitió la insuficiencia del propio marco teórico para desempeñar todas las actividades clínicas de la residencia y refería a acudir a otros recursos teóricos técnicos pertenecientes a esquemas referenciales diferentes al propio. (...) había un esquema referencial teórico clínico ya definido como propio (Torricelli, 2012, p. 53).

Ahora bien, aquel encuadre clínico que a veces puede operar como *refugio* profesional o como práctica que no se adecúa a la necesidad del sistema de organizar para planificar interdisciplinariamente, no desvaloriza o anula el valor hermenéutico que poseen los encuadres teóricos como así tampoco disminuye el potencial terapéutico del vínculo transferencial y de la efectividad del secreto profesional. Es decir, aun cuando la postura de tenacidad por sostener el encuadre clínico denote imposibilidades o encuentre límites según los profesionales, en las entrevistas argumentan que esta dificultad depende del cuerpo teórico. Desprestigian el valor salutífero que pueden tener tanto las intervenciones cognitivas conductuales como psicoanalíticas debido a la suposición de que éstas funcionan exclusivamente a partir del encuadre clínico. Esta unión incondicional de ciertas variables

epistémicas de vertientes diferentes en los espacios profesionales es un problema para que la formación de grado lo considere.

La incorporación de conocimientos de la psicología comunitaria también debe integrarse dentro del plan de estudios obligatorio ya que como se ha señalado, sus herramientas poseen efectividad para la captación de las causales sociales, ambientales, económicas y culturales de los problemas reales de salud. Por ende, es una perspectiva de la psicología que idóneamente es capaz de brindar aportes en este nivel de atención.

El establecimiento de servicios de base comunitaria es nodal para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, económica y social de las personas con padecimientos mentales, aun teniendo en cuenta que existen brechas amplias de acceso y obtención de prestaciones continuadas en salud mental (Gerlero, Augsburguer, Duarte, Gómez y Yanco, 2012, p. 33)

Los CAPS pueden ser un servicio de contención, de acceso, de integración, de incorporación, sea para prevenir o para asistir. Un servicio con integración de equipos con formación en abordaje familiar comunitario, psicología comunitaria, agentes sanitarios, consultorios odontológicos ambulantes establece un puntapié para establecer una base comunitaria.

Por otro lado, la dimensión ideológica está atravesada según el análisis que desde la perspectiva de género se puede realizar sobre las poblaciones que asisten y se reciben en el sistema de salud. Este encuadre conceptual permite deslindar causas de consecuencias, reordenar determinantes con síntomas, unir lo social con lo biológico, distinguir víctima de victimario, identificar consultantes manifiestos y consultas latentes, registrar y/o diagnosticar individuo o grupo vincular íntimo afectado, imponer un diagnóstico diferencial o arribar al problema real. Estas diferenciaciones permiten dirigir la intervención psicológica, planificar en interdisciplina, decidir prácticas en terreno, distinguir la emergencia de la urgencia y de la crisis, anticipar las situaciones. La perspectiva de género como modo de lectura del concepto de patriarcado, permite guiar la práctica en salud, implica interpelar no sólo la significación de las dolencias, sufrimientos, daños orgánicos de las poblaciones, sino también modificar la estructura de análisis de información para reorganizar las causales y reinterpretar los datos

poblacionales. De esta dinámica, o de esta relación y retroalimentación entre teorías con las prácticas, la aplicación fáctica de los conceptos psicológicos ubicará el foco de atención en las necesidades que portan las personas.

La incorporación de los análisis de situación, como instrumento clave para vincular las condiciones de vida de los grupos sociales con los problemas prioritarios de salud mental, y las estrategias de resolución, contribuirían favorablemente a la producción e conocimientos y tendrían implicancias directas en la equidad de prácticas sanitarias (Gerlero, Augsburguer, Duarte, Escalante, Ianowski, Mutazzi y Yanco, 2010, p. 29)

En estudios anteriores afirmamos (Parisi, Manzi y Cuello, 2017) que las decisiones de capacitar a futuros profesionales son política de los profesionales de psicología que ejercen en formación, y no de *la psicología* en general. La lectura ideológica decanta en que la potestad y responsabilidad de que la psicología conozca y aborde problemas reales de todas las colectividades o poblaciones está en los y las profesionales de las universidades públicas, no en el encuadre clínico o el cuerpo teórico o el método hermenéutico que se decida impartir. En otros términos, las decisiones políticas sobre la formación, tomadas y ejecutadas como resultado de pugnas de poder dentro de las comunidades académicas destinadas a la formación de psicólogos, son, ante todo, decisiones que anteceden a elecciones teóricas o conceptuales, y que apuntan a organizar prioridades en torno a los grupos que son blanco de intervenciones psicológicas y a sus malestares, sufrimientos o padecimientos. Esto no quita que, mirados por el prisma de ese ordenamiento de prioridades, algunas corrientes teóricas, algunos campos de aplicación o algunas prácticas, se revelen como más adecuados, eficientes, prolíficos para las tareas de APS. Pero, inicialmente, la apuesta se dirige a revisar los supuestos ideológicos subyacentes al desajuste de las prácticas, no a cuestionar la aplicabilidad de determinadas teorías, ni la posibilidad de generar mejores ajustes incluso sosteniendo esos encuadres teóricos. La formación pública universitaria en psicología debe fortalecer las habilidades y capacidades de los perfiles profesionales en conocer grupos, colectividades, poblaciones y sistematizar la información con causales sociales comunes a las otras disciplinas profesionales con las que deberán abordar los

problemas. La inclusión en los planes de estudios en prácticas pre profesionales en psicología comunitaria con planificación y práctica interdisciplinar es una necesidad de orden político.

Las vacancias de la psicología según las prácticas y procedimientos de atención en APS: atención, tratamiento, interdisciplina, interconsulta, inter institucionalidad, seguimientos, participación comunitaria

Si bien existen reuniones de equipo de trabajo en los diferentes centros y se mantienen a lo largo de la actividad anual, no todos las llevan a cabo de la misma manera y no siempre se llevan a cabo con continuidad a lo largo de uno o más años. Esto desemboca en que no se practica o no es tenido en cuenta cierto consenso de criterios para discriminar lo común de lo urgente, lo autónomo de lo interdisciplinar, la derivación de la interconsulta. O como mínimo, la explicitación del disenso que existe entre los profesionales al interior de un equipo respecto de los parámetros para distinguir problemáticas y causales diferenciales en unos casos de otros.

Estas prácticas de trabajo al interior del equipo se pueden configurar como interdisciplina, transdisciplina o multidisciplina¹⁷ según cómo se articulen entre sí. A partir de estas modalidades concretas en cada equipo de trabajo, se puede visualizar y decidir cómo la APS puede funcionar

¹⁷ Interdisciplina: la perspectiva interdisciplinaria excede la sumatoria de miradas disciplinares, y supone el reconocimiento de las múltiples dimensiones implicadas en los distintos grados de atención. Se deben comprender y apreciar los problemas planteados a su propio dominio dese los otros dominios, percibir aquellos problemas que de su dominio que se prolongan a los otros (Ministerio de Salud de la Nación, s/f). Multidisciplina: perspectiva en la que confluyen los aportes de diferentes disciplinas sobre un tema o situación puntual, sin necesidad de lograr una síntesis dialéctica y más bien se obtiene una sumatoria de puntos de vista. Transdisciplinar: involucra la confluencia de varias disciplinas que dan sustentos teórico y metodológico a dimensiones más abarcativa. Pensar en epidemiología en salud mental, supone un marco teórico y metodológico en el que confluirán medicina, psiquiatría, psicología, enfermería, administración, planificación, recursos, etc.

integralmente, cuáles situaciones deben ser atendidas en APS y cuáles pueden ser atendidas o derivadas al segundo nivel (o recibir de éste), cuál población compete a cada institución, cuándo y cómo derivar directamente o realizar interconsulta con las demás instituciones estatales especializadas (consideradas de segundo y tercer nivel) tales como el Centro de Atención y Prevención en Adicciones y/o Escuela de Salud Mental.

El trabajo interdisciplinar muchas veces depende de la unión como equipo, de sus relaciones informales, de cuántas disciplinas estén presentes en cada centro, de la formación académica y experiencia profesional de cada profesional, de la dirección y autoridad del centro de salud y cómo se organizan y se planifican tareas a realizar, permisos para salir del centro de salud u hospital, modalidades de las reuniones para interconsulta, derivaciones, seguimientos, tratamientos, etc.

Por ejemplo, en relación con la posibilidad de hacer interdisciplina o no en trabajo en terreno, un factor a tener en cuenta respecto del trabajo fuera del hospital y la posibilidad de asistir con otros profesionales a los domicilios, es que la presencia de varios profesionales en una visita a una casa familiar o de un integrante no es recomendable en el sentido de que puede sentirse como persecutorio e invasivo por parte del dueño o dueña de casa. Este trabajo en terreno no impide la interdisciplina, pero sí la condiciona. Otro ejemplo, es que muchos equipos de trabajo en APS afirmaron realizar diagnósticos en donde se encuentran las firmas de todos los profesionales que trabajaron en el caso o situación. Sucede esto cuando es requerido por parte de una escuela, por un informe del gabinete pedagógico o maestro, por informes solicitados desde el ámbito judicial, de alguna obra social o municipalidad. Esto habla de cierto trabajo interdisciplinar, pero lo relevante es que cristaliza una práctica que el marco legal exige, garantiza derechos para las personas.

Adentrándonos en el trabajo disciplinar propiamente dicho, una práctica fundamental de los profesionales de psicología es el establecimiento explícito del secreto profesional y el consentimiento informado con todas las personas cualesquiera sean las edades y géneros que se atiendan. Estos profesionales aseveran que las pautas de contrato de confidencialidad y las

pautas de confianza son las primeras herramientas con las que cuentan para iniciar un proceso de atención y tratamiento. Comentan que esta herramienta es crucial para este ejercicio y logra efectos terapéuticos. La escucha del relato, la confianza, la intimidad, es decir, el encuadre (más el secreto profesional y el consentimiento informado explicitado) brindan la contención como primera herramienta necesaria que produce el efecto de alivio, de descarga y otorga la posibilidad de querer ser atendidas/os o no, querer hablar o confiar.

Cuando las niñas y niños registran el espacio terapéutico como propio y como uno donde poder expresar preocupaciones, miedos, gustos, alegrías, etc., lxs profesionales fácilmente visualizan cambios en los estados de ánimo y/o mejorías en cómo se relacionan con la familia, en la escuela a través de sus manifestaciones manuales, dibujos, gestos, posturas, vocabulario.

En general, lxs profesionales les explican a sus pacientes infantiles que disponen de un espacio y tiempo de intimidad, y que se trabaja con realización de dibujos o el juego. Muchxs profesionales les muestran el lugar en el consultorio en el que quedan guardadas sus producciones. Y hay quienes prefieren tener muy a resguardo en el consultorio, bajo llave, y algunas en sus propias casas, las historias clínicas. La cuestión de los espacios institucionales en el sistema público de salud es un tema muy delicado cuando se piensa en cómo cuidar y asegurar la información privada de los pacientes. Lograr el vínculo de confianza y de seguridad con las niñas y niños es parte de la eficacia del proceso terapéutico y mantenerlos en el tiempo es de vital importancia. Afirman que cuando esto sucede, el despliegue de la personalidad de las niñas y niños se obtiene mediante las técnicas de juego y en los dibujos. La fortaleza del encuadre clínico se vislumbra a través del resguardo y cuidado concreto a partir de la confidencialidad explicitada y consecuentemente llevada a cabo.

Como se describió anteriormente, unas de las problemáticas más presentes en las mujeres es la cuestión de la violencia de género, violencia familiar, problemas de pareja, trastornos de ansiedad, crisis de angustias, depresiones. Las formas de trabajar y atender varían de profesional en profesional, de institución en institución. En general, atender emergentes y trabajar estrategias idóneas para terapia, en conjunto con disciplinas o

interdisciplinariamente, es una constante. El resultado es que pocas veces que se da un trabajo interdisciplinario estratégico, en el cual la atención, seguimiento y el tratamiento planificado se haga en presencia de varixs profesionales a la vez con el paciente presente, en caso que sea pertinente. Una de las posibles soluciones ante esta dificultad técnico profesional, es planificar asignaturas o módulos curriculares para diferentes disciplinas en su formación de grado. La posibilidad de tener un mínimo porcentaje en la formación teórica de grado que otorgue una base teórico-práctica interdisciplinar, debe ser un horizonte.

Ahora bien, en base al exceso de demanda, se realiza mucha atención y asistencialismo e intentos de tratamientos y rehabilitación, en el sentido de que en APS mayormente se interviene sobre la enfermedad o problemática ya instalada, madurada. Los obstáculos en los tratamientos y la continuidad en rehabilitación se establecen de acuerdo a cómo sea la responsabilidad y posibilidad de los pacientes, ya que ésta prima más que la decisión y posibilidad del equipo profesional en realizar seguimientos y rehabilitaciones a las personas. Los hábitos de dar continuidad a un tratamiento psicológico durante años no son característica preponderante en las poblaciones que se acercan a los centros de salud de atención primaria. Lxs profesionales mismxs se preguntan acerca de la posibilidad contingente de lograr objetivos de prevención y promoción en APS cuando las intervenciones en salud no consideran las características y condiciones comportamentales de la población.

Siguiendo este razonamiento sobre cómo se consideran las problemáticas, hay médicxs que afirman que en la formación académica, tanto en medicina como en psicología, predomina la epistemología del dualismo cartesiano. Es decir, mente por un lado y cuerpo por otro. Quizás sea esta razón por la cual lxs mismxs médicxs afirman que hay mucha inutilidad de los diagnósticos *apresurados* o precoces de ciertxs colegas que desconocen los aspectos psicosociales y contextuales de los pacientes, y que derivan a otras disciplinas apenas los pacientes superan la órbita de lo identificable orgánicamente. Teniendo en cuenta entonces que en las prácticas de la formación de grado de las disciplinas tampoco se visualiza, vivencia y/o

experimenta la interdisciplina, esto repercute en la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente, epistémicamente hablando.

¿Cuáles son las causas si se piensa que los objetivos de APS están lejos de ser cumplidos? Puede ser el dualismo cartesiano de cada formación disciplinar, las vacancias en la formación de grado, el aferramiento al encuadre clínico y al encuadre teórico, la organización de los equipos de trabajo dentro de los CAPS, e incluso la ideología de mercado que imprime la supremacía de la medicación y el poder del saber médico. Quizás son todas, pero también seguramente se puede establecer una explicación muticausal de la cuestión. Organización institucional, epidemiología, formación profesional conforman una triada que debe abordarse integralmente para colaborar en los problemas de organización del sistema de salud.

A nivel del ejercicio general de la disciplina médica, se resaltan varios aspectos a considerar que tienen que ver tanto con la formación académica como con las condiciones estructurales mediante las cuales sus funciones y tareas están distribuidas, y las relaciones que se establecen a partir de tales determinantes. Una dificultad es la sobre carga de demandas. Un médico entrevistado con más de 20 años en el ejercicio en salud pública, con cargo de director, afirma que el 80% de la población total de la urbe se atiende en el hospital público, aun cuando estas personas posean prepaga u obra social. Frente a esto la posición clínica de atención en consultorio es la que prevalece ampliamente. Hay médicos que se encargan de aclarar que ciertas atenciones bien pueden y deben ser atendidas por parte de sus obras sociales. Aun así, el mismo médico afirma que la práctica de medicalizar es constante y a veces abusiva. Esto, debido a que la concepción que se posee sobre el ejercicio de la profesión es visualizar lo dañado orgánicamente, lo enfermo químicamente. Es por esto que varios médicos consideran que la medicina ha brindado resultados con la industria química-farmacológica, pero también ha patologizado y psicopatologizado la vida cotidiana. Estas dificultades obedecen en gran parte a la formación, como así también a las condiciones que impone el sistema formal de trabajo en el sistema de salud, según los objetivos que se plantee. Como dijimos, se puede comprender a partir de un exceso de demanda poblacional y las características de la población para

superar sus problemas, y también por cómo la estructura del servicio los recibe y registra.

Continuando ahora con los procedimientos formales de las prácticas de salud y teniendo en cuenta el tipo de relación que cada centro posee con las demás instituciones y con otras instituciones estatales de otro nivel de atención, se puede afirmar que la fluidez y efectividad de las comunicaciones varían de localidad en localidad. La mayoría de las trabajadoras afirma que hay una falta de redes de contención, muy pocas asociaciones civiles con las cuales contar, clubes deportivos escasos como así tampoco grupos formales o informales, espacios municipales disponibles, contacto fluido y de colaboración escolar, etc. No existe andamiaje de contención interinstitucional y de comunicación fluida, ya sea con la Escuela de Salud Mental o el Centro de Atención y Prevención de Adicciones, por lo tanto la ejecución fáctica de la APS no es posible, al menos con los postulados que propone la ley. Es cierto que algunas veces que la comunicación de los equipos de los CAPS con la Escuela de Salud Mental es efectiva y que la atención y admisión de pacientes también lo es, pero son minoría. Hay localidades o situaciones en que esta comunicación interinstitucional o intersectorial no ocurre y no se obtienen respuestas o intercambios, ni derivaciones o seguimientos. Estas comunicaciones interinstitucionales y sectoriales forman parte de los objetivos de APS, ya que la derivación al segundo nivel de atención, descripta en el capítulo 2 de este trabajo, es parte de las tareas de APS. Quizás el problema no es que no existan tanto los mecanismos de referencia como los de contrarreferencia como las asociaciones civiles, sino que no son proporcionales a la cantidad de problemáticas. Y hay que ver cuales asociaciones son más necesarias según la problemática.

Al considerar estas situaciones, lxs profesionales llegan muchas veces a visualizar al hospital mismo, también como una institución que expulsa y no contiene. Y, cuando caracterizan a la sociedad en general, es ésta misma la que no construye para no abandonar a los más pequeños y pequeñas.

El exceso de trabajo hogareño y la falta de trabajo formal o informal estable en las mujeres, hace que las propuestas de la OMS y OPS mediante las legislaciones provinciales y nacional en APS, sean muy difíciles de lograr a

veces, y muchas otras son inviables y hasta imposibles. Por lo tanto, se ejecuta muy poca intervención desde la APS, en lo que debería primar la prevención de enfermedades y problemáticas y promoción de salud, con “interdisciplinariedad” e “integralidad”. Hay que señalar también que aquellas otras instituciones estatales especializadas referidas a la atención mental también poseen un exceso de demanda, razón por la cual los pacientes no logran obtener turno, y muchas veces no vuelven a intentarlo o por frustración abandonan incluso la idea de volver al profesional que los derivó y solicitar tratamiento. Por otro lado, en el mismo marco referencial de la APS que propone el abordaje comunitario y de trabajo en red, lxs trabajadorxs sociales afirman que armar una cooperativa o una asociación civil, o contactarse y trabajar con una de ellas a los fines de que la comunidad se empodere de sus problemáticas y maneras de afrontarlas, se hace muy difícil, por no decir imposible. En muchos barrios, las asociaciones no llegan o no existen. Como así también el apoyo logístico desde municipios, escuelas, gobierno, clubes sociales es en sí muy escaso. La perspectiva de género, desde una óptica estructural, con esta condición de ausencia de articuladores institucionales y sociales, es una deuda pendiente y una imposibilidad de ejecutar para trabajar a este exceso de demanda con las que acuden las mujeres. Con este razonamiento, los obstáculos exceden a la formación y a la estrategia de salud.

Lo cierto es que aparece como muy difícil encontrar grupos informales, prioritariamente para trabajar. Amigxs, vecinxs conflictivos, la quiosquera y la peluquera, compañerxs de escuela, etc. son estructuras informales que es casi imposible que no existan. Claro que estas estructuras no ofrecen un “plan de articulación interinstitucional” estable, porque no es así como funcionan. ¿Es esa formalidad un requisito obligatorio? ¿O basta con que haya alguna grupalidad más o menos natural, estable, para abordar comunitariamente?

En los casos de problemática del alcoholismo, las decaídas en los estados de ánimos, el retraimiento social, y los encierros en sus casas durante días con el alcohol, imposibilitan el seguimiento. Cuando la familia y/o responsables a cargo acompañan, contienen y motivan a seguir, la persona alcohólica tiene más posibilidades de acudir nuevamente a terapia en caso de

recaída. Para estas personas no hay redes de apoyo, es decir, asociaciones, grupos formales en instituciones o informales de alcoholicos con o sin familiares que sean proporcionales a la cantidad e problemática de alcoholismo que existe. De aquí que es necesario la vinculación civil para responsabilizarse de sus problemas. Desde un análisis que integra los demás factores, se puede decir que la lógica médica no colabora fuertemente para cumplir los objetivos de APS en relación con la problemática de los alcoholicos, porque atiende para intervenir quirúrgicamente¹⁸ más no para sostener interdisciplinariamente y con la familia a personas definidos desde la estadística como “irrecuperables”.

Ahora bien, algo que desde los CAPS se detecta como altamente ineficaz a la hora de evaluar a los demás servicios es la organización para la obtención de turnos. Se otorgan solamente en horarios muy tempranos y el paciente debe estar de madrugada esperando que la administración abra. Si una persona con problemas socioeconómicos y de una localidad del interior debe enfrentarse a esta situación, sólo basta una frustración para no volver a solicitar turno como así tampoco volver con esta noticia al centro de APS. Aquí la cuestión de la ausencia o dificultad de realizar los mecanismos de referencia y contrareferencia también exceden a la formación y están determinadas más por cómo las otras instituciones estatales o privadas realizan estos procedimientos. Pero no deslinda la responsabilidad de la formación de grado que no posee capacitación para aprehender estos mecanismos interinstitucionales. Un estudio sobre cuidados en salud mental en CAPS determinó que “los contactos informales constituyen la principal fuente de comunicación e intercambio de información sobre la población asistida. De manera que las relaciones entre profesionales priman por encima de la

¹⁸ Concretamente, las intervenciones quirúrgicas logran el lucro, las intervenciones desde equipos interdisciplinarios producen gastos. Se estudian e investigan las consecuencias del alcoholismo y se atienden las consecuencias, por ejemplo, se estudia la cirrosis y se la atiende quirúrgicamente. Como estas enfermedades orgánicas tienen intervención con medicamentos e intervención quirúrgica, es económicamente más beneficioso atender a las cirrosis y no a la cotidianeidad de un equipo interdisciplinario que trabaje con personas consideradas irrecuperables y su familia.

organización institucional” (Gerlero, Augsburguer, Duarte, Gómez y Yanco, 2012, p. 54). En general, no están establecidos los procedimientos formales o específicos por los cuales los diferentes niveles se comunican. Tampoco la formación de grado le dedica tiempo a esto, por lo que es necesario inculcar habilidades institucionales de seguimientos a pacientes que excedan el trabajo psicológico propiamente dicho. El espacio curricular de la formación de grado en el que deberían brindarse estos conocimientos, habilidades y actitudes puede estar referido a organización del sistema de salud argentino, políticas sanitarias, marco de regulación profesional y ejercicio de la profesión en entidades públicas, mixtas o privadas. Con justa razón no pocos estudiantes avanzados y egresables reclaman tener la necesidad de tener una mínima idea acerca de cómo se maneja institucional y burocráticamente el mundo de la salud pública.

Las relaciones que se establecen con los juzgados que derivan, solicitan informes, diagnósticos, también conforman un factor que incide en cómo intervenir y en las expectativas de superar ciertas problemáticas. Depende de la localidad, del juzgado, del hospital que estas relaciones funcionen acorde a lo esperado o en contra de lo sugerido. En las relaciones con las obras sociales ocurre lo mismo, ya que se sugiere y hay veces que se acompaña a los pacientes hasta el establecimiento de las obras sociales para reclamar lo que corresponde ya que no todas las obras sociales trabajan y responden de la misma manera. Varias profesionales sociales afirman que “el sistema en general” no colabora, y que la articulación interinstitucional necesaria no existe. Muchas instituciones no acompañan al centro de salud cuando éste decide, interviene, sugiere, se abstiene, interpela, solicita a las demás instituciones.

Esta complejidad de la situación en la relación entre población y centros de salud, trae a colación los procedimientos formales tales como consultas, derivaciones, interconsultas, atención profesional disponible y posibilidad de brindar seguimiento a las personas, es decir, a los mecanismos de referencia y contrarreferencia necesarios para articular comunicación entre instituciones de salud por un mismo paciente o grupo familiar. Las prácticas interdisciplinarias entre estudiantes de diferentes profesiones no se

implementan ni fomentan en la formación de grado, y no se capacita para desarrollar tareas de articulación interinstitucional, planificar talleres en conjunto y comprender cómo son roles y funciones en estas instancias. Tampoco existen contenidos referidos a definiciones conceptuales sobre interdisciplina, transdisciplina, y multidisciplina. Las capacidades y habilidades referidas a las formas profesionales y procedimientos formales para realizar tanto interconsulta como seguimiento, referencia y contrarreferencia, no se encuentran desarrolladas en los perfiles de la formación profesional en psicología; como así tampoco las incumbencias y objetivos de los profesionales de psicología en los diferentes niveles de atención en la salud pública, en este caso, el primer nivel. La posibilidad entonces de ejecutar interdisciplina e interinstitucionalidad es nula ya que la estructura misma y sus mecanismos de comunicación son desconocidos desde la preparación misma del profesional, además de la escasa posibilidad de que las demás instancias institucionales respondan. Como señala Parísí “es necesario repensar una psicología capaz de interpretar el devenir de una sociedad fragmentada, empobrecida, lastimada, desconfiada, temerosa y neutralizada políticamente; una psicología que reflexione al servicio de qué intereses produce conocimientos y prácticas” (Parísí, 2006, p. 374). De hecho, para el autor

la mayor interferencia que podemos encontrar en el trabajo interdisciplinario proviene de realizar diagnósticos en salud mental de tratamientos, de recursos, de fortalezas y debilidades desde nuestros propios parámetros. En el trabajo interdisciplinario eso es un obstáculo, porque tiene no que ver con el saber especializado sino con la concepción que tenemos acerca de la naturaleza del conocimiento.

En relación con la situación general en el ámbito de la APS, las descripciones tienen que ver con la disciplina de la medicina y también con variados aspectos ya señalados, que hacen no sólo a la lógica global de funcionamiento, sino también a la dinámica de interrelación entre los profesionales. Hay médicos que afirman que existe una conceptualización hospitalocéntrica y/o medicocéntrica de la salud. Esto significa que las demás disciplinas están subordinadas a la figura del médico, y también que muchas

personas sólo aceptan tratamientos o asumen problemáticas y enfermedades si el médico se los señala, por un lado. El sistema sólo está preparado para atender enfermedades por su concepción medicamentosa de atención y tratamiento, lo que conduce a una calificación de la irresponsabilidad del paradigma del sistema de salud, por otro lado. Por ejemplo, el modelo médico hegemónico descontextualiza a los usuarios. No hay una intervención médica para planificar estructuralmente una prevención de problemáticas. No existe una convocatoria de lxs médicxs para coordinar tareas con municipios y demás instituciones estatales o civiles autorizadas para mejorar las causas de salud que son de orden social y económico. Esto es relevante ya que determina el modo en que se organizan y planifican las atenciones de los profesionales de acuerdo a la referencia legal y formal de trabajo en APS.

Para unx médicx los problemas de salud y la captación de estos tienen que ver con la capacidad de visualización y captación del equipo profesional de las problemáticas. *Los emergentes de salud se relacionan con la capacidad de oferta del servicio y no con la capacidad de las personas en asistir por sus problemas, es decir, de demanda al servicio de salud.* Una perspectiva tiene que ver con las determinaciones de las condiciones estructurales para atender la salud social, y otra perspectiva con las condiciones determinantes de la salud social según las consideraciones de los profesionales. Respectivamente, un problema es salir a buscar las problemáticas de salud para evitar problemas epidémicos, y otro problema diferente es esperar a que la población considere que a partir de determinada dolencia y dificultad, solicite atención y se realice epidemiología en consecuencia¹⁹Estas diferencias hacen que una perspectiva en APS sea selectiva o estratégica o garantía de derechos, según lo analizado por Cruz Peñate (2011), Weisbrot (2014) y De Lellis, Berra y Morand (2010) en el Capítulo 2. En esta línea de reflexión, se comprende por qué la población de

¹⁹ En esta misma línea, otrx médicx afirma que en una de las dos grandes urbes de San Luis, existe un desfasaje entre la realidad que acude al sistema de salud y la estadística epidemiológica del Ministerio de Salud. Por ejemplo, referidos al nivel de funcionamiento intelectual mínimo, autismo, problemas neurológicos, discapacidades.

la tercera edad y sus problemáticas más comunes rara vez aparecen nombradas por los profesionales de psicología.

Frente a esto, existen diferencias cuando la APS se ejecuta y puede ser considerada como eficaz o no. Desde una perspectiva lineal, secuencial o selectiva que tiene que ver con una conceptualización de demanda del servicio de salud, es una APS que se ejecuta solamente el primer contacto y/o entrada de las personas con el hospital, es decir, cuando toma contacto con el sistema de salud. A partir de aquí, según suceda la admisión y cómo se decida la intervención o tratamiento del profesional que recibe y atiende, las personas pasan o no al segundo nivel de atención. Se entiende que si se resuelve el problema o se logra que paciente y problemática permanezcan en este nivel, la atención primaria es eficaz. Puede suceder que los profesionales de APS decidan derivar a los pacientes al segundo nivel. El primer contacto supone no sólo que debe solucionar el problema y evitar que acuda al segundo nivel, sino que debe asegurar que en el futuro no demande atención del servicio. Prevención no es solamente evitar el tránsito por hospitales más complejos, sino lograr que no demanden futuras atenciones e intervenciones consecuentes de la problemática que puede ser controlada y superada. Ahora bien, tal como se describen las situaciones de intervención profesional en este trabajo de investigación, el logro de este primer nivel puede consistir en el sólo hecho de evitar que las personas pasen a demandar al segundo nivel.

La perspectiva netamente diferente para considerar el modo y la organización de trabajo en APS, es considerarla como estrategia de atención (y como garantía de derechos) que recibe como compleja la situación social, es decir, la problemática que se le presenta. Esta perspectiva se perfila desde la consideración de la oferta que existe en el servicio de salud, el cual busca las problemáticas y no está a la espera de recibirlas. Se busca asistir y atender a la problemática teniendo en cuenta los factores psicosociales, económicos, ambientales y materiales que determinan su aparición y prolongación en el tiempo, como así también la proliferación de determinada problemática. A partir de entonces, la estrategia de atención precisa que distintas disciplinas acudan instantánea y conjuntamente a la atención de la problemática por su complejidad. No significa que se inventa un problema, sino más bien que se lo

detecta, se lo configura como tal, aun cuando exista la dificultad, negligencia o incapacidad de la población de percatarse de un problema. De esta manera, los distintos profesionales de diferentes disciplinas analizan los factores y variables de las causas y determinantes, para definir en conjunto una manera estratégica de intervención procedimental sobre determinado factor o variable para mejorar paulatinamente la situación de salud. Esta perspectiva define una APS según una estrategia de admisión, atención y seguimiento, y no como simple nivel en términos de primer contacto.

Resumiendo, para unxs profesionales de psicología se considera entonces que hacer clínica con estas características poblacionales es cumplir con los objetivos de prevención en APS. Para otros profesionales el encuadre psicoanalítico es un obstáculo para la APS. La realidad social no otorga la accesibilidad vincular a la población total que la requiere, por lo que interpela éticamente a los profesionales de APS la decisión de no poder admitirlos en tratamientos cuando estos casos se presentan.

En un estudio realizado en la provincia de San Luis sobre la atención de psicólogas en los CAPS, se concluyó que

posiblemente como consecuencia de la formación brindada por las universidades que ha sido de corte individualista dejando vacíos en la formación en salud pública, psicología comunitaria, abordaje grupal, familiar, entre otros; lo que ha llevado a que estos profesionales tomen herramientas de distintos modelos teóricos para poder hacer frente a las demandas. Los resultados reflejaron que las instituciones donde se desempeñan laboralmente les proporcionan capacitación insuficiente para desenvolverse en su puesto de trabajo. Tal es así que los profesionales propusieron incrementar los conocimientos en Trabajo e intervención Comunitaria, en intervención familiar y Atención Primaria (Sánchez Tissera, 2015, p. 129).

Otros estudios referidos al mismo nivel de atención tales como los de Somalo (2017), Corvalán (2017), Valdez (2017), Pérez Reus (2017), Branko (2016), Torricelli (2012), también determinan los mismos aspectos señalados:

mejorar la formación interdisciplinar, implementar los conocimientos de trabajo comunitario, capacitar para mantener y fortalecer lazos intersectoriales e interinstitucionales, y aprendizaje de habilidades de investigación de campo y epidemiológica.

Aun así, se vislumbra que el conocimiento acerca de las diferencias entre los niveles que estructuran el sistema de salud debe estar incorporado a la formación de grado en psicología ya que condiciona la posterior labor profesional, tanto en las elecciones teóricas, como en la generación de dispositivos prácticos, la planificación de tareas y la interpretación de resultados. Las diferentes conceptualizaciones epistemológicas e ideológicas que existen al interior de la psicología deben ser incorporadas a los contenidos, con el objeto de anticipar un encuentro con la hegemonía médica tanto institucionalmente como epistemológicamente.

Para finalizar cabe realizar un señalamiento que anuda el exceso de demanda con las características de las problemáticas y población expuestas, y con las consecuencias que provoca en las agentes de salud en términos de agotamiento psicológico, físico y laboral. El agotamiento propio de lxs agentes es agravado por el tipo de problemáticas con las que tienen que trabajar, lidiar, acompañar, aconsejar, pensar, empatizar, las trabajadorxs sociales, agentes sanitarixs y psicólogxs, nutricionistas. En este sentido cabe un señalamiento desde la perspectiva de género en relación con la feminización de algunas profesiones, el tipo de trabajo y la remuneración. Lxs trabajadorxs sociales, por ejemplo, poseen los sueldos más bajos²⁰, y lidian con problemas de las clases más vulneradas y dentro de este sector con el género más vulnerado: las mujeres. Bajo un análisis con perspectiva de género, se comprenden las razones por las cuales las diferencias de sueldos entre determinados profesionales también dependen de quiénes son profesionales de determinada disciplina y a quiénes mayoritariamente atienden y asisten estas disciplinas. La cuestión ideológica-política pasa por la coincidencia no ingenua de que para la atención de aquellas personas y colectivos que más

²⁰ Existen en actualidad sólo dos hombres desempeñando esta tarea en salud pública, el resto son mujeres.

sufren por cuestiones sociales, hay menos recursos humanos disponibles. A la vez, estos recursos humanos, estxs profesionales, son quienes menos ganan en el sistema de salud. La cuestión ideológica pasa por cómo esta distribución del ejercicio del poder tanto en planificación como en intervención, se dinamiza con la estructura de la hegemonía biologicista y médica del sistema de salud pública.

En resumen, entre los nodos de contacto entre una política pública y la psicología como disciplina de la salud, teniendo en cuenta las posibles vacancias de esta disciplina técnico-profesional en tal ámbito de salud pública, se puede decir que existe un conocimiento necesario que debe ser incluido en la formación referido al ámbito de la salud pública. Por un lado, el conocimiento sobre la población en términos epidemiológicos en la formación de grado colaborará para aprender a identificar variables psicológicas, sociales, ambientales, económicas que determinan las problemáticas por las cuales las personas consultan. La reflexión sobre la construcción de éstas y sus asociaciones para comprender la significación del fenómeno y la necesidad de intervenir sobre el mismo, deben aprenderse en esta época. La preparación para la lectura de las estadísticas poblacionales a partir del conocimiento de nociones teóricas y prácticas de la epidemiología, podrán formar a unx profesional capaz de integrarse idóneamente en el ámbito de la salud pública. Por otro lado, para incluir adecuadamente a unx profesional al campo de la ley de salud mental, del Plan Nacional para la Prevención en Adicciones, APS, servicios de salud mental o atención psicológica institucionales u hospitalarios, es decir, incorporarlx como profesional ejecutor de una política pública, es insoslayable.

La educación interdisciplinaria en la formación de grado también es una prioridad a atender, sobre todo en caso que se decida profundizar en la formación de un perfil preparado para el ámbito público. Y si en lo posible se articulan prácticas preprofesionales en las instituciones, mejor. Pero el ámbito de intervención directa sobre las personas no es el único, ya que también es esperable que la planificación para la salud pública, sea micro o macro organizativa, tenga su horizonte a partir de cierta base de conocimiento construida. La planificación individual en un hospital o centro de referencia, o

al interior de un equipo de trabajo en un CAPS u Hospital Escuela, también entre instituciones y por qué no en áreas más programáticas macro organizacionales, son niveles que sólo serán posibles si se incorporan estas áreas de conocimiento. A esta cuestión se refiere cuando más arriba se afirma que existe una unión incondicional de ciertas variables epistémicas de vertientes diferentes en los espacios profesionales de la salud pública y que es un problema para que la formación de grado la considere.

La preparación para la investigación de campo también se desprende como factibilidad una vez que estas nociones cobren importancia. Además, la formación sobre la cuestión poblacional regional, local y nacional podrá incorporar desde sus comienzos la perspectiva de género imprescindible para evitar los errores estadísticos que la epidemiología clásica tuvo y que durante todo el trabajo hemos fundamentado. Esta incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la investigación poblacional hace a la garantía equitativa de los derechos las personas cuando el Estado debe y es quien se reserva el poder de, servir e intervenir en materia de salud. Como se afirmó, sin datos fielmente elaborados hay variables de problemáticas de personas que no son plausibles de abordar y atender en consecuencia.

Recuperar el valor hermenéutico de ciertas psicologías, valorizar la perspectiva sanitaria de la promoción de salud y la prevención de problemáticas, incorporar la intervención comunitaria familiar o barrial y obtener un perfil psicoeducativo también son horizontes posibles de alcanzar. La psicología comunitaria posee un potencial en desarrollo que puede aportar a construir estos objetivos, por lo que es imprescindible que se legitime desde la formación de grado.

La observancia a estos aspectos hace a la postura ética en la construcción organizativa de una universidad que oriente su trabajo a la formación de profesionales que se ocupen de su población en tanto colectivo.

Es esta práctica de conocimiento que podrá influenciar con más precisión justeza sobre construcción de estadísticas poblacionales hospitalarias y de salud en general.

Referencias

- Alonso, M. y Gago, P. (2006). Algunos aspectos cuantitativos de la evolución de la Psicología en Argentina 1975-2005. Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.fepra.org.ar/docs/la_psic_arg_poster.pdf
- Alonso, M., Gago, P. y Klinar, D. (2010). Profesionales de Psicología en la República Argentina. Síntesis cuantitativa 2008. Anuario de Investigaciones, 17, 375-382.
- Arias, C.F. (2017). Los Organismos internacionales y políticas de salud: la salud como “Derechos Humano” o como “Bien de Mercado”. Manuscrito no publicado.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva, 5(1):27-47.
- Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología clásica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médicos Sociales, 81, 61-75. Disponible en www.ilarte.com.ar/cuadernos/pdf/n81a390.pdf
- Augsburger, A. C. y Gerlero, S. S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. Kairos: Revista de Temas Sociales, 9(15).
- Belmartino, S. (2005). Crisis y reformulación de las políticas sociales. En J. Suriano: Dictadura y Democracia: 1976-2001, pp.225-280. Buenos Aires: Sudamericana.

- Benito, E. (2009). La formación en psicología: revisión y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(2), 1-12.
- Berloto, A., Fuks, A. Y Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36(94), 362-374.
- Branko, C. (2016). Aportes del psicólogo en el trabajo en red y equipo de salud en la APS. [Trabajo Final para acceder al grado de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis].
- Britos, N. (2009). Políticas de asistencia a derechos sociales en Argentina. Algunas lecturas sobre los alcances de la inclusión social en el Programa Familias. En N. Aquín y R. Caro (coord.): Política públicas, derechos y trabajo social en el Mercosur. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Burin, M. (1996). Género y Psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En M. Burin y E. Dio Bleichmar (comps.), *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*, pp-61-99. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen: Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 65, 1-13. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Carpintero, E., & Vainer, A. (2004). Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Buenos Aires: Topía.
- Casas, L. (2009). La comunicación en epidemiología. Sala de Situación. *Revista Argentina de Salud Pública* 1(1), 41-42.

- Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152.
- Corvalán, D. (2017). El rol de las/los psicólogas/os en APS. Reflexiones desde la perspectiva de la psicología sanitaria. [Trabajo Final de para acceder al grado de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis].
- Courel, R. y Talak, A.M. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina. En J. P. Toro y J. F. Villegas (Eds.): Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas, vol I (pp. 21-83). Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología y JVE Ediciones.
- Cruz Peñate, M. (2011). La Atención Primaria de la Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Material didáctico para Curso Taller en APS y RISS. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Disponible en:
<http://minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/APS.pdf>
- De Lellis, M. (2006). La psicología ante algunas problemáticas sanitarias emergentes en la Argentina. En M. De Lellis, M.A. González, J. Rossetto y E. Saforcada, *Psicología y políticas públicas de salud*, pp.27-76. Buenos Aires: Paidós.
- De Lellis, M., Berra, A. y Morand, M.E. (2010). Atención Primaria de la Salud: Manteniendo vivo el derecho a la salud.
- Edelmuth, D. (1996). ¿Existe la psicología?. *Revista de Sociedad, Cultura y Política*, 1(2), pp. 135-150.

- Fouce Fernández, G., Camáñez García y Parisí, E. (2011) Primer Seminario Estable de Solidaridad: Otro mundo es posible. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
- Fouce Fernández, J. G. y Parisí, E. (2008) Psicología para Otro Mundo Posible. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
- Fouce Fernández, J., Parisí, E. y Flores, J. (2005). Psicología y compromiso. La experiencia de psicólogos sin fronteras. *Intervención Psicosocial*, 14, 95-106.
- Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2012). Consideración de la subjetividad en Salud Mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 2 (2), 23-29.
- García, L. (2009). La disciplina que no es: los déficit en la formación del psicólogo argentino. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(2), 17-38.
- Gerlero, Augsburger, Duarte, Escalante, Ianowski, Mutazzi y Yanco (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), 24-29.
- Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gómez, R. y Yanco, D. (2012). Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 2(2), 30-38.

- Gerlero, S., Augsburg, A., Duarte, M., Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9), 24-29.
- Gómez Arias, R.D. (2003). La Noción de Salud Pública: Consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 1-12.
- Hamui Sutton, A., Irigoyen Coria, A., Fernández Ortega, M. Á., & González, J. A. C. (2005). Epidemiología social: nuevas perspectivas en relación con el fenómeno salud-enfermedad. *Medicina Interna de México*, 21(3), 163-168.
- Hernández Ávila, M. y López Moreno, S. (2009). Diseños de estudios epidemiológicos. En M. Hernández Ávila (Ed.), *Epidemiología. Diseño y Análisis de Estudios*. México: Médica Panamericana.
- Hernández-Aguado, I., Lumberras, B., y Jarrín, I. (2006). La epidemiología en la salud pública del futuro. *Revista española de salud pública*, 80(5), 469-474.
- Huergo, C. (2009). 1° Encuentro de Graduados y Estudiantes de Psicología. Mesa de discusión: ¿Psicólogas haciendo qué, para quién? Interpelar la formación y su vínculo con la práctica. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 19(7), 125-129.
- López Moreno, S. y Hernández Ávila, M. (2009) Desarrollo histórico de la epidemiología. En M. Hernández Ávila (Ed.), *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios* (pp. 1-16). México: Médica Panamericana.
- López Moreno, S., Garrido Latorre, F. y Hernández Ávila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 42, 133-143.

Ministerio de Salud de la Nación (s/f). Trabajo en Equipo de Salud. Salud Social y Comunitaria [Módulo 8]. Buenos Aires: Autor. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001033cnt-modulo_8_trabajo-equipos-salud.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis. (2013). Anuario de estadísticas vitales. Programa de Epidemiología y Bioestadística. San Luis: Autor. Disponible en <http://www.salud.sanluis.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/Anuario-Estad%C3%ADsticas-Vitales-2013.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis. (2013). Sala Epidemiológica. Disponible en <http://www.salud.sanluis.gov.ar/epidemiologica>

Morales Calatayud, F. (2009) Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Kayatún.

Noailles, P. (2006). Los psicólogos de hoy: Morales, Inmorales y Éticos. Los efectos de la dictadura en la práctica de los Psicólogos. En Subjetivaciones Clínica Insurgentes. 30 años de Salud Mental (pp. 189-198). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Oblitas Guadalupe, L. y Rodriguez Kauth, A. (1999). Psicología Política. México: Plaza y Valdés.

Organización Mundial de la Salud (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: Autor.

- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2 (4), 99-128.
- París, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 373-384.
- París, E. R. (2007). *Psicología Política y otros temas de Psicología*. Buenos Aires: Cooperativas.
- París, E. R. (2008). Prevención en psicología: la asignatura pendiente. *Psicología y salud*, 18(1), 137-143.
- París, E. R. (2011). Conferencia: Universidades Públicas en Argentina y la formación del Psicólogo. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9(25), 71-75.
- París, E. R. y Fouce Fernández, G. (2005). *Otra Psicología es Posible*. Buenos Aires: Cooperativas.
- París, E. R., Manzi, A. y Cuello Pagnone, M. (2014). La Psicología Política de la Universidad Nacional de San Luis. *Psicología Política*, 14(31), 449-462.
- París, E.R., Manzi, A. Y Cuello Pagnone, M. (2017). Política de la Psicología: notas sobre la formación de grado en Psicología en la Universidad Nacional de San Luis. En D. Pavón-Cuéllar (Coord.), *Capitalismo y psicología crítica en Latinoamérica: del sometimiento colonial a la emancipación de subjetividades emergentes*, pp. 265-285. México DF: Kanakil.
- Pérez Reus, S. (2017). El rol del psicólogo en APS de la ciudad de San Luis. [Trabajo Final para acceder al grado de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis].

- Polanco, F. y Calabresi, C. (2009). La originalidad de la carrera de Psicología en la UNSL. Entrevista a Hugo Klappenbach. *Revista Psiencia*, 1(2), 24-28.
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública*. Buenos Aires: Paidós.
- San Luis, Argentina (2012). Ley III-0813-2012. Ley de Atención Primaria de la Salud. Promulgada, 12 de setiembre 2012.
- San Martin, H. (1983) *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Sanchez Tissera, I. P. (2015). El perfil del psicólogo en el ámbito de la APS en el interior de la provincia de San Luis [Trabajo Final para acceder al grado de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis].
- Sandomirsky, M. (2010). De las políticas públicas a la construcción de sujeto de las políticas. En E. Saforcada, M. De Lellis, S. Mozobancyt (coords.), *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*, pp.75-91. Buenos Aires: Paidós.
- Segura Del Pozo, J. (2006). *Epidemiología de campo y epidemiología social*. Gaceta Sanitaria. 20(2), 153-158.
- Somalo, D. C. (2017). Intervenciones profesionales de psicólogas en los CAPS en la ciudad de Villa Mercedes. [Trabajo Final de para acceder al grado de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis].
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (Comp.) *Género y Salud. Las políticas en acción*, p. 66-80 (Capítulo 1). Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Tajer, D., Fernández, A., Chiodi, A., Salazar, A. y Juárez, L. (2014). Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos profesionales de la salud y usuarias. *Revista Argentina de Salud Pública*, 5(21), 14-23.
- Terris, M. (1980). La Epidemiología como guía para la política de salud. II Jornadas de A.P.S. –CONAMER – A.R.H.N.R.G . Cuadernos Médicos Sociales, 22(1), 323-344 [Traducido de “Epidemiology as guide to health policy”. *Annual Review of Public Health*].
- Testa, M. (1993). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Toledo Cubelo, G. (2005). Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Ciencias Médicas.
- Tomassi, M. (2008). Un país sin rumbo. Política, Políticas Públicas y Desarrollo en la Argentina (con una leve comparación al caso chileno). Documento preparado para el proyecto de Economía Política del Cono Sur, Diálogo Inter-Americano y Centro Internacional de Globalización y Desarrollo. Universidad de San Andrés.
- Torricelli, F. (2012). Campo, rol y perfil profesional en los residentes en Psicología y en Psiquiatría en la ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el recurso humano en salud mental” en el subsector público. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 2(2), 49-58.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gacetilla Sanitaria*, 16(1), 18-29.
- Valdez, M. A. (2017). La formación del psicólogo para la Atención Primaria. [Trabajo Final para acceder al grado de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis].

- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina interna, 33(1), 11-14.
- Weisbrot, M. (2014). Actualización: Evolución y transformación conceptual de la Atención primaria de la Salud. Evidencia, 17(3):100-103. Disponible en <http://www.evidencia.org>
- Wilner, A. y Stolkiner, A. (2007). Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud. En los países del Cono Sur. Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud. Disponible en http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/wilner_alejandro_y_stolkiner_alicia_2007.pdf



En estos tiempos en que lo estatal y lo público se percibe como insuficiente o inasequible, directivo e intrusivo, fragmentado y contradictorio, ineficiente pero también contendor, es ineludible prestarle atención, puesto que es nuestra manera de organizar los cuidados que se ocupan de una amplia mayoría. Es necesario atender, escuchar, dar voz, participar, organizar, comunicar, proponer y hacer en y para el ámbito público.

El conocimiento acerca de las diferencias laborales, epistémicas y de intervención del sistema de salud condiciona la labor profesional, las elecciones teóricas y generación de dispositivos prácticos, la planificación de tareas e interpretación de resultados de lxs profesionales. Por ello, debe estar incorporado en la formación de grado en psicología, tanto como las diferentes concepciones epistemológicas e ideológicas que existen al interior de esa profesión, con el objeto de anticipar un encuentro con la hegemonía médica tanto institucional como epistemológicamente.

Este trabajo constituye un esbozo epidemiológico y una guía de aportes para la formación de psicólogxs, con foco en la Provincia de San Luis. Para ello, aborda la complejidad de la relación entre población y centros de salud; trae a colación los procedimientos formales de consulta, derivación e interconsultas; describe la atención profesional disponible y la posibilidad de brindar el seguimiento necesario a las personas, articulando comunicación entre instituciones de salud; enumera las incumbencias y objetivos de lxs profesionales de psicología en el primer nivel de atención; analiza las posibilidades de interdisciplina e interinstitucionalidad y vislumbra el arduo trabajo que realizan lxs profesionales de la salud.