

"SALUD COLECTIVA, DDHH Y SALUD MENTAL: DEBATES EN EL DISCURSO DE LA MEDICINA GENERAL Y EN LA PRÁCTICA CONCRETA COMO INTEGRANTES DE EQUIPOS DE SALUD"

Gabriela O´Toole¹

En la práctica concreta como integrante de un equipo de salud de la ciudad de Rosario me tocó insertarme en un equipo “*virgen*” de generalistas.

El marco de trabajo era favorable a mi formación, la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario planteaba hacia ya unos años, un **modelo de atención** centrado en los derechos sociales y la justicia, que profundizara los ideales democráticos en el campo de la salud pensando esta última como responsabilidad pública compartida. Su objetivo era lograr la **equidad** en la utilización de los servicios de la población “*sin cobertura de obra social*”.

Este movimiento pretendía (aún lo hace) acercar los servicios a la comunidad que los utiliza y los necesita y enfatiza por lo tanto el papel del **nivel local** de atención constituido por los Centros de Salud como organizador del proceso de atención de los usuarios y sus familias, detectando necesidades tanto en el plano singular como el colectivo y proyectando con los beneficiarios de sus acciones un proyecto terapéutico conjunto. Este marco, afín a los **principios de la salud colectiva**, era el marco teórico donde comenzó mi práctica a mediados del 2003.

Las bases de las que yo partía tenían que ver con el **rol del generalista** que se adoptaba desde los espacios de formación y los espacios políticos ocupados por sus organizaciones, rol que apela a la inserción del generalista en los equipos de salud a fin de realizar un trabajo conjunto, de cooperación y confianza, donde se es siendo en conjunto y se puede hacer en tanto se trabaja interdisciplinariamente. Donde la salud, su protección, su promoción, su atención en tanto proceso vital y contradictorio se aborda desde este equipo y donde el “paciente”, o el “usuario” no es un número ni un diagnóstico sino un sujeto con nombre y apellido.

Esto significaba que al insertarme laboralmente yo sabía que mi lugar era el del equipo y mi objetivo la salud de una población a cargo. Mi visión inicial fue la de un conjunto de personas comprometidas con su trabajo, con una marca muy fuerte de las especialidades médicas que conformaban el grupo de trabajo. Tenían muy buen vínculo con la comunidad y los pacientes estaban referenciados fuertemente a cada profesional pero no existía interdisciplina.

Fue así que esto se transformó en una de las realidades a transformar. Anterior a mi llegada se había sumado una psicóloga: ambas disciplinas (la de salud mental y la de la medicina general) comenzaron a interpelar las otras prácticas, más compartimentalizadas, más solitarias o individualistas.

La medicina general pregunta desde el momento en que su campo de acción no queda definido por la demanda, oferta acciones, realiza actividades

¹ Medica Especialista en Medicina General y Familiar. Centro de Salud “Eva Duarte”. Dirección de APS. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Provincia de Santa Fe. Ponencia en VIII Congreso Internacional de Salud Mental y DDHH. Asociación Madres de Plaza de Mayo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 19 de noviembre de 2009.

que no se restringen al ámbito del consultorio, interroga a otros acerca de sus prácticas a raíz de un caso o de una situación compleja.

La salud mental interroga la institución, lee en la demanda del especialista o de la maestra, por el “niño hiperactivo”, el conflicto velado que es la real demanda y devuelve a quien pregunta una pregunta.

Poco tiempo después de mi ingreso al Centro de Salud² realizamos en equipo una tarea de construcción de situación de salud. Dicha tarea, cuyo objetivo era planificar las acciones requeridas en el abordaje de un problema de salud colectiva, se transformó en un espacio de intercambio intensivo acerca de las prácticas de cada uno. Permitió discutir conceptos acerca de las determinaciones sociales de los problemas de salud, la gobernabilidad de los mismos, las barreras al acceso, los prejuicios que nos pregnaban.

Esta tarea y la apertura clínica hacia pacientes cuya vulnerabilidad radicaba no solo en su pobreza material sino en su pobreza simbólica, en su dificultad para hacer lazos, su incapacidad de esperar el turno, su agresividad fue transformando tanto a los pacientes como a los trabajadores.

Esta concepción y esta praxis médica les fue haciendo lugar a pacientes que habitualmente son vistos como molestos, peligrosos, desagradables y que confrontan a los equipos con sus propios miedos y prejuicios. Pacientes que a veces se consideran incurables, intratables, imposibles encontraron un lugar en nuestros equipos donde el único requisito es plantear una necesidad vinculada a la salud.

Y el lugar no es solo en los consultorios, el lugar de alojamiento se produce en los pasillos, en la sala de espera, en el saludo cordial con que es recibido por los distintos miembros del equipo y entonces, mientras la historia clínica se entrelaza con la historia de vida en el seno del consultorio, en los pasillos la vida de los pacientes se va entrelazando con nuestras historias de equipo.

Estas nuevas modalidades de atención modifican lentamente viejas lógicas institucionales que repiten la discriminación de nuestras sociedades hacia lo que se sale de la norma y la expulsión de lo diferente. La nueva lógica insiste en la inclusión, propende al desarrollo de subjetividades con mayor autonomía y poder para decidir tanto en su proyecto terapéutico como en los otros espacios de su vida.

A lo largo de estos años, distintos factores contribuyeron a instalar en este equipo una práctica más inclusiva e integral. Creo, modestamente haber contribuido con mi presencia a generar algún efecto crítico o transformador. Pero destaco, entre otros.

- la existencia de espacios compartidos, fundamentalmente la reunión de equipo, dos a tres horas donde nos encontramos e intercambiamos ideas, problemas, saberes e información para poder operar conjuntamente.

- Y la estabilidad del equipo ya que permite la gestación de lazos interpersonales sólidos y la posibilidad de zanjar las diferencias.

- Un marco institucional acorde.

Viñetas:

Aldo tiene 25 años, su primer crisis la tuvo en el año 2004, fue internado por la fuerza luego de que quemara toda su ropa, sufriese

² Centro de Salud “Eva Duarte”. Dirección de APS. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Provincia de Santa Fe.

amenazas de su vecino por cruzarse desnudo al fondo de su casa y escapase del primer hospital psiquiátrico donde había sido derivado. El trabajo con él, comenzó durante esa primera crisis. Lo acompañamos hasta la internación y lo recibimos al alta. El seguimiento es cercano, sabemos que la familia no es un sostén sólido para él, y él no es el único en riesgo, por eso procuramos un acompañamiento que consiste en visitarlo si pasa un tiempo prudencial sin ser visto en el Centro de Salud.

Este término “*sin ser visto*” es literal. Aldo realiza algunos controles clínicos a solicitud nuestra, no accediendo de buen grado a todas nuestras intervenciones. No concurre al psiquiatra de referencia de manera continua. No accede a realizar un tratamiento psicológico. Es una persona no afín a ninguna actividad laboral o recreativa. Hizo un pasaje por un centro de creación y venta de objetos pero lo abandonó al poco tiempo por poco redituable. Solo sostuvo una actividad de este tipo vinculada a un plan social y dado a que lo realizaba con su madre.

El vínculo con él ha sido fundamental a lo largo de este tiempo. Se ha relacionado con todo el equipo y pasa “*a charlar*” una o dos veces por semana. Tiene referentes fuertes a quienes consulta cuando su malestar es tan grande que “*quiere internarse en Oliveros*”³, cosa que a veces hemos avalado ya que para él es una escapatoria transitoria de su realidad familiar.

Este vínculo y seguimiento, nos permite detectar sus recaídas o sus patologías intercurrentes actuando en sintonía con esto. Pero también genera un lazo de confianza con él que, merced a la longitudinalidad de la atención, permite nuevas intervenciones que no eran posibles previamente, como el ofrecerle retomar la escuela secundaria o incluirse en un grupo de jóvenes.

Carlos tiene 31 años y cuando empezamos a contactar con él llevaba 10 años enfermo. La que nos consulta es su madre, que ya no podía tolerar la convivencia, debido a su estado de alteración permanente que lo tenían recluido en el hogar casi todo el día y lo hacían gritar e insultar toda la noche fundamentalmente cuando iba al baño. En su adolescencia había recibido tratamiento psiquiátrico pero para la fecha que lo conocemos no recibía atención de ningún tipo. El trabajo que se realiza comienza siendo con él y con su madre. El equipo constituido por médica, enfermera y psicóloga. En ese momento no teníamos apoyo desde psiquiatría que respondía a nuestra demanda con un turno por consultorio externo. La internación era una posibilidad descartada desde el inicio por la madre que mismo tiempo demandaba una respuesta ya que “*no podía más*”. Se comienza tratamiento vía oral en forma encubierta ya que Carlos no quería tomar medicación. Esta estrategia falla. Años después se empieza a seguir el paciente con apoyo del equipo de atención domiciliaria del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Rosario⁴. Esto, sumado al vínculo que se logra establecer con Carlos da lugar a que acceda a ser inyectado con Decanoato. Hoy Carlos va a una escuela manual, tiene pareja, consulta en el Centro de Salud y consulta a especialidades del segundo nivel según necesidad.

³ Colonia Psiquiátrica de Oliveros “A. I. Freyre”. Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Oliveros. Santa Fe.

⁴ Centro Regional “Agudo Ávila”. Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Ciudad de Rosario. Santa Fe.

