

Nueva etapa, nuevas discusiones

Con éste número iniciamos una nueva etapa de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General (RAMFyG). Una etapa con un nuevo staff y una renovada idea de la publicación, con el desafío de estar a la altura de lo realizado previamente, planteando nuevas discusiones y abriendo nuevos debates que condicionan los escenarios locales y regionales, aportando discusión a los modelos que se cuestionan actualmente en los sistemas y organizaciones de salud.

Intentaremos continuar con el rigor metodológico que caracterizó ésta publicación, sin perder la oportunidad de representar y mostrar producciones locales que por su originalidad y representatividad sea importante comunicar y resaltar. El proceso de rigor metodológico será paulatino, seguramente, y se acompañará de mucha apoyatura y colaboración de todos para que la RAMFyG no se convierta en un vehículo de producción sectorial que impida dar cuenta de la heterogeneidad que constituye nuestro objeto de estudio y de práctica, y que es nuestro principal orgullo.

Se continuará con la línea editorial que la caracterizó, y se profundizará en áreas temáticas que creemos indispensables para re pensar nuestro trabajo en salud, nuestra salud en el trabajo y nuestras relaciones con los demás trabajadores, en definitiva, todas las situaciones que nos involucran como actores terrenales en la dinámica del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, la praxis misma que nos coloca como trabajadores de salud. En esa discusión debemos pensarnos, elucidarnos en el análisis de nuevos Modelos de Atención, en la Educación Permanente en Salud como estrategia de gestión, en la producción de grado que vislumbre un futuro optimista en ese sentido y las producciones regionales que pongan el valor del trabajo en realidades y contextos diferentes.

En función de ello, iremos planteando en estos números a qué nos referimos para cada uno de estos ejes que construyen la visión de la revista.

Pensar en nuevos modelos de atención es pensar en el cuidado

Pensar los nuevos modelos de atención, es, entre otras, abordarlo desde la dimensión cuidadora y colocar el eje en el análisis de la gestión. Se abandona la concepción de la gestión desde los modelos de la racionalidad hegemónica hacia otro donde los colectivos de gestión incluyen a todos los actores que intervienen en el proceso cuidador.

Es así que las organizaciones de atención de la salud, fundamentalmente los equipos del primer nivel, representan el núcleo de la gestión, y a su vez, parte de las distintas instancias donde se produce el encuentro entre el usuario y el sistema. Se podría decir que los nuevos mapas cartográficos pierden su vieja figura vertical y aleatoria (donde el usuario utilizaba distintas puertas de entrada en cualquier nivel ascendente) y comienzan a ubicar el trabajo en salud y los encuentros con el usuario en configuraciones horizontales, acompañadas y co gestionadas (el usuario y el trabajador recorren el camino juntos focalizando sobre el problema, en proyectos terapéuticos singulares).

El primer nivel deja de significar un primer escalón en una serie etapas y abonando a una visión nuclear, convierte ese espacio en un territorio (en un esquema concéntrico) donde prevalecen las acciones cuidadoras, centrado en la comunidad y conformado o nutrido por las tecnologías relacionales, que son de dominio no solo de todos los tipos de trabajadores que actúan en salud sino inclusive la de los usuarios y de sus familias. Así, producir actos de salud cuidadores es una tarea compartida con los trabajadores de una unidad de salud. Con esta premisa, todos pueden acoger, interesarse, contribuir para la construcción de relaciones de confianza y confort. Y como cada cual genera ese movimiento desde un determinado punto de vista, se movilizan saberes específicos adquiridos a partir de vivencias concretas, el compartir esas visiones, amplía y enriquece las posibilidades de comprender y comunicarse con los usuarios de los servicios de salud.

En cuanto a la praxis, muchas veces los equipos de salud se encuentran con una demanda espontánea que no encaja con las prioridades en torno de las cuales está organizada la oferta de

acciones programadas. Así, las situaciones no reconocidas como graves o que involucren riesgo de vida, o que no signifiquen un problema para el profesional, son definidas como “consulta indeseada”, independientemente de la sensación de urgencia que percibe la persona. En ese escenario es difícil organizar la oferta abriendo espacio para la producción de encuentros autopoieticos¹ (R.Onocko, 2009), sin reconocer la importancia para la producción del cuidado de las necesidades sentidas de las personas. Para ello en los equipos se debe lograr tener la libertad para nuevos acuerdos organizativos, y nuevos acuerdos tecnológicos. En esos nuevos acuerdos el usuario, reconocido como agente, y podría participar activamente de la construcción de los proyectos terapéuticos, donde seguramente tomaría en cuenta otros elementos.

Actualmente, el usuario ejerce su derecho “de hecho” a participar en la construcción de un proyecto terapéutico no adhiriendo a las propuestas que le provocan más disconfort o que no le producen el efecto imaginado/deseado, es así que visibilizado o no, el usuario participa. Los usuarios participan produciendo solos, unilateralmente, las adaptaciones que consideran necesarias a las propuestas fragmentadas que diferentes profesionales le ofrecen y que no se articulan entre sí, sin poder contar con la utilización “más sabia” de los conocimientos técnico-científicos disponibles.

Pensando en esa funcionalidad, lo que subyace como crítico es el grado de autonomía que el usuario posee, máxima en cuestiones de la vida cotidiana y de sus problemas crónicos, y mínima en los casos de urgencia clínica (como una descompensación diabética, una neumonía, un IAM, una apendicitis, etc) en los cuales la gravedad del caso lleva al usuario a dejar su autonomía para someterse al tratamiento en el cual el foco biológico lleva una oferta de medidas para superar la situación de mayor desequilibrio en algunos días. Pero estas medidas son ineficaces cuando, pasado el momento de la crisis, el usuario re asume el comando de su vida y la gobernabilidad de los profesionales de la salud sobre su condición es drásticamente reducida. Es allí donde la negociación se vuelve indispensable. Es en el territorio de las acciones cuidadoras donde la negociación puede acontecer. Por eso el “cuidado” y no la clínica es el amo de los servicios de salud y la estrategia radical en defensa de la vida.

Para concluir, para la realidad que se nos presenta, la clínica debe ampliarse, enriquecerse por los nuevos parámetros de referencia, por el rescate de la dimensión cuidadora y por la producción de tecnologías relacionales blandas, a fin de ampliar la capacidad de los trabajadores para hacer frente a la subjetividad y a las necesidades de salud de los usuarios. La clínica es el territorio de las tecnologías blandas-duras y solo pertenece a los trabajadores (a algunos más que a otros), por lo tanto, una negociación en su territorio presupone subordinación de unos (desprovistos de saber) por otros (detentores del saber y de la única verdad científicamente admisible). En el territorio de las tecnologías blandas, los saberes estructurados acerca del cuerpo de órganos podrían ser presentados como una oferta y no como una imposición de un estilo de vida o de única explicación válida para el disconfort o el sufrimiento.

Este enfoque del trabajo, de la praxis, de la idea de pensar la interface “organización de salud-usuario” es la que queremos discutir, analizar y proponer como marco conceptual del modelo de atención. Así, construir desde el intercambio de experiencias superadoras, un campo de prácticas basado y fortalecido en lo vincular, lo territorial, el trabajo en equipo y con una clínica ampliada.

NOTAS FINALES

¹Autopoiesis significa autocreación, autoconstrucción. Es la condición necesaria y suficiente para que un sistema sea considerado vivo. La teoría Autopoietica de Maturana y Varela explica la dinámica de la autocreación, de la autoorganización, que constituye la esencia del ser vivo

BIBLIOGRAFÍA

1. Merhy E. Salud: “Cartografía del Trabajo Vivo”. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
2. Campos GWS. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.