



SISTEMATIZACIÓN DE LAS PRODUCCIONES GRUPALES

JORNADAS: DESAFÍOS DE LA APS EN LA NUEVA REALIDAD SOCIO-SANITARIA

Este documento surge del trabajo desarrollado en las primeras Jornadas de APS el 2 de agosto de 2024. De la misma participaron 86 trabajadorxs del primer nivel de atención. Fueron organizadas por los colegios profesionales de psicología y trabajo social, las facultades de psicología y ciencias sociales y las áreas de psicología y trabajo social de la DAPS. El presente escrito expresa la sistematización de lo discutido en los grupos de reflexión.

El primer nivel de atención de la salud es un espacio privilegiado por su territorialidad. Esta característica se potencia y optimiza cuando la práctica de los equipos de salud aporta al fortalecimiento de la capacidad de agencia de los sujetos y de las comunidades, desde la perspectiva de derechos y la equidad de género y cuando el Estado desarrolla políticas sanitarias integrales que garantizan derechos.

Es un elemento muy significativo estar muchas horas al día, a veces durante muchos años, en un territorio. Eso nos permite un trabajo que no lo hace ningún otro nivel de atención de la salud, ni ninguna otra institución.

Sin embargo, a partir de la pandemia podemos observar un corrimiento de las intervenciones hacia lo asistencial, desde los equipos y fundamentalmente desde los lineamientos de las gestiones municipales y provinciales de Córdoba.

Nos preguntamos, ¿Cómo escuchar a la persona que llega a los espacios de salud? ¿Cómo incorporar las demandas comunitarias a la “oferta” de los Centros de Salud? cuando se presenta una fuerte contradicción en las instituciones de APS que definen su misión con la prevención y la promoción, y sus prácticas principalmente tienen que ver con la asistencia individual y eso también nos incluye muchas veces a psicólogos y trabajadorxs sociales.

Lxs trabajadorxs que se desempeñan en los equipos de salud del primer nivel son insuficientes, y muchas veces sin perfil ni formación para este nivel de atención. Además, se identifican profundas

diferencias contractuales entre trabajadorxs, que profundiza la segmentación al interior de equipos de salud, sumándose condiciones de pluriempleo y desgaste.

Por otro lado, las prácticas desarrolladas por trabajadorxs son evaluadas a partir de indicadores cuantitativos y biológicos, que subestiman importantes dimensiones de la salud, simplifican el registro de lo que acontece y reducen la integralidad de los abordajes. Frente a ello, lxs trabajadorxs encuentran limitaciones para registrar la complejidad de diversas intervenciones, por ejemplo, ante situaciones de violencia de género, la deserción escolar, discapacidad, suicidios, consumos problemáticos, y cada día más frecuentemente, la imposibilidad de cubrir las necesidades mínimas de alimentación, es decir el hambre.

La atención de la salud en las comunidades se ve restringida, sin optimizar y aprovechar las intervenciones profundamente, debido a que los recursos son limitados, por lo que consecuentemente la cobertura también lo es.

Ambas características dificultan las posibilidades de dar respuestas integrales y de calidad a la población que asiste y demanda a los servicios de salud, como así también en las oportunidades de incidir en la política sanitaria por parte de lxs trabajadorxs.

Todos estos elementos tienen efectos visibles en la salud de los trabajadores, por lo que se considera central pensar estrategias de cuidado, identificando -entre varias- el acceso a capacitaciones interdisciplinarias, espacios de encuentro y discusión, sistematización de las intervenciones.

Esto se refuerza desde las gestiones apoyándose en mitos, tales como que se debe optimizar los recursos existentes, refiriendo a una mala distribución de los mismos, cuando la realidad indica que desde hace años hay un achicamiento de los equipos y las instituciones de salud, y sólo se sostiene parcialmente la cobertura de medicina y enfermería por jubilaciones o renunciadas.

Con este panorama, las intervenciones las resuelven lxs trabajadorxs mediante estrategias "artesanales", poniendo mucho esfuerzo personal y lidiando con recursos inexistentes y/o precarios, que aparecen de manera esporádica, lo que no permite sostener procesos poniendo en riesgo y perjudicando la integralidad del proceso de salud.

Por ello es importante contar con recursos sostenidos en el tiempo, haciendo referencia a recursos materiales/insumos, como, por ejemplo, medicación para enfermedades crónicas o métodos anticonceptivos, así como profesionales capacitados y con perfil en APS, para el armado de redes que articulen y favorezcan abordajes complejos que conlleven procesos de construcción colectiva.

Las intervenciones que se realizan, se destacan por las articulaciones que cada profesional favorece, y al capital social que éstos poseen, provenientes de relaciones y recursos personales, no encontrando respaldo institucional para dar respuesta a las necesidades de la comunidad.

Destacamos la importancia de generar y trabajar en redes, y articular para la resolución de situaciones problemáticas en APS, no siendo solo las disciplinas de áreas sociales, tales como Trabajo Social y Psicología, quienes deben ocuparse de este tipo de intervenciones en los equipos de salud.

Por otra parte, la atención de lo comunitario, en la atención primaria de la salud, se encuentra deslegitimada por las diferentes gestiones, y por los miembros de los equipos de salud, siendo una necesidad revalorizar la importancia de la atención de las cuestiones sociales y comunitarias de manera interdisciplinaria, con profesionales capacitados, modificando la lógica individualista y de mercado con la que llegan las demandas, revalorizando las estrategias de tipo socio-comunitaria, en contraposición a la lógica asistencialista y de la militancia que se ha fortalecido desde hace un tiempo en los territorios.

La toma de decisiones del ejecutivo provincial en relación al cierre de dispositivos históricos de APS, como los CAPS y los EACS y la intención de redistribución del personal en otros niveles de salud, sin tener en cuenta criterios sanitarios, epidemiológicos, la trayectoria de les profesionales, impacta de manera negativa en la posibilidad de la prevención y la promoción de la salud comunitaria.

Consideramos necesario generar institucionalidad de los procesos de trabajo orientados a las intervenciones grupales y comunitarias, monitoreo de programas y líneas de acción de manera frecuente, desde una mirada integral del proceso de salud, enfermedad, cuidados.

En el contexto nacional de desfinanciamiento de derechos fundamentales el acceso a la salud y a la educación superior están en el centro de las preocupaciones sociales; y en una situación de empobrecimiento agudo de la población, se amenazan las infraestructuras necesarias para garantizar los derechos más básicos y el cuidado de la salud se está convirtiendo en un bien de lujo.

Es por ello que consideramos de vital importancia seguir apostando desde los lugares que ocupamos en la Atención Primaria de la Salud, y junto a la Universidad Nacional de Córdoba, a la construcción colectiva de espacios y estrategias que sostengan y enriquezcan la salud y la educación públicas.