

**“NIVELANDO COMPLEJIDADES”.
EXPERIENCIA DE ABORDAJE EN RED EN UNA LOCALIDAD
RURAL DE SANTA FE.**

Lagos, Ezequiel A. , Marti, Melisa E.

CAPS Campo Andino
Bv. Oroño s/n. Campo Andino (3021). Santa Fe.
Teléfono: 03497-494751, **Email:** subregionlagunapaiva@gmail.com

Relato de Experiencia

Categoría: Clínica Ampliada/Atención de problemas de Salud-Enfermedad-Cuidados (S-E-C)

El relato presentado se origina a partir de una situación de enfermedad en un niño de una localidad rural que, luego de atravesar por servicios de diferente capacidad de resolución, requirió alojamiento junto a su familia en la ciudad de Buenos Aires para un trasplante. Al alta se debió cumplimentar con un listado de “condiciones”, las cuales, para poder garantizarlas, fueron abordadas en red entre el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), las demás instituciones y la comunidad.

Nuestra experiencia tiene como propósito, demostrar las riquezas y complejidades del primer nivel de atención de la salud, frente a determinadas situaciones que requieren el trabajo en conjunto con el segundo y tercer nivel, así como la desincronización en cuanto a la referencia y contrarreferencia a medida que el paciente “sube o baja de nivel”. Revalorizando además las fortalezas del trabajo en red, y las cualidades de la atención primaria de la salud (APS), con el “primer nivel” como el de “mayor complejidad” para garantizar el derecho a la salud del paciente y su familia.

Palabras Claves: Equipo, complejidad, Primer Nivel, Cuidados, Redes.

Soporte Técnico: Powerpoint. Proyector. Pantalla.

“NIVELANDO COMPLEJIDADES”

Experiencia de abordaje en red en una localidad rural de Santa Fe

AUTORES:

Lagos, Ezequiel. Médico Generalista y de Familia.

Marti, Melisa. Médica Generalista y de Familia.

Lugar: CAPS Campo Andino. Bv. Oroño s/n. Campo Andino (3021). Santa Fe.

Teléfono: (03497) 494751

Email: subregionlagunapaiva@gmail.com

Relato de Experiencia

Categoría: Clínica Ampliada/Atención de problemas de salud, enfermedad, y cuidados.

INÉDITO

Septiembre 2018

DESCRIPTIVO:

Objetivos:

- Exponer el abordaje en red que se realizó sobre una situación de enfermedad de un niño y sus indicaciones al alta.
- Demostrar las complejidades y riqueza de una localidad rural y sus instituciones para responder a una situación de salud infrecuente.
- Describir la sincronización-desincronización entre los diferentes niveles de atención.
- Valorar el rol del equipo de atención primaria como referente de la integralidad de la atención del paciente.

Marco teórico:

El llamado “Primer Nivel de Atención” es capaz de atender al 85% de los problemas de salud. *“No es verdad que sea menos complejo que los cuidados llamados de media y alta complejidad. Es allí donde se sitúa la clínica más ampliada y donde se ofertan, tecnologías de alta complejidad”⁽¹⁾*, como aquellas relacionadas a los cambios de comportamientos y estilos de vida en relación a la salud (dejar el hábito de fumar, alimentarse de manera saludable, realizar actividad física), la articulación entre nuestras recomendaciones y las condiciones de vida de los pacientes (si el ingreso económico permite comprar alimentos nutritivos, la configuración del hogar cuando está construido precariamente o en una zona de riesgo, etc). *“Los niveles de atención secundarios y terciarios están constituidos por tecnologías de mayor densidad tecnológica, pero no de mayor complejidad. Tal visión distorsionada de complejidad lleva, consciente o inconscientemente, a los políticos, los gestores, los mismos profesionales de salud y la población, a una sobrevaloración, ya sea material o simbólica, de las prácticas que son realizadas en los niveles secundarios y terciarios de atención de salud y, consecuentemente, a una banalización de la atención primaria.”⁽¹⁾*

Si hablamos de APS de calidad, existen siete atributos, según Mendes y Starfield, que deben ser obedecidos ⁽²⁾. La **accesibilidad** (primer contacto) y el uso de servicios para cada nuevo problema o nuevo episodio de un problema para los cuales se procura atención de salud. La **longitudinalidad**, que implica la existencia de cuidados por el equipo de salud a

lo largo del tiempo, en un ambiente de relación mutua de confianza y humanizada. La **integralidad** significa la prestación de un conjunto de servicios que atiendan las necesidades de la población adscrita en los campos de la promoción, la prevención, la cura, el cuidado y la rehabilitación, la responsabilización por la oferta de servicios en otros puntos de atención de salud y el reconocimiento adecuado de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que causan las enfermedades. La **coordinación** connota la capacidad de garantizar la continuidad de la atención, a través del equipo de salud, con el reconocimiento de los problemas que requieren seguimiento constante y se articula con la función de centro de comunicación de las redes. La **focalización en la familia**, para considerar la familia como el sujeto de la atención, lo que exige una interacción del equipo de salud con esa unidad social y el conocimiento integral de sus problemas de salud. La **orientación comunitaria** significa el reconocimiento de las necesidades de las familias en función del contexto físico, económico, social y cultural en el que viven, lo que exige un análisis situacional de las necesidades de salud de las familias en una perspectiva poblacional y su integración en programas intersectoriales de enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud. La **competencia cultural** exige una relación horizontal entre el equipo de salud y la población que respete las singularidades culturales y las preferencias de las personas y de las familias.

Para lograr el alcance de los atributos mencionados, y poder así lidiar con lo complejo del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, se constituyen las redes, como estrategia central que busca mecanismos de coordinación y articulación a largo plazo, prestando más atención a los vínculos que a los límites. Abriendo así, el espacio para el análisis crítico de la situación, integrando el saber del pueblo con el conocimiento científico, de tal manera que sea una acción transformadora. *Las redes son sistemas abiertos y horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas.*⁽³⁾

Compartimos entonces la siguiente experiencia, la cual, aun en pleno desarrollo, nos llena de orgullo por vernos alcanzar, humildemente, los estándares de calidad mencionados. Nos constituimos en la misma, como un equipo de primer nivel, insertos en una comunidad particular, e integrando un sistema de salud público que presenta heterogeneidades, configurando, trazando, dibujando una potente red que fortalece el transcurrir del niño protagonista de esta historia y su familia, por la situación que le tocó atravesar, para el pleno ejercicio del derecho a su salud.

Desarrollo de la experiencia:

La localidad de Campo Andino se encuentra en la Provincia de Santa Fe, en el interfluvio de el arroyo Aguiar y el río Saladillo, sobre la ruta Provincial 82S. Distante a 60 km de la capital Santafesina, y a 26 km de la ciudad más cercana, Laguna Paiva. Todos los caminos de ingreso son rurales. El principal de ripio.

Cuenta con 502 habitantes (INDEC, 2010). El núcleo de la ciudad es el Boulevard Oroño, calle principal del pueblo, donde se concentran algunas casas, y las instituciones: Comuna, destacamento policial, centro de salud, escuela “Juan María Cafferata N°33”, templo católico y un centro recreativo. La mayor parte de la población se distribuye en los campos circundantes. La actividad principal de la comunidad es el trabajo rural.

El “Centro de Salud Campo Andino”, es un efector de primer nivel de atención, que forma parte de la red de efectores de la subregión Laguna Paiva, perteneciente a Nudo de Salud Santa Fe (Nodo 3). El efector de referencia de segundo Nivel es el SAMCo Norberto Trossero de la ciudad de Laguna Paiva, y los de tercer nivel se encuentran todos en la ciudad de Santa Fe (Hospital de Niños Orlando Alassia para pediatría, y Hospitales Cullen e Iturraspe para la atención de adultos).

El equipo del Centro de Salud se encuentra conformado por 3 enfermeras que trabajan de lunes a viernes de 7 a 19 hs, un personal de servicios generales, un odontólogo que asiste una vez por semana, un médico clínico que asiste tres veces por semana para la atención de pacientes adultos, y un médico generalista que brinda la atención a niños y mujeres una vez por semana. El pueblo cuenta además con una ambulancia tipo 4x4 para las urgencias, que llega hasta el SAMCo de Laguna Paiva.

La historia de enfermedad de X.Y., de 8 años en ese momento, comienza una tarde del mes de agosto de 2017, cuando sus padres, al verlo con un tinte amarillo (ictérico) lo llevan a la guardia del hospital de segundo nivel más cercano, en la ciudad vecina de Laguna Paiva. Allí es evaluado por el médico de guardia, quien avisa al Dr. E.L. (medico generalista que concurre a Campo Andino semanalmente a realizar la atención pediátrica) quien casualmente en el mismo momento se encontraba realizando consultorio en el hospital. Juntos evalúan al niño, que presentaba franca ictericia, acolia, de inicio súbito, sin coluria, fiebre, anorexia, hepatoesplenomegalia, pródromos ni otros síntomas acompañantes. Con el diagnóstico presuntivo de una hepatitis, pero de etiología no clara debido al buen aspecto general del niño, el médico llama al Hospital de tercer nivel, desde donde telefónicamente le

contestan que seguramente se trata de una hepatitis a virus A por lo cual no debería ser derivado. El Dr. E.L. insiste con la necesidad de derivación para realizar laboratorio, debido a que en el hospital donde se encontraban se realizan laboratorios solo de mañana, y además el paciente residía en zona rural. Ante la insistencia, el médico regulador del hospital aceptó al niño solo para valorarlo, manifestando además que seguramente luego de realizarle un análisis iba a regresar a su domicilio. X.Y. fue derivado, quedando finalmente el observación durante toda la noche y en internación 48 hs. El diagnóstico de alta fue **“Hepatitis no viral en estudio”**. El niño debía regresar por consultorio externo a gastroenterología para control.

Es así como X.Y. regresa a Campo Andino, llevando al equipo de salud algunos papeles con resultados de análisis y el mensaje verbal de que *“lo iban a ir controlando en el consultorio de gastroenterología, que no se sabía lo que tenía, pero que iba mejorando”*. Fue así que durante tres meses, fue asistiendo al hospital, y trayendo al médico del CAPS los resultados del análisis que le hacían ahí. Se veía mejoría progresiva en la analítica hasta que todo se normalizo en el mes de noviembre y fue dado de alta.

Una mañana de diciembre, casualmente el día que el médico generalista asiste al centro de salud, X.Y. es llevado por su mamá a la consulta porque *“le habían aparecido unos moretones”*, que su mama atribuía a *“golpes leves durante un partido de fútbol”*. Nuevamente, el niño, más allá de lo que su mama consultaba, presentaba un excelente estado general, y algunas equimosis en flanco izquierdo y miembros inferiores, indoloras, sin otro signo o síntoma acompañante. El médico, alerta de la situación vivida meses anteriores, le pide a una de las enfermeras coordinar un turno para realizar análisis de plaquetas y coagulación al otro día, dando además a las enfermeras y a la familia los signos de alarma pertinentes.

Es así que X.Y. es llevado al día siguiente para realizar un laboratorio. Queda internado en el hospital de tercer nivel. El diagnóstico de ingreso fue **“pancitopenia con neutropenia afebril en estudio”** programándose una punción de médula ósea, que días después arroja el resultado de **“aplasia medular”**. En ese momento, todo lo que sabía el equipo de salud de la localidad, era lo informado por los familiares: que el niño debía ser trasladado al Hospital Garrahan junto a toda su familia en enero para estudios de histocompatibilidad familiar.

En el mes de enero, se instala X.Y. y toda su familia en Buenos Aires, realizándose al fin en marzo un **trasplante de médula ósea**, donde uno de sus hermanos resulta compatible.

En ese mismo mes, se contactan un representante de casa Santa Fe en Buenos Aires con la asistente social de la comuna de Campo Andino, para enviar las condiciones a cumplir cuando se le otorgue el alta, las cuales incluían: **modificaciones en el hogar** (piso y paredes de material, baño, cloacas, buenas condiciones de higiene, sin humedad ni alfombras), **alimentación** (dieta cocida e hiposódica, agua desmineralizada), **educación** (maestra domiciliaria de 3er grado), **vida cotidiana y social** (evitar aglomeraciones de gente) y **traslado** de X.Y. para controles médicos posteriores (taxi o remis para traslados cortos, ambulancia en traslados largos).

En este punto cabe aclarar que las condiciones del hogar de la familia eran extremadamente precarias, con acúmulos de chatarra y basura, sin piso de material, techo de chapa, a 500 mts de una cuneta de agua y un estero. La familia de X.Y. se encuentra constituida por madre (embarazada) y padre (tabaquista, changarín, peón de campo), 3 hermanos pequeños (con frecuentes problemas respiratorios y de piel), 1 sobrino lactante, conviviendo en condiciones de hacinamiento.

Es así que la Comuna (*entiéndase como Comuna, a la entidad equivalente a un Municipio, pero en menor escala por ser una localidad rural*) se encarga con fondos propios de: costear los traslados de la familia, aportar económicamente para el sostén de ellos en la ciudad, y de mejorar las condiciones habitacionales solicitadas: construir una habitación de material, baño para uso individual del paciente, poner pisos, revocar paredes, mejorar el acceso a la vivienda, puertas y ventanas para la circulación de aire, limpieza y desmalezamiento. Cabe aclarar aquí que esto representa un enorme esfuerzo económico para una Comuna rural, que no preveía estas inversiones, pero que aun así gestiono lo posible ante otros Ministerios, y aportó lo necesario de su propio bolsillo. Se puso a disposición además personal comunal para desmalezamiento y limpieza de los alrededores y dentro del propio hogar. Como detalle, para contextualizar, se sacaron 3 camiones de basura y chatarra del patio.

Por iniciativa de diferentes personas del pueblo y localidades vecinas, se comenzaron a hacer múltiples beneficios (colectas, sorteos, rifas, almuerzos benéficos) para ayudar a la familia, había cajas en los comercios para aportar dinero, alimentos no perecederos, y ropa. Todo ello para enviarles a Buenos Aires, y preparar para cuando vuelvan al pueblo.

En el marco de la cercana fecha alta de X.Y. comenzamos las **reuniones** entre varios referentes de la localidad para asegurarnos que se cumplan los requisitos pautados por el Hospital. Centro de Salud como efector convocante, Comuna, Escuela, Referentes del Hospital más cercano. De todo ello surgió:

- Empoderar al equipo del Centro de Salud, como referentes directos de muchas de las acciones necesarias, es decir, que para los procesos que deban darse en el transcurso de todo un año de inmunosupresión, sean el primer contacto para las gestiones a realizar (traslados, derivaciones, entrega de medicamentos, acompañamiento, etc).

- Coordinar los traslados programados a Hospitales de 3° nivel, mediante los móviles del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias de la provincia.

- Garantizar que en la guardia del efector más cercano de 2° nivel se encuentre lo necesario (a manera de protocolo, escrito e informado a todo el personal) en caso de que el paciente se encuentre febril (toma de hemocultivos, medicación de urgencia y traslado urgente hasta el Hospital de Niños). Esto requirió reuniones con el equipo de guardia del efector, y tener carteles informativos y recordatorios dentro de la guardia, con el kit necesario a disposición.

- Solicitar y retirar mensualmente de la caja de medicamentos específicos que se envía desde el Hospital de niños. Controlar la administración de los mismos, así como otros que se puedan brindar desde el CAPS

- Realizar una campaña de prohibición de quema de basura en la localidad (hábito muy frecuente anteriormente), con la concientización del tratamiento adecuado de los residuos.

- Sumar a la campaña, la limitación de cría de animales de campo cercanos al domicilio.

- Capacitación del equipo de salud acerca de los cuidados del paciente inmunosuprimido y su familia, focalizandonos en el nacimiento de su hermanito y la vacunación pertinente.

- Organizar charlas, a cargo del Centro de Salud, en la escuela sobre el cuidado que requiere el paciente y su familia, dirigidas a padres y alumnos.

- Trabajar de manera conjunta con las docentes designadas para la educación domiciliaria.

- Programar visitas domiciliarias del equipo de Salud al hogar.

- Disponer que el paciente pueda acudir al CAPS, cuando lo desee, siempre que este se encuentre vacío de pacientes.

- Asegurar que el hogar y los alrededores se encuentren en condiciones adecuadas, y que estas sean mantenidas por los mismos lugareños.

En el mes de julio, y luego de 4 meses de recibir el trasplante de médula ósea, una vez que se informó al Hospital de que las condiciones estaban reunidas, se le otorga el alta a X.Y., el cual fue recibido por una localidad convulsionada que tal como si fuera un evento, lo esperaba con bombos y platillos, mientras la autobomba de los bomberos con su sirena ingresaba al pueblo con el paciente y su familia saludando a todos.

Como anecdótico, se sumó a la movilización social, el hecho de que la mamá de X.Y. entra en trabajo de parto con rotura de membranas, a escasas horas de su llegada. Cabe aclarar que tenía una cesárea programada, debido a que se iba a realizar con este parto, y por primera vez en un Hospital Público de la Provincia de Santa Fe la extracción de sangre de cordón umbilical, la cual, a pesar de la urgencia de la situación, se llevó a cabo con éxito.

Actualmente, X.Y. y su familia se encuentran conviviendo de manera armónica en una comunidad que, estando bien informada, los contiene y ayuda, y de instituciones que se han organizado para garantizar su cuidado y bienestar.

EXPLICATIVO:

Análisis e interpretación de la experiencia:

Consideramos que el atravesar esta situación expone la verdadera complejidad de primer nivel de atención, donde no se encuentra la mayor densidad tecnológica y el protocolo a seguir, sino que se debe diseñar artesanalmente sobre los recursos existentes, y las particularidades del paciente, la familia y la comunidad, haciendo uso de múltiples estrategias, de lo que esté o no al alcance, del encuentro entre las instituciones y las personas, mediante el fortalecimiento de los vínculos, y el aporte de cada uno de los involucrados para lograr un plan de acción que garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud.

Creemos que si bien, el transcurrir del paciente por los diferentes niveles de atención fue acertado y recibió finalmente lo necesario de cada uno para el abordaje de su situación de enfermedad, la comunicación entre los efectores de salud involucrados no fue efectiva, marcando la necesidad permanente desde el primer nivel de una contrareferencia más adecuada que la de un simple email o papel escrito con indicaciones generales a cumplir. Mientras el paciente “va subiendo de nivel”, menos nos comunicamos entre los trabajadores de la salud, más nos desvinculamos, creyendo tal vez que allí va a encontrar el paciente toda la solución a su problema. Solo cuando nos impactamos con el regreso de X.Y. y su familia, pudimos vernos y empoderarnos de nuestras propias potencialidades.

Basándonos en los estándares de calidad mencionados en el marco teórico, nos enorgullece haberlos alcanzado, con mucho esfuerzo y dedicación, a pesar de las adversidades que se presentan día a día, a expensas principalmente de tejer los vínculos que sostienen esta red.

Determinantes y Condicionantes:

A partir de la experiencia vivenciada, podemos identificar múltiples factores determinantes que hacen a la particularidad de la misma, ya que, *sólo se agrega valor para las personas en los sistemas de atención de salud cuando se enfrenta una condición de salud mediante un ciclo completo de atención a ella⁽⁴⁾*, como creemos que ha sucedido aquí.

Se destacan, entre los determinantes que complejizan la situación, el vivir en un pueblo pequeño, aislado, con pocos recursos materiales, y abundantes recursos humanos

(mejor dicho, humanitarios) que hacen a la riqueza vincular que se desarrolla habitualmente. La cercanía que se obtiene al estar tan distantes de todo. Las características habitacionales, y de los alrededores del hogar que debieron modificarse para disminuir los riesgos, impactando sobre la idiosincrasia de una población acostumbrada a verse precaria, a quemar su basura, a convivir con animales dentro de las casas.

El hábito de verse siempre, de convivir en las calles y veredas de un pueblo sin tránsito, que debió respetar el resguardo de la salud de X.Y., las ganas de visitarlo, de verlo en la escuela.

Y como corolario, este primer nivel de atención, en un efector y un equipo que no entiende de barreras pero si de integralidad, de familia, de nexos, de salud.

Importancia para los autores:

La experiencia relatada nos afianza en nuestro trabajo cotidiano para afrontar el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado que requiera la comunidad, y nos motiva a seguir superándonos, capacitándonos, y propiciando el abordaje de las situaciones complejas mediante el trabajo interdisciplinario.

Contribución al Equipo de Salud:

El equipo de salud se vio enriquecido y fortalecido durante este proceso, que en un principio nos llenaba de incertidumbre y miedos por lo complejo de la situación y en el transcurrir del mismo nos iba mostrando las potencialidades que resultaban de la sumatoria de los esfuerzos, reivindicando la gran riqueza y el poderoso alcance del primer nivel de atención.

Importancia para la comunidad:

Creemos que la comunidad, al ser parte del proceso, visibilizó y reconoció los esfuerzos del equipo de salud y las instituciones, aumentando la confianza y fortaleciendo los vínculos. Desmitificando además el clásico dicho de que “en este pueblo nunca pasa nada”, cuando con acciones de calidad de logro alcanzar lo inimaginable.

SÍNTESIS:

A partir de un simple listado de condiciones que requería X.Y. y su familia al alta de un hospital de tercer nivel de atención, con una situación de inmunosupresión que duraría un año, nos vimos obligados, como trabajadores de la salud del Centro de Atención Primaria de una localidad rural, al análisis y la observación de lo complejo de nuestras prácticas. A repensar los hábitos que estaban naturalizados en la comunidad. A diseñar caminos nuevos para adecuar respuestas. A mirarnos, encontrarnos, y acompañarnos, entre la incertidumbre que generaba una circunstancia nunca antes vivenciada. A descubrirnos capaces de trabajar en la complejidad, siendo parte de ella. A valorarnos como ese primer contacto, no como un inicio en el transcurrir por los otros servicios de salud, sino casi como una familia ampliada que busca garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

Proponemos entonces continuar con este recorrido que mucho nos fortaleció y nos empoderó, multiplicando aún más nuestras acciones mediante el entramado artesanal de una red que nos sostenga y nos contenga como comunidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1) Eugênio Vilaça Mendes, “Las redes de atención de salud”. Edición en español, Brasilia. Organización Panamericana de la Salud, 2013.

2) Starfield Bárbara, “Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

3) Rizo García M., “Redes, una aproximación al concepto”, SicMexico, año 2013. Disponible en <https://docplayer.es/10331781-Redes-una-aproximacion-al-concepto.html>

4) Porter, M.E. & Teisberg, E.O. – “Repensando la salud: estrategias para mejorar las cualidades y reducir los costos”. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.