

“Reconstrucción del Proceso Salud- Enfermedad- Atención dentro de la red de salud pública de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de la complejidad. Caso S. C.”

Nombre y Apellido de autoras/es: María Liberati, Lucas de Candia.

Medica Residente de Medicina General y de Familia.

Lugar de Realización: Red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dirección: 3 de Febrero 2818 6to B

Código Postal: 2000.

Teléfono: 3416295810

E-mail: m.liberati@hotmail.com

Fecha de realización: 30/08/2019

Trabajo inédito.

Relato de Experiencia. Categoría temática: Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud- enfermedad- cuidado.

MOMENTO DESCRIPTIVO

Se propone la descripción de la experiencia de presentación de los procesos salud-enfermedad-atención (PSEA) de usuarios adultos ingresados en Hospitales de segundo nivel de la red de salud pública de la ciudad de Rosario. Dichas presentaciones se enmarcan en los criterios de evaluación/aprobación de los alumnos de la Carrera de Posgrado de especialización en Medicina General y Familiar (MGyF) de la UNR, en su rotación por área de cuidado de adultos del primer año, durante los meses de junio, julio y agosto del 2019. El objetivo de las mismas es la re construcción de los PSEA desde la perspectiva de la complejidad. En términos pedagógicos se plantean dos propósitos: 1) romper con la relación asimétrica docente-alumno y expositor-auditorio para pasar a un encuentro de debate entre diferentes actores con participación en la situación clínica presentada; 2) superar el paradigma de la multicausalidad y el marco hegemónico de la biomedicina para construir el PSEA desde la perspectiva de la complejidad.

Se analiza una problemática de salud desde una perspectiva de Clínica Ampliada donde se aborda al sujeto, más allá del mismo, analizando sus contextos, sus relaciones y aquellos factores que determinen su forma de enfermar.

CONTEXTUALIZACIÓN:

Antes de comenzar el abordaje de nuestra situación problema creemos necesario contextualizarlo en el Sistema de Salud de Rosario, subsector público, en la Provincia de Santa Fe.

La red está compuesta por efectores (Hospitales y Centros de Salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas.

En el territorio provincial, los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

A su vez, está dividido en niveles de complejidad.

PRIMER NIVEL: Está integrado por Efectores de Salud sin Internación, Centros de Salud, distribuidos en todo el territorio provincial en cercanía con la población. Compuestos por equipos de salud, multidisciplinarios responsables de la adscripción poblacional en un territorio determinado, adaptando sus servicios a las necesidades de la comunidad. En estos

se realizan actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. Son Funciones del Primer Nivel:

I. Constituirse la puerta de entrada al sistema de salud, brindando accesibilidad en la atención de los usuarios ambulatorios, y convertirse en el nivel de seguimiento de la salud particular, familiar y comunitaria a partir de la adscripción de la población del territorio a cargo.

II. Concretar acciones permanentes de promoción, prevención, diagnóstico, atención ambulatoria, cuidados domiciliarios y toda otra tarea relacionada con el cuidado de la salud, de acuerdo a la capacidad de resolución que cada efector tenga asignada.

III. Posibilitar a todas las personas el acceso a la capacidad de su continuidad asistencial, articulando con los demás niveles de atención empleando mecanismos de gestión de turnos, referencia y contrarreferencia.

IV. Asegurar la participación comunitaria en las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

V. Priorizar la constitución de equipos de trabajo de carácter multidisciplinario e intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud de forma integral y completa.

SEGUNDO NIVEL: Está conformado por los efectores de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, las acciones y prestaciones donde se requiere atención especializada, con énfasis en el apoyo matricial ambulatorio, internación abreviada y la estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia. Hospitales de baja y mediana complejidad. Reciben referencias del primer nivel. Son Funciones del Segundo Nivel:

I. Constituirse como una referencia asistencial y diagnóstica entre el primer nivel de salud y los Hospitales de referencia provincial.

II. Brindar permanentemente los servicios de atención de especialidades de baja y mediana atención asistencial, de diagnóstico y Tratamientos terapéuticos y quirúrgicos, de rehabilitación, y toda otra tarea relacionada con este nivel, y la capacidad de resolución que cada efector tenga asignada;

III. Estudiar, coordinar y ejecutar prácticas de atención acorde a los nuevos avances terapéuticos, como internación domiciliaria, cirugía no invasiva ambulatoria y hospital de día, que posibiliten disminuir sensiblemente el tiempo de internación de los usuarios en los centros asistenciales efectores;

IV. Posibilitar a todas las personas el acceso a la capacidad de resolución de su patología, conforme las necesidades de atención comprendiendo las necesidades socioculturales de cada uno, implementando mecanismos dinámicos, eficaces y calificados de articulación entre distintos niveles, y sistematización óptima de mecanismos de referencia y contrarreferencia;

V. Priorizar la constitución de equipos de trabajo de carácter multidisciplinario;

TERCER NIVEL: Está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. Representa el último nivel de referencia de la red de cuidados, para una georreferencia determinada, configurando entre los distintos efectores de alta complejidad una red de referencia entre sí. A tales efectos, la autoridad de aplicación debe fortalecer y desarrollar los Hospitales referenciales de toda la Provincia. Son Funciones del Tercer Nivel:

I. Dar respuesta a las necesidades poblacionales de cuidados críticos e intermedios, ya sean en internación o de manera ambulatoria, tanto en contextos terapéuticos como diagnósticos.

II. Consolidar mecanismos efectivos de articulación, coordinación y complementación en la producción de procesos asistenciales en red con otros niveles de atención asistencial, sean éstos jurisdiccionales como extrajurisdiccionales, que garanticen el acceso a la atención necesaria a este nivel.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

DISTRITOS MUNICIPALES

Nuestra Ciudad de Rosario está dividida en seis distritos, a los cuales le corresponden varios Centros de Salud.

- Distrito Centro
- Distrito Norte
- Distrito Noroeste
- Distrito Oeste

- Distrito Sudoeste
- Distrito Sur

La descentralización genera la consolidación y el desarrollo de nuevos ámbitos ciudadanos, capaces de dar resolución a sus problemáticas y de planificar su futuro con un claro conocimiento de sus prioridades e intereses.

Más de 50 Centros de Salud atienden a la población de todos los distritos. A su vez la Red de Salud Municipal cuenta con el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Con los Hospitales de Segundo Nivel de Complejidad: Hospital Juan Bautista Alberdi (HJBA), Hospital Roque Saenz Peña (HRSP), Hospital Int. Dr. Gabriel Carrasco, Policlínico San Martín, la Maternidad Martín y los Hospitales de Tercer Nivel de Complejidad: Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) y el Hospital de Niños Dr. Víctor J. Vilela (HNVJV).

ESTRATEGIA SISTEMA DE SALUD (Atención Primaria de la Salud)

Tomando como punto de partida el antecedente del trabajo realizado en la reforma sanitaria brasileña y con el fin de sostener los mismos objetivos de procesos de atención, en la ciudad de Rosario a partir del año 2001 se inició el trabajo de transformación del sistema de salud. La propuesta partía de construir la base de una estrategia de trabajo en salud basado en tres conceptos fundamentales universalidad, integralidad y equidad. Así, a partir de la creación de efectores estatales “periféricos”, ubicados estratégicamente cercanos a la población, especialmente en barrios y microáreas desabastecidas de insumos en salud, se definió la atención primaria de la salud como una estrategia de trabajo. Esto implica, principalmente, acortar distancias entre los servicios y los sectores más vulnerables; y, al mismo tiempo, suponen un trabajo de adaptación de las respuestas del sistema a las condiciones socio-culturales particulares que determinan los modos de vivir y enfermar. En adición, se llevó a cabo una descentralización de la atención hospitalaria, así, es en los efectores (Centro de Salud) donde se propone la adscripción de pacientes por equipos de referencia como metodología de abordaje de los problemas de salud.

MARCO TEÓRICO:

COMPLEJIDAD EN SALUD

En contraposición al modelo dominante de la clínica basada en la biomedicina, anclado en paradigmas de la causalidad o del riesgo, la teoría de la complejidad viene a ofrecer un marco epistemológico para repensar los problemas de salud y sus abordajes. En principio, es necesario discutir la objetividad en términos de suponer que un médico puede, asépticamente, ejercer un trabajo real con un órgano enfermo. Ni el médico es un robot identificando alteraciones ni el paciente/usuario del sistema es un androide que requiere al ajuste de algún “tornillo flojo”. La excesiva y cegadora reducción de la mirada médica sobre la enfermedad niega la condición de sujeto del paciente y todas sus determinaciones (familia, comunidad, trabajo, acceso al sistema de salud, etc). En otras palabras, niega su humanidad. También, el marco del paradigma de la causalidad (mono o multicausalidad) presupone la existencia de relaciones lineales, de causa efecto, de riesgo probabilidad, que explican los modos de enfermar y morir de las personas.

A partir del desarrollo teórico de E. Morin sobre la complejidad, el autor brasileño N. Almeida-Filho propone re pensar el trabajo en salud. En principio, definir que el objeto de trabajo de la clínica es un objeto complejo y como tal posee determinadas características:

- Es un sistema, en relación jerárquica con otros sistemas
- No puede ser explicado por modelos lineales de explicación (determinación no lineal)
- Opera en distintos niveles de la realidad
- Multifacetado (Blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravesando los recortes disciplinares de la ciencia.)

Textualmente, define el autor respecto de la complejidad en el salud: “Se trata de una aplicación generalizada de la premisa que, al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad, la investigación científica dentro de un nuevo paradigma pretende respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia.” (Naomar Almeida-Filho; Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones; SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo - Agosto, 2006)

LA CLÍNICA DEL SUJETO: POR UNA CLÍNICA REFORMULADA Y AMPLIADA.

A través de este concepto se habla de una Clínica centrada en el Sujeto, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esa existencia. Es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. Teniendo en cuenta al sujeto concreto, social y subjetivamente constituido, atravesado por una singularidad tanto biográfica como del propio cuerpo y su dinámica corporal.

Es en esta relación entre Sujeto y enfermedad que hay muchas posiciones posibles, todo esto conforme a la historia y los recursos subjetivos y materiales de cada Sujeto. Los servicios de salud deberían operar con tal plasticidad para dar cuenta de esta variedad y abordarlo dirigidamente.

Según este análisis existen tres tipos de clínica:

La Clínica Oficial (Clínica clínica): opera con un objeto de estudio y de trabajo reducido lo que traería implicaciones negativas tanto para su campo de saberes como para sus métodos y técnicas de intervención. Sólo se responsabiliza por la enfermedad, nunca por la persona que está enferma.

Este objeto de estudio y de intervención estará reducido en múltiples dimensiones: por un lado, un enfoque desequilibrado hacia el lado biológico, al olvidarse de las dimensiones subjetivas y sociales de las personas. Lo que acarrearía que los saberes y prácticas estén marcados por el mecanicismo y la unilateralidad en el enfoque. Por otro lado, se aborda más a la enfermedad que al individuo. Se piensa en un individuo fragmentado, un ser compuesto de partes que sólo en teoría guardarían alguna noción de interdependencia. Este reduccionismo tiene innumerables consecuencias negativas: el abordaje terapéutico volcado de manera excesiva a la noción de cura –con frecuencia confundida con la simple eliminación de los síntomas y, en el mejor de los casos, con la corrección de lesiones anatómicas y funcionales– dejando en segundo plano tanto las posibilidades de promoción de la salud o de prevención y hasta, también, aquellas de rehabilitación. Además de eso, este objeto reducido autorizará la multiplicación de especialidades que terminará por fragmentar, a un nivel insoportable, el proceso de trabajo en salud. En consecuencia se viene reduciendo la capacidad operacional de cada Clínico estableciéndose una cadena de dependencia casi imposible de ser integrada en proyectos terapéuticos coherentes.

La Clínica Degradada siempre está en relación con aquella considerada Oficial. ¿Degradada por qué? Este concepto trata de reconocer qué contextos socioeconómicos específicos pueden ejercer una determinación tan absoluta sobre la práctica clínica que ésta

tendrá su potencialidad disminuida para resolver problemas de salud. En este caso, lo degradado se refiere aquí a límites externos impuestos a la potencia de la Clínica clínica.

La Clínica del Sujeto: Ampliada y revisada, revisitada. Se intenta combinar especialización con interdisciplinariedad, especialistas apoyando el trabajo del Clínico de Referencia conforme el Proyecto Terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el Equipo involucrado en la atención matricial. Además de esto, habrá que superar la alienación y la fragmentación y el tecnicismo biologicista, al centrarse en el eje de la reconstitución del Vínculo entre Clínico de Referencia y sus pacientes. Habrá que superar la fragmentación entre la biología, subjetividad y sociabilidad trabajándose con los Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que se reconozca un papel activo para el ex paciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros. Es una crítica que se pretende dialéctica que la Clínica clínica. Está obligada a deconstruir reconstruyendo alternativas concretas de saberes y de praxis: una clínica reformulada y ampliada.

EQUIPOS MATRICIALES DE REFERENCIA Y APOYO ESPECIALIZADO: UN ENSAYO SOBRE REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD.

Este texto describe un esquema de organización para el trabajo en salud, al que se ha denominado: Equipos de Referencia con Apoyo Especializado Matricial.

Se sugiere nuevos Dispositivos para los servicios de salud con base en los conceptos de Equipos de Referencia y del apoyo especializado matricial. Se parte de la suposición de que una reordenación del trabajo en salud según la directriz del Vínculo Terapéutico entre equipo de profesionales y usuarios estimularía la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud. Esto articulado a las directrices de Gestión Colegiada (Campos, 1998) y de Trabajo Interdisciplinario (con cierto grado de intercambio dialógico entre las prácticas y de los saberes, o sea transdisciplinario) posibilitarían una superación de aspectos fundamentales del modelo médico-hegemónico.

Un nuevo Dispositivo que estimulase en lo cotidiano la producción de nuevos patrones de interrelación entre equipos y usuario, ampliando el compromiso profesional con la producción de salud y quebrando obstáculos a la comunicación.

En este sentido, se trataría de instituir –como norma organizativa– un nuevo Sistema de Referencias entre profesionales y usuarios. Cada servicio de salud sería reprogramado a través de la composición de Equipos de Referencia, recortados según sea su objetivo, las características de cada local y la disponibilidad de recursos. De cualquier forma estos equipos obedecerían a una composición multiprofesional, variable, conforme a la circunstancia de estar trabajando en atención primaria, hospital, especialidades, etc.

La población adscrita a un determinado servicio de salud sería dividida en "grupos" bajo la responsabilidad de distintos Equipos de Referencia. En el caso particular de la Red Pública de Rosario, en un centro de salud cada equipo de referencia podría incluir médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeros, administrativos y trabajadores sociales. Este equipo contará con otros profesionales de diferentes disciplinas como apoyo matricial.

En un hospital de día, o en un centro de salud mental o de rehabilitación, o en un ambulatorio de especialidades se organizarían también Equipos de Referencia multiprofesionales con dos, tres o más profesionales, organizados conforme al objetivo, características de los usuarios y responsabilidad de cada uno de estos servicios. Cada Equipo de Referencia tendría bajo su responsabilidad un conjunto de pacientes adscritos según su capacidad de atención y la gravedad de los casos. También en estas unidades se utilizará el apoyo matricial. Cuando un paciente utiliza un servicio matricial, nunca deja de ser usuario del Equipo de Referencia.

Todas las intervenciones en una determinada situación clínica están orientadas por un Proyecto Terapéutico singularmente diseñada por el Equipo de Referencia con el de apoyo matricial si fuera necesario. Dichos Proyectos no son ejecutados sólo por los Equipos de Referencia sino por un conjunto más amplio de trabajadores.

De igual manera, en los hospitales, cada enfermo tendría su Equipo de Referencia. En todas las modalidades de servicios, especialistas y profesionales organizarían una red de servicios matriciales de apoyo a los Equipos de Referencias.

El objetivo de esta directriz organizacional es instituir un modelo de atención más singularizado y personalizado, en donde cada técnico y cada Equipo tendrían usuarios adscritos más o menos fijos. Esto objetiva tanto reforzar el papel terapéutico inherente a la dialéctica del Vínculo y generar condiciones para un acompañamiento longitudinal del PSEA de cada paciente. El estímulo a la institución de gradientes de Vínculos genera mecanismos de aproximación y de compromiso entre los pacientes y el Equipo de Referencia, permitiendo

mayor visibilidad de la calidad del trabajo de cada Equipo, al disminuir la distancia hoy abismal entre el poder de los técnicos y de los pacientes.

Es conocido ampliamente la complejidad organizacional del hospital, la dificultad de diálogo y articulación en su interior entre los diferentes servicios, la predominancia del modelo administrativo de sus departamentos y el carácter dominante del modelo médico hegemónico en la atención de los pacientes. La estructura tradicional de los servicios de salud refuerza el aislamiento profesional y reproduce la fragmentación de los procesos de trabajo, manteniendo sin cuestionar la hegemonía del poder médico. En general, cuando interviene un especialista o profesional en un caso, lo hace de manera vertical, con acciones separadas unas de otras. Casi no hay integración horizontal permanente entre los distintos saberes y prácticas, y cuando las hay, le correspondería al médico compatibilizar las diferentes lógicas involucradas en el proceso de trabajo. La mayoría de los profesionales no trabajan encargándose en forma integral de los casos y en consecuencia, la responsabilidad sobre el proceso salud-enfermedad es pobre y precaria.

La estructura organizacional de los servicios de salud no estimula el intercambio de opinión entre pares y mucho menos entre las distintas profesiones. La máquina organizacional en funcionamiento en los servicios de salud produce fragmentación y dificulta el trabajo multiprofesional, al impedir casi de manera absoluta, la construcción de relaciones interdisciplinarias entre los profesionales.

Un gran número de profesionales atiende episodios aislados de la trayectoria vital de las personas, sin que se instituya, como regla, un seguimiento de los casos a lo largo del tiempo. Todo esto ocurre, entre otros muchos elementos, debido a que: pocos servicios trabajan con una orientación de establecer pacientes adscritos a los mismos profesionales, la mayoría de los profesionales son contratados para realizar procedimientos específicos y no para que se responsabilicen por un cierto número de pacientes.

Otro importante obstáculo en la implementación de un modelo de Clínica Ampliada es la reducción de proyectos terapéuticos a la dimensión médica y, en general, con un exagerado enfoque biológico e individual, imponiendo una reducción de lo terapéutico al uso de medicamentos y procedimientos quirúrgicos.

TERRITORIO EN SALUD

Eugenio Vilaca Mendes propone como metodología para abordar la heterogeneidad de problemas de salud de las poblaciones la definición de salud como proceso, habitado por sujetos sociales y en constante e ininterrumpida construcción y reconstrucción. Con el objeto de ordenar situaciones y necesidades en función de las intervenciones a planificar, este autor propone algunas divisiones del territorio como – Territorio área (área de influencia de un centro de salud en estrecha y bidireccional relación con la población) y – Territorio micro área – Esta última está determinada por la distribución asimétrica e irregular de los problemas de salud en las diferentes micro regiones del área de influencia de un centro y su definición tiene el objeto de identificar y definir grupos poblacionales que presentan condiciones relativamente homogéneas. Esta propuesta implica la consideración de condiciones particulares en diferentes sectores del territorio que, de alguna manera, determinan modos particulares de los colectivos humanos de enfermar y morir.

MOMENTO EXPLICATIVO

PARTE I: DESCRIPCIÓN DEL PSEA DESDE EL HOSPITAL

En este contexto de articulación de los distintos niveles de atención que integran nuestro Sistema de Salud es que presentamos el caso clínico de S. C. Un paciente de 52 años que fue llevado a la guardia del Hospital de segundo nivel “Juan Bautista Alberdi” (HJBA) por el SIES por presentar un cuadro de una semana de evolución caracterizado por sensación febril asociado a tos no productiva que en las últimas 24 hs previas al ingreso se vuelve productiva con expectoración mucopurulenta, astenia, anorexia y disminución del ritmo diurético. Por dicho cuadro, un familiar consulta al Centro de Salud de referencia solicitando una atención domiciliaria por imposibilidad del paciente de acercarse al Centro.

La médica que lo evalúa en el domicilio solicita la derivación a través del SIES a un segundo nivel de atención, por lo cual ingresa al Hospital J. B. Alberdi por guardia, y posterior al Servicio de Clínica Médica para estudio y tratamiento.

Como antecedentes de jerarquía presenta hipoacusia izquierda posterior a TEC.

Es un contacto frecuente de TBC (hermano y primo) multiresistente y sin tratamiento.

En primera instancia se realiza aislamiento respiratorio del paciente por presentar mediante anamnesis foco para TBC. Se interpreta el cuadro como Neumonía Aguda de la comunidad asociado a bacteriemia por lo cual se realiza tratamiento completo con Ampicilina + Sulbactam dirigido a rescate de Neumococo en Hemocultivos. Se solicita esputo para

gérmenes comunes y para BAAR en donde se aísla Pseudomona y H. Influenzae. Baciloscopia resulta negativa por lo cual continúa su internación en la sala común del Hospital.

A los 15 días de su ingreso hospitalario y por presentar nuevamente registros febriles se toman hemocultivos que resultan negativos, urocultivo, donde se aísla Pseudomona aeruginosa (asumido como contaminante de muestra por ausencia de sintomatología urinaria) y se repite la Rx de tórax que evidencia un empeoramiento con respecto a la Rx anterior, por lo cual se reasume el cuadro como Neumonía Intrahospitalaria y se rota antibioticoterapia a Piperacilina-Tazobactam + TMS.

Se solicita al tercer nivel de complejidad Hospital de Emergencias Clemente Alvarez (HECA) una TAC de tórax con contraste, la misma solicitada por medio del SIES.

Se realiza la TAC y se reasume el cuadro como Empiema con criterios de colocación de tubo de avenamiento pleural por lo tanto se solicita derivación a un tercer nivel de atención para evaluación y tratamiento por el Servicio de Cirugía. Por lo cual es trasladado al Hospital Eva Perón de la Ciudad de Baigorria.

Por comunicaciones vía informal pudimos saber que el paciente cursó internación en Terapia Intensiva de dicho nosocomio posterior a Cirugía de decorticación pulmonar, y colocación de 4 tubos de avenamiento pleural. Al momento de la comunicación el paciente se encontraba en la sala de Clínica Médica con expectativa del Alta Médica y posterior seguimiento por Consultorios Externos del Hospital Eva Perón. No hubo comunicación con el Centro de Salud de referencia para el seguimiento posterior al alta.

PARTE II: RECONSTRUCCIÓN DEL PSEA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMPLEJIDAD

Al comenzar a analizar el proceso de salud- enfermedad- atención entrevistamos al Centro de Salud de referencia para obtener información acerca del paciente. Se recaba que el mismo no posee controles de salud desde el año 2017. Se identifica una situación de violencia intrafamiliar en el grupo familiar de SC, con una intervención desde el equipo del CS más cercano. Se cree que este contexto particular podría relacionarse con dificultades en el acceso a la red de salud pública. Como datos de relevancia en la Historia Clínica se identifica que el paciente es oriundo de Chaco y perteneciente a la Comunidad QOM. Vive en un barrio identificado como microárea vulnerable por el equipo de salud con responsabilidad sobre ese territorio.

Descripción de la microárea de pertenencia de SC:

Los qom (o toba) históricamente habitaron la parte central y meridional de la región geográfica conocida como “Gran Chaco”, que incluye en nuestro país el norte de la provincia de Santa Fe, parte de la provincia de Salta y las provincias de Chaco y Formosa. El proceso de migración de las familias qom hacia Rosario se remonta a finales de la década de los sesenta. A partir de entonces, la crisis estructural de las economías regionales, la tecnificación de las cosechas y las inundaciones, originaron una creciente desocupación y un lento deterioro de las condiciones de vida de estas poblaciones. Esto generó los primeros movimientos de traslado, que se intensificaron a mediados de los 80’ y principios de los 90’ y que dieron lugar a la constitución de los primeros asentamientos en la ciudad.

La ciudad de Rosario, receptora de distintas poblaciones migrantes, se caracteriza por un contexto urbano segmentado y desigual con altos niveles de desempleo y empobrecimiento. En este contexto se desenvuelven los procesos de salud-enfermedad-atención de los grupos qom que viven en Rosario. El presente caso hace referencia a un paciente que vive en una microárea de gran vulnerabilidad según la definición del equipo de salud más cercano. Ubicada en el distrito Norte. Dicha microárea está habitada predominantemente por miembros de la comunidad Qom provenientes de norte de Santa Fe y la provincia de Chaco en su gran mayoría, asentados en forma irregular sobre terrenos del ferrocarril. Se caracteriza por realizar movimientos permanentes, debido a las migraciones externas e internas. Este barrio tiene como característica fundamental la posibilidad de auto-organización de su comunidad. En los primeros tiempos se había conformado un consejo comunitario, del cual dependían las decisiones más importantes. Hoy en día existen además referentes comunitarios, con una cuota de poder muy importante dentro de los mismos pobladores. Cuentan con recursos tanto gubernamentales como no gubernamentales que se juegan en esta microárea. Sin bien, las condiciones habitacionales históricamente fueron muy precarias en esta microárea, su capacidad de auto organización los ha llevado a la posibilidad de la construcción de “un barrio”, con viviendas de material, un club, una escuela particular incorporada y un centro de salud provincial, obra que está en marcha desde 2010, y hoy por hoy siendo monitoreada por el gobierno local con fondos del Estado Nacional. La adicción en los jóvenes es un problema frecuentemente observado. (Descripción construida por el equipo de salud con responsabilidad en dicha territorio).

Nos resulta de suma importancia el dato de que S. C. es miembro de la comunidad QOM que se caracteriza por tener su propia organización social que se basa en la unión de varias familias, cuyo liderazgo está bajo un “piogonak” el cual se considera que tiene habilidades para la cura de enfermedades a través de sus propias prácticas en salud. Es una comunidad con una estructura completamente patriarcal. Comprender esto, nos sirve para analizar el vínculo de S. C. con las diferentes instituciones de salud, y poder entender las representaciones sociales que tienen sobre la salud en esta cultura.

Se registra en HCF del CS más cercano “condiciones de vulnerabilidad social”. Hay una falta de registro de datos que permitan obtener información acerca de dichas condiciones sociales, laborales, familiares y subjetivas que permitan un abordaje más integral acerca de su PSEA.

Una reflexión pertinente es la adecuación de la red de salud a las comunidades con raíces étnicas de pueblos originarios latinoamericanos. Creemos que toda propuesta en salud dirigida a los pueblos originarios debe partir y contener las prácticas sociales, las definiciones locales, su modo de problematizar, definir y establecer sus prácticas sanitarias. La aproximación a este universo de significados podrá permitir una atención más eficaz y oportuna, así como también, la construcción de estrategias de prevención y promoción de la salud que sean acordes a las particularidades socioculturales de estas poblaciones. **¿Tiene nuestro Sistema de Salud una perspectiva intercultural? ¿Quiénes generan las estrategias en salud son realmente representantes a la totalidad de la población?**

Se indaga en el Centro de Salud acerca del conocimiento de la situación actual del paciente, objetivando que desde el ingreso hospitalario no hubo articulación con los niveles de mayor complejidad. Esto pone en evidencia una importante dificultad en las formas de comunicación entre los diferentes niveles para poder lograr un orden entre los flujos y contraflujos necesarios para un adecuado acompañamiento de los PSEA.

Analizando esta situación clínica y su PSEA destacamos que S. C. no cuenta con un equipo de referencia dentro de la red, quizás en algún momento lo haya tenido, pero a partir de la denuncia judicial el vínculo de la familia y particularmente de S. C. con el Centro de Salud que por cercanía geográfica le corresponde quedó debilitado. **Nos preguntamos por qué en ese momento no se expuso la situación del sujeto y no se pensó una estrategia alternativa para constituir otro equipo de referencia, posiblemente, en otro Centro de Salud.**

Podemos evidenciar entonces, el primer obstáculo fue la construcción del vínculo equipo/usuario. El autor G. W. de Sousa Campos sugiere que la relación profesional/paciente que predomina en los servicios de salud es puntual y fragmentada, habiendo un gran número de profesionales atendiendo episodios aislados de la trayectoria de las personas sin que se instruya un seguimiento horizontal de los casos. Así ocurrió en el PSEA descrito. Se observó claramente como durante el tránsito por un cuadro agudo por los distintos niveles de atención de la red, ningún equipo se constituyó como equipo de referencia. La consecuencia inmediata, fue la imposibilidad o carencia de una visión del sujeto más amplia, que contemple el PSEA de S. C. en toda (o en algunas dimensiones) de su complejidad. El abordaje fue reducido a una mirada predominantemente biologicista y acotada en el tiempo del PSEA, desconociendo elementos fundamentales de la singularidad del caso como su etnia, sus conflictos con el equipo de salud territorial más cercano, entre otros. Se podría señalar, que el PSEA de S. C. fue siempre visto desde el hospital como una NAC con empiema como complicación (foco de la clínica puesto en la enfermedad, desaparición del sujeto, su familia y su contexto).

El mismo GW de Souza Campos hace referencia al ámbito hospitalario y su mirada sesgada del paciente utilizando la Clínica-Clínica. Podemos evidenciar esto, también, en la mirada sumamente biologicista y limitada del ingreso hospitalario cuando se identifican como “problemas crónicos” del paciente solamente su foco para TBC y su hipoacusia izquierda posterior a TEC. Repensamos a través de la mirada de la Clínica Ampliada sus determinantes en salud y agregamos la falta de un equipo de referencia, el vínculo con el Centro de Salud, las costumbres y representaciones sociales en torno a la salud característica de su etnia que actúan como limitantes al acceso al sistema, entre otras. Son estos determinantes los que podrían explicar que un paciente de 52 años con Neumonía Aguda de la Comunidad (NAC) y sin antecedentes de jerarquía, que generalmente tienen un tratamiento ambulatorio con evolución favorable, se agrave y termine presentando un cuadro de sepsis por NAC con un claro acceso tardío a la red de servicios de salud.

Por otra parte, si reflexionamos en relación a las funciones del Primer Nivel de Atención (según lo establecido por el Min. Sal. de la Provincia de Santa Fe) **surge como interrogante si es responsabilidad exclusiva del primer nivel de atención la adscripción al sistema de salud o si todos los niveles por si mismos son puertas de entrada. En particular, en el caso de S. C., su PSEA incluye el tránsito por los tres niveles de la red pública de servicios**

de salud sin que ello implique una real adscripción y, en consecuencia, la constitución de un equipo de referencia. ¿Oportunidades perdidas de adscripción?

Finalmente el alta médica se llevó a cabo sin una adscripción del paciente a un equipo de Referencia, ni se intentó una re vinculación con el Centro de Salud. Pensamos entonces, si las condiciones y los determinantes de S. C. siguen siendo los mismos, **qué estrategia se llevó a cabo, más allá de su patología aguda, para la prevención y la promoción de su salud.**

SINTESIS

REFLEXIONES FINALES

A partir de la re construcción del PSEA de S. C. en la red pública de servicios de salud surgen las siguientes reflexiones:

1. Al asumirse desde su ingreso hospitalario un abordaje centrado en la enfermedad (Clínica Oficial), borrando todas las demás dimensiones del PSEA, determinantes de gran impacto como su condición étnica o su pertenencia a una microárea de gran vulnerabilidad no fueron contemplados en el armado del proyecto terapéutico. En el caso descrito se observa que dicha mirada reducida del problema pudo haber tenido impacto deletéreo en las intervenciones. Por ej., en relación a un acceso tardío a la red de salud y la mala evolución de un cuadro clínico que, a priori, podría haber sido de tratamiento ambulatorio.

2. En la re construcción del PSEA se identificó un conflicto previo relacionado a las intervenciones del CS más cercano a su domicilio en el grupo familiar de S. C. por una situación de violencia intra familiar. Se interpreta que dicha situación actuaría como una barrera de vinculación entre dicho equipo territorial y el paciente S. C. La falta de lectura de la historia y complejidad del PSEA de S. C. en los tres niveles de atención de la red de salud se podría relacionar con la mirada biologicista de los equipos y la falta de adscripción (constitución de un equipo de referencia para el paciente).

3. Retomando los desarrollos teóricos de E. Vilaca Mendes sobre territorios, se destaca que una determinada microárea reúne colectivos humanos con modos similares de vida y de transitar sus problemas de salud. En el caso de S. C., el equipo local identifica su pertenencia a una microárea de especial vulnerabilidad. Dicha identificación no implicó el armado de estrategias que ofrezcan condiciones de acceso oportuno según las necesidades de salud.

4. Para concluir nos gustaría hacer una observación sobre la falta de articulación entre los tres niveles de atención. Creemos que una estrategia de APS tiene que ser pensada y puesta en marcha desde todos los niveles, en constante comunicación y en concordancia con las necesidades de la población. Pensamos que es necesaria la creación de espacios transdisciplinarios de educación permanente donde participen los trabajadores de la salud de los distintos niveles de atención y se pueda reflexionar críticamente sobre los PSEA como el presente caso. Esto podría constituirse en un dispositivo estimulador del encuentro de trabajadores de los tres niveles de atención y de diferentes disciplinas. El presente relato de experiencia podría tomarse como ejemplo de dispositivos de educación permanente con el objetivo de estimular la reflexión crítica de los trabajadores del sector salud.

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.” Ramón Carrillo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Sistema de Salud en Santa Fe. Santa Fe es salud. Niveles de atención. <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4>.
2. Niveles de atención. Santa Fe salud. Red de atención en salud integral y universal. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
3. Distritos Municipales. Municipalidad de Rosario. <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/distritos>
4. Ferrandini D. "Trabajo en atención Primaria de la Salud". Documento de la Dirección de APS, Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario.
5. Naomar Almeida-Filho; Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones; SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo - Agosto, 2006.
6. Gastón Wagner de Sousa Campos. "LA CLÍNICA DEL SUJETO: POR UNA CLÍNICA REFORMULADA Y AMPLIADA". Libro: Gestión en salud en Salud – en defensa de la vida. Año de publicación: 2001.
7. Gastón Wagner de Sousa Campos. "EQUIPOS MATRICIALES DE REFERENCIA Y APOYO ESPECIALIZADO: UN ENSAYO SOBRE REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD". 1998.
8. Eugenio Vilaca Mendez. Capítulo 3: Distritos sanitarios. "El proceso social del cambio de las prácticas sanitarias del sistema único en salud". Sao Paulo- Rio de Janeiro, 1993.
9. Stival, Matias. Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario. 2018. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/9980/uba_ffyl_t_2018_se_stival.pdf?sequence=1&isAllowed=y

“RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD- ATENCIÓN DENTRO DE LA RED DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE ROSARIO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMPLEJIDAD. CASO S. C.”

Liberati, María. De Candia, Lucas.

Institución: Red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Dirección: 3 de Febrero 2818 6B, Rosario, Santa Fe. TEL: 3416295810. Mail: m.liberati@hotmail.com

Relato de experiencia.

Categoría temática: Clínica ampliada/ Atención de problemas salud- enfermedad- cuidado.

Momento descriptivo: Se propone la descripción de la experiencia de presentación de los procesos salud-enfermedad-atención (PSEA) de usuarios adultos ingresados en Hospitales de segundo nivel de la red de salud pública de la ciudad de Rosario enmarcados en los criterios de evaluación/aprobación de los alumnos de la Carrera de Posgrado de especialización en Medicina General y Familiar (MGyF) de la UNR, en su rotación por área de cuidado de adultos del primer año. El objetivo de las mismas es la re construcción de los PSEA desde la perspectiva de la complejidad. Se amplían los conceptos de Clínica del sujeto, Territorio, Complejidad en Salud y Equipos matriciales.

Momento explicativo: Se presenta el caso clínico de S. C. que es ingresado en el Hospital de Segundo Nivel de atención por un cuadro de sepsis asociado a Neumonía Aguda de la Comunidad (NAC). Se analiza el PSEA del sujeto en su tránsito por los diferentes niveles de complejidad con una mirada crítica al abordaje netamente clínico y biologicista que recibió. Se propone la reconstrucción del mismo desde la perspectiva de la complejidad.

Síntesis: Surgen diferentes reflexiones sobre el PSEA del sujeto, como la falta de equipo de referencia. Los distintos niveles de atención como puerta de entrada al sistema. Y la necesidad de crear espacios de educación permanente entre los trabajadores de salud de los distintos niveles de atención para re pensar nuestras prácticas y los PSEA de los sujetos.

Palabras claves: PSEA, territorio, complejidad.

Modalidad de presentación: oral. Soporte técnico requerido: cañón multimedia.