

Año 3
Número 4
Invierno 2016

Revista de Políticas Sociales

Salud, enfermedad, cuidado

Transitando crisis y oportunidades

Silvia N. Villalba

Licenciada en
Trabajo Social,
UNM

noe_vil976@hotmail.com

Hace algunos años tuve la oportunidad de recorrer varias unidades de atención primaria (UAP) de Moreno Norte.¹ He visto profesionales recargados de tareas y funciones, he visto personas esperando ser atendidas por horas y horas, he visto sus caras de angustia, sus expresiones de enojo, y en ocasiones los he visto marcharse sin ser atendidos. Contemplando esa dinámica, que solía ser cotidiana, me he preguntado muchas veces qué oportunidades y qué accesibilidad brinda el personal de estas unidades sanitarias a la población del barrio. En varias ocasiones me ha llamado la atención ver solo mujeres embarazadas o con niños pequeños a la espera de ser atendidas. Rara vez observé la presencia de hombres. Por este motivo comencé a preguntarme cómo transitan los hombres de entre 30 y 50 años de estos barrios su proceso de salud-enfermedad-cuidado. Realicé entonces entrevistas a profesionales y vecinos. Una síntesis de sus voces diversas servirá de insumo para pensar cambios que conlleven a una participación conjunta, a una mirada hacia salud más responsable y equitativa, a una sociedad más justa.

Observar y escuchar la espera de las personas en estos espacios, lo que hacen, lo que creen, lo que dicen y cómo lo dicen permite comprender sus singularidades, potencialidades y padecimientos. La vida de las personas transita por momentos de crisis y oportunidades, lo que implica que los términos salud, enfermedad y cuidado forman parte de un mismo proceso y están condicionados por un contexto socio-histórico y cultural. Hay tiempos en que uno suele acentuarse más que otro, pero no son estancos, sino que están en continuo cambio. La articulación del proceso salud-enfermedad-cuidado con la vida cotidiana permite buscar tanto en el saber médico como en el de los sujetos las orientaciones y las prácticas que posibilitan pensar y desarrollar alternativas de atención y prevención.

1. Fragmento del Trabajo Final de Integración del Taller V de Actualización Teórico-Práctica de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Moreno.

El término cuidado da cuenta de “relaciones horizontales, simétricas y participativas, reconociendo las formas de respuesta social como productoras. (...) Estos postulados pretenden desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto, cuestionar la práctica médica centrada en patologías individuales. Intentan incorporar la dimensión subjetiva, histórica y social, tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares” (Stolkiner y Gómez Ardilla, 2012: 91-94). En el cuidado no solo se tiene en cuenta la atención médica, sino que una mirada más amplia incluye el cuidado que tienen las personas en su proceso de salud-enfermedad a lo largo de su vida cotidiana, en el marco de su contexto socio-cultural. Implica prácticas que utilizan las personas para atender, controlar, aliviar, curar o prevenir determinantes que afectan su salud.

Un contexto que habla

Conforme a la definición de Alma-Ata (1978) la atención primaria de la salud “representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Zurro, 2011: 1). En las dos UAP donde realicé las entrevistas funcionan también sociedades de fomento en las que niños y adolescentes practican deportes, centros de jubilados, entregas de bolsones de alimentos y aulas del plan Fines. Una característica común en ambas unidades sanitarias es que sus profesionales trabajan en ellas durante unos pocos meses y suelen ser trasladados a otros lugares de trabajo, por lo que hay una rotación constante de profesionales. El territorio en el que se localizan es un espacio de encuentro de diferentes tipos



de relaciones donde se producen tensiones que facilitan la aparición de la duda y la ambigüedad, favoreciendo nuevas relaciones, usos y significados que alimentan la dinámica. Uno de los barrios posee calles de tierra y un arroyo contaminado con basura que abarca varias cuadras de la zona, provocando un basural abierto que, en días lluviosos, inunda la zona. A su alrededor se observan gran cantidad de viviendas construidas con diferentes materiales, algunas casillas construidas con cartón, madera o nylon, y cerca existe un asentamiento con aun mayores condiciones de vulnerabilidad.

La mayoría de las personas que se acercan a las UAP de Moreno Norte no posee obra social. Algunas mujeres con niños llevan en sus manos la libreta de ANSES, lo que indica que reciben la Asignación Universal por Hijo. Suelen llevar a atender a sus hijos todos los meses, ya sea con médicos o con enfermeros. Ante mi consulta, expresaron ser amas de casa y que sus parejas trabajan en construcción y comercios, por lo que se les dificulta acercarse para acompañarlas o para atenderse: “mi marido no viene porque trabaja. Si viene le descuentan el día. Tiene que sentirse muy mal para venir”. Los varones que pude entrevistar en estos espacios comentaron que se tomaron el día para acercarse a la Unidad Sanitaria acompañando a algún familiar, y manifestaron que por motivos laborales suelen hacerlo con muy poca frecuencia.

La imagen usual en estos centros de salud es la de mujeres embarazadas o con niños, sentadas en bancos de madera o sillas de plástico, conversando a la espera de ser atendidas. Cada tanto algún un niño llora, grita

o corre por los pasillos. Médicos y enfermeros salen cada quince minutos de su consultorio al grito de “quién sigue”, y solo pocas veces llaman a las personas por sus nombres. Los varones que se encuentran en el lugar por lo general están parados, callados, cruzados de brazos y cada tanto alguno sale al patio para fumar un cigarrillo. Su rostro es serio y hasta refleja cierto cansancio. Algunos de quienes entrevisté afirmaron “sufrir del corazón”, diabetes u otro tipo de enfermedades que requieren control médico, incluso algunos manifestaron precisar medicamentos para sobrevivir, y aun así no asisten a los controles médicos necesarios ni toman los remedios de forma constante. Con demasiada frecuencia son los propios hombres los que, por diferentes factores, deciden evitar la atención médica. ¿Pero solo depende de ellos? ¿Qué condiciona y limita el acceso de los varones a estos espacios?

El hombre inmortal y las barreras

La perspectiva del “hombre inmortal y sano” que se ha manifestado a lo largo de las observaciones y entrevistas también condiciona el acceso a los centros de salud. Algunos ni siquiera quieren hablar de sus problemas de salud, porque constituiría una demostración de debilidad, de feminización frente a otros y otras. La imagen que tienen de los servicios de salud es que son para ancianos, mujeres, niños o enfermos, y ellos no entran en esta categoría. La salud del varón está vista y destinada para

generar más trabajo, pero no necesariamente para ser cuidada, salvo en última instancia. Tuve también la oportunidad de conversar con mujeres que se encontraban en la sala de espera. Una de ellas respondió inmediatamente: “mi marido no viene porque trabaja. Además, tampoco le gusta. Si le duele algo se medica en ese momento para aliviar el dolor”. Otra dijo: “el hombre se acerca cuando ya no puede más”. Por su parte, la una médica me expresó: “los hombres no vienen porque no quieren saber. Después siguen el tratamiento porque les da miedo. Se muestran duros porque tienen miedo”.

Pero esa no es la única barrera en la accesibilidad a estos espacios: estos centros de salud no cuentan con especialidades propias del género masculino. Los varones se atienden con mayor frecuencia con el médico clínico y con el traumatólogo en casos extremos, cuando padecen crisis en su salud que no les permiten transitar el día a día. No se representan a los centros de salud como espacios donde atenderse para prevenir malestares (Carballeda, 2013). Las especialidades de obstetricia, pediatría y ginecología reflejan claramente la orientación selectiva de la atención primaria que operó durante las décadas de 1980 y 1990 –focalizada en poblaciones más vulnerables o de riesgo, incluyendo a niños, mujeres embarazadas, personas de tercera edad o con problemas graves de salud–, pese a que a partir de la década pasada se intentó de a poco recuperar la perspectiva de la Declaración de Alma Ata que aborda una mirada integral de la salud.

El director de una de las unidades sanitarias sostuvo: “los hombres no suelen acercarse mucho. (...) El problema es que no contamos con aparatología. A veces tenés que derivar y pedir turno en otro lugar. Imagínate si ya les cuesta venir, si tienen que hacerse estudios y seguir un tratamiento, olvidate, lo terminan dejando. Todas las derivaciones hay que hacerlas al CIC que tiene aparatología de alta complejidad, pero el problema es en el momento de la derivación. Solo pueden llamar desde la salita un día y a una hora determinada, y dan 5 turnos por cada especialidad. Así se corre el riesgo de que la gente desista de realizar cualquier estudio”. De esta manera, “los periodos de espera agotan a las personas y obstaculizan el acceso a programas específicos. (...) El contacto recurrente con la espera efectivamente modela las subjetividades de las personas” (Auyero, 2013: 47).

Resulta por eso relevante diferenciar los conceptos de accesibilidad inicial y ampliada. La inicial es el “primer contacto o ingreso al recinto asistencial”. La accesibilidad ampliada es “el recorrido de los usuarios por

los distintos servicios que intervienen en el proceso asistencial” (Wagner, 2013: 97). Por su parte, Carballeda (2013) afirma que “las políticas de salud y la accesibilidad no implican solamente el ingreso al sistema, dado que ese hecho no garantiza que [aquella] tenga una aplicación y adaptación real, sino que [debe] ser acompañada dentro de las diferentes instancias institucionales”. Esto permite pensar en la necesidad de un acompañamiento y un seguimiento por parte de los profesionales hacia los hombres que se acercan a las UAP, que no pueden quedar librados a la suerte y a la espera, porque precisamente eso determina y limita el acercamiento y la continuidad de la asistencia.

Las barreras que limitan la accesibilidad a los centros de salud están entonces presentes en lo burocrático, en la espera entre derivación y derivación, en la falta de recursos humanos, en los escasos encuentros entre profesionales, en la limitada oferta horaria de estos espacios, en las representaciones sociales sobre el género masculino. Carballeda (2013) señala que “la accesibilidad es, en definitiva, una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población y muestra de manera concreta la llegada real de las políticas de sanitarias a la población” (Carballeda, 2013).

Saberes que se encuentran y desencuentran

Las prácticas y representaciones de salud-enfermedad-cuidado en los hombres que se acercan a las UAP a veces entran en tensión con la mirada de los profesionales de los centros de salud, pero a la vez entre los mismos profesionales hay visibles discrepancias que se ponen en acción a la hora de acompañar a una persona en su proceso de salud-enfermedad-cuidado. Una mirada que fusione ambos saberes permitirá pensar en un proceso de salud-enfermedad-cuidado en el que profesionales de la salud acompañen a la persona que lo transita, incluyendo sus saberes, costumbres y cuidados. Partir de una mirada atenta a las necesidades y costumbres de los hombres del barrio permite un encuentro con el otro basado en una responsabilidad compartida y propicia una mayor participación en el cuidado de su salud a los sujetos que se acercan a las unidades de atención primaria.

En las UAP la participación de los vecinos es fundamental: sin ella los programas no pueden lograr eficacia. Son precisamente estos espacios los que deben estar preparados para trabajar comunitariamente, ya que son el primer contacto que tiene la comunidad con el servicio de salud. Los profesionales de la salud que trabajan con la comunidad necesitan conocer el contexto en el que ella habita. Conocer la vida cotidiana es fundamental para evaluar recursos, necesidades y estrategias que utilizan las personas para transitar el día a día. En este marco alarma la afirmación de uno de los profesionales entrevistados: “acá la gente viene llena de forúnculos. Yo no sé por qué será, no conozco el barrio. Quizás haya cerca un arroyo o un basural”.

Las expresiones de los vecinos en las entrevistas realizadas demuestran que en su vida cotidiana tienen presente la importancia de la prevención en el proceso de salud-enfermedad-cuidado, y también dan cuenta de su propia inclusión en el cuidado, no solo de los médicos. Los hombres deciden cuidarse por cuenta propia antes de asistir al médico. Pero también se observan casos de automedicación en las prácticas y decisiones que toman los hombres antes de ir al médico.

Por su parte, diferentes expresiones de algunos profesionales de la salud demuestran que todavía persiste cierta idea del saber médico como único e irrefutable, aunque a la vez esta actitud suele convivir con la mirada de profesionales que no desestiman las experiencias o saberes que pueden tener los hombres del barrio en su vida cotidiana. Existe asimismo un cuestionamiento que seguramente repercute en el accionar de los profesionales y condiciona el acceso de los hombres a los centros de salud: “la gente se abusa del Remediador (programa de provisión gratuita de medicamentos), no valora nada, no quiere pagar nada. No quieren comprarse la medicación pero los ves con terribles celulares. Están acostumbrados a que les den todo. A veces creo que la salud debería pagarse para que la valoren”. Esta respuesta refleja el enojo por parte de un enfermero entrevistado ante la actitud displicente de determinados pacientes, pero también deja expuesta una mirada mercantilizada de la salud. Pero también entre los profesionales hay miradas y discursos que interrogan sus prácticas, que asumen a la persona desde una mirada integral, que realizan una continuidad en el acompañamiento de sus pacientes, que conocen sus nombres, sus historias de vida. Una médica entrevistada en un centro de salud expresó: “es mucha la demanda y somos muy pocos, pero lo hago porque me gusta estar con la gente del barrio. Prefiero trabajar acá porque sé que el paciente me necesita más. Conozco a la mayoría. A veces los he ido a buscar a la casa o le pido a una de las

enfermeras que vaya. Se quieren matar cuando nos ven. Por otro lado, no les suelo dar toda la medicación: les doy una parte para que vuelvan, y el hombre vuelve. Si los tratás bien, ellos vuelven”. La atención primaria de la salud implica “asumir una relación personal asistencial basada en la longitudinalidad y continuidad de los cuidados. La longitudinalidad traduce el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto y la corresponsabilidad, y no está necesariamente relacionada con un problema o diagnóstico” (Zurro, 2011). Procesos de atención y cuidado que desarrollen en grado óptimo la longitudinalidad y la continuidad contribuirán de forma decisiva a mejorar la efectividad y la eficiencia del conjunto en el sistema sanitario.

Desandando verdades

En los apartados anteriores se ha mostrado que todavía persisten ciertas perspectivas que reproducen el modelo médico hegemónico y estigmatizan a los hombres con los que los profesionales trabajan diariamente. En una entrevista, un profesional manifestó sonriendo: “el hombre que viene es porque se rasca todo el día. Por lo visto no tienen otra cosa que hacer”. Pero también algunos vecinos entrevistados pronuncian frases como esta: “es el médico quién sabe cómo me puedo cuidar”. Por eso resulta interesante el análisis de una profesional entrevistada: “me parece que pocos médicos están preparados para trabajar con la comunidad. A la mayoría no les importa la gente, y para estar en el barrio te tiene que gustar”. Estas palabras coinciden con el discurso y la práctica de muchos médicos a quienes observé reticentes, apáticos y de “pocas palabras” con las personas en la sala de espera. Muchos profesionales de la salud “no solo no tienen motivaciones, sino que además no poseen habilidades para trabajar incluyendo a la comunidad en la participación de su proceso de salud-enfermedad-cuidado” (Menéndez, 2009). Es esta práctica la que debe desandarse. Es necesario consolidar una mirada que permita una relación constante y horizontal entre equipo médico y comunidad, basada en el respeto, la escucha y la apertura de saberes y prácticas populares, teniendo en cuenta el contexto local. Se requiere para eso la apertura de las UAP a la comunidad, saliendo de los centros, pensando actividades barriales que aborden temas en pos de los inte-

reses e inquietudes de la comunidad, abriendo estos espacios más allá de las murallas institucionales. Salir a la calle y acercarse a la comunidad permitirá una relación basada en la horizontalidad y la simetría, respetando y aunando las voces de vecinos y profesionales. Un trabajo interdisciplinario permitirá la posibilidad de pensar nuevos interrogantes y alternativas que al interior de distintas disciplinas no se han formulado. Debe aumentar la participación por parte de los hombres en los centros de salud, pero también es fundamental la participación asidua de los profesionales de la salud en la comunidad. Hay que desmitificar y romper no solo mandatos sociales y estructuras que pesan en cada uno de nosotros, sino también murallas institucionales que impiden la accesibilidad a estos espacios.

Bibliografía

- Auyero, J. (2013): *Pacientes del Estado*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carballeda, A. (2013): “La accesibilidad y las políticas en salud”. En C.S. Krmptic, M.R. Mitjavila y M.M. Saizar, *(Sub)culturas profesionales. Poder y prácticas en salud*. Buenos Aires, Miño y Dávila.
- Eduardo, M.L. (2005): “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. En *Salud Colectiva*, 9-32.
- Ferrara, F. (1985): *Teoría social y salud*. Buenos Aires, Catálogos.
- Menéndez, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires, Lugar.
- Jodelet, D. (1991): “Representaciones sociales: un área en expansión”. En *SIDA. Imagen y prevención*. Madrid, Fundamentos.
- Laurell, A.C. (2010): *La salud: de derecho social a mercancía*. En repository.unm.edu/handle/1928/4602.
- Stolkiner, A. y Gómez Ardilla, S. (2012): “Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social-salud colectiva latinoamericanas”. *Vertex*, 57-67.
- Schutz, A. y Luckmann, T. (2003): *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Wagner, M.A. (2013): “Volviendo sobre el concepto de accesibilidad en clave de investigación”. En C. Testa, *Trabajo Social y territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*. Buenos Aires, Espacio.
- Zurro, M. (2011): *Atención primaria de la salud y atención familiar y comunitaria*. Madrid, Elsevier.