



Asamblea Permanente por los Derechos Humanos

Asociación Civil
Estatus Consultivo Especial ante el ECOSOC de la ONU
Organización acreditada en el registro de OSC de la OEA

Av. Callao 569 3º cuerpo 1º piso (C1022AAF), Buenos Aires, Argentina
Tel. (54 11) 4372-8594 / 4373 0397 - Fax (54 11) 4814-3714
e-mail: apdh@apdh-argentina.org.ar / sitio web: www.apdh-argentina.org.ar

LA SALUD MENTAL COMO ARTICULADOR DEL ACCESO A LOS DERECHOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Autora: Lic. Ángela Cardella

Palabras clave: promoción de la salud, interdisciplina, ética, epidemiología

I) La promoción de salud ¿cuestión de salud mental?

Cabe abordar en primer término por qué hablamos de promoción de salud y no de prevenir en salud.

Históricamente se han tomado estos conceptos como referidos a objetivos comunes. Empero, consideramos que promover en salud no debe circunscribirse a prevenir afecciones; lo que largamente estuvo limitado a las llamadas “prevenciones específicas” y abordado desde criterios normativos -la “educación para la salud”.

La demanda en atención primaria suele centrarse en dificultades que hacen a la interrupción de un “estado de salud” vivido como tal por quienes consultan. Y cabe responder a esta demanda.

Pero ello no debe agotar la propuesta. Si nos planteamos una política sanitaria centrada en la salud no cabe focalizarnos en la enfermedad. Antes bien, las políticas sanitarias debieran diseñarse considerando las condiciones de vida que permitan una mejor salud.

En 1978, la OMS y UNICEF convocan a una conferencia internacional para tratar estas cuestiones en la ciudad de Alma Ata. De lo que allí se trató nace lo sustancial de la conceptualización de APS (1). En la Declaración de Alma Ata encontramos como ejes centrales la promoción de salud y la participación colectiva, cuando define a la Atención Primaria de la Salud como

“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. En todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” ... “representa el primer 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”.

“Una asistencia sanitaria esencial, socialmente aceptable” significa que las prácticas, a fuer de científicas, no vayan a contrapelo de costumbres y valores de cada comunidad, tanto en sus objetivos como en el lenguaje con que se los propone. Un ejemplo: si queremos acercar a las mujeres de las comunidades bolivianas y jujeñas que cultivan hortalizas en el cinturón del AMBA (área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires) a las necesidades de higiene que impone el clima de un hábitat distinto al de origen, deberemos tener en cuenta tanto sus costumbres como sus condiciones de vida actuales; suministrando en el ámbito del efector de salud el espacio adecuado para esa higiene y -sobre todo- proponiendo la misma con la explicación pertinente formulada sin términos peyorativos. Participación, entonces, no será imponer sino dialogar.

La Declaración de Alma Ata es hija del apogeo del Estado de Bienestar. Y es su canto del cisne. Su declinación permite el hincapié en párrafos que deviene “palabras trampa”, dando lugar a su desvirtuamiento.

“...a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” deviene en justificación del declinar de una Atención Primaria muy acertadamente denominada por Mario Testa “atención primitiva”(2). Se recortan prestaciones básicas y avanzan alternativas focalizadas en sectores de la comunidad desde supuestos de “riesgo” que lesionan derechos y participación al desconocer su universalidad.

La llamada Cobertura Universal del Salud (CUS) es una expresión actual de las que denominamos “palabras trampa” de la Declaración de Alma Ata. No tendríamos que hablar de “cobertura” si fuera realmente “universal”(3).

II) Salvando la trampa de “lo posible” con el acceso a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)

Y aquí entramos en el papel de la Salud Mental en las prácticas del equipo de salud.

El desarrollo en las últimas décadas de una praxis en Salud Colectiva que hace del pensamiento complejo el cimiento de una genuina interdisciplina va de la mano con el retorno al espíritu de Alma Ata. Aquélla nunca va a provenir de una yuxtaposición de saberes (aunque a veces oigamos postular disparates del orden de “pasar de la multidisciplina a la transdisciplina”).

Porque no sólo cabe rescatar el diálogo como eje de la comunicación del efector de salud con la comunidad sino que corresponde privilegiarlo al interior del equipo mismo. El trabajo construirá, desde la integración de las distintas disciplinas, una mirada polifacética sobre la problemática que demanda tratamiento -en lo individual, familiar, comunitario.

La cooperación de saberes también cabe apuntando a la simetría en el interior del binomio efector/consultante. Esto se logrará abandonando el lugar de quien tiene todas las respuestas e invitando al interlocutor a “pensar juntos”, proponiendo un ejercicio de apropiamiento de las herramientas de introvisión.

Interdisciplina será el resultado de una construcción cotidiana de los integrantes del equipo en su territorio. Que permitirá, al integrar a la comunidad, pasar de la verticalidad del saber profesional a la cooperación de los saberes.

Por esto postulamos que sólo en el respeto a los DESC puede basarse una genuina APS.

III) La APS como puerta de entrada y la operatividad en la consulta como cuestión ética.

Ahora ¿están capacitados los integrantes del equipo de salud para respetar la cooperación de los saberes? Sabemos que la academia no los forma para eso. Salvo muy honrosas -y cada vez más escasas- excepciones, nuestros profesionales de la salud se instalan desde su formación como instructores de sus saberes y no como actores dialogantes con quienes consultan. Pese a que no carecemos de conceptualizaciones teóricas para fundamentar una técnica que apunte hacia la simetría. Ya que en la formulación pichoniana de la tarea como núcleo central del operar del grupo se articulan teoría y técnica en una praxis genuina.

Y ¿cómo nace esta conceptualización? En los años 40, trabajando en un servicio del Hospital Borda, la necesidad de cubrir la labor cotidiana de vida y cuidado de los internados hizo que Pichon los habilitara desde su participación grupal en la resolución de esas cuestiones vitales. Así, la democratización en el hacer sacó a los “enfermos” del lugar de cosa para ubicarlos en el de sujetos que inauguraban, con su participación, el ejercicio de derechos.

Por esto es que consideramos que el aporte de Enrique Pichon Rivière y sus continuadores de la escuela argentina significan el encuentro de la ética con la teoría de la técnica, desde una auténtica cooperación de los saberes en la práctica.

Que, lamentablemente, es poco tenida en cuenta en los ámbitos académicos más ligados a la salud mental -vg., las curriculas de los pregrados de Psicología.

IV) El ejercicio del derecho a la salud por sus actores genuinos: la Epidemiología Comunitaria

No sólo en cómo se aborda el trabajo en salud desde esa “puerta de entrada” que es la APS debiéramos considerar el respeto a los DDHH. También en qué cuestiones se tienen en cuenta, en lo que se privilegia promover, investigar y atender. ¿Cómo se construye el panorama que los equipos de APS tratan?

Acá entramos en la problemática de la epidemiología. En uno de sus primeros trabajos (4) publicados sobre Epidemiología Comunitaria, Gianni Tognoni, autor de este concepto, nos dice, refiriéndose a la Declaración de Alma Ata, que “la revolución declarada tiene que ser realizada” porque “la APS está siempre en el primer lugar en las declaraciones de principios pero los presupuestos de salud siguen estando desequilibrados a favor de los hospitales y de los médicos. En la formación casi nada ha cambiado y cuando las políticas económicas de reajuste imponen cortes, lo más directamente golpeado son las necesidades básicas de la gente, con consecuencias importantes y a menudo dramáticas en los estratos más débiles de la población.” En 1990! En esto la historia, más que repetirse, continúa... y como tragedia.

En el presente contexto mundial ¿por qué nos ocupa la epidemiología en relación con el derecho a la salud?

Si la definición clásica de la epidemiología es la de “ciencia que estudia el desarrollo y la historia de las enfermedades en la población” suponemos que ha recogido, con mayor o menor rigor, la incidencia de los factores socioeconómicos

en la salud. Ahora bien, estos conocimientos, que son producto del accionar de especialistas, siguen en manos de académicos cuando se trata de producir política sanitaria. Lo “comunitario” es adjetivo” nos dice Tognoni. “Y de lo que se trata es de realizar, de pensar la salud a partir de la gente, de su formulación acerca de su vida cotidiana, de sus condiciones en cuanto a trabajo, hábitat, alimentación, esparcimiento, analizados en su propio lenguaje. Y para tomar decisiones a fin de que pueda cambiarse lo que no está bien.”

¿Cuánto y cómo tiene que ver esta cuestión de la manera de atender “en el primer contacto de individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud” con la salud mental y los DDHH?

Si una persona o un grupo humano se sienten escuchados y reconocidos en sus capacidades y lenguajes desde la respuesta en un lenguaje comprensible para ellos por quienes los reciben, podrán establecer un diálogo que será recíprocamente esclarecedor , cimentando a la vez la posibilidad de ampliar los conocimientos sobre el decurso futuro de la cuestión que motivó el contacto.

Si la salud de una comunidad es realmente “cuestión de todos”, la salud mental está asegurada. Al garantizarse el derecho del pueblo -que incluye tanto a asistidos como a trabajadores de la salud- a decidir sobre sus problemas, se consolida su salud. Si sabemos que no hay salud mental sin salud, tampoco habrá salud sin el ejercicio de su derecho.

Pero esto no es tan simple como parece al decirlo. Venimos de siglos de paternalismo autoritario en todos los órdenes. Y particularmente en educación y salud. Y esto hace que todavía en el imaginario social se identifique la calidad en salud con los espejitos de colores de la tecnología “avanzada” en los centros “de máxima complejidad” y la farmacología de última generación como única resolución para los problemas de salud.

Para que esto no sea visto así por nuestra sociedad ésta deberá recorrer el camino de convalidar la confianza en su propia capacidad de ver y pensar colectivamente.

En el equipo de salud también se abroquela el pensamiento hegemónico. La panacea farmacológica refuerza la distancia paternalista o autoritaria en el vínculo con los asistidos.

Al que no somos ajenos los profesionales de salud mental, frecuentemente epígonos del modelo médico hegemónico. En un trabajo que presentamos hace treinta y un años en esta misma ciudad, en el contexto de un congreso de FePRA, decíamos: “Se ha llegado...a negar la posibilidad de que el conocimiento

psicoanalítico pueda ponerse al servicio de la promoción de salud, bajo la falsa premisa de la “imposibilidad de prevenir el inconsciente” Se intenta confundir la implementación de nuestras herramienta conceptuales para operar en la realidad social con su utilización el abordaje individual, en un escamoteo que no es inocente. Se intenta así que el conocimiento comience y termine en los profesionales. Se reniega del objetivo sustancial del análisis para poder mantener la hegemonía absoluta sobre el mismo, **porque uno de los hechos que más temen las clases dominantes es la apropiación social del conocimiento”**

BIBLIOGRAFIA (mencionada y de ampliación)

- 1) OMS Declaración Alma Ata, URSS 1978
- 2) Testa, Mario: “Atención Primaria o atención primitiva”. Cuadernos Médico Sociales. N° 34, Rosario, Argentina, 1985.
- 3) En la pàg. Web de ATE - IDEP Salud, diversos documentos referidos a la CUS. 2026/17
- 4) Tognoni, Gianni: “Epidemiologia”. Salud y Sociedad. Nª 23, Còrdoba, Argentina

Pichón Rivière, Enrique (en colaboración con Armando Bauleo) “La noción de tarea en psiquiatría”. Del Psicoanálisis a la Psicología Social, tomo II. Galerna, Buenos Aires, 1971

Menéndez, Eduardo: “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”. Basaglia, Franco y otros. La Salud de los Trabajadores, Nueva Imagen, México, 1984

Asel, Iván; Buriyovich, Jacinta: “La Estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Rev. De Salud Colectiva, n° 5, Lanús, 2009

Yedaide, Olga; Cardella, Angela: “La Interdisciplina, los DDHH y la Salud de tod@s”. Actas del VI Congreso de ULAPSI, Buenos Aires, junio 2016.

Cardella, Angela: “Notas sobre la tarea del psicólogo como trabajador de la salud mental”. Espacios y Propuestas, nª 9, 1986