

Descentralización del poder, el poder de las redes

María Angélica Campero, Luciana Ferraris

Lic. en Psicología UNLP. Psicólogas de guardia, HIGA Eva Perón
macampero@hotmail.com / luciana_ferraris@hotmail.com

Resumen. Vivimos en una realidad compleja, multidimensional y cambiante, donde el cumplimiento de los derechos de las personas es incompleto. Genera consecuencias indeseables entre las que destaca la inequidad en el acceso a la salud. Dispuestos a intervenir en tal problemática, se hace necesario comenzar por un análisis que incluya el respeto por las diferencias y considere de manera sustantiva la construcción intercultural e interdisciplinaria. A nivel universal, las políticas sociales y económicas han generado una sociedad fragmentada. En el área de la salud, se asocia la inequidad referida a la oportunidad para acceder a la atención de la salud y ofrecer a todos condiciones similares ante la posibilidad de enfermar, sufrir discapacidades o morir. La desigual distribución del poder y del saber, se traduce en dificultades que enfrentan algunos grupos sociales para acceder a la información acerca de la salud propia y de la comunidad, tomar decisiones y actuar en consecuencia. Para postular una SALUD PARA TODOS de calidad cabe sostener una mirada desde el paradigma de la complejidad. Esto exige reformular los postulados y desarrollos capitalistas, con su consecuente jerarquización de poder desde la estrategia de la Atención Primaria. Plantear cambios de paradigmas sanitarios sin contemplar cuestiones como “equidad” y “accesibilidad”, es imposible. La población general debe co-construir con los agentes en salud un sistema de salud más integral y real, no por ello utópico. Esto posibilitará a los trabajadores de la salud (salud mental en la cola del tren) brindar un servicio asistencial (diferente del asistencialismo) donde los receptores, los que requieran atención, de la mano de los encargados de desempeñar la labor sean quienes marquen el rumbo.

Palabras clave: poder, redes, atención primaria de la salud, salud mental

Decentralization of power, the power of network

Abstract. We live in a complex, multidimensional and changing reality, where there prevails the complete fulfillment of the rights of persons, with the consequences that this entails in various areas. One is the unequal access to health. If what we propose is to intervene in this problem, we need to start with an analysis in which prime the perspective of intercultural and interdisciplinary construction, emphasizing on respect for differences. At an universal level, social and political policies have generated a fragmented society. In the area of health inequity is associated with the opportunity of access to health attention and to be able to offer to all, similar conditions in front of the possibility of sickness, suffering, disability or death. The unequal distribution of power and knowledge is translated into difficulties into which some social groups are faced with, to access the information about personal and community health, to make decisions and to act in consequence. To postulate “health for all” demands a higher and complex look. This requires rebuilding developments and postulates of capitalism with its inevitable categorization of power from Primary Care strategy. To offer sanitary changes without contemplating factors like equity and accessibility is impossible. The general population must co-build a health system wholesome but not utopic in conjunction with health personnel. This will allow health workers (mental health in the train queue) to offer services where the patients, those requiring attention, will lead the change hand in hand with those in charge of their care.

Key words: power, networks, primary health care, mental health

Descentralização do poder, o poder das redes

Resumo: Vivemos numa realidade complexa, multidimensional e mutante, na qual o cumprimento dos direitos das pessoas é incompleto. Isto gera consequências indesejadas entre as que se destaca a desigualdade no acesso à saúde. Para intervir nessa problemática, torna-se necessário começar por uma análise que inclua o respeito pelas diferenças e dê especial relevância à construção intercultural e interdisciplinária. As políticas sociais e econômicas tem gerado, a nível universal, uma sociedade fragmentada. Na área da saúde, associa-se a desigualdade antes mencionada à oportunidade de acesso ao atendimento da saúde e à oferta geral de condições semelhantes na ocasião da doença, a incapacidade ou a morte. A desigual distribuição do poder e do saber se traduz em dificuldades de acesso à informação e respeito da própria saúde e da comunidade para a tomada de decisões e a atuação adequada. Para postular uma SAÚDE de qualidade PARA TODOS, é necessário manter um olhar desde o paradigma da complexidade. Isto exige reformular os postulados e as ações capitalistas, e sua correspondente hierarquização do poder a partir da estratégia do Atendimento Primário. É impossível propor mudanças de paradigmas sanitários sem considerar questões como “igualdade” e “acessibilidade”. A população em geral deve construir conjuntamente com os agentes de saúde um sistema mais integral e real, porém, não utópico. Isto tornará possível que os trabalhadores da saúde (a saúde mental no fim de linha) ofereçam um serviço assistencial (diferente de assistencialista) onde o rumo seja dado pelos receptores, os que precisam de atendimento, junto com os responsáveis de fazer a tarefa.

Palavras Chave: poder, redes, atenção primária da saúde, saúde mental

En el marco de un estado democrático la salud constituye un derecho social fundamental. Admite un carácter histórico, una determinación socio-económica y un condicionamiento relacionado con procesos de trabajo y consumo. El campo de la salud, en tanto práctica social, está atravesado por debates epistemológicos e ideológicos, políticas públicas, instituciones y prácticas diversas. La salud es parte del proceso vital humano, una concepción histórico social compleja cuyo análisis exige considerar los procesos macro sociales que enmarcan esta esfera, que exceden el tratamiento de cualquier patología y que deben considerar la ideología y los paradigmas dominantes en el imaginario social. La conceptualización de la salud como objeto complejo requiere abordar los problemas que le incumben mediante el examen de las múltiples aristas que los determinan.

Vivimos en una realidad compleja, multidimensional y cambiante, donde el cumplimiento de los derechos de las personas es incompleto. La situación genera consecuencias indeseables entre las que destaca la inequidad en el acceso a la salud. Dispuestos a intervenir en tal problemática, se hace necesario comenzar por un análisis que incluya el respeto por las diferencias y considerar de manera sustantiva la construcción intercultural e interdisciplinar. A nivel universal, las políticas sociales y económicas han generado una sociedad fragmentada. En el área de la salud, se expresa como inequidad referida a la oportunidad para acceder a la atención de la salud y diferente posibilidad de enfrentar en condiciones igualitarias la posibilidad de enfermar, sufrir discapacidades o morir. La desigual distribución del poder y del saber, se traduce en dificultades y diferencias notables entre grupos para acceder a la información, tomar decisiones y actuar en consecuencia acerca de la salud propia y de la comunidad.

Nuevas estrategias de cara a la complejidad

Para postular una SALUD PARA TODOS de calidad cabe observar la cuestión desde el paradigma de la complejidad. Esto exige reformular los postulados y desarrollos capitalistas, con la consecuente jerarquización de poder desde la estrategia de la Atención Primaria. Es imposible plantear cambios de paradigmas sanitarios sin contemplar cuestiones como “equidad” y “accesibilidad”. La población general debe co-construir con los agentes en salud un sistema de salud más integral y real, no por ello utópico. Esto posibilitará a los trabajadores de la salud (salud mental en la cola del tren) brindar un servicio asistencial (diferente del asistencialismo) donde los receptores, los que requieran atención, de la mano de los encargados de desempeñar la labor sean quienes marquen el rumbo.

El nuevo siglo enfrenta enormes desafíos. La vida diaria está afectada por cambios económicos significativos de mundialización de capitales y mercados, tanto industriales como financieros; avances extremadamente di-

námicos, en la ciencia y tecnología. Estamos inmersos en una revolución del conocimiento y del procedimiento que implica una nueva forma de producir y pensar realidad. Las necesidades y problemas teórico-prácticos, han demandado cambios y rupturas epistemológicas. Al decir de Kuhn (2006), podría plantearse que estamos frente a cambios de paradigmas, como resultantes de revoluciones científicas.

El paradigma científico clásico resultaba insuficiente para dar respuestas a los problemas observados. A fines del siglo XX, ciertos movimientos científicos parciales y disciplinarios, comenzaron a interrelacionarse y a dimensionarse - con el aporte de la Filosofía como saber omnicomprensivo- como un movimiento único. Esto ha dado como resultado la configuración y denominación de un nuevo paradigma científico generalizador, capaz de abarcar a todas las ciencias: el paradigma complejo o de la complejidad.

Algunas líneas de ruptura con el planteo clásico son el cuestionamiento del ideal cartesiano de separación absoluta entre el sujeto y el objeto del conocimiento. Se plantea una nueva noción de realidad, que comienza a ser concebida como proceso, pero no como entidad final “hecha”, “acabada” o “dada”. Se modifican la forma y el ideal de lo que presuponen las nociones de determinismo, causalidad y predicción. Se reconocen los valores como integrantes de la cognición humana en el pos de negar la separación absoluta entre el conocimiento y los valores. El nuevo paradigma supera la identificación de la complejidad con algo complicado. Afirma que lo complejo es un atributo de la realidad y valida la intervención del azar, la incertidumbre, el caos, la indeterminación, la emergencia, lo no lineal, en todo proceso de salud-enfermedad y en cuestiones de atención sanitaria. En esta perspectiva es posible proponer el desarrollo de estrategias múltiples y flexibles de intervención en salud, para fortalecer vínculos y constituir la comunidad como sujeto activo de transformación social.

Al proponer esta postura superadora en relación al diseño de estrategias e intervención en cuestiones de salud, debemos tomar en cuenta ciertos determinantes que atraviesan las coyunturas originan tales problemáticas. Debemos considerar en primer lugar argumentos relacionados con “equidad” y “accesibilidad” en su relación con las problemáticas emergentes en nuestra era, momento especial de nuestra cultura, con tintes diferentes en cada latitud.

Igualdad y equidad

El concepto de igualdad difiere del de equidad. La igualdad es la proporción que resulta de las partes que uniformemente componen un todo. Define la equivalencia entre cantidades o expresiones y no distingue necesidades ni personas. La igualdad ante la ley es el principio que reconoce a todos los seres humanos los mismos derechos. Cada ser humano es diverso en cuanto indi-

viduo e igual a sus semejantes en dignidad.

La equidad es una cualidad que consiste en dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones y actuar con imparcialidad sin favorecer a unos y perjudicar a otros. Otra acepción sugiere tratar a todos por igual respetando y teniendo en cuenta sus diferencias. Para algunos resulta la virtud de la justicia aplicada a algún caso en concreto. La equidad, en cambio, es multidimensional, se aproxima más a lo justo en cuanto a disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece.

Si los seres humanos somos todos iguales en dignidad, la equidad debiera postularse como prioritaria en acciones sanitarias y guiarse por el deber o por la conciencia más que por la ley escrita, ajustándose de esta manera lo mejor posible al actuar en justicia.

América Latina es considerada la región con mayor desigualdad en el mundo. Dicha desigualdad ha sido una de las causas centrales del aumento de la pobreza en la región, no como consecuencia natural del camino hacia el desarrollo, sino más bien como consecuencia de estructuras regresivas y políticas erradas. Estos efectos se traducen en una Salud Pública frágil, en una reducida capacidad de ahorro nacional, en la disminución de mercados internos, la inequidad en el sistema educativo y en el acceso a las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías.

La descentralización

Ante los nuevos requerimientos, a fines de los setenta, surge en este cuadrante del planisferio la “descentralización” como una modalidad de distribución del poder que da respuesta a un nuevo modelo de reforma de administración pública centralizada. Se propone un cambio desde el modelo de gestión de poder nacional (nivel central) hacia el nuevo modelo de gestión que empodera al nivel subnacional. La descentralización constituye una estrategia de gestión pública que tiene por objetivo lograr un uso más eficiente de los recursos. Como resultado de la descentralización a nivel subnacional territorial, aparece la llamada provincialización de la salud. La descentralización ha generado diferentes modelos, que se diferencian por el grado de traslado de decisión y disposición de fondos a niveles locales. Lamentablemente, se asocia a esto la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector. Sin embargo, más allá de los múltiples abordajes de descentralización de poder, todos ellos responden a una misma lógica que se enmarca en el concepto de Atención Primaria de Salud.

Atención Primaria de la Salud (APS)

Se considera que la estrategia de APS reordena los sistemas de atención sanitaria con lógica universalista y basada en la idea de derechos. La articulación entre APS integral y prácticas de prevención (de la enfermedad) y promoción (de la salud) retoma y profundiza objetivos

de implementación de políticas de salud con base en la comunidad.

Las estrategias de prevención exigen una acción anticipada basada en el conocimiento de la historia natural a fin de disminuir la probabilidad de posterior expansión de la enfermedad. Las estrategias de promoción demandan un abordaje intersectorial en cuanto enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud. Promover la vida en sus múltiples dimensiones abarca acciones tanto del ámbito global de Estado como la singularidad y autonomía de los sujetos. Requiere articular sectores disciplinares y políticas gubernamentales responsables de los espacios físicos, sociales y simbólicos y exigen una relación de intersectorialidad y especificidad donde juegan tensiones entre los límites de competencia específica del campo de la salud que ha de integrarse con el resto de las áreas de la vida comunitaria.

En torno a la Salud Mental

En el ámbito específico de la Salud Mental en Argentina, resulta necesario considerar a las prácticas de dicho campo como un conjunto heterogéneo dentro otro más amplio de prácticas de salud. Desde una perspectiva integral, aislar la salud mental de la salud en general no es acentuar la inclusión posible. ¿En que radica la especificidad de la salud mental? Se puede responder planteando la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas y promoción de salud. Es decir, pensar al binomio salud/salud mental como una forma donde esta dimensión subjetiva sea articulada en prácticas integrales de salud.

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, promulgada en el año 2010, brinda un marco legal que impulsa la ejecución de prácticas de Salud Mental con base en la comunidad. Promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria. Su abordaje reconoce múltiples entrecruzamientos en el campo de problemáticas en contextos de alta complejidad y necesariamente incluye un enfoque integral, basado en relaciones intersectoriales que permitan un fructífero trabajo interdisciplinario. Desde los últimos años, se observa en nuestro país un número creciente de dispositivos y formas de abordaje que incluyen intervenciones comunitarias desde y hacia las instituciones de salud y Salud Mental. El concepto de promoción de salud mental comunitaria es una herramienta útil para pensar y abordar prácticas de articulación en este sentido. Tomando como eje lo que la Organización Mundial de la Salud define como actividades de promoción de Salud Mental, se puede decir que implican crear condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Tales iniciativas, involucran a los individuos en el

proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. Las estrategias de prevención de los trastornos mentales, pueden ser consideradas como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud.

Por ello, consideramos, al igual que Montero (2004) que la intervención comunitaria fortalece y acompaña procesos de transformación a nivel grupal y comunitario. La generación de espacios de encuentro y la realización de diagnósticos participativos permiten un primer acercamiento a la posibilidad de construcción y abordaje colectivo de las problemáticas compartidas.

Conclusión

La atención primaria de la salud sumada a perspectivas de descentralización administrativa resulta una respuesta estratégica racional para resolver tanto a la equidad como a la accesibilidad de emergentes. El aserto se aplica tanto al campo de la salud como al de la Salud Mental. La propuesta de salud para todos merece ser observada dentro del paradigma de la complejidad. Esta estrategia exige repensar y reconstruir el concepto de salud desde la prevención y promoción. Las herramientas fundamentales para desarrollar la tarea son los espacios de creatividad, de escucha y de disponibilidad. Requiere un enfoque comunitario donde los actores sociales conforman un sistema integral de salud donde se tejen alternativas adecuadas para atender las problemáticas de salud detectadas. La dimensión singular que

conforma cada territorio requiere dispositivos flexibles y permeables para generar intervenciones que puedan incluirse en la red comunitaria existente. Planteamos y sostenemos como eje fundamental para lograrlo, una labor de, de-construcción del sistema de salud. Debe propiciar la construcción de redes de acceso y disponibilidad equitativos donde la salud para todos sea considerada como algo real y no un algo utópico, enfatizando de esta manera el modelo de atención primaria de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bang, c. (2012). Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para américa latina. Saarbrücken: editorial académica española.
- Czeresnia, d. & Freitas, c. (2006). Promoción de la salud: conceptos, reflexiones. Buenos aires: lugar editorial.
- Dabas, e. & Perrone, n. (1999). Redes en salud. Recuperado de: <http://www.Baemprende.Gov.Ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.Pdf> (consultado en abril 2015)
- Kuhn thomas, la estructura de las revoluciones científicas (2006) s.L. Fondo de cultura economica de españa
- Montero, m. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. (2004)Editorial paidós. Buenos aires. Argentina.
- Organización mundial de la salud (2009). Milestones in health promotion: statements from global conferences. Ginebra: oms. (Consultado en abril 2015) recuperado de: http://www.Who.Int/healthpromotion/milestones_health_promotion_05022010.Pdf
- Organización mundial de la salud /unicef (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración de alma-ata. (Consultado en abril 2015) recuperado de <http://whqlibdoc.Who.Int/publications/9243541358.Pdf>
- Stolkiner a. (1988). Prevención en salud mental: normativización o desanudamiento de situaciones problema. Ponencia presentada en el iv congreso metropolitano de psicología. Buenos aires, argentina.

