

**EXPERIENCIAS COMUNITARIAS
E INVESTIGACIONES DE LOS
TRABAJADORES DE LA SALUD
ANUARIO 2012**

Experiencias e investigaciones de los trabajadores de la salud 2012 / María Cecilia Arnaudo ... [et.al.]; compilado por Diego Palomo ; Federico Bugatti ; Silvina López ; con prólogo de Silvina López.

1a ed. - Bahía Blanca : Gobierno de Bahía Blanca - Delegación Secretaría de Salud, 2013.
100 p. ; 28x26 cm.

ISBN 978-987-45014-0-0

1. Salud. I. Arnaudo, María Cecilia II. Palomo, Diego, comp. III. Bugatti, Federico, comp. IV. López, Silvina, comp. López, Silvina, prolog.

CDD 613

Fecha de catalogación: 12/09/2013

EXPERIENCIAS COMUNITARIAS E INVESTIGACIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. ANUARIO 2012

**Secretaría de Salud
Gobierno de Bahía Blanca**
ISBN 978-987-45014-0-0

EDITORIAL

López, Silvina

ARTÍCULOS

Tres meses en Campinas... síntesis de una experiencia.

Arnaudo, María C.

Avatares de la salud pública en contextos de cambio. El caso del Psicólogo en el Primer Nivel de Atención.

Arnaudo, María C.; Majluf Paul; Rozas Romina

Posta de salud domiciliaria. PoSaD.

Arnaudo, María C.; Palomo, Diego; Lic. Cecilia Vasconi; Md. Verónica Grunfeld; Md. Silvina López; Mg. Pedro Silberman; Md. Federico Bugatti.

Rol de la enfermería en APS. Bahía Blanca.

Balderas, Cristina; Krause, Natalia.

Infección del tracto urinario en pacientes internados en sala de clínica médica. Microorganismos prevalentes y sensibilidad frente a antibióticos.

Biaggioni, Martín; Boschetti, Carla J.; Dodero, Romina; Gullace, María E.; Lemus, Samanta; Neimann, Nadia N.; Panzitta, Carolina; Pompermayer, Luciano; De Salvo, Aniela; Schugt, Guillermina.

Manejo de la hiperglucemia en el paciente internado en sala de clínica médica.

Biaggioni, Martín; Boschetti, Carla J.; Dodero, Romina; Gullace, María E.; Lemus, Samanta, Lucalevich Abraham, María J., Marcos, María C.; Neimann, Nadia N.; Panzitta, Carolina; Perez Teyssyre, Hernán; Príncipe, Gustavo J.; Pompermayer, Luciano; De Salvo, Aniela; Schugt, Guillermina.

“Buenos Vecinos”. Una apuesta a la articulación salud y educación.

Bregant, Guillermo; Conti, Cecilia; Fabris, Eliana; Lizama, Mauro; Taboada, Mariela.

La epidemiología de salud mental en el primer nivel de atención.

García Pasquaré, Ezequiel; Fagiani, María F.

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Iñigo, Yael T.; Rap, Andrea S.

Pensar y trabajar en Salud (Mental). Área PSI Bahía Blanca.

Kern, Hugo D.

Experiencias comunitarias e investigaciones de los trabajadores de la salud

IV CONGRESO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD DE BAHÍA BLANCA

Salud como Política de Estado

XI CONGRESO DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

Medicina Familiar y Equipo de Salud: por los Derechos de Todas las personas

Editorial

Silvina López¹

En el campo de la salud existe una gran diversidad de trabajadores, profesionales- no profesionales, con actividad asistencial con actividad administrativa, los que realizan intervenciones dolorosas los que realizan prácticas de cuidado, los que entregan medicamentos los que tienen espacios de escucha.

El trabajador de la salud no es comparable al trabajador de una fábrica, produce hace, pero su producto es difícil de medir, no se ve. Es un trabajador del conocimiento y del cuidado. Al terminar su día laboral, no podrá decir cuanta salud produjo o cuanto cuidado brindó, solo sabrá del contacto con la persona que atendió, de sus signos vitales, de sus problemas de salud, del pronóstico de su enfermedad, pero también sabrá de sus preocupaciones, sus miedos, de su relación familiar, de su participación en la comunidad, de su vulnerabilidad.

Todas estas experiencias motivan a nuestros trabajadores a escribir sus historias, a investigar lo que les llama la atención, a evaluar sus prácticas diarias, a reflexionar sobre la tarea y a organizar campañas barriales y comunitarias, de promoción y prevención, no centrando su tiempo exclusivamente en la enfermedad y su atención, sino también en la salud y en su cuidado.

Cada año se produce gran cantidad de trabajos científicos desde las Unidades Sanitarias y los servicios del Hospital Municipal, que son presentados en congresos, jornadas y otras instancias de intercambio de conocimiento pero que hasta el momento no habían tenido la oportunidad de ser conocidos por todos los que formamos el plantel de salud municipal. Por ello, hacia fines del 2012 convocamos a todos los trabajadores de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca y del Hospital Leonidas Lucero, a enviar trabajos de su autoría para formar parte de este anuario, que pretende ser un espacio donde se comparta el fruto de ese trabajo constante, donde se motive a los que mucho hacen y quizás no escriben, y los que quieren sumarse o replicar distintos proyectos puedan hacerlo, donde se den a conocer los resultados de una práctica diaria. Además de esta instancia, la Secretaría de Salud estimula la investigación de los equipos de trabajo a través de las becas Floreal Ferrara, iniciativa que consiste en dos becas de 7500 pesos anuales.

Somos trabajadores del campo de la salud con toda la complejidad que eso implica, distintos actores, distintos intereses, distintos niveles de participación, pero con lineamientos comunes: la solidaridad, la garantía de derechos y la práctica humanizada...difíciles de medir pero presentes en cada uno de nosotros.

¹ Médica de Familia. Subsecretaria de Políticas de cuidado y atención de la Salud. Secretaría de Salud. Gobierno de Bahía Blanca. Ayudante de Medicina familiar, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur. lopezsil2001@yahoo.com.ar.

Tres meses en Campinas... Síntesis de una experiencia.

Arnaudo, María Cecilia¹

RESUMEN:

Este trabajo pretende ser una reflexión en torno a la categoría de trabajo en salud. El análisis surge a partir de una experiencia de trabajo en Campinas, lo que instaló en la autora la inquietud acerca de los resultados que devienen de la comparación entre el sistema de salud de dicha ciudad y el local. Más allá de la enumeración de las semejanzas y de las diferencias encontradas, se reflexiona respecto de la posición de l@s trabajador@s en relación al proceso del que forman parte, o sea, la producción de salud. La anécdota y experiencia personal es aquí una herramienta que permite pensar y discutir, no solo a los trabajadores y sus intereses como productores de realidad, sino también el rol del estado, la articulación entre los modos de producción y la desigualdad entre grupos sociales dentro de la lógica del mercado y una posible superación de dicha lógica por medio de la generación de nuevas relaciones sociales de producción.

PALABRAS CLAVE: Campinas – Trabajador@s de la salud – Experiencia

RESUMO:

Este trabalho é uma reflexão sobre a categoria de trabalho em saúde. A análise surge de uma experiência de trabalho em Campinas, que estabeleceu a preocupação do autor sobre os resultados que surgem a partir da comparação entre a saúde da cidade e local. Além de listar as semelhanças e as diferenças achadas, reflete-se sob a posição de l@s trabalhador em relação ao processo a que pertencem, isto é, a produção de saúde. A anedota e experiência pessoal é aqui uma ferramenta para pensar e discutir, não apenas os trabalhadores e os seus interesses como produtores de realidade, mas também o papel do Estado, a articulação entre modos de produção e as desigualdades entre grupos sociais no interior da lógica do mercado e uma possível superação de tal lógica, gerando novas relações sociais de produção.

PALAVRAS-CHAVE: Campinas - Saúde do Trabalhador – Experiência.

“¿En qué consiste entonces la enajenación del trabajo? Primeramente en que el trabajo es externo al trabajador, es decir, no pertenece a su ser; en que en su trabajo, el trabajador no se afirma, sino que se niega; no se siente feliz, sino desgraciado; no desarrolla una libre energía física y espiritual, sino que mortifica su cuerpo y arruina su espíritu. Por eso el trabajador sólo se siente en sí fuera del trabajo, y en el trabajo fuera de sí. Está en lo suyo cuando no trabaja y cuando trabaja no está en lo suyo. Su trabajo no es, así, voluntario, sino forzado, trabajo forzado. Por eso no es la satisfacción de una necesidad, sino solamente un medio para satisfacer las necesidades fuera del trabajo... El trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo de autosacrificio, de ascetismo.”

(K.Marx, 1844)

“El Método Paideia imagina que es posible y necesaria una recomposición conceptual y práctica del trabajo según tres líneas de intervención: Primero: estimular la construcción de un nuevo concepto de trabajo a partir del cual una actividad productora de valores de cambio (o de plusvalía) sea pensada y remunerada como actividad productora de valores de uso. Segundo: luchar por la creación de puestos de trabajo remunerados volcados a la producción de la vida y del planeta... Tercero: considerar el trabajo como uno de los planos esenciales para la constitución de sujetos, de colectivos y de la sociedad como un todo.”

(G. Wagner de Sousa Campos, 2009).

“La constitución de un sujeto depende, por lo tanto, de su empeño en la producción de obras individuales y colectivas.”

(G. Wagner de Sousa Campos, 2009).

Cuando pensé en escribir algo tratando de sintetizar la experiencia, se impuso enseguida como tema principal de interés la cuestión acerca del trabajo como categoría de análisis; será que una de las primeras cosas que generaron un impacto en mi fue la fuerte presencia de este debate en el sistema de salud campinero. Acto seguido a esta observación se instaló la comparación inevitable con mi idea acerca del trabajo en salud en Argentina y la necesidad de calificar: ¿mejor... peor... o simplemente diferente?

A medida que transito algunos espacios y habito otros, concluyo en que diferencias hay muchas, pero semejanzas también. Las diferencias se relacionan básicamente con los avances que ha tenido el sistema de salud

¹Licenciada en Psicología. Residente en Psicología Social y Comunitaria. Municipalidad de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. Período de rotación libre realizado en el Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP, Campinas, Sao Pablo, Brasil.

ceciliarnaudo@yahoo.com.ar

brasílico en cuanto a una mejor administración de sus recursos y vigilancia de las situaciones y eventos de salud, junto al aumento en la accesibilidad, el fortalecimiento de la estrategia de APS, el éxito de cierto programas como el de SIDA o el de vacunación, que son ejemplo en el mundo todo, la calidad de la atención, pero fundamentalmente una notoria diferencia en lo que concierne a la posición de I@s trabajador@s en relación al proceso del que forman parte o sea; la producción de salud.

Por otro lado, las semejanzas indican que los problemas a los que nos enfrentamos en el sector se repiten sintomáticamente sin distinguir países ni regiones, y que ni experiencias revolucionarias como ésta han podido aún superarlos: burocracia, falta de médicos en el sistema público, dificultades en contener la demanda que continúa excediendo la oferta del sistema, hegemonía de la visión médica tradicional que aún imprime sentido a nuestras prácticas... en fin, situaciones que no suenan ajenas; estados ineficientes, resabios del reinado del positivismo en nuestras ciencias y productos de décadas de neoliberalismo que son reinventados y realimentados constantemente por el sistema capitalista y sus defensores (sostenidos en gran parte por aquellos que proponen como meca del cambio social un capitalismo "humanizado"... como si eso pudiese existir).

El proceso que se está dando en Campinas parece apostar fuertemente a un cambio en las relaciones productivas del sector y lo que se observa –sinceramente- es algo distinto a lo que uno está acostumbrado a ver: personas comprometidas con su práctica, que cumplen con su carga horaria con gusto, incluso agregando horas cuando es necesario sólo por el placer de la tarea concluida... placer, eso se distingue... placer y dedicación, con quejas y enojos también, pero no escuché en esos meses a ninguna persona decir que no le gustaba lo que hacía o que no veía la hora de que un paciente se vaya... se capacitan, estudian, se dedican. Se identifican con el producto de su trabajo y con lo que hacen cada día de la semana.

Una trabajadora que fue contratada para reemplazar a alguien que se retiraba me decía: "yo quiero capacitarme... estoy estirando todo el tiempo posible el retiro de mi compañera porque quiero aprender de su trabajo... no quiero destruir todo lo que hizo. Después le pondré mi impronta pero quiero sostener este trabajo con calidad... no quiero hacer las cosas de cualquier manera... a mí me gusta lo que hago". Esta mujer tiene 20 años de trabajo en el sistema público, 20 años de trabajo directo con la gente, títulos y formación y... le gusta lo que hace y quiere hacerlo bien! seguir estudiando. El inconveniente es que aún no ha encontrado, dentro de la oferta del estado, un espacio específico para lo que ella necesita (psicóloga psicodramatista la señora) aunque en la búsqueda escuchó que tal vez haya un lugar, lo cual no me extraña porque la capacitación de los trabajadores es una oferta continua del sistema.

Esta anécdota es para quienes dicen que "mi entusiasmo es pura soberbia juvenil", que quieren verme con 30 años en el sistema, etc. Pero también es cierto que debo darles una palmadita en la espalda y la razón a medias: I@s trabajador@s allí se sienten así porque el ambiente en el que se desenvuelven es un espacio donde se respira libertad, autonomía, donde el jefe trabaja a la par o más que el resto del personal, donde todas las semanas se comparte en equipo el trabajo diario, se reflexiona y se crean soluciones conjuntas (se crea... eso también, los trabajadores campineros son creativos); en síntesis, **se ofrecen espacios y dispositivos para propiciar grados mayores de autonomía, creatividad y desalienación**(1): colegiados de gestión, apoyo matricial, equipos de referencia, asambleas, espacios de educación permanente, conferencias de salud, consejos de salud.

Entonces, podemos decir que, seguramente, cada individuo pone de sí para que su vida laboral forme parte de las cosas placenteras de este mundo, pero también es innegable que la mudanza del sistema y las condiciones y el cuidado de sus trabajadores son un determinante importante del color de ese lugar. Lo que aún circula entre los trabajadores como problema a ser superado tiene que ver con condiciones de trabajo precarizadas, recursos materiales insuficientes para generar una atención de calidad, la idea de que el SUS es un sistema para pobres y que la situación ideal de salud es poder acceder a un plan o seguro social (esta idea es muy fuerte en Campinas, incluso se evidencia una enorme contradicción en lo que se refiere a la luchagremial de I@s trabajador@s que, por una lado, defienden la existencia del SUS y, por otro, pelean a través de sus espacios sindicales por obtener planes privados de salud).

Se critica con fuerza la ineficiencia de un estado que no puede contener esta reforma de tinte socialista, un estado en el que los intereses privados buscan nuevos nombres y formas para apropiarse de la salud pública e instalar nuevamente la lógica de mercado. El debate alrededor de la tercerización de los contratos y servicios es un ejemplo.

Todas estas dificultades repercuten en el trabajo cotidiano, traduciéndose en diversos "síntomas" que se escuchan al interior de los espacios: baja integración en los equipos, falta de preparación de los profesionales para lidiar con los conflictos que supone la gestión en sus distintos niveles; cuestiones que unidas a la elevada rotatividad de los profesionales dificultan la identificación con un territorio y un lugar de trabajo y la integración mencionada anteriormente, contribuyendo a una baja resolutividad y al surgimiento de problemas en la construcción de la red de apoyo.

No puedo dejar de remarcar en este contexto **la importancia de la formación y cualificación del recurso humano, subrayando que ésta no es solamente técnica sino también ético-política**, y la estrategia de continuar capacitando coordinador@s, gestor@s y apoyador@s. Los procesos de educación permanente de los equipos de salud y trabajador@s en general tienen efecto directo sobre las discusiones y el análisis de la práctica hacia el interior de los espacios de trabajo.

En las diversas áreas donde se lida con la producción de salud y conocimiento (ámbito académico, centros de salud, espacios de discusión y capacitación de I@s trabajador@s), la responsabilidad como tema importante a debatir se hace presente. La autonomía que posibilita la democratización de las prácticas en salud muchas veces presenta efectos secundarios no deseables que es necesario abordar. Así se confunden roles y funciones, dando lugar a que los colectivos de trabajo nucleen varias y diferentes tareas en una sola persona desresponsabilizando al resto de los sujetos que los conforman. En este sentido, el apoyo matricial se vuelve significativo para una mudanza del sistema en el sentido de apuntalar el trabajo conjunto por encima de los esfuerzos y aportes individuales,

intentando realizar junto a esta mudanza al interior de los equipos un cambio en el sistema todo criticando también el tradicional concepto de referencia contrarreferencia y proponiendo una lógica centrada en la corresponsabilización de la producción, cuidado, y atención de la salud y la cogestión de los colectivos humanos implicados.

Se apuesta así a la construcción de relaciones de solidaridad y complementariedad poniendo a disposición recursos humanos y materiales e intentando trasladar éste modelo a todas las esferas de intervención e injerencia del sistema: desde el interior de las unidades básicas hacia el establecimiento de relaciones intersectoriales con el resto del sector salud y las unidades académicas, incluyendo acuerdos entre las universidades y la secretaría de salud. En este sentido se vuelve apremiante disminuir la brecha que existe entre universidad y salud pública estableciendo como objetivo común la necesidad de producir en base a las necesidades sociales y planificar la formación del recurso humano en función de l@s profesionales que se necesitan en el área.

En esta línea de pensamiento se trata de convocar a las personas a lugares de participación y de conformación de colectivos humanos para crear medios más eficientes y también discutir y cuestionar la finalidad que encierran los procesos de trabajo. Es importante mostrar la dirección que supone esta lógica de trabajo y estas propuestas de construcción conjunta; además de discutir el cómo realizar acciones más eficientes se trabaja en qué es lo que se está produciendo y se debate acerca de ello, buscando generar acuerdos acerca de qué es lo que se quiere producir para luego discutir cuál es la mejor forma de hacerlo.

Eso da cuenta de los efectos positivos que ha tenido y tiene el SUS como movimiento a lo largo de estos 20 años: una base teórica sólida que se evidencia en el discurso de l@s trabajador@s que han podido apropiarse de conceptos básicos de la salud colectiva y hoy naturalmente practican ese discurso intentando ajustarse a sus metas y valores (es notoria la recurrencia de conceptos relacionados con la clínica ampliada en la práctica cotidiana: atendimiento compartilhado, dispositivos grupales, equipo de referencia) la integralidad de las prácticas y la necesidad de trabajar con otr@s es intrínseca al trabajo cotidiano.

Un debate aún no superado tiene que ver con el no-lugar de la salud mental en la atención básica y la relación fragmentada de los CAPS (Centros de Atención Psicosocial) con las Unidades Básicas, además de la falta de respuesta ante los problemas de esta área que no entran en la esfera de los denominados “casos graves”, no encajando en ninguna de las ofertas del sistema.

Tampoco ha sido vencida la dificultad para lidiar con la dimensión subjetiva en la clínica. La idea de trabajar con el sujeto está presente pero a la hora de pensar dispositivos de atención se evidencia una lógica de trabajo que tiende a evitar el encuentro con aquel que sufre o acerca una demanda.

Es necesario re-pensar cómo se está tratando de incluir al sujeto, los abordajes, qué lugar se le da en los espacios de discusión, colocándose uno como usuari@, utilizando la empatía y también dando lugar al reconocimiento de las propias manifestaciones subjetivas, observando en qué lugares aparece la angustia y en cuáles el deseo se vincula más a la práctica. La construcción colectiva tiene que incluir un proceso de comunicación e intercambio más eficiente. Dialogar con el/la paciente para que aprehenda mejor el sistema y pueda aprovechar el recurso encontrando su mejor lugar.

Afortunadamente en los equipos está incluida la idea de trabajar los vínculos humanos y fortalecer las relaciones con la comunidad, pero muchas veces en este enfoque predomina una lógica de control y no de cooperación. En el análisis de las situaciones de salud y la construcción de dispositivos de asistencia, tanto individuales como colectivos, es necesario **dar un lugar real al saber del usuari@**, poniendo el foco en sus necesidades y recursos sin pensar de antemano que se sabe lo que le sucede, excluyendo del campo de la práctica la complejidad de su problema; entender el estatuto de la demanda teniendo presente que siempre que alguien se acerca con ella también está diciendo otras cosas y dar lugar para que este encuentro acontezca. Las personas sabrán guiar en el mejor camino para acoger su singularidad a partir de que se pueda abrir un espacio de escucha. Hay que permitirse el encuentro con lo imposible de decir, con la demanda oculta, escuchando primero a nuestras poblaciones sin excluir la propia vos como parte de la misma, envolver así también la propia subjetividad en el encuentro cotidiano, poniendo en juego el deseo, y no dejar que el discurso sea solo en nombre de la cualificación del tratamiento dejando ocultos los propios intereses. El trabajo dentro del equipo debe poder servir también para contener la angustia surgida en cada situación o con cada compañer@, compartiendo y construyendo también momentos de alegría y entusiasmo (el dominio necesita de la tristeza de l@s dominad@s para poder establecer el control, decía Marx). Construir espacios donde los conflictos subyacentes puedan explicitarse y adquirir nuevos significados a través del análisis de sus diferentes vertientes. Esto se logra mediante la apropiación de los espacios y de los proyectos como parte de una construcción conjunta. La democratización de los espacios de trabajo ciertamente fortalece la autonomía y genera un ambiente propicio para que múltiples voces se expresen, a la vez que el análisis, la reflexión y autoobservación funcionan como cuidadores de la esa construcción, dado que siempre se corre el peligro de que se cristalice y sea capturada por la lógica dominante.

Las dificultades son muchas pero también se está pudiendo hacer... **hacer lo posible mientras se lucha por lo justo** (esa frase anotada en mis apuntes resalta con fuerza, lamentablemente no recuerdo quien la dijo), **ya que si el sistema es vanguardia es fundamentalmente por el alto compromiso de los trabajadores con el SUS.**

Muchas veces me vi asociando esta experiencia con aquella de las fábricas recuperadas y las nuevas relaciones sociales y de propiedad que se generan en su interior.

En este sentido creo que es central tener en cuenta la tesis que afirma **al trabajo como constituyente de la subjetividad y productor de realidad** (Enrique Carpintero- Mario Hernández; 2002) y las preguntas que circulan alrededor de estas propuestas alcanzan también para interpelar la propuesta del SUS: ¿Cómo se articulan los nuevos modos de producción en un sistema de organización de la misma tan diferente y con grandes niveles de desigualdad injusta entre clases sociales? Si de lo que se trata es de generar nuevas relaciones sociales de producción... ¿Se podrá superar la lógica del mercado?

Se abre aquí también la posibilidad de que estos movimientos puedan trascender la idea de transformación de las relaciones productivas, y a través de esta mudanza social básica convertirse en articuladores de otras luchas por los derechos humanos y ciudadanos, y otorgarle la importancia política que merecen los espacios donde usuarios y trabajadores identifican sus intereses y los hacen confluir.

Es necesario traspasar el campo de la micropolítica y evitar la fragmentación de las luchas sociales que históricamente claman por igualdad de oportunidades para todos y todas.

Alguien aquí dijo algo muy cierto: **“Lidiar con la vida es terapéutico, que los pacientes participen en la gestión de su vida es terapéutico, que los trabajadores retomen el control de sus procesos de trabajo es terapéutico”.**

Concuerdo totalmente y agrego: **“No existe terapéutica posible para aliviar el sufrimiento de un pueblo que no tiene aseguradas condiciones dignas de existencia”.**

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- 1.** Rosana Onocko Campos. A gestão espaço de intervenção, análise, e especificidades técnicas. Campinas: Julho de 2002.
- 2.** Gastão Wagner de Sousa Campos. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Ed. Lugar; 2009.
- 3.** Marx,K. Manuscritos económicos y filosóficos. 1844.
- 4.** “Producindo la Realidad, Las empresas Comunitarias”. Buenos Aires: Editorial Topía; 2002.

Avatares de la salud pública en contextos de cambio. El caso del psicólogo en el Primer Nivel de Atención.

Arnaudo, Cecilia¹; Majluf, Paul²; Rozas, Romina³.

RESUMEN

En este artículo se abordan los fundamentos teóricos y la experiencia de trabajar y compartir la actividad en equipos de salud. El objetivo es contextualizar e historizar las relaciones existentes entre el campo de la psicología comunitaria en Argentina y Latinoamérica, el abordaje interdisciplinario, el rol del psicólogo como agente sanitario en el primer nivel de atención y el compromiso situacional que entendemos conlleva el trabajo en salud pública, para reflexionar sobre las posibilidades y obstáculos actuales. El trabajo se estructura en tres ejes: la historia, el psicólogo como agente sanitario trabajando en equipo y algunas reflexiones en torno a nuestra tarea.

PALABRAS CLAVE: Psicólogo; Primer nivel de atención; Salud pública.

RESUMO

Este artigo aborda a teoria ea experiência de trabalho e compartilhamento de atividades em equipes de saúde. O objetivo é contextualizar e historicizar a relação entre o campo da psicologia comunitária na Argentina e na América Latina, a abordagem interdisciplinar, o papel do psicólogo como profissional de saúde na atenção primária, e o compromisso que traz trabalho situacional em Saúde Pública, para refletir sobre as possibilidades e obstáculos atuais. O trabalho está dividido em três áreas: a História, o Psicólogo como agente de saúde, trabalho em equipe e algumas reflexões sobre o nosso trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Psicólogo; Atenção primária; A saúde pública.

CONTEXTUALIZANDO: ACERCA DE LA HISTORIA DE UNA MANERA DE PENSAR-SE SUJETOS

La psicología comunitaria nace, esencialmente, como disciplina orientada a desarrollar recursos y potencialidades más que para subsanar déficits. Su orientación, especialmente aplicada (teoría y técnica al servicio de las necesidades sociales), pone el acento en una clara vocación promotora de salud fuertemente enraizada en la realidad sociopolítica del país en que se desarrolla, lo que explica en parte la gran variedad de enfoques y supuestos. Por lo tanto, más allá de la importancia de desarrollar modelos teóricos y técnicos generales que la sustenten, su gran riqueza radica en considerar las particularidades de cada realidad social e incorporarlas a su praxis. El surgimiento "oficial" de la psicología comunitaria se ubica en el año 1965, durante la conferencia celebrada en Swampscott (Boston) en la que se analiza la formación del psicólogo que trabaja en la comunidad, se sitúan las bases de esta disciplina en Estados Unidos y se utiliza por primera vez el término. Surge entre los profesionales de la salud mental una profunda insatisfacción con el modelo tradicional, fundamentado en la patología y el individuo que dejaba por fuera el análisis de factores sociopolíticos como causa del malestar de los colectivos humanos, esta insatisfacción se cristaliza en la búsqueda de acercamiento de la psicología y la salud mental a lo social y en la creación de la psicología comunitaria como disciplina que representa este acercamiento. En Latinoamérica, en los años '50-'60 ya encontramos intervenciones a nivel comunitario que se inspiraban en los desarrollos teóricos de Paulo Freire (Pedagogía del oprimido) y de Fals Borda (Investigación acción participativa). La psicología comunitaria nace estrechamente vinculada al contexto sociopolítico y a las condiciones de la época. Cada país plantea necesidades sociales que le son propias, trayectorias políticas particulares y desarrollos teórico-prácticos singulares. Así, por ejemplo, en Brasil ha tenido un importante desarrollo, mientras que en Argentina ha sido mucho menor. Este hecho tiene que ver, en parte, con la ruptura que la dictadura militar (mucho más violenta en Argentina) impuso a las iniciativas comunitarias que surgían en nuestro país y también a la influencia hegemónica del psicoanálisis. Durante los '60, se producen en estos países una agudización de las condiciones de pobreza y exclusión a la vez que se instalan regímenes totalitarios perversos y genocidas. Es ante esta situación que un número importante de trabajadores de la salud comienzan a acercarse a

¹Licenciada en Psicología. Residente en Psicología Social y Comunitaria. Municipalidad de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. Período de rotación libre realizado en el Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP, Campinas, Sao Pablo, Brasil.

ceciliarnaudo@yahoo.com.ar

²Licenciado y Profesor de Psicología. Instructor de Residentes de Residencia de Psicología Social y Comunitaria. MBB. Miembro de PGI U.N.S. Docente U.S.A.L. y U.N.S.

paul.majluf@yahoo.com.ar

³Licenciada en Psicología. Miembro ad-honorem Equipo de Salud US Villa Esperanza. Miembro de PGI U.N.S. Docente Colaboradora U.S.A.L.

romi_ro209@hotmail.com

las comunidades desfavorecidas y oprimidas. En un primer momento, apremiados por la presión de la realidad social, el camino es más de acción que de reflexión, lo que genera preocupación por *la necesaria construcción teórica acerca del que hacer cotidiano*. En este sentido un momento importante de la psicología latinoamericana es el XVII Congreso Interamericano de Psicología celebrado en Perú en el año 1979. En este Congreso se reunieron psicólogos y psicólogas latinoamericanos que descubrieron que estaban trabajando de forma similar en sus respectivos países y comunidades sin llegar a sistematizar y transmitir las experiencias. Cabe señalar que dentro de lo que llamamos psicología comunitaria, podemos distinguir dos corrientes: una más ligada a procesos de autogestión, participación social y desarrollo comunitario y otra más próxima a la salud mental. En países como Argentina y Chile, la psicología comunitaria vinculada a la salud mental predomina, mientras que en Brasil y Venezuela se ha priorizado la línea de planteamientos ideológico - políticos y de concientización. De hecho en estos países se ha dedicado un gran esfuerzo al análisis de las relaciones existentes entre la ideología y el desarrollo de procesos de acción y cambio social(1).

TRANSFORMAR Y TRANSFORMARSE. (ACERCA DE LA NECESIDAD DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA).

«*Cómo hacer, efectivamente, un trabajo de bienestar social, cómo hacer para compaginar el esfuerzo individual con las necesidades de la sociedad?*» Guevara, Ernesto (2).

Como agentes de salud actuamos sobre una realidad, dentro de una estructura en permanente cambio, donde se observa como necesaria la intervención de un equipo de trabajo, capaz de comprometerse con un objetivo común, para el logro de funciones y actividades que serían de difícil resolución si nos encontramos en la vereda de la especificidad, la certeza y la negación al intercambio de ideas y opiniones. Los logros del trabajo de un equipo de salud dentro del ámbito de la salud pública más importantes son una percepción mucho más compleja, un entendimiento más profundo de la comunidad y la trasformación de la misma a partir de la comprensión y el compromiso. Transformar y transformarse en el proceso. Abonamos a la idea de que la esencia de un equipo de salud es el logro de resultados, principalmente la mejora en la calidad de vida de la población con la que se trabaje. Debemos tener en cuenta que nuestro rol dentro de una comunidad y de un equipo de trabajo, no se desdibuja, al contrario, converge con las demás prácticas, permitiendo esto un abordaje conjunto de las diferentes cuestiones que se presentan(3). Ahora reflexionemos sobre esta cuestión... ¿Cuál es la posición del psicólogo dentro de un equipo de salud? ¿Quién convoca? ¿Qué autoconvoca? Desde esta postura podemos plantear que nuestro rol dependerá del momento en el que se encuentre el equipo, de la relación que tenga con la comunidad y de las necesidades de esta última. Es esta la forma de pensar nuestro trabajo dentro de la comunidad, intentando tener siempre presente las necesidades de la población para luego poder trabajar conjuntamente en pos de objetivos comunes de un compañero de trabajo, sino lograr un entendimiento entre los distintos miembros. Este dispositivo, como uno de los posibles para intervenir en la comunidad nos permite reflexionar en cuanto a nuestro trabajo como agentes de salud, y pensar cómo queremos posicionarnos ante la dialéctica de la teoría y la práctica ¿Seguir la teoría y aplicarla a la práctica? ¿A partir de la práctica poder teorizar ciertas cuestiones que aún no han sido trabajadas, o han sido trabajadas a partir de un lente diferente? Sostenemos que debemos enfocarnos más en las necesidades sentidas de la comunidad, en las actividades que se llevan a cabo, en el rol para el cual hemos sido convocados, para luego entender en qué lugar estamos parados y desde allí teorizar algunas cuestiones, en un interjuego con otros conocimientos, con otros saberes. Esencial y necesariamente, un interjuego con Otros.

«*Trabajamos con problemáticas complejas cuya dimensión exigiría una flexibilidad doctrinaria y operativa a la que no estamos habituados, un grado de democracia, de distribución de poder de confianza en el otro, ausentes en la sociedad actual y es evidente que la máquina estatal tiene que estar al servicio del público.*» G.de Sousa Campos(4).

Nuestra tarea. Consideraciones encontradas.

Ha corrido mucho agua bajo el puente respecto a qué hace un psicólogo comunitario ¿Qué tipo de formación tuvimos los distintos profesionales de la salud? Un gran número demédicos critican su formación como básicamente biologicista, con el modelo de profesor eminente dando la clase y de alumno silencioso obedeciendo, casi sin cuestionar ni reflexionar sobre aquello que se le estaba impartiendo. Con la posibilidad de poder hablar en algún momento, cuando sea médico. Con los psicólogos pasa aun algo similar. En nuestro caso, el modelo médico hegemónico, como categoría que conceptualizó Eduardo Menéndez(7), tuvo que ver más que nada con la formación de un *profesional dentro del consultorio*, bajo la hegemonía del psicoanálisis, pero no hubo lugar, históricamente, para pensar en la formación del psicólogo como agente sanitario, desplegando su saber en la salud pública. Hoy, en 2012, se están terminando las carreras de tiza y pizarrón. En las universidades, tenemos poco recorrido en este punto. Es desde hace 20 años, aproximadamente, que comenzaron a impartirse cátedras a nivel nacional, que se referían al trabajo interdisciplinario, el trabajo en primer nivel de atención, intersectorial, con la comunidad, y a partir de allí, el pensar las distintas estrategias de intervención, los enfoques conceptuales y técnicos apropiados. Pero ir a pensar, en campo. Salir del consultorio. Vivenciar, pensar desde los zapatos del otro, para elegir la intervención. En Argentina, Silvia Dustchavsky y Cristina Corea son las representantes de un movimiento que inició una pregunta hacia adentro del seno mismo del docente, ¿qué estudiante tengo en la cabeza? En el campo de la salud pública, Alicia Stolkiner,

Enrique Saforcada y Martín de Llellis, advirtieron la necesidad de expandir los enfoques teóricos para llevar adelante intervenciones sociales y en salud adecuadas, luego de una sequía importante de metodología y formas de intervención más útiles que aquellas generadas en el ámbito de la ciencia positivista(5). Es en este contexto de conmociones de las estructuras, de permanente revisión de los objetos de estudio de cada ciencia, donde trabajar como psicólogo en el primer nivel de atención, comporta un enorme compromiso con la tarea. Decimos con Pichón Riviere, que es alrededor de la tarea, que un grupo se organiza, desanda su camino, reparte roles, y se acomodan las piezas(6). En el Campo, entendemos la participación del psicólogo, como un agente sanitario, con un saber al servicio de la tarea, del equipo, de la intervención. Un *SaberHacer*, llevando adelante conformación de redes sociales y comunitarias, pensando con otros, miembros de la comunidad, integrantes del equipo de salud del centro de salud, haciendo gestión, facilitando caminos, creando, imaginando, provocando, generando. El psicólogo que trabaja en el primer nivel de atención, está tomando un lugar público, se esperará de su acción, que esté a la altura de ese compromiso, que pueda ser lo suficientemente modesto y flexible, con el saber que puede traer, para jugarse en un intercambio de saberes y conocimientos, con otros expertos, los que tienen la experticia de la ciencia, y los que llamamos, con Menéndez, expertos de la vida(7). Los epidemiólogos sugieren, en su primera tríada, pensar los acontecimientos en forma de tiempo-lugar y persona. Llevado a lo que tratamos de pensar, el análisis sería así: **El tiempo:** de profundos cambios en los objetos de las ciencias, todas, y de claros avances de las ciencias sociales, a partir de problemáticas tan complejas, que exceden largamente las respuestas que puede dar una sola ciencia, lo que impele a pensar desde distintas miradas. En lo concreto, se puede escuchar que ya no hay tanto “el hígado de la cama cuatro”, o el psicólogo en la unidad sanitaria ante una realidad concreta de vulneración de algún derecho: van disminuyendo los “¿hace a la especificidad de mi profesión estar en este taller que dan médicos?”. **El lugar:** el compromiso que comporta ser un trabajador de primer nivel de atención, en lo público. Compromiso situacional con un lugar donde se requiere estar a la altura de tamaña responsabilidad. **La persona:** El ciudadano. El colectivo. Desde la posición ideológica, nos paramos pensando en que la salud se construye con Otros, que lo que convoca es la tarea, *la necesaria para cada lugar y cada momento*. Encontramos la ilustración en palabras de esta posición en dos pensadores contemporáneos, Hugo Spinelli y Mario Testa: el compromiso es, entonces,

PENSAR COMO SE DICE, HACER COMO SE PIENSA.

Todo un Postulado de Coherencia.

El desafío será ser capaces de sostenerlo, corregirlo y aumentarlo en el camino que hacemos al andar.

La Política: Reflexiones y consecuencias de una ideología.

«*La política como la acción de considerar, analizar, atender y entender los procesos que devienen en obtención de poder, las formas que asume, las consecuencias que supone el ejercicio del mismo y aquello que hace a su retención o, por el contrario, a su dilución(...)* promoviendo así democracias reales o plenas y no solo formales»

Jiménez Domínguez, Bernardo (8).

La psicología comunitaria, como toda corriente de pensamiento y acción, tiene fundamentos éticos, políticos y epistemológicos propios que marcan una diferencia con otras líneas de trabajo en esta disciplina. Frecuentemente asistimos a la desvalorización de las ciencias cuyo terreno de discursos y prácticas es el trabajo con la comunidad. Desvalorización que parte del sentido común de que estos trabajos no necesitan de conocimientos técnicos ni teóricos y que pueden ejercerse sólo en base a la buena voluntad de unos cuantos actores con cierto sentido de justicia social, en el mejor de los casos. Del mismo modo, suele desconocerse el origen político de esta disciplina que nace a partir de acciones impulsadas por los discursos de izquierda que en los años '70 contenían gran parte de las luchas vinculadas al cambio social. Trabajar desde el marco de la psicología comunitaria latinoamericana implica asumir el compromiso político explícito de militar desde la labor cotidiana por subvertir las relaciones de poder, buscando mayor equidad y justicia en cada acción. Implica también la batalla contra la mirada hegemónica que coloca la salud como un bien de mercado, la enfermedad como posibilidad de lucro, y la eventualidad de curar en el campo individual y privado. Los psicólogos que trabajamos en salud pública hemos asumido este compromiso de manera desigual e individual, no como un colectivo, por eso, desarrollar la labor en el ámbito público no necesariamente implica un hacer desde la psicología social y comunitaria. Este hacer va mucho más allá de las buenas intenciones con las que trabajamos todos los días, las buenas relaciones que un psicólogo pueda establecer con el barrio, o el trabajo conjunto que surge espontáneamente cuando estamos trabajando con otros. Creemos que la especificidad de esta corriente de la Psicología merece ser revalorizada y explotada en la medida que nuestro deseo vaya en línea con los ideales de cambio que se proponen desde los fundamentos. La psicología social y comunitaria latinoamericana interpela la realidad desde un fuerte discurso construido y sostenido por todos aquellos que creemos que siempre es posible un mundo mejor.

*La Dignidad y la Coherencia son POSIBLES ...
Aún cuando existan tantas evidencias de lo contrario".
-GASTAO WAGNER DE SOUSA CAMPOS-.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Irma Serrano-García, Ricardo Vargas Molina. La Psicología Comunitaria en América Latina: Estado actual, controversias y nuevos derroteros.
- ² Guevara, Ernesto. El Médico Revolucionario. Discurso pronunciado el 19 de Agosto de 1960.
- ³ Posgrado Médicos Comunitarios. Módulo 8. Trabajo en Equipo.2004.
- ⁴ Sousa Campos, Gastao. Gestión en Salud.Lugar Editorial. 2006.
- ⁵ Saforcada, De Llelis. Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria. 2008.
- ⁶ Zito Lema, V. Conversaciones con Enrique Pichon Riviere. Ediciones Cinco. 1985.
- ⁷ Menéndez Eduardo L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva (revista en la Internet). 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es.
- ⁸ Jiménez Domínguez, Bernardo. Subjetividad, Participación e intervención comunitaria.

Posta de Salud Domiciliaria. PoSaD

Arnaudo, María Cecilia^a; Palomo, Diego^b; Lic. Cecilia Vasconi; Md. Verónica Grunfeld; Mg Pedro Silberman; Md. Silvina López; Md. Federico Bugatti.

Resumen:

Ante el crecimiento geográfico y los cambios demográficos de la ciudad de Bahía Blanca, fue necesario pensar y llevar adelante diferentes respuestas en el campo de la salud respecto a las que predominaban hasta entonces.

Los dispositivos tradicionales, como las Unidades Sanitarias, no siempre cubren eficazmente las dimensiones del cuidado que se pretenden cubrir, es por esto que decidimos impulsar una estrategia de abordaje domiciliario de la salud que promueva el cuidado en el espacio intra-doméstico, estableciendo a la vez una articulación con la US más cercana.

Creemos importante tratar de ampliar creativamente las intervenciones de salud, es por ello que proponemos la implementación de Postas de Salud Domiciliaria, como una modalidad de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado ambulatorio-domiciliario, destinado a un área geográfica y poblacional, claramente delimitada. En este trabajo se describen los equipos conformados para llevar adelante las PoSaD y se explica el funcionamiento de su operatividad.

PALABRAS CLAVE: Posta de Salud- Cuidado intra-doméstico – intervenciones de salud

Resumo:

Dado o crescimento geográfico e as mudanças demográficas da cidade de Bahia Blanca, foi necessário pensar e organizar respostas distintas as que predominaram ate então no campo da saúde.

Dispositivos tradicionais, como unidades sanitárias, nem sempre cobrem eficazmente as dimensões dos cuidados e é por isso que decidimos trabalhar numa estratégia de abordagem domiciliária para a promoção de saúde no espaço doméstico, estabelecendo ao mesmo tempo uma articulação com a US mais próxima.

Creemos necessário expandir as intervenções de saúde criativamente, e é por isso que propomos a implementação de Postas de Saúde domiciliar como uma forma de abordar o processo de saúde-doença-cuidado em uma área geográfica claramente definida. Neste artigo descrevemos como as equipes foram formadas para realizar a Posad e explicamos seu funcionamento.

PALAVRAS-CHAVE: Posta de Saúde- cuidado intra-domiciliar - intervenções de saúde.

FUNDAMENTACIÓN

La ciudad de Bahía Blanca cuenta con 56 Unidades Sanitarias como establecimientos orientados al cuidado de la salud con abordaje territorial, con centro en la comunidad y la familia, distribuidos en 9 áreas programáticas.

Teniendo en cuenta el crecimiento de la ciudad, los cambios cualitativos en su desarrollo demográfico y la respuesta tradicional de salud, creemos importante tratar de ampliar creativamente las intervenciones de salud. En algunos barrios de la ciudad, si bien cuentan en cercanías (geográficas) con una Unidad Sanitaria (US), solo se consulta ante situaciones de enfermedad o síntoma agudo, mientras que para realizarse controles de salud o seguimiento de enfermedades crónicas, el acceso está limitado. Los dispositivos tradicionales (como las US), no siempre cubren eficazmente estas dimensiones del cuidado, es por esto que decidimos impulsar una estrategia de abordaje domiciliario de la salud que promueva el cuidado en el espacio intra-doméstico, estableciendo a la vez una articulación con la US más cercana. Sumando a esto, los dispositivos transitorios, como las campañas de prevención y los móviles de salud que acercan un servicio que no puede ser brindado de forma domiciliaria, y que, por la densidad poblacional y las tasas de uso teóricas de dichos servicios, no requieren una presencia permanente en el sector, sino periódica y programada.

Por lo tanto, proponemos la implementación de **Postas de Salud Domiciliaria**, como una modalidad de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado **ambulatorio-domiciliario**, destinado a un área geográfica y poblacional, claramente delimitada. Con esta estrategia, las acciones de cuidado, promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, se realizan sobre toda la población, básicamente a través de visitas domiciliarias programadas u organizadas por detección de problemáticas determinadas que pueden presentarse por referentes barriales o por demanda espontánea de las personas. El equipo de la Posta de Salud derivará a establecimientos de mayor resolutividad (Unidad Sanitaria o Centros de Salud) las situaciones que superen su capacidad de acción.

UN EQUIPO Y UNA PRÁCTICA

La Posta de salud Domiciliaria - PoSaD como dispositivo de salud para algunos barrios de nuestra ciudad, no es solamente la contratación de determinado grupo de profesionales y la asignación de los mismos a una determinada población, es fundamentalmente la apuesta a una práctica clínica ampliada, integral, que incorpore al Otro como un sujeto activo y que signifique poner los distintos saberes disciplinarios al servicio de las necesidades de las personas.

Hoy, en nuestro modelo de atención, opera predominantemente un modelo de queja - conducta. La atención en los servicios ambulatorios se ha convertido en una atención “de urgencia”, que opera solo por demanda espontánea copiando el modelo hospitalario, aun sabiendo que no siempre el que más demanda es el que más necesita y muchas veces “los precios” materiales y simbólicos que hemos puesto a las personas para ingresar al sistema, generan condicionamientos e impiden su inclusión (1). La PoSaD tendrá 7 ejes de acción: Atención Inmediata, Resolución de consultas frecuentes y de rápida respuesta, Controles de salud, Controles de Enfermedades Crónicas, Educación y Participación, Detección y Reducción de Riesgos Sociales y finalmente, el eje de Jornadas Intensivas de Trabajo (Anexo 1).

La propuesta de la posta es apelar a la conformación de un equipo que reflexione sobre su práctica clínica y la amplíe en el mejor de los sentidos, para hacerla humana, integradora de las visiones de las personas y de otras disciplinas, orientadas a la salud y al seguimiento a lo largo de la vida de las personas y familias. Proponemos recuperar la escucha activa y paciente, el acompañamiento a las personas en situaciones de vulnerabilidad o sufrimiento como estrategias centrales del cuidado y la clínica. Es por esto, que tener un equipo formado, situado en un espacio poblacional determinado, es solo una parte de la posta de salud, la otra parte, la que la complementa, resignifica y la hace más interesante, es la de desarrollar una práctica clínica ampliada, humana e integral (Anexo 2).

OPERATIVIDAD DE LA POSAD

Están formadas por un equipo profesional compuesto por médico, enfermera, trabajador social, psicólogo y promotor de salud.

La Posta de salud trabajará dos días a la semana: miércoles y sábados. Los días **miércoles** trabajará durante **4 horas**, que se distribuirán de la siguiente forma: **3 horas** estarán destinadas a las visitas domiciliarias y **una hora**, los integrantes del equipo estarán localizados en el “Punto de Encuentro”, un lugar de referencia para los habitantes del barrio donde el equipo podrá ser localizado, para brindar información, programar visitas o realizar orientación. Por otra parte, los días sábados se emplearán **5 horas**, de las cuales **3 horas** se destinarán a visitas domiciliarias, que podrán o no ser conjuntas, **una hora** para desarrollar tareas educacionales (talleres informativos, de educación, promoción, prevención, dispositivos terapéuticos grupales) y **1 hora** en el “Punto de Encuentro”.

Se programarán además 3 horas semanales para el registro de datos, elaboración de informes, organización del trabajo futuro y reuniones de equipo que se realizarán en horario y día a determinar por los mismos. Las Postas tienen determinada una cartilla de prestaciones de salud que brindarán a la comunidad (Anexo 3).

Cada posta contará con un botiquín de medicamentos e insumos, una heladera portátil con vacunas y una caja con el instrumental necesario para su práctica (Anexo 1).

Los equipos en su recorrida por el barrio contarán con un referente barrial como colaborador. Todos los integrantes del equipo dispondrán de un carnet identificador, se les proveerá de bolsos que también tendrán una identificación y contarán con la gestión de insumos y recursos necesarios (Anexo 4).

ANEXO 1

Ejes de acción	Contenidos	Instrumental	Botiquín
Atención Inmediata	Detección de necesidades médicas y sociales urgentes o emergentes que requieren rápida derivación a través del 911 o atención dentro de las 24 hs en centro de salud de referencia o guardia de promoción social.	teléfono	Primeros auxilios
Consultas frecuentes y de rápida respuesta	Demandas sociales y de salud espontáneas, que pueden resolverse en el contexto de una consulta de salud o de trabajadora social tradicional con el instrumental mínimo.	Tensiómetro, heladera, vacunas, termómetro, Estetoscopio, librería, Baja lengua, balanza, Otoscopio, formularios, Gestograma, Pinard / ecoson, Test de embarazo.	Remediar Botiquín curaciones simples Vacunas Planillas
Controles de salud	Niño sano Mujeres embarazadas Adulto Adulto mayor	Tensiómetro, balanza, Termómetro, Otoscopio, formularios, librería, Estetoscopio, centímetro, baja lengua, Pediómetro, Gestograma, Pinard / ecoson	Hierro Vacunas Vitaminas

Controles de Enf. Crónica	HTA Obesidad DBT Dislipemia Epoc	Tensiómetro, Pico Flujo, Estetoscopio, librería, Formularios, Balanza.	Remediar
Educación / participación	Talleres, dispositivos grupales, reuniones con los vecinos para evaluar necesidades y la tarea, etc.	Material didáctico	A solicitud
Detección y Reducción de Riesgos Sociales	Detección de Necesidades Prevalentes de Salud a nivel Individual o Familiar que justifiquen una intervención sostenida en el tiempo a medida del problema (por ej. emergencia habitacional para familias con recién nacidos, niños / embarazadas con bajo peso, pensiones por discapacidad, jubilaciones, refuerzo alimentario, otras ayudas económicas, colocación de DIU, embarazo no deseado-)	Formularios para pensiones, refuerzos alimentarios	PNSSyPR (Región) Otros a solicitud
Jornadas Intensivas de Trabajo	Necesidades puntuales y extraordinarias surgidas desde la Comunidad, Negociadas y Organizadas con los Equipos que no puedan ser resueltas en los Domicilios (DIU, Pap, Mx, Pensiones, etc)	Consultorio móvil Móvil de Salud de la Mujer, Camión ANSES, Documentación	A solicitud

ANEXO 2

El abordaje del cuidado en forma domiciliaria:

La casa y la familia son espacios validados del cuidado propio y de los afectos; allí también se atraviesan e instituyen las estructuras que determinan la salud, los problemas que la afectan, los modos y estilos de vida que la condicionan. Allí ese cuidado es organizado y decidido por los propios miembros y es producto de sus relaciones interpersonales y vinculares. Es además un espacio de alta autonomía para las personas, es por esto que lo definimos como un espacio prioritario de los cuidados en salud.

En lo específico al cuidado-atención de la salud, la autonomía es un aspecto central que pretendemos fomentar, asociado a la participación informada en las decisiones, en la construcción de proyectos terapéuticos singularizados y en la inclusión de la dimensión cultural, social y subjetiva en las propuestas de salud que se realicen. En la búsqueda de solución a sus problemas, las personas toman decisiones permanentemente, en determinadas situaciones se hacen explícitas y en otras, ante circunstancias asimétricas de poder o conocimiento (en el encuentro médico paciente, por ejemplo), son ocultadas. Lo que jamás puede pensarse es que las personas no toman parte o se muestran pasivamente obedientes ante prescripciones o indicaciones médicas u de otros profesionales, con las que no están de acuerdo o no le son asequibles por algún motivo.

Las personas son autónomas, dicha autonomía, planteada desde el proceso de salud enfermedad atención cuidado, se va perdiendo a medida que se van acercando a los centros de mayor complejidad, donde sucede la pérdida total de dicha autonomía. Por ello, para el abordaje terapéutico en escenarios de baja autonomía, prevalecen las tecnologías duras y duras-blandas, pero en los lugares donde el sujeto-usuario tiene alta autonomía, prevalecen las tecnologías blandas, las vinculares (4). Por ello, y fundamentalmente en patologías crónicas, que requieren de una adherencia muy especial a tratamientos prolongados, la colaboración del propio sujeto es fundamental para lograr buenos resultados. En este proceso, si no tenemos en cuenta la autonomía del mismo y la construcción de un vínculo con el equipo que permite un intercambio democrático en las opiniones sobre su tratamiento, seguramente se perderá la oportunidad de mejorar la salud de esa persona.

Ahora, el desafío además está en el desarrollo de tecnologías blandas también en los centros de mayor complejidad. Si bien, al inicio del proceso el sujeto-usuario tiene baja autonomía, una vez resuelto el cuadro, la recupera y comienza a transitar un territorio donde las tecnologías blandas producen mejores resultados y las duras y blandas/duras despojan o desconocen la voluntad y el aporte que puede ofrecer el sujeto a cuidar.

El denominado primer nivel de atención (que a decir de Menéndez es su propio hogar), es el territorio donde prevalece la autonomía de los sujetos-usuarios y es en el cual, prevalecen las tecnologías blandas, con lo cual es el espacio relacional donde el usuario debe ser participante activo de su abordaje y de su tratamiento, donde decide qué, cómo y cuándo aceptar lo que el equipo o el profesional le propone.

Es importante destacar que si bien se pretende reconocer y valorar los conocimientos y prácticas de los sujetos y, por lo tanto, construir relaciones de tipo más horizontal, no ignoramos que los agentes de salud al ser portadores de un conocimiento disciplinar-científico (que incluye un posicionamiento ético-político), socialmente reconocido y legitimado, los ubica en una posición algo diferente, con más poder, al momento de proponer una "manera de ver" sobre ciertas prácticas de cuidado-atención de la salud (entendiendo los espacios sociales como lugares de disputas, de luchas de sentido). Esto es importante porque justamente al ser portadores de otro tipo y volumen de capital cultural,

los agentes de salud no actuarán desde un relativismo total, sino que tratarán de “vigilarlo” ya que tendrán presente que los Otros también están posicionados –con una forma de ver, sentir y actuar- al momento del abordaje de la salud.

La relación entre equipo de salud y sujetos usuarios cambia significativamente con el abordaje desde las Postas –y esto es un cambio cualitativo, subjetivo, y humanizado sobre el que hay que hacer énfasis-, aunque tenemos en claro y no negamos la existencia de las desigualdades en relación al poder, sino que las legitimamos para pensar y reflexionar sobre las prácticas.

El modelo generalizado de atención queja conducta, se caracteriza en que la relación profesional-sujeto usuario se organiza en una consulta, que da inicio a partir de la pregunta del profesional al “visitante”: “¿qué es lo que usted necesita?”. En función de esto se le proveen servicios o una determinada respuesta a la necesidad puntual identificada, sin más intervención o seguimiento. Además, el espacio de la atención es una institución con mayor o menor nivel de cercanía con la persona, familia y comunidad, y es un escenario donde el anfitrión es claramente el profesional de salud y donde el que golpea, pide turno (permiso o autorización) es la persona. Además, es un espacio atravesado por una cultura y un simbolismo de poder donde muchos sujetos-usuarios adoptan automáticamente una conducta más temerosa y reticente (1).

En un modelo de atención domiciliaria brindada por un equipo multidisciplinario estable que garantice el seguimiento de las visitas y la intervención, el espacio del cuidado, es la casa y familia de la persona, donde desarrolla gran parte de su vivir y sus relaciones con los demás. Lo que permite no solo tener una mirada más amplia de la situación de salud enfermedad de la persona, sino que el cuidado se desarrolla en un lugar de gran cercanía y legitimidad para la misma. Pero lo interesante, además, es que la persona y su familia, “sujetos” de cuidado, son quienes protagonizan y son anfitriones en la relación equipo-persona-familia; y quien golpea la puerta y debe responder a la pregunta “¿qué es lo que usted necesita?” es el propio equipo, que a su vez debe también ser atravesado por las cuestiones culturales y simbólicas que dominan ese ámbito. Si bien los profesionales no estamos acostumbrados a este tipo de prácticas, deberemos desarrollar las herramientas necesarias para proponer una agenda activa y positiva de cuidado, que incluya las necesidades que se consensuen o prioricen en la relación vincular y longitudinal que se irá forjando con la estabilidad y periodicidad de las visitas entre el equipo de salud, las personas y sus familias.

El equipo deberá generar, necesariamente, un seguimiento de las personas y sus problemas, evitando responder solo ante las quejas. Favoreciendo el abordaje de los procesos crónicos, complejos y multirelacionados, que tienen que ver con una mirada amplia e integral del concepto de salud. Es por esto que en principio, no es el equipo ni la visita domiciliaria lo fundamental, el equipo es una herramienta, que se presupone mejor que el abordaje individual, el domicilio es un espacio de la tarea, que se presupone más legítimo y validado para la persona y la familia, que permite la construcción de una relación vincular más simétrica y humana con la persona y familia. Más allá de esto, insistimos que el verdadero desafío y cambio estructural en la propuesta de atención cuidado tienen que ver con desarrollar una práctica profesional, una clínica, ampliada, que incluya al sujeto y sus saberes, la historia y cultura de su comunidad, que analice los contextos de las distintas propuestas y tareas que se desarrolle y incluya las distintas miradas disciplinares en la salud y se anime a respetar, y por qué no a incluir, otros saberes. Entonces:

	Modelo queja conducta:	Modelo atención cuidado domiciliario en equipo y con seguimiento:
Espacio del cuidado	Ajeno a la persona y familia	Propio del paciente y familia
Anfitrión	El profesional	La persona y familia
Desencadenante del trabajo	La demanda de la persona	La propuesta positiva y activa del equipo de salud y la necesidad de la persona
Relación ante la demanda	De inicio y fin. Queja-conducta	De inicio y seguimiento
Autonomía del usuario	Baja	Alta

Algo más sobre el abordaje del Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado - PSEAC junto con la Familia.

La **familia** es un espacio social para la reproducción cotidiana de la existencia. En este proceso de reproducción de la existencia los sujetos ponen en juego sus propias estrategias por las cuales, siguiendo a Bourdieu, tienden “de manera consciente o inconsciente a conservar o aumentar su patrimonio, y correlativamente, a mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase” (2). La atención y cuidado de la salud es justamente una de las tareas que las familias organizan y llevan a cabo, asignando para esto roles y funciones, priorizando necesidades y estableciendo formas de consumo. De ahí que se torna importante la “comprensión del sentido que los actores otorgan a sus condiciones concretas de existencia, dado que son ellos quienes definen, interpretan y sienten sus necesidades.” Son las familias “(...) nucleares, extensas, etc., las unidades en que los individuos comparten residencia (...). Como expresa Susana Hintze, si bien pueden existir otras unidades micro sociales de reproducción, a nivel de los sectores populares urbanos, las familias componen, sin duda, la unidad de análisis más adecuada, no sólo porque es la institución heredada por el capitalismo (...), sino porque es además la que con más economía permite la movilización gratuita del trabajo, en especial el trabajo femenino” (2).

En esta misma perspectiva Silvia Gattino y Nora Aquí sostienen que “En tanto **estructura**, la organización familiar constituye un campo de posiciones e intereses, que asume una morfología contingente (histórico-social), en

el que se articulan la distintas posiciones de sus miembros en un sistema de uso, transferencia y control del poder (sistema de autoridad) en torno a actividades cotidianas. En tanto **dinámica**, la organización familiar va construyendo históricamente determinadas “reglas de juego” en base a las cuales se explican la comunicación, el afecto, la insatisfacción, la satisfacción, etc.”(3).

Se plantea entonces un trabajo en salud que reconoce a la familia como estructura de contención material y simbólica, y a sus miembros como seres activos, portadores de recursos materiales (escasos o no para la satisfacción de sus necesidades), sujetos de conocimientos, saberes, representaciones, significados y relaciones, es decir, sujetos dotados de capacidades transformadoras, “que significan sus necesidades, su lugar en el mundo, y lo que quieren hacer de sus vidas” (2).

La estrategia de Equipos

Para garantizar, tanto la satisfacción de los usuarios como el bienestar de los trabajadores, es importante dar lugar y cuidar los espacios en los que el equipo se reúne a reflexionar sobre la práctica cotidiana y a construir lógicas de trabajo compartidas. Además de cuidar el tiempo y los momentos de reunión, es necesaria la preocupación por apropiarse de fundamentos y teorías que sostengan las acciones que se emprenden para dar el sustento necesario a la tarea y no equivocar el camino. En éste sentido, la formación de los trabajadores de la salud debe ser continua e integral, contraponiéndose a la lógica académica tradicional donde el conocimiento no se construye, se transmite y se divide en compartimentos estancos que poca relación tienen con la vida de las personas, con sus problemas cotidianos y sus saberes previos.

Es necesario pensar y repensar el por qué, el para qué y para quienes se trabaja (fundamentalmente) sin entrar en desvaríos teóricos estériles, buscando el punto en donde los problemas de la práctica dialoguen con los distintos campos de saber en la construcción de acciones concretas.

La estrategia de educación permanente en salud, como posibilidad de pensar una política de formación de los profesionales acorde a los cambios que implica la práctica, propone esta forma de construcción del conocimiento como ideal para un trabajo que se desarrolla en el terreno de los vínculos y que necesita de innovación y creatividad permanentes para responder a los problemas complejos y dinámicos del sector. Por su fundamento, es un pilar para el diseño de prácticas más democráticas y de calidad y por ello debe ser propuesta desde los espacios de gestión y sostenida por los propios trabajadores que son quienes aportan el producto de su trabajo y lo ponen en discusión.

Otro punto central que se toca con esta conformación de la lógica de equipo es la construcción del vínculo, vehículo primordial de las acciones en salud. El fortalecimiento de las relaciones entre los propios compañeros de trabajo y del equipo con la comunidad se verá reflejado en el impacto que generen las acciones y en los resultados que se obtengan. Incluir a los usuarios en el diseño de sus propios proyectos terapéuticos y problematizar la realidad en conjunto con la comunidad, representan oportunidades invaluables para lograr el efecto esperado con las acciones que se realizan.

Se trata de pensar en redes y concepciones heterárquicas de las relaciones entre las personas, pasando del pensamiento lineal, que es el que en general guía nuestras acciones a un pensamiento complejo que incluya la historicidad, el valor de los afectos y las percepciones a la hora de pensar en salud (Dabas, Perrone 1999).

El equipo de salud domiciliario tiene, como función transversal a la práctica cotidiana, la tarea de impulsar la reconstrucción también de las redes familiares y comunitarias en aquellos casos en que éstas hayan desaparecido o se hayan debilitado. En los últimos treinta años hemos asistido a un movimiento de fragmentación del lazo social que generó una pérdida simbólica y cultural imposible de medir pero que ha sido descripta con insistencia en diferentes publicaciones: Instituciones, clubes y sociedades de fomento vacías, familias aisladas del contacto con sus vecinos y la desprotección de las personas que quedan por fuera de todo lazo (Severini, Teodori, Suárez, Grutchetsky, 2000). Para diversos autores, el proceso tiene que ver tanto con transformaciones culturales, como la globalización, como con la profundización en el siglo XX de las políticas neoliberales luego del debilitamiento del estado benefactor.

Hoy, en un contexto político y cultural diferente, donde el estado y sus distintos efectores proponen políticas de acción integrativa, los equipos y trabajadores de la salud en general, no pueden dejar pasar la oportunidad que brinda el contacto directo con una población y la entrada en sus espacios privados para trabajar potenciando ésta integración.

ANEXO 3

Gestión Local de los Recursos Movilizados por la PoSaD

Las necesidades en Salud detectadas por la PoSaD que requieran de la puesta en marcha de recursos alejados de la comunidad en cuestión y las familias que la componen serán gestionadas por ésta misma, operando en la lógica de la descentralización y responsabilización de la gestión. La PoSaD divide los recursos que moviliza desde el Gobierno Municipal hacia la Comunidad (y que no forman parte de su botiquín) en cuatro áreas:

- 1) Medicación e Insumos Crónicos. .
- 2) Interconsultas y Estudios.
- 3) Pensiones, Ayudas Económicas y Subsidios.
- 4) Jornadas Intensivas de Trabajo.

Es importante aclarar que esta organización y la asignación de roles, no resta la responsabilidad al equipo de salud como práctica colectiva de cada tarea y los recursos administrativos y materiales que moviliza la misma.

Medicación e insumos crónicos

Los individuos con necesidades crónicas de medicación o insumos (aparatos de ortopedia, material para curaciones prolongadas, etc.) serán ingresados en el Programa de Medicación Crónica en territorio, por la PoSaD, desde donde un miembro del equipo será responsable de la gestión del mismo en la Secretaría de Salud. La resultante de la gestión, la medicación y los insumos, serán transportados por el móvil de Secretaría y retirados por la persona, en el punto de encuentro de cada Posta. El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en la Farmacia de la Secretaría de Salud. Responsable del trámite: médico y enfermero. Contacto en Secretaría de Salud: Responsable de Farmacéutica.

Interconsultas y Estudios

El Administrativo del área será responsable por los turnos de Interconsulta y/o Estudios en el HMALL. Se encargará de obtenerlos en el HMALL. El equipo comunicará los turnos a las personas de la comunidad en la siguiente visita. El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en el Hospital Municipal. Responsable del trámite: Enfermero y Administrativo del área.

Pensiones y Ayudas Económicas

El Trabajador /a Social, será responsable por la gestión de los recursos de esta área, frente a los organismos que correspondan (Promoción Social, ANSES, PAMI). El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en Promoción Social de la Municipalidad / ANSES / PAMI / Desarrollo Social Nación, entre otros. Responsable del trámite: Trabajador/a Social

Jornadas Intensivas de Trabajo

En los espacios de intercambio permanente con la Comunidad existirán –entre otras instancias- reuniones con los vecinos para evaluar necesidades y la tarea realizada. De esta lógica participativa surgirán periódicamente necesidades puntuales y extraordinarias que no puedan ser resueltas en los Domicilios. Ejemplos claros pueden ser un grupo de mujeres que quieran colocarse un DIU o la realización de mamografías, entre otros. Para estos eventuales existirá la Jornada Intensiva de Trabajo, que tendrá un día y lugar de referencia anunciados con antelación suficiente, preferiblemente orientada a un grupo nominalizado y organizado de vecinos y vecinas. El instrumental y material necesario será gestionado por un miembro del equipo directamente frente a la Sección de Insumos de la Secretaría de Salud. Esta gestión debe incluir la cobertura total de los insumos necesarios para la jornada, el transporte de los mismos al lugar y hora prefijados, y la responsabilización posterior de la gestión de los residuos patogénicos generados y de los materiales para el análisis o control (Pap, laboratorio, DIU). El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en Sección de Insumos de la Secretaría de Salud. Responsable del trámite: Médico y Promotor de Salud

ANEXO 4

Cartillas de prestaciones de salud

- Promoción en la Infancia de Hábitos Saludables
- Seguimiento del Desarrollo en la Infancia
- Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia
- Detección Precoz de Problemas en la Infancia
- Atención Buco-dental en la Infancia
- Promoción de la Salud en la Adolescencia
- Detección de embarazo, primer control y referencia
- Información de Métodos Anticonceptivos
- Detección Precoz de Cáncer de Cervix
- Detección Precoz de Cáncer de Mama
- Vacunaciones en el Adulto
- Promoción de Estilos de Vida Saludable en el Adulto
- Detección de Problemas de Salud Prevalentes en el Adulto: HTA, DBT, EPOC, Asma, Adicciones
- Atención a la Persona Mayor Frágil
- Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
- Educación para la Salud con Grupos
- Detección de Riesgo de Maltrato Familiar
- Atención al riesgo social en salud: Actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación, intervención, coordinación socio-sanitaria, seguimiento y evaluación.
- Se consideran áreas de actuación preferente las siguientes:
- Persona anciana dependiente o en riesgo de dependencia con problemática social añadida.
- Personas con discapacidad o severa dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y/o para salir a la calle (minusválidos/as, inmovilizados/as, terminales, etc.) y que presenten problemática social añadida.
- Menores que presentan una problemática socio-sanitaria.
- Niños/as que se sospeche que puedan ser víctimas de malos tratos y/o agresión sexual, abandono o desatención.
- Violencia de género. Mujeres con sospecha o confirmación de sufrir malos tratos y/o agresión sexual.
- Personas con hábitos adictivos.
- Colectivos de inmigrantes y refugiados.

- Problemas socio-sanitarios que pueda presentar las minorías étnicas con problemas de integración.
 - Intervención en zonas con Necesidades de Transformación Social.
-

NOTAS FINALES

^a Licenciada en psicología. Residente en Psicología Social y Comunitaria. Municipalidad de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. Período de rotación libre realizado en el Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP, Campinas, Sao Pablo, Brasil.

ceciliarnaudo@yahoo.com.ar

^b diegopalomobb@gmail.com

^c Merhy refiere tecnologías duras a las maquinas (radiografías, tomógrafos, estetoscopio, etc), blandas duras a los conocimientos sistematizados (clínica, epidemiología, etc) y blandas, a las relaciones vinculares (acogimiento, proyectos terapéuticos, visitas domiciliarias, etc).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos Wagner de Souza, Gastao. Gestión en Salud: En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. Colección Salud Colectiva.
2. González, C. Nucci, N. Soldevila, A. Ortolanis, E. Crossetto, R., Miani, A. Estrategias de Reproducción Cotidiana en el Espacio Social Familiar. Informe Final de Investigación. SECyT Universidad Nacional de Córdoba; 2000.
3. Gattino S, Aquín N. Las familias de la nueva pobreza. Una lectura posible desde el Trabajo Social., Buenos Aires: Espacio Editorial; 1999.
4. Merhy, Emerson Elias. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. Colección Salud Colectiva.

El rol de la enfermería en APS. Bahía Blanca

Balderás, Cristina¹; Krause, Natalia²

RESUMEN

La enfermera tiene un rol relevante en el equipo interdisciplinario de atención primaria, éste se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud, en el abordaje de los problemas de autocuidado, realizadas en cada contexto de su actividad profesional: el centro de salud, el domicilio de las personas y la comunidad.

La enfermera lidera los procesos asistenciales y de gestión, su rol protagónico, exige poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y auto-control, producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a una coordinación precisa y oportuna dirigida a los usuarios.

Nuestra ciudad, Bahía Blanca cuenta con un sistema de salud que se divide en nueve áreas programáticas, con 56 CAPS personal de enfermería calificado.

Queremos expresar y compartir nuestras experiencia como proveedoras de cuidados integrales de la salud a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos.

PALABRAS CLAVE: Rol; Interdisciplinario; Comunitario.

RESUMO

A enfermeira tem um papel relevante na equipe interdisciplinar de atenção primária que foi reforçado com a implementação de iniciativas e experiências inovadoras na prevenção e promoção da saúde, na abordagem dos problemas de autocuidado realizam na cada contexto de sua actividade profissional: o centro de saúde, o domicílio das pessoas e a comunidade.

A enfermeira lidera os processos assistenciais e de gestão, sua liderança exige possuir uma atitude e aptidão efetiva, segurança e auto-controle produto de conhecimentos, competências habilidades e princípios éticos. Todos estes elementos contribuirão a uma coordenação precisa, oportuna dirigida aos utentes.

Nossa cidade, Baía Branca conta com um sistema de saúde que se divide em 9 Áreas Programáticas, com 56 CAPS, e com um pessoal de Enfermaria qualificado.

Queremos expressar e compartilhar nossas experiências como provedoras de cuidados integrais da saúde às pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saúses.

PALAVRAS-CHAVE: Papel, Interdisciplinario, Comunitário.

La Secretaría de Salud de Bahía Blanca cuenta con nueve áreas programáticas, con 56 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS); de éstos, tres son Centros de Atención durante las 24 horas y dos extensiones, con personal de enfermería calificado para satisfacer las demandas de la comunidad en el primer nivel de atención. La distribución geográfica de las áreas concuerda con la distribución de las delegaciones municipales.

El rol de enfermería en Atención Primaria de la Salud (APS), es proveer de cuidados integrales de la salud a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos. Además, es su rol generar hábitos y estilos de vida saludables, contribuir a una mejor gestión en los servicios de salud, participar activamente en acciones de promoción, prevención y restauración de la salud, conocer y llevar a cabo todos los programas nacionales, provinciales y municipales.

El equipo interdisciplinario es aquel constituido por diferentes profesiones y diversos saberes, donde se pone de manifiesto el trabajo compartido en situaciones complejas que requieran la participación con un objetivo en común: resolver la situación del individuo, la familia y la comunidad. En este sentido, el trabajo en equipo implica repensar la territorialidad de nuestra práctica, sosteniendo el trabajo en red y construyendo un saber compartido.

Según Rifkin (10), la participación comunitaria en salud entraña la colaboración entre los servicios sanitarios y sus profesionales, por un lado, y la población local, por el otro. La participación se basa en el liderazgo individual y colectivo, formal e informal. La participación comunitaria y su intervención en acciones y programas de salud duraderos, implica buscar mecanismos sostenibles. Las estructuras deben ser nuevas e innovadoras.

Creemos que, cuando el equipo de salud se involucra y compromete junto a todas las instituciones del barrio para tomar acciones que mejoren la salud de la comunidad con participación activa, se beneficia a sí mismo, al mismo tiempo que mejora el bienestar individual y colectivo.

El proceso de participación se va creando de manera gradual, porque implica un aprendizaje constante de todos los involucrados, quienes son los que deben guiar de manera sostenida el trabajo comunitario, donde la retroalimen-

¹ Licenciada en enfermería. Coordinadora de enfermería del Área programática IV.

baldecris70@hotmail.com

² Licenciada en enfermería. Coordinadora de enfermería del Área programática IX.

nclaudiak@outlook.com

tación de saberes es permanente. La participación debe ser una visión en el horizonte del tiempo.

También es importante hablar de redes; éstas involucran a grupos de personas que se identifican con una causa, interés y objetivo común, por ejemplo, para dar una determinada información que debe ser difundida en la comunidad. La red implica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, quienes a partir de una decisión voluntaria deciden desarrollar acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad de los participantes. La red constituye una modalidad organizativa y de gestión, con una claridad de objetivos.

La política sanitaria de nuestro país está plasmada en el Plan Federal, de ella se desprenden los programas nacionales, provinciales y municipales.

¿Pero cómo surge el Plan Federal?, en el año 2002 nuestro país fue atravesado por una crisis política, económica y social, en la cual también se vio afectado nuestro sistema de salud público. En el año 2003, el Ministro de Salud, Dr. Ginés González García, inició un importante trabajo de consensos sectoriales con los ministros de salud de las distintas provincias y los secretarios de salud, allí surgieron las Bases del Plan Federal de Salud, y ese mismo año se firmó el Acuerdo Sanitario de San Nicolás de los Arroyos.

La misión del Plan Federal de Salud es garantizar a todos y cada uno de los habitantes del país el acceso a niveles de prestación de salud básicos y a los medicamentos esenciales por ellos requeridos.

PROGRAMAS NACIONALES

Programa materno-infantil

- **Salud infantil:** Su objetivo es reducir la mortalidad en niños menores de seis años y fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud.

- **Salud perinatal:** Su objetivo es promover, en todo el país, la salud de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, y la de sus hijos durante el periodo fetal y neonatal para disminuir la morbilidad de este grupo etáreo.

- **Nutrición materno-infantil:** Se creó el Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño para tratar de fortalecer desde el primer nivel de atención y promover la lactancia materna.

Plan Nacer

Su objetivo es brindar más y mejor salud a las mujeres embarazadas y niños hasta los 6 años de edad sin obra social. Es una herramienta estratégica para disminuir el componente sanitario de la mortalidad materno e infantil en el país.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

El objetivo es promover la “Consejería” en Salud Reproductiva y Procreación Responsable en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un método anticonceptivo.

Programa de VIH

El objetivo es la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/SIDA.

Programa Plan Remediar

Su objetivo es el uso racional de medicamentos por nombre genérico.

Programa de Vigilancia de la salud y control de enfermedades

Su objetivo es fortalecer los Programas Nacionales de Control de Dengue, Tuberculosis e Infecciones Nosocomial.

Programa Nacional de Médicos Comunitarios

El objetivo es contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud como política de Estado en el marco del Plan Federal de Salud.

Programa Nacional de Lucha contra los RH Sida y ETS

El objetivo es disminuir la incidencia de la infección por VIH/ SIDA y fortalecer la asistencia a las personas con VIH/ SIDA.

Programa Nacional para el control del Tabaco

El objetivo es prevenir la iniciación en el consumo de tabaco.

PROGRAMAS PROVINCIALES

Programa de ludopatía.

Programa de T.B.C. (tuberculosis).

Programa de PRODIABA.

Programa PROEPI (prevención de epilepsia).

Programa PROBAS (prevención del asma infantil).

Programa de Prevención de accidentes y lesiones.

Programa provincial de salud para prevención de la violencia familiar y sexual y la asistencia a las víctimas.

PROGRAMAS MUNICIPALES

Provisión de medicamentos en Patologías crónicas.

Provisión de medicamentos hipolipemiantes.

Estas son las herramientas que todo personal que trabaja en APS, debe conocer e implementar en cada abordaje interdisciplinario.

ANEXO



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2010.
2. El libro de la salud sexual, reproductiva y la procreación responsable en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, 3º edición. 2006.
3. Jóvenes y Sexualidad. Una mirada sociocultural. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2007.
4. Normas nacionales de vacunación. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2008.
5. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios Módulo 9. Año 2006.
6. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Salud y Participación Comunitaria Módulo 7. 2006.
7. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Trabajo en Equipo. Módulo 8. 2006.
8. PROFAM enfermería. Curso universitario a distancia de enfermería en salud familiar. 2008.
9. Programa Federal de Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2007.
10. Rifkin, S. "Primary health care in Southeast Asia: attitudes about community participation in community health programmes", en Social Science and Medicine. 17(19): 1489-1496.
11. www.ms.gba.gov.ar/programas/programasprovinciales.html
12. www.msal.gov.ar/

Infección del tracto urinario en pacientes internados en sala de clínica médica. Microorganismos prevalentes y sensibilidad frente a antibióticos.

Biaggioni, Martín¹; Boschetti, Carla Julieta²; Dodero, Romina³; Gullace, María Eugenia⁴; Lemus, Samanta⁵; Neimann, Nadia Nerea⁶; Panzitta, Carolina⁷; Pompermayer, Luciano⁸; De Salvo, Aniela⁹; Schugt, Guillermmina¹⁰.

Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de infección del tracto urinario en pacientes internados en Sala de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Luceros (HMALL) y determinar el patrón de resistencia a los diferentes antimicrobianos. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de pacientes con urocultivo positivo, internados de enero a diciembre de 2010. Variables analizadas: motivo de solicitud del urocultivo, sonda vesical, pañal, toma de muestra dentro de las 72 horas del ingreso, leucocitosis, sedimento, germen y resistencia antibiótica. Se describieron las frecuencias absolutas y relativas de las mismas. Se utilizó el programa SPSS Statics 20 para el análisis estadístico. **Resultados:** La prevalencia de ITU en pacientes internados fue de 2,72%. Se analizaron 188 urocultivos, de los cuales 54 (28,7%) fueron positivos. 32 (59,2%) correspondieron a mujeres, el motivo de solicitud más frecuente fue fiebre aislada en 26 (48,1%), 31 (57,4%) se tomaron dentro de las 72 horas del ingreso, 40 pacientes (74,1%) tenían sonda vesical, 39 (72,2%) presentaron sedimento urinario patológico y en 23 (42,6%) se constató leucocitosis. En 25 (46,3%) urocultivos se aisló Klebsiella sp., en 20 (37%) Escherichia coli, en 6 (11,1%) Proteus mirabilis, en 2 (3,7%) Enterobacter agglomerans y 1 (1,8%) Pseudomonas aeruginosa. Klebsiella sp. resultó resistente a timetoprima-sulfametoazol (TMP) 36%, ciprofloxacina (CPX) 41%, gentamicina (GEN) 61% y ampicilina-sulbactam (AMP) 44%; Escherichia coli resultó resistente a TMP 45%, CPX 50%, GEN 20% y AMP 55%. Conclusión: El conocimiento de los patrones de resistencia de los gérmenes causales de ITU en nuestro medio nos permite aplicar un tratamiento empírico más adecuado, y generar estrategias de vigilancia y control de la resistencia antimicrobiana.

PALABRAS CLAVE: Infección urinaria; Resistencia.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o predomínio de infecção de trato urinário (ITU) em pacientes internados na Sala de Clínica Médica e determinar o padrão de resistência aos diferentes antimicrobianos. **Material e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e transversal de pacientes com urocultura positiva, internados de janeiro a dezembro de 2010, na sala de clínica médica do Hospital Municipal de Agudos Leónidas Luceros (HMALL). Variáveis analisadas: motivo de solicitação da urocultura, sonda vesical, fralda, colheita da amostra em até 72 horas depois da entrada, leucocitose, sedimento, germe e resistência antibiótica. Descreveram-se as frequências absolutas e relativas das mesmas. Utilizou-se o programa SPSS Statics 20 para a análise estatística. **Resultados:** O predomínio de ITU em pacientes internados foi de 2,72%. Analisaram-se 188 uroculturas, das quais 54 (28,7%) foram positivas. 32 (59,2%) corresponderam a mulheres, o motivo de solicitação mais frequente foi febre isolada em 26 (48,1%), 31 (57,4%) foram tomados em até 72 horas depois da entrada, 40 pacientes (74,1%) tinham sonda vesical, 39 (72,2%) apresentaram sedimento urinário patológico e em 23 (42,6%) se constatou leucocitose. Em 25 (46,3%) uroculturas se isolou Klebsiella sp., em 20 (37%) Escherichia coli, em 6 (11,1%) Proteus mirabilis, em 2 (3,7%) Enterobacter agglomerans e 1 (1,8%) Pseudomonas areuginosa. Klebsiella sp. resultou resistente a timetoprima-sulfametoazol (TMP) 36%, ciprofloxacina (CPX) 41%, gentamicina (GEN) 61% e ampicilina-sulbactam (AMP) 44%; Escherichia coli resultou resistente a TMP 45%, CPX 50%, GEN 20% e AMP 55%. Conclusão: o conhecimento dos padrões de resistência dos germes causadores de ITU em nosso meio nos permite aplicar um tratamento empírico mais adequado, e gerar estratégias de vigilância e controle da resistência antimicrobiana.

PALAVRAS-CHAVE: INFECÇÃO URINÁRIA – RESISTÊNCIA.

¹Jefe de Residentes de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
martin.biaggioni@yahoo.com.ar

²Residente Clínica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
delfindoc@hotmail.com

³Médico de guardia. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
rominadodero@yahoo.com.ar

⁴Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
marugullace@hotmail.com

⁵Médico de guardia. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
samilemus@hotmail.com

⁶Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
neri_005@hotmail.com

⁷Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
carolinapanzitta@yahoo.com.ar

⁸Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
luchopompermayer@hotmail.com

⁹Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca
E-mail: anieladesalvo@yahoo.com.ar

¹⁰Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca.
guilles83@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario intrahospitalarias constituyen un gran problema de salud pública, no solo por su alta frecuencia sino por sus consecuencias, que se traducen en términos de morbilidad, aumento de costos y prolongación de estancia hospitalaria. Los patógenos responsables y la resistencia bacteriana varían en grados amplios según las diferentes regiones geográficas, incluso entre hospitales del mismo país y ciudad. El conocimiento de los patrones de susceptibilidad antimicrobiana es importante para determinar la mejor opción para instaurar tratamiento empírico.

Este trabajo nos permite conocer la prevalencia de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes internados en sala de clínica médica y determinar la mejor opción para instaurar tratamiento empírico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se aislaron 188 muestras de pacientes internados entre enero y diciembre de 2010 en la sala de clínica médica del HMALL. Se identificaron los gérmenes y se constató su sensibilidad antibiótica mediante difusión disco-placa (Kirby-Bauer).

Se obtuvieron los datos epidemiológicos y clínicos de las Historias Clínicas, corroborándolos en forma manual y volcándolos en una planilla de Excel diseñada para tal fin.

Las variables analizadas fueron aquellas relacionadas con el paciente (insuficiencia renal crónica, diabetes, demencia, inmunosupresión, uso de antibióticos previos, uso de pañal, hospitalización previa, internación en terapia intensiva previa, institucionalización geriátrica o neuropsiquiátrica, obstrucción de la vía urinaria, litiasis reno ureteral, instrumentación urinaria, leucocitosis, presencia de sonda vesical) y aquellas relacionadas con la toma de urocultivo (motivo de solicitud, toma de muestra dentro de las 72 horas del ingreso, sedimento patológico, germen aislado y resistencia antibiótica).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statics 20.0.

RESULTADOS

Del total de muestras de orina remitidas (188 cultivos), resultaron positivas 54 (28.7%), el resto (71.3%) fueron negativas o contaminadas.

La prevalencia de ITU en pacientes internados fue del 2,72%.

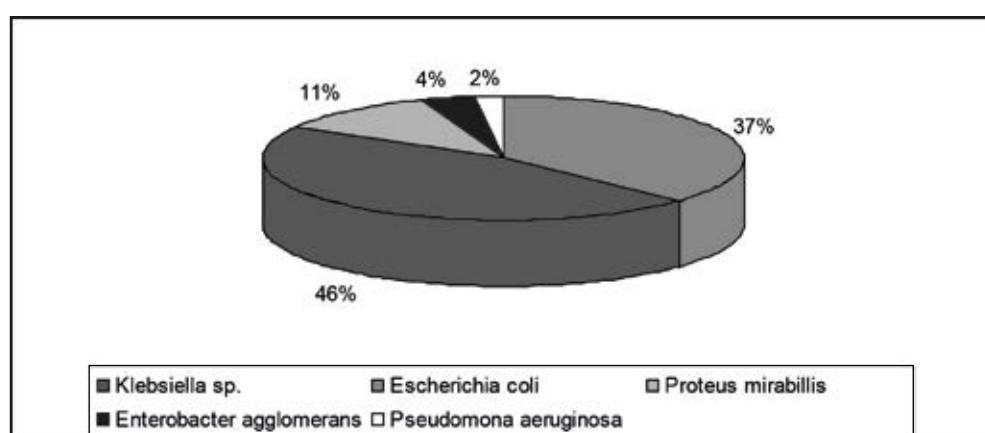
Por sexos 32 (59.2%) de los cultivos positivos correspondieron a mujeres y 22 (40.8%) a hombres. La mediana de la edad fue de 64 años y el rango intercuartílico fue de 30, con un valor mínimo de 27 y un valor máximo de 90. Con respecto a las variables relacionadas con el paciente, 7 (13%) padecían insuficiencia renal crónica, 18 (33%) diabetes tipo 2, 8 (15%) demencia, 5 (9,25%) inmunosupresión, 4 (7,4%) obstrucción de la vía urinaria, 5 (9,3%) estaban institucionalizados, 13 (24%) recibieron antibióticos durante el mes previo, 20 permanecieron hospitalizados en los 30 días previos (37%), 4 (7,4%) usaban pañal y 40 (74,1%) tenían sonda vesical al momento de la toma de la muestra. En cuanto al laboratorio, 23 (43%) pacientes tenían leucocitosis y 39 (72%) sedimento urinario patológico. La muestra fue tomada dentro de las 72 horas en 31 pacientes (57,4%).

El motivo de solicitud de urocultivo más frecuente fue fiebre aislada, correspondiendo a 26 pacientes (48%), el resto se distribuyó entre síntomas urinarios bajos: 9 (16,7%), síndrome confusional, 7 (13%), sepsis 4 (7,4%) y síntomas urinarios altos 4 (7,4%) (figura 4).

Se aislaron Klebsiella sp. 25 (46.3%), Escherichia coli 20 (37%), Proteus mirabilis 6 (11.1%), Enterobacter agglomerans 2 (3.7%) y Pseudomonas aeruginosa 1 (1.8%) (figura 1).

Los porcentajes que corresponden a la resistencia de los principales gérmenes aislados aparecen en la tabla 1. Klebsiella sp resultó resistente un 36% a timetoprima-sulfametoazol, 36% a ciprofloxacina, 41% a ciprofloxacina, 61% a gentamicina y 44% a ampicilina-sulbactam (figura 2). Escherichia coli resultó resistente un 45% a timetoprima-sulfametoazol, 50% a ciprofloxacina, 20% a gentamicina y 55% a ampicilina-sulbactam (figura 3).

Figura 1. Porcentaje de gérmenes aislados.



	Gentamicina	Timetoprima - sulfametoazol	Ciprofloxacina	Ampicilina - sulbactam
Klebsiella sp	14 (60,86%)	9 (36%)	9 (41%)	11 (44%)
Escherichia coli	4 (20%)	9 (45%)	9 (45%)	11 (55%)

Tabla 1. Resistencia a antibióticos.

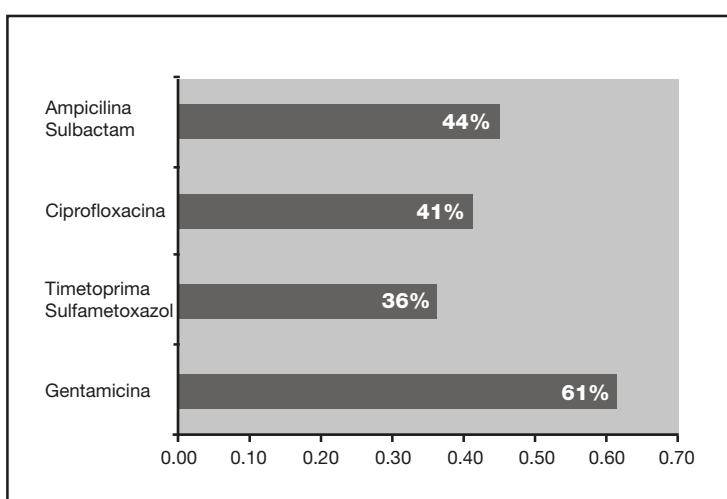


Figura 2. Porcentaje de resistencia de Klebsiella sp.

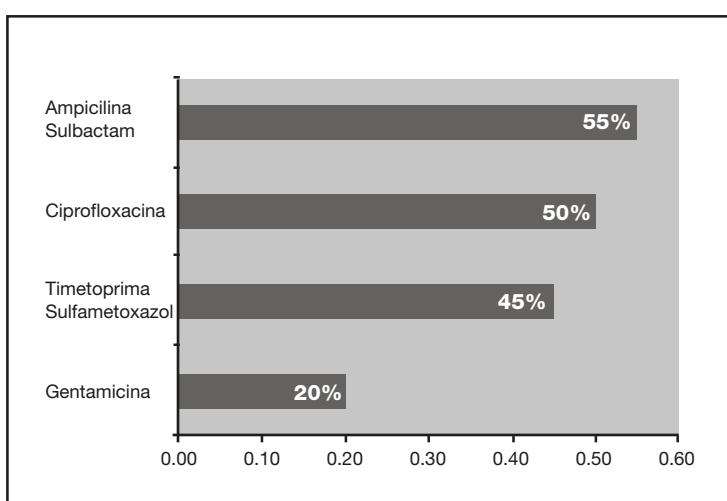


Figura 3. Porcentaje de resistencia de Escherichia coli.

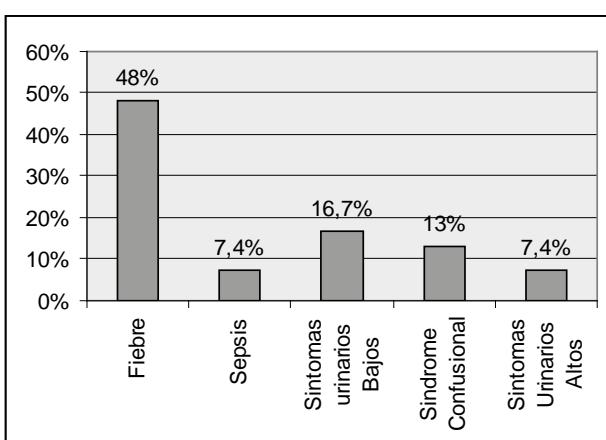


Figura 4. Motivo de Solicitud de Urocultivos.

DISCUSIÓN

Existen pocos reportes en nuestro país donde se detallen las características clínicas y microbiológicas de pacientes hospitalizados con infección del tracto urinario.

La prevalencia de ITU en pacientes internados fue del 2,72%, lo cual es superior a lo reportado por otros autores (2%). Klebsiella pneumoniae fue el germe aislado con mayor frecuencia (25 casos, 46,3%), seguido por Escherichia coli. El mapa microbiológico reportado en nuestro servicio no coincide con el de la bibliografía consultada, donde E. Coli es el germe responsable del 80% de las infecciones del tracto urinario.

El 74,1% de los pacientes con infección del tracto urinario tenía colocada sonda vesical, coincidiendo con la bibliografía. La resistencia antibiótica a timetoprima-sulfametoazol y ciprofloxacina fue del 36% y 41% para Klebsiella pneumoniae, y 45% y 50% para Escherichia coli.

CONCLUSIÓN

La infección del tracto urinario es la más común de las infecciones nosocomiales. Si bien la morbitmortalidad es baja, aumenta la estadía hospitalaria 4 días e incrementa notablemente los costos.

El conocimiento de la epidemiología y los patrones de resistencia antimicrobiana nos permite aplicar el tratamiento empírico más adecuado y generar estrategias de vigilancia y control de la resistencia antibiótica por parte de los uropatógenos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Pallares J, López A, Cano A, Frabega J, Mendive J. La infección urinaria en el diabético. Aten primaria 1998; 21:600-637.
2. Kariuki S, Revathi G, Corkill J. Escherichia coli from community-acquired urinary tract infections resistant to fluoroquinolones and extended-spectrum beta lactams. J Infect Developing Countries. 2007, 1(3):257-262.
3. Cornejo- Suarez P, Velazquez-Acosta C, Sandoval S. Patrones de resistencia bacteriana en urocultivos en un hospital oncológico. Salud pública de México. 2007; 49(5).
4. Sader H. Resistencia antimicrobiana en Latinoamérica: ¿Cómo estamos? Rev Chil Infectol. 2002;19: S5-S13.
5. Karlowsky J, Hoban D, DeCorby M. Fluoroquinolone-resistant urinary isolates of Escherichia coli from outpatients are frequently multidrug resistant: results from the north american urinary tract infection collaborative Alliance-quinolone resistant study. Antimicrob. agents chemother. 2006: 2251-2254.
6. Felipe V, Lafuente R, Peris Martí A. Infecciones del tracto urinario en pacientes ancianos institucionalizados. Incidencia y factores de riesgo de resistencias bacterianas. Farm Hosp. 2003; 27(5): 298-303.
7. Flores Siccha M, Perez Bazán L, Trelles Guzmán M. Infección urinaria intrahospitalaria en los servicios de hospitalización del medicina de un hospital general. Med Hered. 2008;19(2).
8. Guía de práctica clínica. Cistitis no complicada en la mujer. Guía multidisciplinar Asociación Española de Urología. 2008.

Manejo de la hiperglucemia en el paciente internado en sala de clínica médica.

Biaggioni, Martín¹; Boschetti, Carla Julieta²; Dodero, Romina³; Gullace, María Eugenia⁴; Lemus, Samanta⁵; Luczovich Abraham, María José⁶; Marcos, María Celeste⁷; Neimann, Nadia Nerea⁸; Panzitta, Carolina⁹; Pérez Teyssyre, Hernán¹⁰; Príncipe, Gustavo Javier¹¹; Pompermayer, Luciano¹²; De Salvo, Aniela¹³; Schugt, Guillermina¹⁴.

Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL). Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN Objetivo: Comparar la eficacia y la seguridad de los protocolos de administración de insulina en el manejo de pacientes diabéticos internados en la Sala de Clínica Médica del HMALL. **Material y métodos:** Estudio experimental, ensayo clínico, controlado y aleatorizado, con diagnóstico de Diabetes Mellitus en el período comprendido entre el 28 de Febrero y el ocho de Junio de 2011. Criterios de exclusión: complicaciones agudas de la diabetes; internación menor a 24 horas y la ingesta oral no segura. Se realizó muestreo aleatorio por bloques balanceados en dos protocolos de administración de insulina, uno de Bolo-Basal (BB) (insulina NPH y corriente fija) y otro de Escala Móvil (EM) (correcciones con insulina corriente). Se realizaron ajustes cada 48 horas para lograr los objetivos de glucemia: glucemia en ayunas menor a 140mg/dl, al azar menor de 180mg/dl y ningún episodio de hipoglucemias. Se detallaron medidas de centralización y de dispersión. Se utilizó como prueba estadística la T de Student-Fisher para la comparación de medias de las variables cuantitativas y el test de Chi cuadrado para la comparación de las variables cualitativas. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes, la media de edad fue de 66 ± 13 años y 31(53,4%) fueron hombres. La media de días de estadía hospitalaria en el grupo BB fue de $7,4 \pm 6$ y en el grupo EM $6,2 \pm 5$ ($p=NS$). La glucemia promedio diaria durante la estadía hospitalaria fue 154 ± 13 mg/dl en el grupo BB, y 179 ± 23 mg/dl en el grupo EM, con una diferencia entre medias de 25 mg/dl (IC95% 12,23-38,21) ($p<0,001$). Los objetivos de glucemia se alcanzaron en 66/172(38,4%) de las evaluaciones diarias en el grupo BB y en 41/208(19,7%) en el grupo EM RR 1,95(IC95% 1,39-2,72) ($p<0,001$). El promedio de requerimiento de insulina al alta fue de 41 unidades para el grupo BB y 16 unidades en el grupo EM (IC95% 14,69-34,07) ($p \leq 0,0001$). La diferencia de requerimientos de insulina fue de 25 unidades entre ambos grupos ($p \leq 0,0001$). No hubo diferencias significativas en la tasa de hipoglucemias en ambos grupos. **Conclusión:** El tratamiento con el esquema de insulina BB demostró ser mejor en cuanto al control glucémico durante la internación, y no mostró mayor número de hipoglucemias que el régimen de EM.

PALABRAS CLAVE: Tratamiento; Hiperglucemia; Internación.

RESUMO Objetivo: Comparar a eficácia e a segurança de dois protocolos de administração de insulina no tratamento de pacientes diabéticos internados na Sala de Clínica Médica. **Material e métodos:** Estudo experimental, ensaio clínico, controlado e aleatório, com diagnóstico de Diabetes Mellitus no período compreendido entre 28 de fevereiro e 8 de junho de 2011. Critérios de exclusão: complicações agudas da diabetes; internação menor que 24 horas e a ingestão oral não segura. Foi realizada amostragem aleatória por blocos balanceados em dois protocolos de administração de insulina, um de Bolo-Basal (insulina NPH e corrente fixa) e outro de escala móvel (correções com insulina corrente). Em ambos os grupos se realizaram ajustes a cada 48 horas para atingir os objetivos da glicemia: glicemia em jejum menor que 140 mg/dl, ao acaso menor que 180 mg/dl e nenhum episódio de hipoglicemias. Detalharam-se medidas

¹Jefe de Residentes de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
martin.biaggioni@yahoo.com.ar

²Residente Clínica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
delfindoc@hotmail.com

³Médico de Guardia. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
rominadodero@yahoo.com.ar

⁴Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
marugullace@hotmail.com

⁵Médico de Guardia. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
samilemus@hotmail.com

⁶Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
marijo_lu@hotmail.com

⁷Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
cele141082@hotmail.com

⁸Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
neri_005@hotmail.com

⁹Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
carolinapanzitta@yahoo.com.ar

¹⁰Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
Hernanperez51@hotmail.com

¹¹Médico de Planta de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
gjprincipe@hmabb.gov.ar

¹²Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
luchopompermayer@hotmail.com

¹³Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca.
anieladesalvo@yahoo.com.ar

¹⁴Residente Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Bahía Blanca.
Guilles83@hotmail.com

de centralização e de dispersão. Utilizou-se como prova estatística a T de Student-Fisher para a comparação de medidas das variáveis quantitativas e o teste de Chi quadrado para a comparação das variáveis qualitativas. Tomou-se um valor de $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** 58 pacientes foram incluídos. A média das idades foi de 66 ± 13 anos e 31(53,4%) foram homens. A média de dias de estadia hospitalar no grupo BB foi de $7,4 \pm 6$ e no grupo EM $6,2 \pm 5$ ($p=NS$). A glicemia média diária durante a estadia hospitalar foi 154 ± 13 mg/dl no grupo BB e 179 ± 23 mg/dl no grupo EM com uma diferença entre medias de 25 mg/dl (IC95% 12,23-38,21) ($p<0,001$). Os objetivos de glicemia se alcançaram em 66/172(38,4%) das avaliações diárias no grupo BB e em 41/208(19,7%) no grupo EM RR 1,95(IC95% 1,39-2,72) ($p<0,001$). A média de requerimento de insulina na alta foi de 41 unidades para o grupo BB e 16 unidades no grupo EM (IC95% 14,69-34,07) ($p \leq 0,0001$). A diferença de requerimentos de insulina foi de 25 unidades entre ambos os grupos ($p \leq 0,0001$). Não houve diferenças significativas na taxa de hipoglicemia em ambos os grupos. **Conclusão:** O tratamento com o esquema de insulina BB demonstrou ser melhor quanto ao controle glicêmico durante a internação e não mostrou maior número de hipoglicemias que o regime de EM.

PALAVRAS CHAVE: Tratamiento; Hiperglicemia; Internación.

INTRODUCCION

La diabetes es uno de los diagnósticos más comunes encontrados durante la internación, con una incidencia que ha ido en aumento en la última década. Un reciente estudio estimó que entre el 22 y 35% de los ingresos hospitalarios corresponde a pacientes diabéticos, aumentando con esto los costos de hospitalización. La hiperglucemia durante la internación aumenta los días de estadía hospitalaria y la probabilidad de necesidad de cuidados intensivos (1). Estudios recientes indican que no es necesariamente una condición benigna, ya que agrava los procesos inflamatorios, oxidativos e inmunológicos, por lo tanto, un tratamiento intensivo de la misma resulta en disminución de la morbimortalidad. La utilización de insulina regular en escala móvil para el tratamiento de la hiperglucemia en paciente hospitalizado es una práctica que se viene realizando desde hace décadas (2). Nuevos protocolos proponen el uso de insulina NPH en dos dosis diarias, asociada a insulina corriente (3,4). Este trabajo compara la eficiencia y la seguridad de un régimen de insulina bolo basal con un régimen de insulina regular de escala móvil, buscando definir qué protocolo de manejo permite un control más estrecho de la glucemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la investigación

Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus internados en el Servicio de Clínica Médica del HMALL de la ciudad de Bahía Blanca, en el período comprendido entre el 28 de Febrero del 2011 y el ocho de Junio del 2011.

Se solicitó consentimiento informado por escrito a los participantes del estudio o a su acompañante. Los pacientes fueron tratados por los miembros de la Residencia de Clínica Médica del HMALL, quienes recibieron una copia del protocolo de tratamiento asignado, recolectaron los datos y los consignaron en una planilla confeccionada para tal fin.

Al ingresar al estudio se suspendieron los hipoglucemiantes orales y los pacientes fueron aleatorizados en dos protocolos de administración de insulina, uno de Bolo-Basal (BB) y otro de Escala Móvil (EM). Para esto se utilizó el sistema de bloques balanceados, en el cual se confeccionaron 20 bloques con seis letras cada uno, asignando la letra A para el grupo BB y la letra B para el grupo EM, eligiéndose al azar la secuencia a seguir, de acuerdo a una tabla de números aleatorios. En ambos grupos se realizaron ajustes cada 48 horas para lograr el objetivo de glucemia en ayunas menor a 140mg/dl, al azar menor a 180mg/dl y ningún episodio de hipoglucemia.

En el grupo BB, se inició el tratamiento con una dosis de insulina NPH de 0,2 U/kilogramo/día dividido en dos administraciones diarias previo al desayuno y a la cena, asociado a insulina corriente fija a dosis de 0,05 U/kilogramo/dosis administrada antes de las cuatro ingestas diarias y correcciones con insulina corriente según tres escalas determinadas por el grado de sensibilidad a la insulina (Tabla 1). Cada 48 horas se realizaron ajustes si no se alcanzaban los objetivos de glucemia aumentando la insulina NPH el 20% del basal y la insulina corriente fija 1-2 U/dosis.

El grupo EM consistió en la medición de la glucemia capilar pre-ingesta y correcciones con insulina corriente según tres escalas determinadas por la sensibilidad a la insulina. A las 48 horas se evaluó el control glucémico reasignando la escala de administración de insulina corriente (Tabla 1). La glucemia capilar fue medida antes de cada ingesta utilizando MediSense Optium Xceed.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus, según los criterios de la American Diabetes Association (ADA), internados en el HMALL en el período comprendido entre el 28 de febrero y el ocho de junio del 2011.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los pacientes que al ingreso se encontraban cursando una complicación aguda de la diabetes, tales como cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar no cetósico o hipoglucemia; los pacientes que permanecieron menos de 24 horas internados y los pacientes diabéticos que por su condición de ingreso no tenían asegurada la ingesta oral.

Variables estudiadas

Se consideraron para el estudio las siguientes variables: edad; sexo; índice de Masa Corporal al ingreso, definido como el peso en kilogramos dividido la talla en metros al cuadrado; requerimiento de insulina previos, medido como Unidades de insulina diarias; días de estadía hospitalaria; hemoglobina glicosilada (Hb1AC), solicitada al ingreso o dentro de los tres meses previos; buen control glucémico, definido como glucemia pre-prandial menor a 140 mg/dl, y glucemia al azar menor de 180 mg/dl; mal control glucémico, definido como glucemia mayor a 140 mg/dl pre-prandial o mayor a 180 mg/l en medición al azar; hipoglucemia, registros de glucemia menor a 70 mg/dl, definiéndose como severa a valores menores de 40 mg/dl; promedio de las glucemias diarias y requerimientos de insulina al alta.

Análisis estadístico

Los datos fueron cargados en forma manual por computadora y analizados a través del programa Epi Info™ Versión 3.5.1. y PASW Statistics 18.

Para las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y para las variables cuantitativas las medias y desvíos estándar. Para la comparación de las medias de las variables cuantitativas entre los dos grupos de estudio se utilizó como prueba estadística la t de Student-Fisher, mientras que para la comparación de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Ji al cuadrado. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

Un total de 92 pacientes con Diabetes Mellitus fueron admitidos en la Sala de Clínica Médica de nuestro hospital, en el período del estudio. De ellos 29 (31,5%) cumplieron los criterios de exclusión; 13 presentaron complicaciones agudas de Diabetes (cinco hipoglucemias, seis CAD, dos SHHNC); 16 pacientes fueron excluidos por no poder asegurar la ingesta oral; Los 63 (68,5%) restantes fueron randomizados en dos grupos, incorporándose 35 pacientes al grupo de Escala Móvil y 28 al grupo de Bolo Basal. Durante el estudio se perdieron cinco (7,9%) pacientes (dos por haber permanecido menos de 24 horas internados y tres pacientes por errores en la toma de datos). Se incorporaron al análisis un total 58 (92,1%) pacientes, quedando 25 en el grupo de Bolo Basal y 33 en el grupo de Escala Móvil (Gráfico 1).

Las causas de admisión hospitalaria constituyeron: enfermedades cardiovasculares 31 (53,4%), enfermedades infecciosas 15 (25,9%), enfermedades gastrointestinales tres (5,2%), enfermedades neurológicas tres (5,2%), enfermedades osteoarticulares dos (3,4%), enfermedades pulmonares una (1,7%) y otras enfermedades tres (5,2%). La media de días de estadía hospitalaria en el grupo de Bolo Basal fue de 7,4 +/- seis días y en grupo de Escala Móvil 6,2 (+/- 5) ($p=NS$).

Las características clínicas entre ambos grupos se muestran en la Tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, IMC, HbA1c, creatinina sérica, uso previo de insulina, y tratamiento previo con corticoides, entre ambos grupos de tratamiento.

La media de glucemia al ingreso fue para el grupo BB de 191 +/-82 y para el grupo EM 166 +/- 69. ($p=NS$).

La glucemia promedio diaria durante la estadía hospitalaria fue menor en el grupo BB en comparación con el grupo EM, siendo de 154,00 +/- 13 en el BB, en contraste con grupo EM 179 +/- 23, con una diferencia entre medias de 25 mg/dl (IC95% 12,23-38,21) ($p=0,0004$). (GRAFICO 2). La glucemia promedio durante los últimos 3 días de internación fue significativamente más baja en el grupo de BB en comparación con el grupo EM 153+/- 9 vs 181+/- 13, con una diferencia entre ambos de 28 mg/dl ($P=0,03$) (IC 95% 2,75-53,91). Los valores de glucemia prepandrial menor a 140 mg/dl durante todas las mediciones diarias. Fueron significativamente menores en el grupo BB en comparación con el grupo EM, 66/106 vs 41/167 RR 1,95 (IC95% 1,39-3,72) ($p=0,000056$). No se encontraron diferencias significativas en los primeros 3 días de internación. Entre los días 3-6 de internación el control glucémico fue mejor en el grupo BB, con 66 días de glucemias prepandiales diarias menores a 140 mg/dl, y 106 días con valores mayores, en contraste con 41 días con valores prepandiales menores a 140 mg/dl y 167 valores mayores en el grupo de EM RR 1,95 (IC95% 1,39-3,72) ($p= 0,000056$). Entre los días siete y nueve se reportaron valores significativamente menores en el grupo BB en comparación con el EM, 15/12 vs 7/21 con un RR 2,22 (IC95% 1,08-4,59) ($P=0,0020$). Se obtuvieron mejores controles en el intervalo de los días 10 a 12 de internación en el grupo de BB 8/3 vs 0/6 ($P = 0,006$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al objetivo de glucemia prepandrial menor a 140 mg/dl en los días 13 al 18 de internación. En ninguno de los días se reportaron mejores controles en grupo tratado con EM en comparación con el BB.

La media de insulina utilizada fue significativamente mayor en el grupo de BB en comparación con el grupo EM 41+/-20 vs. 16+/-14 con una diferencia entre ambos de 25U (IC95% 14,69-34,07) ($p\leq 0,0001$).

Un total de 4 pacientes presentaron hipoglucemia leve (glucemia entre 40-70 mg/dl) en el grupo BB en contraste con 5 pacientes que presentaron hipoglucemia en el grupo EM ($p=NS$). No se registraron hipoglucemias graves (≤ 40 mg/dl) en ninguno de los dos grupos de tratamiento.

DISCUSIÓN

A lo largo de décadas ha sido utilizado el esquema de insulina en escala móvil para el tratamiento de la hiperglucemia en el paciente internado. En nuestro medio, múltiples servicios en el ámbito público y privado utilizan actualmente dicho tratamiento y se calcula que aproximadamente el 75% de los pacientes son tratados con este régimen.

Esto es sustentado por varios argumentos, entre ellos, en la transmisión de prácticas entre generaciones como una supuesta pauta fácil, segura y frecuentemente efectiva, en la utilización por parte de los endocrinólogos de pautas complejas como para ser utilizadas por personal sanitario no experto en diabetes y en la ausencia de recomendaciones con evidencias claras. Se han propuesto múltiples esquemas, con combinaciones de insulina de acción lenta y rápida en forma de bolo. En el presente estudio se demuestra un mejor control glucémico en el grupo de pacientes

tratados con un protocolo de insulina BB, que comprende NPH en dos dosis, e insulina corriente preingesta, en comparación con el uso de EM con insulina corriente pre ingesta. Una experiencia similar es reportada por Umpierrez et al (5), en un ensayo clínico controlado (estudio RABBIT 2), en el cual se utiliza un esquema de insulina en bolo basal, con glargina y glulisina, en comparación con un esquema de escala móvil con insulina corriente. En el mismo, se señala un mejor control en los pacientes randomizados en el primer grupo, sin encontrar diferencias significativas, en cuanto a la tasa de hipoglucemia, días de internación y mortalidad. El presente estudio representa una experiencia local, que reproduce dichos resultados de manera similar. En el estudio de Umpierrez et al (5) se critica la distribución de los pacientes por sexo entre los grupos de tratamiento. En nuestro trabajo, no se encontraron diferencias significativas entre las características principales de ambos grupos. El uso de escala móvil, ha sido desaconsejado en múltiples guías y protocolos, aunque no existe hasta el momento evidencia científica que rechace su utilización. El estudio de Qualee et al (6) atribuye la mejoría del control, en la estrategia bolo-basal, a la utilización de insulina en dosis superiores, que a la estrategia de escala móvil per se. En el presente estudio se evidencia la utilización de una dosis promedio diaria de 25U superior de insulina en el grupo de bolo basal. Sin embargo, creemos que esto se debe a que esta estrategia permite la utilización de dosis mayores de insulina, debido a que se utiliza una mejor distribución del requerimiento diario con un ritmo más cercano a lo fisiológico, no siendo posible este aumento de dosis con el régimen EM. En el estudio de Klas Malmberg (estudio DIGAMI) (7,8) se demuestra que el tratamiento intensivo de la hiperglucemia mejora la mortalidad a largo plazo en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio. En dicho trabajo se obtuvieron valores de insulina promedio diaria de 211 mg/dl en el grupo de tratamiento intensivo con insulina, frente a valores de 173 mg/dl no intensivo. Se registraron valores inferiores en nuestra experiencia, 154 mg/dl en el BB, frente a 179 mg/dl en el grupo EM, lo cual adquiere importancia al tener en cuenta que el 53,4% de los pacientes fueron admitidos por enfermedades cardiovasculares.

Si bien los estudios realizados en pacientes críticos, como el estudio de Van Den Berghe (9,10) el estudio NICE-SUGAR (11), demuestran resultados disímiles en cuanto control glucémico estricto y mortalidad, no hay estudios en pacientes internados en sala general, que determinen el impacto sobre esta variable. En nuestro caso, no se reportaron muertes, y constituye una limitación el tamaño muestral, que no permite establecer la potencia estadística necesaria para determinar diferencias entre resultados clínicos o mortalidad entre los grupos de tratamiento. Otro problema, es la imposibilidad para establecer un doble ciego, debido a las diferencias entre los dos protocolos, en cuanto a variabilidad de las dosis, tiempo y horario de administración.

CONCLUSIÓN

El tratamiento con el esquema de insulina BB demostró ser más eficiente en cuanto al control glucémico durante la internación, y no generó mayor número de hipoglucemias que el régimen de EM. La hiperglucemia durante la internación presenta fluctuaciones continuas, y el manejo debe ser discriminado del empleado en el paciente ambulatorio. Nos impresiona que se requiere mayores dosis de insulina para lograr un buen control glucémico. Hacen falta más ensayos clínicos que comparen diferentes estrategias de tratamiento, para así mejorar la atención del paciente diabético internado.

ANEXOS

Tabla 1. Protocolos de tratamiento con insulina.

A. Grupo con insulina bolo-basal.

- Se suspenden antidiabéticos orales en la admisión.
- Esquema de insulinización. Al inicio:
 - Insulina NPH a dosis de 0,2 U/kg/día (50% de la dosis pre-desayuno y 50% pre-cena).
 - Insulina corriente preprandial fija 0,05 U/kg/dosis (bolos subcutáneos preprandiales)
- Determinar protocolo de corrección:

A para pacientes insulino-sensibles, diabéticos tipo 1 o con requerimientos de insulina menores a 40 U/día o los propensos a las hipoglucemias.

B para pacientes diabéticos tipo 2 con obesidad o sobrepeso, que requieren dosis diarias moderadas de insulina 40-100 U/día.

C para pacientes con resistencia severa, obesidad grado III o diabetes 2º a corticoides, o requerimientos diarios de insulina mayores a 100 U/día.

- A las 48 horas evaluar ajustes:
 1. Insulina NPH: aumentar el 20% del basal para alcanzar meta.
 2. Insulina preprandial fija: aumentar 1-2 U/dosis si la respuesta no fue adecuada.
- Protocolo de correcciones con insulina corriente

HGT	A	B	C
150-200 mg/dl	1 U	2 U	4 U
201-250 mg/dl	2 U	4 U	8 U
251-300 mg/dl	3 U	6 U	12 U
301-350 mg/dl	4 U	8 U	16 U

B. Grupo con insulina corriente de escala móvil.

- Se suspenden antidiabéticos orales en la admisión.
- Si el paciente es capaz de comer o se espera que coma todas o la mayoría de sus comidas, administrar insulina corriente antes de cada ingesta y antes de acostarse utilizando la columna "usual".
- A las 48 horas evaluar ajustes:
 1. Si la glucemia capilar en ayunas y previa a las comidas es mayor a 140 mg/dl en ausencia de la hipoglucemias, se aumentará de la columna de "sensible" a la "usual", y de ésta a la de "resistencia a la insulina".
 2. Si un paciente desarrolla hipoglucemias, se disminuye la insulina corriente de "resistencia" a "usual" y de "usual" a "sensible a la insulina".
- Escala móvil de correcciones

	Sensible a insulina U/insulina corriente	Usual U/insulina corriente	Resistente a insulina U/insulina corriente
Glucemia (mg/dl)			
140–180	2	4	6
181–220	4	6	8
221–260	6	8	10
261–300	8	10	12
301–350	10	12	14
351–400	12	14	16
>400	14	18	

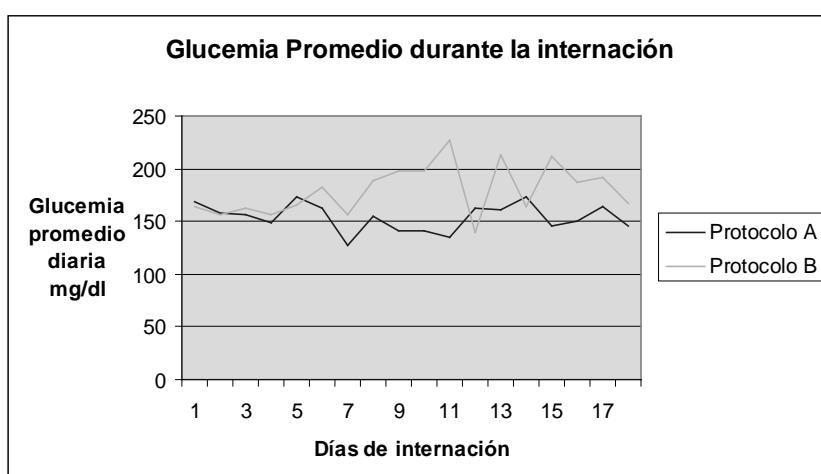
TABLA 2. Características básicas de los dos grupos.

	Bolo Basal	Escala Móvil
N	25	33
Edad*	64+-12	67+-13
Sexo (masculino/femenino)*	11/14	13/20
IMC*	30+-7	31+-7
Estadía hospitalaria*	7+-6	6+5
Creatinina*	0,9 +-0,4	1,1 +-0,7
HbA1C*	9,2 +-2	8,6 +-2
Uso de corticoides previo	3	0
Glucemia a la admisión*	213 +-81	187 +-76
Glucemia promedio en internación**	154.00 +- 13	179 +- 23
Numero de hipoglucemias*	4	5
Requerimientos de insulina U/día**	41+-20	16+-14

*P: NS

**P<0.05

Gráfico 2.



BLIOGRAFIA

1. Pérez Pérez A, Gutiérrez Conte P, Diosdado Aguilar M, Bertomeu Martínez V, Anuncibay Galdos P et al. Tratamiento de la hiperglucemia en el hospital. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(12):465–475.
2. Baldwin D, Villanueva G, McNutt R, Bhatnagar S. Eliminating inpatient sliding-scale insulin; a reeducation Project with medical house staff. *Diabetes Care*. 2005;28:10008-1011.
3. Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. *Diabetes Care* 2004; 27:553-91. [Errata, *Diabetes Care*. 2004;27:856,1255.]
4. Rigla Cros M. Pautas de tratamiento insulínico en el paciente diabético hospitalizado. *Av Diabetol*. 2006;22(3): 200-206.
5. Umpierrez GE, Smiley D, Zisman A, Prieto LM, Palacio A, Ceron M, et al. Randomized study of basal-bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes (RABBIT 2 trial). *Diabetes Care*. 2007;30:2181–6.
6. Queale WS, Seidler AJ, Brancati FL. Glycemic control and sliding scale insulin use in medical inpatients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 1997;157:545-52.
7. Malmberg K, Ryden L, Efendic S, et al. Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study): effects on mortality at 1 year. *J Am Coll Cardiol*. 1995;26:57-65.
8. Malmberg K, Ryden L, Wedel H, et al. Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2): effects on mortality and morbidity. *Eur Heart J* 2005;26:650-61.
9. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med*. 2001; 345:1359-67.
10. Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. *N Engl J Med*. 2006;354:449-61.
11. The NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med*. 2009;360:1283-1297.

“Buenos Vecinos”. Una apuesta a la articulación salud y educación. Experiencia de trabajo conjunto entre el Centro de Salud Leonor Natali de Cappelli (CSLNC) y la Escuela “Gral. E. Mosconi” de Ingeniero White.

Bregant, Guillermo¹; Conti, Cecilia²; Fabris, Eliana³; Lizama, Mauro⁴; Taboada, Mariela⁵.

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo” (1).

RESUMEN Institución: Centro de Salud (CS) Municipal Leonor Natali de Cappelli, Residencia de Salud Familiar y Comunitaria (Residencia de Medicina Familiar, Medicina General y Psicología Comunitaria), Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires (Argentina). **Introducción:** Nuestro CS se encuentra a pocos metros de la Escuela de Enseñanza General (EEG) N°1 “Gral. E. Mosconi”, institución pública que cuenta con 520 estudiantes, mayoritariamente adolescentes del sector, aunque dicha cercanía no implica lazos de cooperación ni trabajo en conjunto. **Objetivo:** Fortalecer el vínculo de los trabajadores del CS “Leonor Natali de Cappelli” con los estudiantes de la EEG N° 1 “Gral. Enrique Mosconi” de Ingeniero White. **Relato De Experiencia:** La EEG invitó a los trabajadores de la Residencia de Salud Familiar y Comunitaria (RSFC) a colaborar con el espacio curricular “Salud y Adolescencia”, del que participan 58 estudiantes cuyas edades oscilan entre los 15 y 18 años. Algunos encuentros se realizaron en la escuela y otros en el CS, en ellos se abordaron las temáticas que los mismos adolescentes propusieron. **Resultado:** Se realizaron cuatro encuentros con actividades planificadas junto a los estudiantes y cuerpo docente. El encuentro final se enmarcó en una jornada municipal de salud mental realizada en un parque público de la ciudad. **Conclusión:** Las instituciones de salud y educación tienen en común “la palabra” y el “encuentro entre sujetos” como medio de acción. Este contexto permite a ambos campos establecer estrategias a través de una lógica vincular con los adolescentes. La articulación de ambas resulta potencialmente útil para el abordaje de las problemáticas de salud de los mismos.

PALABRAS CLAVE Salud; Educación; Articulación.

RESUMO Instituição: Centro de saúde (CS) Municipal Leonor de Capelli, Residência de Saúde Familiar y Comunitária (Residência de Medicina Familiar, Medicina Geral y Psicologia Comunitária), Bahia Blanca, província de Buenos Aires (Argentina). **Introdução:** Nosso CS encontra-se a poucos metros da Escola de ensino geral (EEG) N° 1 “Geral E. Mosconi”, instituição pública que conta com 520 estudantes, em sua maioria adolescentes do setor, ainda essa proximidade não implica laços de cooperação nem trabalho em conjunto. **Objetivo:** Fortalecer o vínculo de los trabajadores do CS “Leonor Natali de Capelli” com os estudantes da EEG N°1 “Geral Enrique Mosconi” de Engenheiro White. **Relato de experiência:** A EEG convidou a los trabajadores da Residência de Saúde Familiar y Comunitária (RSFC) para colaborar com o espaço curricular “Saúde e adolescência”, do que participam 58 estudantes cujas idades oscilam entre los 15 e los 18 años. Alguns encontros foram realizados na escola e outros em o CS, em eles foram trabalhadas as questões que los os mesmos adolescentes propuseram. **Resultado:** realizaram-se quatro encontros com atividades planificadas junto a los estudiantes e corpo docente. O encontro final se modulou em uma jornada municipal de saúde mental realizada em um parque público da cidade. **Conclusão:** As instituições de saúde e educação têm em comum “a palavra” e o “encontro entre sujeitos” como meio de ação. Este contexto permite a ambos os campos estabelecer estratégias a través de uma lógica vincular com os adolescentes. A articulação de ambas resulta potencialmente útil para a abordagem das problemáticas de saúde dos mesmos.

PALAVRAS CHAVE Saúde; Educação; Articulação.

¹Médico. Residencia de Medicina Familiar 1º año.

guillermobregant@hotmail.com

²Psicóloga. Residencia de Psicología Comunitaria 1º año.

ceciliacconti85@gmail.com

³Médica. Residencia de Medicina General 3º año.

guguitofabris@hotmail.com

⁴Médico. Residencia de Medicina Familiar 1º año.

maurolizama@yahoo.com.ar

⁵Médica. Residencia de Medicina General 1º año.

mariela_tabo@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

En junio de 2012 se nos convoca, como residentes, a dar respuesta a una solicitud de intervención realizada por una docente de la Escuela General N°1 “Gral. Enrique Mosconi” al Centro de Salud (CS), en el cual realizamos nuestra formación. Se trataba de un pedido por escrito de cooperación e intercambio con el espacio curricular denominado “Salud y adolescencia”, que corresponde al 4to año de la educación general secundaria.

Decidimos reunirnos con la docente para escuchar y tratar de entender qué se nos demandaba, y así pensar cómo responder. Durante los dos encuentros que mantuvimos con la profesora pudimos detectar dos aspectos emergentes para intervenir:

- Necesidad de enriquecer desde la medicina y la psicología los contenidos curriculares que se dictan en la asignatura “Salud y adolescencia”.
- Percepción negativa de los adolescentes sobre el CS. Según dichos de la docente, los jóvenes relatan experiencias de mala atención en la guardia y expresan desconfianza sobre los métodos anticonceptivos que se ofrecen en el CS.

El presente proyecto comunitario de articulación interinstitucional buscará dar respuesta a dichos emergentes.

JUSTIFICACIÓN

Los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar son impulsados por los organismos sanitarios internacionales (OMS, OPS) como una estrategia eficaz para mejorar la salud de los niños y jóvenes.

En nuestro país existieron experiencias de Escuelas Promotoras de Salud desde 1995, aunque recién en 1997 se adoptó esta estrategia a nivel nacional. Algunas provincias continúan desarrollando esta estrategia, pero la realidad es que no ha logrado predominar sobre el enfoque tradicional de salud escolar, que continúa respondiendo al modelo tradicional hegemónico, en el que prevalece la lógica biomédica centrada en la prevención y asistencia de la enfermedad, con un énfasis en los factores biológicos y una concepción netamente individualista de la intervención.

A su vez, las actividades de promoción de la salud suelen quedar en manos de profesionales o equipos externos a la institución escolar.

Como modelo contrapuesto, una Escuela Promotora de Salud es aquella que ofrece múltiples oportunidades para favorecer el crecimiento y desarrollo sano de niños, niñas y adolescentes, que permite la participación activa de las/os alumnas/os, personal de la escuela, de la familia, sector salud y comunidad; que refuerza los factores de protección, además de disminuir los de riesgo y que posibilita el acceso a servicios de salud (2).

El vínculo entre la escuela y los servicios de salud busca fortalecer factores protectores de la salud, la prevención de los factores de riesgo en forma oportuna y continua, a través de actividades educativas orientadas a la práctica de estilos de vida saludables y desarrollo de conciencia sanitaria.

Se sugiere que las escuelas se articulen con los servicios de salud pública de referencia bajo un criterio de responsabilidad territorial, entendiendo que esta propuesta es más sustentable que desarrollar metodologías que resultarían ajenas a las formas en que se organizan los servicios y los territorios (3).

Los adolescentes, la escuela y los servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece a la adolescencia como una categoría etaria que se desarrolla entre los 10 y los 19 años, y la define como la etapa evolutiva específica de crecimiento y desarrollo del ser humano, de la que es necesario destacar los aspectos conflictivos más comunes y las variaciones en forma de períodos de crisis biopsicosociales que son preparatorias para el progreso hacia la juventud y la etapa adulta (4).

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de la adolescencia generan necesidades de salud que deben ser atendidas.

Muchas de las descripciones tradicionales acerca de los adolescentes están basadas meramente en creencias y convicciones, a menudo originadas en conceptos no demostrados científicamente. Del análisis de los estudios modernos de prevalencia de perturbaciones emocionales en la población adolescente, puede concluirse que la inmensa mayoría de los jóvenes no tiene una adolescencia tumultuosa ni pasa por un período de gran emocionalidad (en comparación con su niñez) y no percibe a la pubertad como un evento negativo. Tampoco la adolescencia no es un período de alto riesgo de suicidio. El pensamiento del adolescente es distinto al del infantil, y se destaca por su racionalidad y sofisticación (5).

El proyecto Escuelas del Bicentenario plantea como uno de sus ejes fundamentales para su implementación la participación social y comunitaria. Entendiendo la necesidad de convocar a diferentes instituciones y organizaciones públicas y privadas. Destaca que el trabajo en red alrededor de la escuela favorecerá la producción de respuestas oportunas y equitativas a las necesidades locales (3).

En nuestra ciudad, la secretaría de salud plantea una política de atención-cuidado basada en cuatro principios: trabajo en equipo; lógica vincular; abordaje territorial; y una propuesta orientada en la oferta centrada en el derecho a la salud.

En el balance de gestión de 2011, se define a este último principio de la siguiente manera: “el equipo junto con la comunidad marcan las prioridades de atención e intervención, organizando la tarea con propuestas activas para que la demanda sea satisfecha y que la agenda de salud no contemple solo lo emergente, sino también, lo necesario” (6).

OBJETIVO GENERAL

- Establecer vínculos sustentables entre el Centro de Salud “Leonor Natali de Cappelli” y la Escuela de Enseñanza General N° 1 “Gral. Enrique Mosconi”, ambos de Ingeniero White.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir los servicios que se brindan en el CS.
- Presentar a los integrantes del equipo de salud del CS.
- Priorizar con los adolescentes las temáticas relevantes para abordar en conjunto.
- Organizar actividades planificadas junto al cuerpo docente y los estudiantes.
- Articular con otros sectores e instituciones del sector.

BENEFICIARIOS

Estudiantes de 4to año (Economía, Educación física y Ciencias sociales) de la Escuela de Enseñanza General N°1 “Gral. Enrique Mosconi” que participan del espacio curricular “Salud y adolescencia”.

PLAN DE TRABAJO

Lugar: Centro de Salud “Leonor de Capelli”, Escuela de Enseñanza General N°1 “Gral. Enrique Mosconi”, Museo del Puerto y Parque de mayo.

Frecuencia: Una vez por mes.

Tiempo: De 13.00 a 18.00 horas.

Número de participantes: 58 estudiantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecimiento de vínculos sustentables entre adolescentes que concurren a la Escuela de Enseñanza General N° 1 “Gral. Enrique Mosconi”, y los trabajadores de la salud del CS “Leonor Natali de Cappelli”.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Encuentros entre talleres para evaluar el proceso.

PLAN DE COMUNICACIÓN

Socialización de las producciones en un encuentro en el parque público de la ciudad.

EQUIPO DE TRABAJO

- Residente de primer año de la residencia de psicología comunitaria.
- Residentes de primer año de medicina familiar.
- Residente de primer año de medicina general.
- Residente de tercer año de medicina general.

EXPERIENCIA PREVIA

- 2005 Encuestas sobre adicciones, a cargo de residentes de medicina familiar del CS “Leonor Natali de Capelli”, realizadas a estudiantes de la Escuela de Enseñanza General N° 1 “Gral. Enrique Mosconi”.

CONCLUSIONES

Las instituciones de salud y educación tienen en común “la palabra” y el “encuentro entre sujetos” como medio de acción. Este contexto permite a ambos campos establecer estrategias a través de una lógica vincular con los adolescentes. La articulación de ambas resulta potencialmente útil para el abordaje de las problemáticas de salud de los mismos.

AGRADECIMIENTOS

- A la Escuela de Enseñanza General N°1 Gral. Enrique Mosconi.
- A la profesora María Gabriela Rodríguez.

- A los alumnos de los 4º años de la Enseñanza General N°1 “Gral. Enrique Mosconi”.
 - A jefes, instructores y residentes superiores.
 - Al Museo del Puerto de Ingeniero White.
-

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (Orden según aparición en el texto)

1. Documento OMS 1994.
2. De Lellis Martin, MozobancykSchelica, Cimmino Karina. Investigación evaluativa de una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar: Anevaluativeresearch. Anu. investig. [revista digital]. [citado 2012 Oct 16]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100030&lng=es
3. Proyecto Escuelas del Bicentenario: <http://www.ebicentenario.org.ar/>
4. OMS. Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los adolescentes.
5. Silber Tomas J. Poniendo fin a los mitos acerca de la adolescencia. En Archivos Argentinos de Pediatría. Departamento de Medicina del Adolescente del hospital Nacional de Niños de Washington DC. 1996; 94 (6):413-6.
6. <http://bahialblanca.gov.ar/salud/doc/Balance%20de%20Gestion%20Secretaria%20de%20Salud%20final.pdf>

LA EPIDEMIOLOGÍA DE SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

García Pasquaré, Ezequiel¹; Fagiani, María Fernanda².

RESUMEN **Objetivo principal:** Caracterizar las consultas de los psicólogos del sistema de salud de atención primaria en Bahía Blanca, entre los meses de marzo a septiembre de 2011. **Materiales y métodos:** como fuente de recolección de datos, fueron utilizadas las hojas de registro del servicio de psicología en el primer nivel de atención, en el período marzo-septiembre de 2011. Fueron analizadas 4239 consultas, un equivalente al 1,6% de los habitantes de la ciudad por medio de un estudio retrospectivo transversal observacional descriptivo. Los criterios de selección de la población fueron: las personas de 0 a 99 años que consultaron el servicio de psicología de las unidades sanitarias y de los centros de salud en el primer nivel de atención de Bahía Blanca. Fueron excluidas las consultas cuyo registro se encontraba incompleto y no permitía un análisis adecuado de los datos. Las muestras obtenidas fueron consecutivas y fueron realizadas entre los meses de marzo a septiembre de 2011 en la ciudad de Bahía Blanca. **Resultados:** Despues de analizar las 4239 consultas fueron establecidos los siguientes resultados: 75,1% de los consultores fueron mujeres y el 24,9% fueron hombres. La franja etaria que más consultó está localizada entre los 31 y los 50 años (33,7%). El 26,1% de los consultores fueron niños y adolescentes con edades entre los 0 y los 18 años. En relación con los diagnósticos, el 31,5% de las muestras que fueron colocadas en la categoría "Otras que pueden ser objeto de atención clínica" dentro de este diagnóstico de "problemas familiares", corresponde al 35,3%. El 12,2% de las consultas son diagnosticadas como "trastornos de ansiedad", y finalmente un 21% de las personas de la muestra no asistió a las consultas programadas. En un 17 % de los casos, los psicólogos registraron las prácticas realizadas en las consultas en lugar de los diagnósticos. **Conclusiones:** La información epidemiológica es esencial para caracterizar a la población y sus problemas. Estimar la distribución, la magnitud y la frecuencia de las consultas es un recurso esencial para pensar en el cuidado, la promoción y la prevención en salud. Los datos obtenidos presentan nuevas cuestiones para la investigación y posibles propuestas de gestión de los servicios de psicología en el primer nivel.

PALABRAS CLAVE Consultas; Salud mental; Epidemiología.

RESUMO **Objetivo principal:** caracterizar a consulta aos psicólogos do sistema de saúde da atenção primária em Bahia Blanca, nos meses de março a setembro de 2011. **Materiais e métodos:** como fonte de recolheçao de dados foram utilizados as folhas de registro do serviço de psicologia no primeiro nível na atenção, no período março setembro de 2011. Foram analisadas 4239 consultas, o equivalente a 1,6% dos habitantes da cidade por meio de um estudo retrospectivo transversal observacionaldescritivo. Os critérios de seleção da poblaçao são: as pessoas de 0 a 99 anos que consultaram ao serviço de psicologia nas unidades sanitárias e centros de saúde no primeiro nível de atenção de Bahía Blanca. Foram excluídas as consultas cujo registro incompleto não permitiu uma análise adequada dos dados. A amostragem feita é consecutiva e foi realizada nos meses de março e setembro de 2011 na cidade de Bahía Blanca. **Resultados:** Depois da analise das 4239 consultas foram estabelecidos os seguintes resultados: 75,1% dos consultores eram mulheres e o 24,9% eram homens. A faixa etária que mais consulta é a localizada entre 31 e 50 anos (33,7%). O 26,1% dos consultores eram crianças e adolescentes com idades entre 0-18 anos. Em relação aos diagnósticos o 31,5% da amostra é colocada na categoria "Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica" dentro desta o diagnóstico de "problemas familiares", corresponde a 35,3%. O 12,2% da consulta são diagnosticadas como "transtornos de ansiedade" e finalmente um 21% das pessoas da amostragem não assistiu às consultas programadas. Num 17% dos casos, os psicólogos registraram as práticas realizadas nas consultas em lugar dos diagnósticos. **Conclusões:** A informação epidemiológica é essencial para caracterizar a população e seus problemas. Estimar a distribuição, a magnitude e a frequênciadas consultas é um insumo essencial para pensar em o cuidado, a promoção e a prevenção em saúde. Os dados obtenidos colocam novas questões para investigação e possíveis propostas de gestão dos serviços de psicologia no primeiro nível.

PALAVRAS-CHAVE Consultas; Saúde mental; Epidemiologia.

El siguiente proyecto se basa en la necesidad de conocer las consultas de psicología en el primer nivel de atención de salud de la ciudad de Bahía Blanca, dado que esta información configura un elemento básico para planificar estrategias. La información epidemiológica brinda la oportunidad de pensar lo que le sucede a una población determinada en un tiempo y un espacio, y facilita pensar en términos colectivos estrategias que pueden diseñarse, sin agotar los recursos humanos y materiales en dispositivos individuales.

En esta oportunidad, se considera importante aproximar datos que describan a la población que se atiende en

¹Lic. en psicología. Residencia de Psicología Comunitaria. Hospital Menor de Ing. White.
egarciapasquare@gmail.com

²Lic. en psicología. Centro Integrador Comunitario (CIC) Spurr.
mffagiani@bvconline.com.ar

Unidades Sanitarias por psicólogos, para renovar las intervenciones apuntando a construir sujetos sociales capaces de transformar su realidad. Alicia Stolkiner, en el artículo “Subjetividades de época y salud mental”, publicado en *Actualidad Psicológica*, refiere: “En cada acto de salud, en cada acto institucional se reafirma, construye o reconstruye una concepción sobre sus actores que, a su vez, los produce. Es esta potencialidad transformadora la que invita a una actitud de reflexividad sobre las prácticas actuales.”

Mario Testa propone no fijar normas, sino desencadenar procesos, sabiendo de dónde uno parte, pero sin pensar a dónde quiero llegar. De tal manera, se diseña un estudio transversal descriptivo con el objetivo principal de caracterizar las consultas a psicólogos en el primer nivel de atención del sistema de salud de Bahía Blanca, entre los meses de marzo a septiembre de 2011. Se utilizaron como variables la edad, el sexo y el diagnóstico de los consultantes. La fuente de recopilación de datos fueron las planillas de “Registro de consultorio externo”, que abarcan el período de marzo a septiembre de 2011, completadas por los psicólogos del primer nivel de atención de la ciudad de Bahía Blanca según el CEPS- AP 2005.

De acuerdo con el plan de análisis diseñado, los datos recolectados fueron volcados en una planilla de Excel con las siguientes variables: unidad sanitaria, mes, edad, sexo y diagnóstico.

En el caso de los diagnósticos fue necesario agruparlos en 10 categorías. Por un lado, se confeccionaron ocho categorías diagnósticas tomando como base los criterios del DSM IV. Las categorías fueron las siguientes: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia; Trastorno relacionado con sustancias; Trastorno del estado de ánimo; Trastorno de ansiedad; Trastorno de personalidad; Otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica; Problemas psicosociales; Otros.

Cada una de estas categorías incluye la variedad de diagnósticos registrados por los psicólogos de unidades sanitarias, según los criterios del DSM IV.

Luego, se agregó una categoría para aquellos que No concurren, y por último, una categoría de Prácticas en las que los psicólogos escribieron una intervención y no un diagnóstico.

Los resultados fueron explicitados en **gráficos**.

Luego del análisis de las 4239 consultas registradas, se pudieron establecer los siguientes resultados: El 75,1% de consultantes fueron mujeres, mientras que el 24,9% fueron hombres. La franja etaria que más consultó es la que se ubica entre los 31 y los 50 años (33,7%). El 26,1% de los consultantes fueron niños y adolescentes de 0 a 18 años. Respecto a los diagnósticos, el 31,5% de la muestra se ubica en la categoría “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, dentro de la cual el diagnóstico “problemas familiares” corresponde al 35,3% de la misma. El 12,2% de la muestra consulta por trastornos de ansiedad, el 21% no concurrió a las consultas pactadas. En el 17% de los casos los psicólogos no registraron diagnósticos, sino prácticas realizadas en las consultas.

CONCLUSIÓN

La información epidemiológica es imprescindible para caracterizar la población y sus problemáticas. Estimar la distribución, la magnitud y la frecuencia de las consultas, son insumos centrales para el diseño de promoción, preventión y atención en salud.

En principio, hay que destacar que la información obtenida tiene múltiples lecturas dado que la asociación entre las variables podría ser muy rica. Este trabajo enumera algunas conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados, y planteará nuevos interrogantes para próximas investigaciones que nutran el trabajo que realizan los profesionales en salud mental.

Se propone la realización de una jornada interna para la puesta en debate de ciertos temas que son de discutidos históricamente. Una dificultad que se registró durante el relevamiento de datos fue la disparidad de diagnósticos utilizados por los profesionales. Si bien existe un manual, el CEPS AP, de circulación y acceso en todas las unidades sanitarias, se considera como debilidad del sistema la falta de uniformidad en los diagnósticos. A su vez, esto se manifiesta como una propuesta de acción conjunta entre los psicólogos, que es el reforzamiento de criterios comunes que nos permita compartir la reflexión.

Un diagnóstico significativo fue el categorizado como Otros problemas de atención clínica según el DSM IV, con el 31,46 %. Dentro de esta categoría se incluyeron los siguientes diagnósticos: crisis vital, violencia familiar, trastornos vinculares, problemas vinculares, problemas familiares, conflictos de pareja, problemas de relación, problemas parentales filiales, problemas conyugales, abuso sexual infantil, abuso sexual, duelo y problemas biográficos. Dentro de esta categoría los más destacados en cuanto a número de consultas fueron: los problemas familiares con el 35 %, luego le siguen: problemas biográficos 13,19%, duelo 10,04 %, violencia familiar 9,7%, y problemas vinculares y problemas parentales filiales con el 8,54%. En todos los casos las consultas involucran directamente la vida de relación familiar, podríamos inferir que no solamente se atiende al adulto que consulta, sino que indirectamente la intervención tiene sus efectos en el grupo familiar, en niños y en adolescentes. Por otra parte, algunos de los diagnósticos parecieran señalar la misma problemática, si bien la nominación cambia. Es el caso de problemas de relación, o trastornos de relación o problemas vinculares, problemas familiares.

CONSULTAS	TOTALES POR CATEGORÍA
TOTALES REGISTRADOS	4239
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	1334
No concurre	896
Prácticas	725
Tras. De ansiedad	518
Tras. De inicio en la infancia, niñez y adolescencia	347
Tras. Del estado del ánimo	319
Problemas psicosociales	208
Tras. De personalidad	66
Otros	36
Tras. Relacionado con sustancias	16

OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA	CONSULTAS
TOTAL	1334
Problemas familiares	472
Problemas biográficos	176
Duelo	134
Violencia familiar	130
Problemas vinculares	114
Problemas paterno filiales	113
Crisis vital	81
Problemas conyugales	55
Problemas de relación	22
Trastornos vinculares	17
Abuso sexual infantil	9
Conflictos de pareja	8
Abuso sexual	3
RANGO ETARIO	NUMERO DE CONSULTAS
0 – 5	61
6 – 12	644
13 – 18	425
19 – 30	865
31 – 50	1441
51 – 60	762
61 – más	107
TOTALES	4305

GÉNERO	NUMERO DE CONSULTAS
HOMBRES	1069
MUJERES	3197
NO CONSTA	392
TOTAL DE LA MUESTRA (incluye los no registrados)	4658

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. ScharagerGoldenbeg J, Molina Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Rev. Panam Salud Pública. 2007; 22(3): 149-59.
2. Ministerio de salud. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones 1. Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Año 2010.
3. Cecilia Arnaudo, y cols. Prevalencia diagnóstica en Salud Mental período 2005-2009 en un área programática de Bahía Blanca.
4. MJ López de Neira, M Bella, LD Acosta, MS Burrone. Atención primaria y trastornos mentales y del comportamiento. Revista de Salud Pública. 2010; 14(1): 6-14.
5. Spinelli Hugo y cols. Equidad en Salud: teoría y praxis. Serie Seminarios Salud y política pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. 2002
6. Testa M, Silva Paim J. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. Salud Colectiva. 2010; 6(2): 211-227

Proyecto: Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Iñigo Temis, Yael¹; Rap, Andrea Soledad²

RESUMEN Como residentes de obstetricia y en el marco de rotantes, en el Centro Integrador Comunitario (CIC), ubicado en el Barrio Spurr de la localidad de Bahía Blanca; hemos visualizado en nuestras prácticas profesionales, los casos de embarazos no planificados ni deseados. Y como una variable a tener en cuenta para analizar y trabajar en conjunto con jóvenes y adolescentes; es la falta de consultas a espacios especializados acerca de la salud sexual y reproductiva.

Compartimos una charla informativa con adolescentes en distintas escuelas del barrio. Y en ella visualizamos la falta de atención, el silencio ante las preguntas que formulamos; algunos adolescentes se comportaban callados, otros hacían chistes y otros parecían como que ignoraban el tema.

Por ello una de las estrategias que consideramos relevante; es construir espacios de trabajo personal porque genera intimidad, confianza para expresar y preguntar; y espacios grupales para escuchar, expresar, aprehender y compartir con pares y con personas especializadas en la temática.

A través de una metodología activa y dinámica, tratando siempre temas de un alto interés para los jóvenes, los talleres educativos son un instrumento realmente eficaz para reforzar y estimular las principales áreas de conocimiento.

PALABRAS CLAVE Consejería; Salud sexual; Salud reproductiva.

RESUMO Como residentes de obstetricia, no marco da rotação pelo Centro Integrador Comunitário no bairro Spurr na cidade de Bahía Blanca, vimos em nossa prática casos de gravidez não planejada e não desejada.

Uma variável a ser considerada para analisar e trabalhar com jovens e adolescentes é a falta de espaços de consultas especializadas sobre saúde sexual e reprodutiva.

Nós compartilhamos uma conversa com adolescentes em várias escolas do distrito. E visualizamos o silêncio e desatenção às nossas perguntas, alguns adolescentes se comportam em silêncio, outros faziam piadas e outros pareciam que ignoravam a questão.

Portanto, uma das estratégias que consideramos relevantes, é a construção de espaços de trabalho pessoais, porque ele cria a intimidade, a confiança para expressar e perguntar, e espaços de grupos para ouvir, expressar, apreender e compartilhar com os colegas e com pessoas especializadas no assunto.

Através de uma metodologia activa e dinâmica, sempre sob temas de grande interesse para os jovens, as oficinas educativas são um instrumento realmente eficaz para fortalecer e estimular as principais áreas do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE Aconselhamento; Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva.

MARCO TEÓRICO

La salud sexual y reproductiva promueve los derechos sexuales y reproductivos de la población. En este sentido definimos al dispositivo de las consejerías como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectivas de derechos y género.

Las consejerías en un sentido amplio, constituyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de atención en los efectores de salud.

Cuando se trata consejerías integrales en salud sexual y reproductiva, con perspectivas de derecho y género, nos referimos específicamente a un dispositivo guiado por los principios de autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal. Su objetivo central es posibilitar el acceso gratuito adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por partes de las usuarias y usuarios.

Para que las consejerías sean efectivas, es indispensable modificar las estructuras de poder existentes en los sistemas de salud respecto de los varones y mujeres, niñas, niños y adolescentes que acuden a los servicios.

Desde esta perspectiva, el dispositivo consejerías integrales en salud sexual y reproductiva contribuye a mejorar el acceso universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de atención, la redistribución de los recursos materiales y simbólicos; es un espacio y una oportunidad para que el estado, en sus diferentes instancias, garanticen los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas.

¹Licenciada en Obstetricia. Residente 3º año.

yaeltemis@gmail.com

²Licenciada en Obstetricia. Residente de 2º año.

angierap86@hotmail.com.ar

FUNDAMENTACIÓN, ANÁLISIS Y ESTRATEGIA

Como residentes de obstetricia y en el marco de rotantes, en el Centro Integral Comunitario (CIC), ubicado en el barrio Spurr de la ciudad de Bahía Blanca; hemos visualizado, a lo largo de nuestras prácticas profesionales, los casos de embarazos no planificados ni deseados. Una variable a tener en cuenta para analizar y trabajar en conjunto con las mujeres jóvenes y adolescentes es la falta de consultas a espacios especializados acerca de la salud sexual y reproductiva.

Con respecto a lo dicho anteriormente, tuvimos una experiencia que podríamos ejemplificar con la falta de interés en consultar, preguntar, en su mayoría de los adolescentes con respecto a la temática mencionada.

Compartimos charlas informativas con adolescentes que concurren a distintas escuelas del barrio. Y en ellas visualizamos la falta de atención, el silencio ante las preguntas que se formularon; algunos adolescentes se comportaban callados, otros hacían chistes y otros parecían como que ignoraban el tema.

Entendiendo que las actitudes y acciones de los adolescentes están atravesadas indiscutiblemente por múltiples situaciones, ya sean sociales, económicas, culturales, Etc.

Además pensamos que muchas veces los espacios numerosos, como puede ser un aula, no son adecuados en un primer encuentro para efectuar un clima de confianza e intimidad con los jóvenes.

Por ello, una de las estrategias que consideramos relevante es construir, por un lado, espacios de trabajo personal porque generan intimidad, confianza para expresar y preguntar; y, por otro lado, espacios grupales para escuchar, expresar, aprehender y compartir con pares y con personas especializadas en la temática.

Crear este espacio social como un consultorio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, es brindar a la comunidad un lugar de promoción y protección de derechos y deberes, a través de la escucha, la confianza, la información, el acompañamiento y el seguimiento de situaciones de embarazos no deseados ni planificados.

Por todo lo expuesto, creo importante y pertinente la apertura de un consultorio con estas características, porque es un espacio comunitario y ubicado en el barrio, que pretende trabajar en pos de mejorar la calidad de la salud sexual y reproductiva de todos los jóvenes y adolescentes que allí viven.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Garantizar a la población el alcance del nivel más elevado sobre salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia.

Objetivos específicos

- Garantizar a la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicio referidos a la salud sexual y procreación responsable.
 - Promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres en la toma de decisiones.
 - Promover la salud sexual y procreación responsable en la adolescencia.
 - Proporcionar información sobre cómo evitar un embarazo no deseado y su frecuente consecuencia, el aborto provocado, con los riesgos asociados que éste implica.
 - Estimular la confidencialidad brindando información con un lenguaje adecuado y entendible sin vocabulario técnico.
 - Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
 - Valorar la maternidad y la familia.
 - Lograr una cobertura adecuada en la provisión de métodos anticonceptivos.
 - Reducir la morbilidad general, materno-infantil y ginecológica/reproductiva, a través de una atención de salud integral en la institución.
 - Promover hábitos de vida saludable en lo que respecta a salud sexual y reproductiva.
 - Prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido HIV/SIDA.
 - Efectuar detección precoz de afecciones ginecológicas (cáncer de cuello de útero y mamas).
 - Integrar al grupo familiar al cuidado de la salud.
 - Brindar información respecto de las edades y los intervalos inter-genésicos considerados para la reproducción.
 - Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

ESTRATEGIAS A REALIZAR

- Definir el proyecto.
- Capacitación del personal de salud que atenderá el consultorio.
- Solicitar autorización para realizar la atención de pacientes.
- Solicitar material informativo al Ministerio de la Nación y Provincia para ser distribuido.
- Publicitar el consultorio.
- Comienzo de la atención en el consultorio.

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES

FECHA	ESTRATEGIA	RESPONSABLES	ACTIVIDAD
Del 18 al 30 de Junio 2012	Definir el proyecto	Gardellini, Adriana Iñigo, Yael Temis Rap, Andrea	Redactar el proyecto. Reuniones: - Coordinar día y horario del consultorio para usar. - Concordar fecha del comienzo de la atención en el consultorio. - Seleccionar profesionales a cargo del consultorio y supervisión. - Realización del cronograma de las actividades y tareas.
Del 1 de Julio al 15 de Agosto 2012.	Capacitación del personal de salud a cargo de la atención del consultorio.	Iñigo, Yael Temis Rap, Andres	- Solicitar información a las oficinas correspondientes de los Programas Nacional y Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. - Bajar información de las páginas WEB del Ministerio de Salud de la Nación y Provincia de Buenos Aires.
Del 1 al 10 de Julio 2012	Solicitar autorización para la atención de pacientes. Solicitar material informativo para distribuir.	Iñigo, Yael Temis Rap, Andrea	Redacción y entrega de la carta. Comunicación y visita a la coordinadora del proyecto de Salud Sexual y Reproductiva de la Región Sanitaria I.
Del 11 de Julio al 20 de Agosto 2012	Publicitar el consultorio.	Iñigo, Yael Temis Rap, Andrea	11/07/12 Diseñar afiche publicitario y tríptico. 18/07/12 Impresión del material diseñado. Del 18 al 31 de Julio 2012. Distribución de los afiches en escuelas, sociedades de fomento, unidades sanitarias. Del 1 al 7 de Agosto Aviso en el diario local (Envión). A partir del 8 de Agosto Aviso en la radio local. Del 10 al 20 de Agosto Aviso televisivo en el noticiero del canal local.
A partir del 21 de Agosto 2012. Todos los martes 11:30 Hs.	Comienzo de la atención en el consultorio.	Atención: Iñigo, Yael Temis Rap, Andrea Supervisión: Gardellini, Adriana	Turnos dados de forma anónima, a través de un número y por orden de llegada.

PRESUPUESTO Y RECURSOS

Es un proyecto de bajo costos, ya que la mayoría de los recursos se encuentran disponibles.

ANEXO



PENSAR Y TRABAJAR EN SALUD (MENTAL) ÁREA PSI BAHÍA BLANCA.

Kern, Hugo¹

Colaboradores: Calendino, Gabriela; Milano, Daniela; Murace, Betina; Sarai, José; Segonds, María; Varela, Mariel y todos los que participaron en el Área Psi.

RESUMEN Se trata de un relato de experiencia de inclusión de los usuarios y del equipo de salud mental, se analizan los conceptos que fundamentan esta intervención.

PALABRAS CLAVE Salud Mental; Psicoanálisis; Salud colectiva.

RESUMO Esta é a história de uma experiência inclusiva para os usuários e equipe de saúde mental e discute conceitos subjacentes à intervenção.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental; Psicanálise; Saúde coletiva.

A MODO DE INTRODUCCIÓN

En 1930, en el texto Malestar en la Cultura, Freud elabora un ensayo acerca de las formas que los seres humanos tenemos para arreglarnos en la búsqueda de la imposible felicidad y sobre el irreducible antagonismo entre el mundo pulsional y la cultura.

En este texto, desarrolla también, el concepto de las técnicas de vida. Cuando se refiere al trabajo, destaca que el mismo, y los vínculos que en él se dan, tienen la potencialidad de producir un desplazamiento de aspectos libidinosos, narcisistas, agresivos y hasta eróticos.

El Trabajo “inserta (al individuo) en forma segura en un fragmento de la realidad...La actividad profesional brinda una satisfacción particular cuando ha sido elegida libremente” (1).

Sobre la participación en discusiones ideológicas referidas al futuro de la comunidad, Freud dirá: “Los juicios de los seres humanos derivan enteramente de sus deseos de dicha y por tanto son un ensayo de apoyar sus ilusiones mediante argumentos” (2).

No es poca cosa determinar que las ideas se sostienen en los deseos y que surgen a partir de ahí, claro que no es fácil pesquisar el deseo que motoriza los razonamientos. En definitiva ¿no hay otra verdad que la del deseo?

Los dispositivos tradicionales de regulación de las relaciones de los sujetos con el Estado, y de los sujetos entre sí se han fracturado; los valores que regían (hasta no hace mucho tiempo) a los sujetos son permanentemente interpelados; hay modificaciones vertiginosas en el lazo social, y esto determina crisis individuales e institucionales en la sociedad que generan demandas de urgente intervención.

Frente a una “crisis” no debemos desvalorizar el valor del pensamiento y la palabra en relación con la acción o intervención concreta. Podríamos señalar dos posiciones en la orientación del pensamiento: una a partir de la búsqueda de un obrar bien, desde algún mandato externo, una orientación del padre de la infancia o sus representantes institucionales, y otra la de localizar ese pensamiento en relación con una escucha que permitiera develar los deseos en juego.

El pensamiento intenta responder a esa angustia de lo real. El planteo freudiano (en arbitraria síntesis): impacto de la pulsión, huella mnémica, representación de cosa, representación palabra, identidad de percepción y pensamientos, juicios de atribución.

Si hablamos de pensar en Salud Mental, ¿quién piensa?, ¿cuándo un pensamiento es propio y cuánto producto de la alienación?, ¿desde dónde se piensa?, ¿podrá pensarse algo que esté por fuera de la época y de esa matriz que llamamos ideología? C. Castoriadis (3) afirma que “Un sujeto autónomo es aquel que se sabe con fundamentos suficientes para firmar: esto es efectivamente verdad, y: esto es efectivamente mi deseo”, estos fundamentos suficientes se obtienen a partir de la escucha reflexiva del sujeto en un contexto.

BREVE RELATO DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN ÁREA

El siguiente es un breve relato del intento de construcción, dentro de una institución pública de salud, de un proyecto que promueve revertir la lógica con la que intervenimos habitualmente en el campo de la Salud Mental.

¿Por qué surge este proyecto? Por un lado, hay un contexto favorable para su planteo, visto que el tema aparece en la agenda política a través de la ley 26.657. Y en nuestro caso, en particular, cambios en las políticas de salud y de los interlocutores en la Secretaría de Salud local, que significaron una clara apertura a las iniciativas de participación. Por otro lado, el interés de un grupo de trabajadores de la salud mental que se plantea interrogantes: ¿cómo pensar un escenario de trabajo que nos permita volver a entusiasmarnos con la tarea?, ¿cómo reducir la iatrogenia institucional?, ¿por qué no pensar en condiciones de mayor calidad para todos los que participan en la institución? Esta realidad

afecta la calidad de vida de todos los actores institucionales (hay varios trabajos que hablan de agotamiento profesional de los trabajadores de la salud).

Nos propusimos identificar, generar y fortalecer las redes sociales en las que participamos y promover la capacidad de organización y participación entre todos los actores institucionales. Nos implicamos en dos estrategias: una hacia dentro de la institución y otra que implica la participación de los usuarios de los programas y colaboradores externos.

Sobre el grupo promotor: formamos parte del equipo interdisciplinario de la Unidad de Prevención y Asistencia dependiente de la secretaría de salud, psicólogos, psiquiatra y trabajador social, con sede en el Hospital Municipal de Agudos de la localidad de Bahía Blanca, y además integramos el equipo de gestión en salud mental y adicciones.

En concreto, a comienzos del año 2011 el equipo de trabajo decidió realizar una convocatoria de participación a usuarios del servicio, familiares, y profesionales de otros servicios con los cuales se comparte la práctica cotidiana: psicología infanto juvenil, psicología de adultos, toxicología, psiquiatría infanto juvenil, violencia familiar y maltrato y abuso infantil, y de algunas instituciones psicoanalíticas, entre otros. Así se fijó un espacio de reunión y se estableció un encuadre mínimo donde encontrarnos y conversar fue la forma que hallamos, en ese momento, de desencadenar un proceso, tal como lo plantea Mario Testa.

La propuesta fue recepcionada con entusiasmo por algunos, con indiferencia por otros y resistida por varios colegas, resuena la frase de Jacques Lacan que la resistencia es de los analistas.

El eje de las primeras reuniones giró en torno a las posibilidades de mejorar desde este espacio y entre todos, y es así como surgió el primer emergente: ¿cómo podemos cuidar el espacio público? Espacio que es abandonado, descuidado por todos. Y decimos por todos porque no sólo las autoridades “se olvidan sistemáticamente” del área, priorizando otros sectores considerados más importantes (como terapia intensiva, por ejemplo), sino que también es descuidado, y hasta a veces dañado por los mismos usuarios. Se trata de subjetivar, de hacer propio lo que parece ser de nadie.

De allí surgieron tareas concretas: la mejora del espacio llamado “sala de espera”, al tiempo de convertirlo en un espacio de encuentro y de producción y no de sometimiento silencioso.

En las reuniones sólo se tratan temas que se pueden resolver con los presentes y de considerarse necesario se convoca a otros actores (referentes en un tema, autoridades sanitarias, etc...). La tarea se realiza con los participantes, generándose distintos niveles de organización.

Una de las primeras acciones fue modificar las dos entradas al servicio, desde la calle y desde el interior del hospital, y se realizaron murales diseñados y pintados de forma participativa, en varias jornadas de trabajo comunitario. También surgieron ideas de cómo recolectar fondos para poder solventar distintas actividades, organizándose dos rifas, donde lo que se rifó fue producido por los mismos participantes. Se desarrollaron talleres durante todo el año, el que culminó en una jornada denominada “Encuentro de la Salud y la Alegría”.

Dos temas parecen ser centrales en los intercambios: la responsabilidad y la alegría.

Es decir, encontramos un camino en el que pensarnos como actores comprometidos, productores de la realidad, responsables en el sentido más amplio del término. Y por otro lado, la alegría y el entusiasmo determinaron el clima afectivo de todos los encuentros. Estas acciones son de salud.

Se trataría entonces, de una forma de intentar enfrentar el malestar en la institución.

La actividad se denominó Área Psi, porque destaca la impronta de lo psi en el área de salud, y porque incluye a todas las unidades que trabajan en el ámbito institucional. Destacamos que fueron los usuarios los que resaltaron que la denominación de “Salud Mental” es subsidiaria de “Psiquiátrico”. Se trata de un área que hace lugar en la institución a lo subjetivante, a la autonomía en contraposición a las prácticas alienantes donde los sujetos son reducidos a objetos de intervención, donde en referencia a la participación resuena a la frase de los concursos: “Seguí participando...”. Valoramos este proyecto con la constitución de un espacio transicional, como plantea R. Onocko (4) los proyectos humanos son típicamente actividad del espacio transicional “como tales requieren de un soporte suficientemente trófico para poder ser experimentados. Espacios protegidos, donde algunas paradojas puedan ser soportadas y la ilusión institucional recreada. Para Winnicott, lo que caracteriza a los fenómenos transicionales (como el jugar) es el hacer, no el puro pensar” (4).

CONCLUSIONES

Coincidimos con Edmundo Granda (5) cuando plantea que la mirada de la salud pública (enfermología pública) puede variar, de ver a la población como objeto de la intervención por parte de la institución y la ciencia, a verlos como sujetos individuales y colectivos, que generan su salud en la vida cotidiana, al tiempo que participan de las instituciones y en proyectos que contribuyen a prevenir y promocionar la salud de la comunidad.

“...La salud pública debe avanzar desde:

- a. Su preocupación por ver solamente la enfermedad y la muerte a la necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida, sin descuidar las primeras
- b. Su costumbre de ver objetos al intento por mirar sujetos.
- c. Su compromiso con la función sanitarista del Estado a la comprensión de otras formas de accionar saludables que a su vez construyen organizaciones e instituciones públicas para la salud.”

La idea de que el deber de una institución nos sitúa en el campo del ideal, y que ésto es sin garantías, se sostiene en el deseo, sentimos que cuestionar los ideales vigentes en la institución y pensar las formas en que estamos impli-

cados en esta realidad vale la pena. Pensamos por que deseamos una transformación.

Este proyecto ha tenido varias repercusiones en el espacio local. A nuestro entender marca desde la institución un antes y un después, es decir, deseamos que los logros alcanzados no sean reversibles. Queda el desafío de sumar nuevos actores, de superar las resistencias y de renovar el compromiso con la palabra, y este es el punto en el que el psicoanálisis tiene mucho para decir en el campo de la Salud Colectiva.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Freud S. Malestar en la cultura. Tomo XXI. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1930 [1929]. p.80.
2. Freud S. El porvenir de una ilusión. Tomo XX. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1930 [1927]. p.98.
3. Castoriadis C. La institución imaginaria de la Sociedad. Buenos Aires: Ed. Tusquets; 1975.
4. Onocko Campos R. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H, (compilador). Salud Colectiva: Cultura; Instituciones; Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 103-120. (Colección Salud Colectiva).
5. Granda E. Conferencia Nacional de Salud, Lima 11-08-04. Profesor de la Universidad Nacional de Loja. Representante ante de OPS/OMS Ecuador.
6. Foucault M. Espacios de Poder. Madrid: Ed. de la piqueta; 1988.
7. Foucault M. Tecnologías del Yo
8. Freud S “Psicología de las Masas y análisis del Yo” (1921)
9. “El Porvenir de una Ilusión” (1927)
10. Onocko Campos Rosana et al. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. 2008; 4(2):173-185.

EXPERIENCIAS COMUNITARIAS E INVESTIGACIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Desde la Secretaría de Salud estimulamos a los trabajadores a socializar las experiencias cotidianas a través de la participación en congresos que apuntan a desarrollar un modelo de atención y cuidado integral y centrado en las necesidades del usuario.

Este anuario se conformó con publicaciones realizadas por los trabajadores de salud que previamente fueron presentadas en congresos.

A continuación detallamos los trabajos:

IV CONGRESO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD DE BAHÍA BLANCA **Salud como Política de Estado**

BAHÍA BLANCA, 3 AL 5 DE SEPTIEMBRE DE 2012.

Violencia escolar en una Escuela de Boulevard

Gómez Martin, I.

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Rap, A.; Iñigo, J.

Bahía ve, Bahía escucha

Borelli, A.; Schulman, MA.

Proyecto como en casa

Lizama, M.

Censo de salud comunitario de Ingeniero White

Lamzev, S.

Desafío en la Gestión de un Servicio de Medicina Laboral, frente al hallazgo de factores de Riesgo cardiovasculares modificables, en una empresa del Polo Petroquímico

Di Giacomo, B; Santiago, R; Gómez, C; Ríos, N; Fernández, M.

Dispensarización de pacientes a cargo del equipo nuclear de salud Barrio Rivadavia, Bahía Blanca

Verdugo, MA; Galucci, H; Marne, MT; Crocci, L.

Comparación de la incidencia de cáncer en barrios de la ciudad de Bahía Blanca entre 2003 y 2007. Informe preliminar

Gonzales, S; Eduardo, L; Lioncavallo, P; Gonzalez, MS; Verna, S; Martel Heiland, E; Rauseemberg, G; Palma Sperati, V.

Diferencias en la incidencia de cáncer en algunas provincias argentinas. Estudio preliminar

Gonzales, S; Eduardo, L; Prince, M; Rubio, C; Vilor, C; Kowalszyn, R; Hechenleitner, E; Lioncavallo, P; Palma Sperati, V.

Nuevo software para mejorar la recolección de datos de los pacientes con cáncer en Bahía Blanca, Argentina

Gonzales, S; Laspiur, A; Ponzoni, I; Cecchini, R; Principe, N; Palma Sperati, V; Lioncavallo, P; Martel Heiland, E; Rauseemberg, G; Eduardo, L.

Grupo multidisciplinario para mejorar la calidad de la información del cáncer. Una iniciativa multiinstitucional en Bahía Blanca, Argentina, informe preliminar

Gonzales, S; Eduardo, L; Principe, N; Formiga, N; Yañez, L; Serralunga, G; Ponzoni, I; Prieto, B; Cecchini, R.

El Hospitalito cuida a tu corazón

Jouglard, EF; Maroun, CM; Conde, C; Farias, G; Bocetti, MC.

Detección de personas con alto riesgo de desarrollar Diabetes mediante el cuestionario de Findrisk

Santillan, C(h); Bravo, J; Santillán C; Araoz, JC; Fernández Candel, I; Gimeno, E; Giorgio, M; Mainardi, S; Pazzi, I; Schulz, J.

Infección del tracto urinario en pacientes internados en Sala de Clínica Médica. Microorganismos prevalentes y sensibilidad frente a antibióticos

Biaggioni, M; De Salvo, A; Boschetti, C; Schugt, G; Panzitta, G; Neimann, N; Gullace, E; Pompermayer, L.

Manejo de la hiperglucemia en el paciente internado en Sala de Clínica Médica
Biaggioni, M; Pompermayer, L.

La epidemiología de salud mental en el primer nivel de atención
García Pasquaré, E; Fagiani, MF.

XI CONGRESO DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL **Medicina Familiar y Equipo de Salud: por los Derechos de Todas las personas**

MENDOZA, 14 AL 17 DE NOVIEMBRE DE 2012.

Modalidad: POSTER

“En Red Dados”. Abordaje comunitario en adicciones.

Autores: García Pasqueré, E; Bocetti M.

Centro de Salud “Leonor Capelli”. Ingeniero White. Bahía Blanca

Modalidad: POSTER

Embarazo en adolescentes: la representación social de los trabajadores de la salud.

Autores: Gomez Martín; I; Goñi, G; Helbert, C; Jouglard, E; Maroun, C; Rigano, M.

Colaboradora Administrativa: Dorita Bassigi

Centro de Salud “Leonor Capelli”. Ingeniero White. Bahía Blanca

Modalidad: POSTER

“Buenos Vecinos”. Una apuesta a la articulación salud y educación.

Arnaudo, C; Atala, H; Bocetti, M; Conti, C; Bregant, G; Fabris, E; García Pasqueré, E; Gómez Martín, I; Helbert, C; Herrero, V; Juárez, NS; Lizama, M; Magnani, J; Majluf, PR; Ruggero, S; Taboada, M.

Centro de Salud “Leonor Capelli”. Residencia de Salud Familiar y Comunitaria (Res. De Medicina Familiar, Medicina General y Psicología Comunitaria), Ingeniero White. Bahía Blanca.

Modalidad: PRESENTACIÓN ORAL

Eficacia de las becas del Ministerio de Salud de la Nación para la formación de especialistas en Medicina Familiar y general según regiones de la república Argentina.

Silberman, P; Godoy, A; González Calbano, A; Perrota, A; Zamora, A; Fernández Ponce de León, R.

Dpto. de Ciencias de la Salud – Área Salud individual y colectiva- Universidad Nacional del Sur. Residencia de Medicina General Centro de Salud N° 10- San Martín (Ministerio de Salud- Provincia de Buenos Aires), Residencia de Medicina Familiar y General – Dirección de Primer Nivel de Atención (Ministerio de Salud Pública- Provincia de Salta), Residencia de Medicina Familiar y General- Hospital Ángela Llano (Ministerio de Salud – Provincia de Corrientes)

Modalidad: Presentación Oral

Estrategias Terapéuticas singulares para el abordaje de la tuberculosis.

Bugatti, F; Gallucci, H; Lizama, M; López, S; Paez, M; Palomo, D; Videla, G.

Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Protegiendo la niñez, Programa de seguridad alimentaria.

Bórtolas, R; Conde, A; Leiva, A; Marcilese, M; Meccioco, K; Méndez, M; Papucci M.

Secretaría de Salud- Unidades Sanitarias- Municipalidad de Bahía Blanca- Buenos Aires- Argentina.

Modalidad: POSTER

Percepción de la calidad de atención en salud de los trabajadores.

Arnaudo, MC; Atala, H; Helbert, C; Herrero, V; Majluf, P; Ruggero, S.

Centro de Salud “Leonor Natali de Capelli” de Ingeniero White, Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Perfil de salud y condiciones de trabajo de los médicos en formación de Córdoba.

Godoy, AC; González Calvano, MA; Fornero, JM; Solaro, A; De Lamo, E; Salvatierra J.

Asamble de Médicos en Formación.

Modalidad; PRESENTACIÓN ORAL

Estrategia de intervención comunitaria: Hacia una vivienda más saludable. Villa Bordeu, Bahía Blanca 2012.

Godoy, AC; Palacio, IM; Lera, FM; Morales, V; Ferraris, ME; Flia. López; Flia. Ordiales; Flia. Wenderlich; Flia. Marrero; Flia. Añicoy; Flia. Aguirre.

Unidad Sanitaria de Villa Bordeu, Secretaría de Salud y Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Control Prenatal en el embarazo de bajo riesgo. Evaluación del cumplimiento de la guía clínica del Ministerio de Salud luego de la implementación del sistema de chequeras en Bahía Blanca.

Carral, P; Del Valle, M; Diomedi, S; Keller, C.

Laboratorio Central del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL) Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina.

Modalidad: POSTER

Estado Nutricional de menores de dos años en Villa Bordeu: Evaluación e intervención. Bahía Blanca. Año 2012.

Pedurza, G; Aiza, D; Baiz, S; Duckwen, F; Flores Fernández, N; Godoy, AC; Grunfeld, MV; Lera, MF; Melchior C.

Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. Unidad Sanitaria de Villa Bordeu – Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca

Modalidad: POSTER

Un sistema de información en salud para la toma de decisiones en la gestión local.

Bugatti, F; Badr, P; Campagna, E; Latanzi, A; Lizama, M; López, S; Palomo, D; Silberman, P; Vasconi C.

Observatorio de Salud y Condiciones de Vida (OSyCV); Secretaría de Salud (SS), Municipalidad de Bahía Blanca (MBB)

Modalidad: POSTER

“Corazón Delator”: Prevalencia de eventos coronarios en Bahía Blanca 2011

Bocetti, M; Magnani J.

Residencia de Medicina Familiar, Ingeniero White, Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Adolescencia y sexualidad, el derecho a saber.

Bertón, F; Dorronsoro, M; Ducrós, V; Fenoglio, F; López, B; Majluf, P; Molina, P; Speciale, G; Tozzi N.

UNS Departamento de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Investigación en atención primaria en residencias de medicina familiar y/o general en Argentina: estudio descriptivo.

Buela, G; Terrasa, S; Ciapponi, A; Amaya, A; Bugatti, F; Fraifer S.

Federación Argentina de Medicina Familiar y general (FAMFyG)

Modalidad: POSTER

Una experiencia de formación de promotores de salud en la unidad penitenciaria N° 4 Villa Floresta, Bahía Blanca.

Alimenti, L; Buedo, P; Bustelo, P; Ferro Moreno, B; García, N; Grunfeld, MV; Lizama, M; López, L; Murano, M; Palomo, D; Rojas, V; Ryll N.

Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Trabajo interdisciplinario promoviendo el auto-cuidado auto-atención mediante la participación comunitaria.

Aroca, J; Constanza, M; Donnari, E; Guzmán, C; Meo, M; Morgenstern, G; Reina, T; Roa, I.

Unidad Sanitaria San Dionisio y Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca.

Modalidad: POSTER

Un sistema de información en salud para el abordaje de la tuberculosis a nivel local.

Bugatti, F; Lizama, M; López, S; Palomo, D; Vasconi, C; Videla G.

Secretaría de Salud (SS), Municipalidad de Bahía Blanca (MBB).