

Atención Primaria de la Salud y Derechos Humanos

Verónica Laplace

Comisión de Salud APDH Argentina

Quiero compartir con Uds. algunas reflexiones, desde luego no tengo respuestas, sólo algunas ideas sobre conflictos que se suscitan en el trabajo que se realiza en el primer nivel de atención con problemáticas de salud mental infantojuvenil.

Transmitir reflexiones acerca de las dificultades que aparecen con asiduidad en las prácticas de los/as trabajadores/as del campo de salud mental no me resulta nada sencillo en tanto estoy absolutamente implicada en ellas. No obstante, como psicóloga de una salita perteneciente a un municipio del conurbano bonaerense me siento convocada a intentar pensar estas dificultades con otras herramientas a las habituales disciplinares, herramientas que no sitúen la mirada en lo que falta, en la carencia, sino en lo que queda por hacer. Para ello, procuro salir de esa posición llamada subjetividad heroica (De la Aldea y Lewkowicz) que sería “un modo específico de situarse ante un problema. La SH es una forma que adopta esa máquina de pensar y hacer que es la subjetividad, es una forma de pensar y pensarse cuando la comunidad no es lo que debería ser”. Ahí tendría que venir el héroe a salvar a la comunidad, la SH “sabe” pero como “el tiempo apremia, no hay tiempo para pensar”, “los problemas se presentan de un modo tal que urge una resolución”, si la urgencia es la manera en la que se presentan los problemas no hay tiempo para reflexionar, planificar y programar, y así se otorga una excusa para no pensar. A esto se le agrega que los otros no saben qué hacer, porque están ubicados en sus carencias por lo cual no tienen nada que aportar a la resolución del problema. Desde aquí, sólo deviene la impotencia...

Tomo tres articuladores conceptuales, o mejor dicho, tres categorías conceptuales que en su articulación adquieren la potencia necesaria para pensar: APS, DDHH y lo comunitario.

A lo largo de estos 40 años desde su nacimiento en la Declaración de Alma Ata, la APS ha sido la propuesta que ha tenido el mayor nivel de consenso a nivel internacional entre los actores de salud, y paradójicamente, la que más ha sufrido una degradación de su sentido original, diversificándose en varios significados. Sabemos que las diversas políticas públicas consonantes con la globalización y mercantilización han promovido sistemas de

salud basados en la lógica de mercado ofreciendo una canasta básica de prestaciones para “pobres” y dejando el resto libradas a la capacidad de pago (APS selectiva); de este modo, transforma y degrada el sentido de la APS hasta el punto de convertirla en “atención primitiva” de la salud. (Testa, 2004). A partir del 2005 comienza un movimiento de renovación de la APS, entendiéndola en su concepción más integral e incorporando la perspectiva de derechos.

Entonces la APS agencia su significado más fecundo y garantista del derecho a la salud incorporando a los DDHH en su conceptualización.

Generalmente, cuando hablamos de derechos humanos pensamos en todos aquellos momentos históricos en los cuales el estado los ha anulado, pensamos ciertamente en el Terror de Estado, momentos oscuros de nuestro país y de muchas otras naciones cuyos pueblos han visto cercenadas sus posibilidades de autonomía y dignidad, quebrantados sus cuerpos, sus ideas y sus historias. Tendemos a pensar los derechos humanos, únicamente, como derecho a la libertad, a la paz, a la identidad, a poder votar, a pensar y opinar libremente, en definitiva, nuestro derecho a la vida. Por supuesto, son estos nuestros derechos personalísimos, derechos que nos corresponden por el mero hecho de ser humanos y sin embargo, no siempre ni para todos fueron posibles de ser ejercitados. Recordemos que, en los inicios de la modernidad, la proclama de los derechos del hombre sólo abarcaba a sujetos adultos, varones, blancos, propietarios, cuerdos y heterosexuales. Creando en el mismo momento de su declamación, las excepciones: mujeres, niños, locos, pobres, los pueblos colonizados, los que se sustraían a la "normalidad" sexual. En este sentido, Stolkiner toma a un autor llamado Marcelo Raffin para señalar que los derechos humanos son una de las invenciones más sorprendentes y paradójicas de la modernidad. De tal forma, no todos hablan de lo mismo cuando hablan de DDHH. Y así, no podemos dejar de señalar que aún en estos tiempos feroces nos enfrentamos al hecho que políticos representantes de la embestida neoliberal hablan del derecho a la salud (en pocas ocasiones por cierto) de un modo meramente retórico y declarativo. Para lograr salir de este vacío de sentido es preciso enlazar a la noción de derechos humanos, específicamente para el trabajo en salud, las categorías de APS y Salud Comunitaria, en tanto ambos conceptos portan en su núcleo a la participación de la comunidad como fuente de procesos transformadores y

por tanto, como promotora del ejercicio efectivo de los derechos. *La SALUD COMUNITARIA es sinónimo de poder y organización popular, de empoderamiento de todos y cada uno, sin esperar que nada ni nadie nos venga a salvar.* (Fenoglio, 2015).

En este sentido, pensar que *los derechos humanos trascendieron su origen limitado, meramente jurídico, para convertirse en una idea-fuerza constituyente de actores sociales* (Stolkiner, 2016), me resulta sumamente enriquecedor.

Con este marco teórico transmitido un poco esquemáticamente, quisiera compartir algunas reflexiones en torno a problemáticas frecuentes en el campo de la salud mental infanto-juvenil. ¿Porque hago este recorte? porque creo que reviste cierta especificidad que requiere de algunos planteos diferenciales. El trabajo con niños y adolescentes muestra de manera ineludible el quehacer compartido e intersectorial, se necesitan varios otros en su abordaje para una vida saludable. Haré un nuevo recorte para centrarme en el trabajo conjunto con las escuelas.

Va de suyo, que en el primer nivel de atención y con la estrategia de APS como herramienta de trabajo la atención psicológica no se constituye en el único recurso y mucho menos en el fundamental. Sin embargo, nos enfrentamos al hecho de la alta demanda de atención proveniente de las escuelas porque los niños se portan mal, o porque no prestan atención o porque no han accedido a la lectoescritura y/o sus operaciones matemáticas no se despliegan. ¿Cómo abordamos estos pedidos que además de ser sumamente frecuentes se presentan con un matiz peculiar la urgencia?

Sabemos que a la urgencia es preciso introducir tiempo, tiempo para pensar, tiempo para escuchar a todos los actores involucrados en la situación, pero muchas veces asoma la SH y creemos que debemos actuar sin darnos todas estas posibilidades e incluso sin discernir que la mayoría de las veces no se trata de urgencias reales. Respuestas comunes: “no hay psicopedagogas en la sala ni en salas aledañas”, “las escuelas se quieren sacar a los pibes de encima y sólo les interesa poner en el legajo que va al psicólogo”, “los docentes creen que podemos atender toda y/o cualquier tipo de demanda” y, de esta manera, los consultantes quedan atrapados en un sistema que no puede dar respuesta y, a su vez, “obligados” a obtenerla. Los enunciados que emergen desde los trabajadores de salud se infieren como modo de escapar al sentimiento de desamparo y desborde, limitando la extensión de las

listas de espera, y delimitando criterios arbitrarios sobre qué consultas “atendemos”, específicamente, los psicólogos. Perdiendo de vista que como trabajadores del primer nivel podemos hacer uso de otras herramientas, intentando conformar equipos de trabajo intersectorial en los que psicólogos de Unidad Sanitaria y trabajadorxs del Equipo de Orientación Escolar puedan reunirse para ocuparse de estos problemas particulares.

Ahora bien, quisiera centrar la cuestión de la urgencia con que se vienen presentando estas situaciones en los últimos tiempos, y la imposibilidad de discriminar de quién es la urgencia y cómo se sustenta, así como qué tipo de respuestas se nos demanda y cuáles ofrecemos. Para ello, recupero una parte del pensamiento de Lewkowicz que nos muestra el agotamiento de la nación como cimiento del estado y la caída de la figura del ciudadano, dando lugar a un estado técnico-administrativo que ubica la figura del consumidor como el nuevo soporte subjetivo.

En este contexto, podríamos pensar que los modos de resolución de los padecimientos psicosociales entran en la lógica del consumo y lo que se busca es consumir servicios de salud, todas las problemáticas de este tipo, o la gran mayoría, son derivadas a psicoterapia y lo que se espera es un “turno de atención individual” y su informe respectivo. A lo sumo, algunas comunicaciones telefónicas avisando que suspendieron al niño o al adolescente de la escuela, o quejándose por la inasistencia de la madre o adulto referente a las entrevistas y su consecuente “no registra la situación”.

¿Cómo cortar este circuito? Recuperar el “nosotros” puede ser una clave, ya no es el EOE (Equipo de Orientación Escolar) tal cosa, la psicóloga de la salita tal otra, el niño esto y la madre aquello; sino el trabajo ENTRE.

El “entre” no pensado como vacío sino desde Deleuze como reversibilidad, conexión, contacto, que me permita experimentar la experiencia del otro (Garcés, 2008), y, por lo tanto, pensar nuevos modos de acción y participación. Por ejemplo, proponer reuniones más amplias y no de cada uno, y en esta polifonía de voces quizás poder acordar otras soluciones que no sean la suspensión del niño de la escuela, que no sean derivación a psicoterapia individual y con lógica de consultorio privado.

La transformación colectiva sucede en ese “entre” que reitero no está vacío sino repleto de contactos, emociones, pensamientos que si sabemos o podemos tejerlos darán lugar a la praxis comunitaria que muchos de nosotros defendemos y propiciamos.

Referencias Bibliográficas

- ❖ De la Aldea, E.; Lewkowicz, I. (1997) *La Subjetividad Heroica*. Buenos Aires.
- ❖ Fenoglio, H. (2015). *Salud Comunitaria y Salud como DDHH*. Exposición en el Foro sobre los «Dispositivos de Salud Comunitaria» en el **5° Encuentro Nacional de Prácticas Comunitarias en Salud** (ENPCS) realizado en la ciudad de San Carlos, Valle de Uco, Provincia de Mendoza, Argentina.
- ❖ Garcés, M. (2008). ¿Cómo poner el yo en plural? *Eikasia*. Revista de Filosofía, año IV, 21 57-77.
- ❖ Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós. 1° edición.
- ❖ Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, vol. 5, núm. 1.
- ❖ Testa, M. (2004): *Atención ¿Primaria o Primitiva? De Salud*. En *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial 3° Edición.