

LOS CUIDADOS EN EL HOGAR EN LA POSTA DE SALUD DOMICILIARIA: CARACTERIZACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN DESDE EL ANÁLISIS DE TRES CASOS. BAHÍA BLANCA, 2014.

Home care in the home health post: characterization of a care model from the analysis of three cases. Bahia Blanca, 2014

Os cuidados no lar no posto de saúde domiciliário: caracterização de um modelo de atenção a partir da análise de três casos. Bahia Blanca, de 2014.

Godoy Ana Carolina¹,
Rodríguez Vanesa²,
Majluf Paul³, Moraes
Virginia⁴

RELATO DE EXPERIENCIA

Resumen

- 1 Médica de Familia, Sec. De Salud Municipalidad de Bahia Blanca.
2 Promotora de Salud, Sec. De Salud Municipalidad de Bahia Blanca.
3 Prof. Lic. en Psicología, Sec. De Salud Municipalidad de Bahia Blanca.
4 Lic. en Servicio Social, Sec. De Salud Municipalidad de Bahia Blanca.

La Posta de Salud Domiciliaria (Posad) es un dispositivo de un modelo de atención integral y humano. Trabaja ambulatoriamente, en domicilios de usuarios de una zona delimitada. Tiene siete ejes de acción, uno es de “Controles de Enfermedades Crónicas”, en la Posta Rural, una de las cuatro que funciona hace un año, conformado por psicólogo, promotora de salud, trabajadora social y médica de familia.

Se describe un modelo de atención desde el relato de tres proyectos terapéuticos (PT) que tienen en común: lógica de cuidados paliativos, abordaje interdisciplinario, genograma funcional y encuesta social, identificación de necesidades, articulación con hospital, elaboración de PT, co-construcción de salud con los usuarios.

Posad fortalece la APS, permitiendo desarrollar PT en donde el vínculo es la herramienta principal, desafiándonos a un reposicionamiento subjetivo como trabajadores. La integralidad y la co- construcción definen esta propuesta de cuidados, donde el poder es compartido entre usuarios y trabajadores.

Palabras clave: Atención Domiciliaria de Salud. Atención Primaria de Salud. Cuidados Paliativos.

Trabajo recibido: 20
setiembre de 2014.
Aceptado: 27 febrero 2015

Abstract

The Home Health Post (Posad, for its abbreviation in Spanish) is a device from a model of integral, human care. It works on outpatient basis, at users' homes in a delimited area. It has seven action axes; one of them is "Control of Chronic Diseases", in the Rural Post, one of the four which have been working for a year, consisting of a psychologist, a health promoter, a social worker and a family doctor.

We describe a model of attention from the report of three therapeutic projects (TP) which share: logic of palliative care, interdisciplinary approach, functional genogram and social survey, identification of needs, articulation with hospital, TP elaboration and co-building of health with the users.

Posad strengthens Primary Health Care, allowing the development of PT in which the bond is the main tool, challenging us to a subjective repositioning as workers. Comprehensiveness and co-building define this care proposal, in which power is shared between users and workers.

Key words: Home Health Care. Primary Health Care. Palliative Care.

Resumo

O Posto de Saúde Domiciliário (Posad) é uma ferramenta de um modelo de atenção integral e humanizada. Trabalha ambulatoriamente, em domicílios de usuários de uma área definida. Tem sete eixos operacionais, um deles é o de "Controles de Doenças Crônicas," no Posto Rural, uma das quatro funcionando há um ano, que consistem em psicólogo, assistente de saúde, assistente social e médica de família. Descrevemos um modelo de atenção a partir do relato de três projetos terapêuticos (PT) que têm em comum: a lógica de cuidados paliativos, a abordagem interdisciplinar, o genograma funcional e a enquête social, identificação das necessidades, a coordenação com o hospital, a elaboração do PT, a co-construção da saúde com os usuários.

Posad reforça a APS, permitindo desenvolver PT onde o vínculo é a ferramenta principal, desafiando-nos a um reposicionamento subjetivo como trabalhadores. Abrangência e co-construção definem esta proposta de cuidados, onde o poder é compartilhado entre usuários e trabalhadores.

Palavras-chave: Atendimento Domiciliário da Saúde. Cuidados Primários da Saúde. Cuidados Paliativos.

Introducción

Frente a un modelo de atención hegemónico (2) centrado en la enfermedad, en abordajes unidisciplinarios, que trabajan preponderantemente dentro de instituciones de salud, y que acentúan las relaciones de poder asimétricas entre los llamados "pacientes" y los trabajadores de salud, se propone otra lógica de trabajo. La propuesta de un nuevo modelo de atención incluye cuatro aspectos: trabajo en equipo, lógica vincular, abordaje territorial y orientación a la oferta centrada en el derecho a la salud (1). Una de las formas de llevar adelante este proceso es el dispositivo Posad.

La Posta de salud Domiciliaria (Posad) funciona en Bahía Blanca desde febrero de 2012. Fue implementada como estrategia dentro de un modelo de atención y cuidado de la salud más integral y humano, impulsado por la Secretaría de Salud de esa ciudad (1).

Este dispositivo aborda el proceso salud- enfermedad- atención- cuidado (PSEAC) ambulatoriamente y en los domicilios de los usuarios de una zona bien delimitada (3,1). La Posad tiene siete 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 (1,4).

En total, son cuatro Postas de salud, distribuidas estratégicamente en distintos puntos de la ciudad (ver figura 1). La elección fue el resultado de una combinación de factores, que incluyeron densidad poblacional, distancia de centros de salud, necesidad percibida de los vecinos, entre otros.

Figura 1. Ubicación de las Postas de Salud Domiciliaria en la ciudad de Bahía Blanca.



El equipo trabaja hace un año en la Posta Rural de Bordeu y Sauce Chico. Está conformado por un psicólogo, una promotora de salud, una trabajadora social y una médica de familia. En algunas intervenciones se suma al equipo una enfermera. Trabajamos en el territorio a cargo dos veces por semana, y para el desarrollo de la jornada se confeccionó una agenda de visitas programadas en función de las necesidades identificadas por el equipo de la Posad, el equipo de la unidad sanitaria y algunos referentes de la zona.

En este trabajo, presentamos tres viñetas clínicas elaboradas a partir del trabajo con tres familias desde el eje de acción Controles de Enfermedades Crónicas, que han tenido la particularidad de ser vistos desde una mirada de cuidados paliativos. Los nombres de los usuarios han sido modificados para resguardar su privacidad. Realizaremos algunos análisis que muestran como este dispositivo que fortalece la estrategia de atención primaria permite a los equipos desarrollar proyectos terapéuticos en donde el vínculo se configura en la herramienta más importante para las intervenciones y el acompañamiento de los sujetos y su familia.

El siguiente relato ha respetado las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983) en todos sus procedimientos.

Viñetas

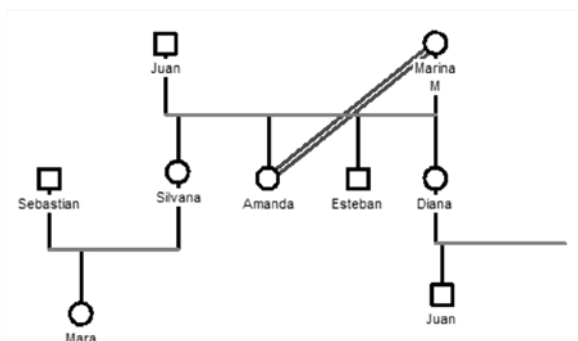
Viñeta 1: Marina M.

Marina M., de 60 años, asistía ocasionalmente a la Unidad Sanitaria de referencia por cuadros de asma reagudizado. En junio de 2013 consulta por metrorragia y dolor en hipogastrio, es derivada a ginecología. Ella no asiste a su turno, por estar “acostumbrada” a tener muchas enfermedades. Entre sus antecedentes patológicos se encuentran: asma,

obesidad, diabetes, depresión mayor. Recibe asistencia regular en el hospital por estas enfermedades. En julio se interna en el hospital por diabetes y el dolor. No se realiza diagnóstico de la causa de su dolor sino hasta el mes siguiente en otro hospital, por un reingreso a causa del síntoma. La biopsia revela un sarcoma uterino avanzado, con una supervivencia no mayor de 6 meses. Vuelve a su casa con morfina. En ese momento su hija Silvana toma contacto con el equipo de salud de la unidad sanitaria, y se decide comenzar a verlos dentro de la Posad.

En la primera visita construimos el genograma (Figura 2) e identificamos las necesidades más urgentes, así como también evaluamos el estado de salud de Marina.

Figura 2. Genograma de Marina M. y su familia



Luego el equipo se comunicó con el equipo del hospital para corroborar diagnóstico, opciones terapéuticas y pronóstico. Se acordó realizar acompañamiento en los cuidados paliativos.

Entre las acciones realizadas por el equipo de la Posad, se incluyeron: ayuda económica para mejorar baño y dormitorio, educación sobre uso de morfina, tratamiento de constipación y náuseas, provisión de medicamentos, acondicionamiento del hogar para mayor confort de Marina (se adecuó una habitación, con calefacción y radio obtenida por ayuda social).

Si bien el equipo consideraba que la prioridad era el dormitorio, la familia consideraba que el baño era más importante, por lo que se negoció iniciar las dos obras simultáneamente. Se hicieron gestiones para conseguir más presupuesto.

Se visitó a la familia con una frecuencia semanal. Amanda, Silvana y Diana fueron las más presentes en las reuniones con el equipo. Se adecuó un plan para actuar ante situaciones de urgencia (hemorragia, incremento del dolor, etc.).

A fines de noviembre, Marina empeora bruscamente: el dolor se descontrola y comienza con insuficiencia respiratoria. La familia llama al 911, e ingresa a hospital municipal, se discute sobre posibilidad de ingresarla en hospitalización domiciliaria, pero dada la variante histológica del tumor, se decide continúe internada. El equipo de la Posad asiste a visitarla durante su hospitalización, una o dos veces por semana. Continuamos viendo al resto de la familia en su domicilio. Durante la internación también recibió la visita de su psiquiatra de cabecera. Marina conocía que el final se acercaba, le preocupaba como quedaría su familia luego de eso, creía que su esposo no lo estaba pudiendo aceptar, al igual que su hijo varón. “Se había reconciliado con Dios”, tal como ella lo manifestaba, y en su domicilio recibió las visitas de un pastor y su esposa. La palabra de ellos era muy valorada por la familia, e incluso los esperaban para tomar algunas decisiones juntos (como la posibilidad de intervenciones del psicólogo, por ejemplo). Marina le pedía a Dios que le aliviara el sufrimiento, y que todo acabe pronto porque ya estaba cansada. En la habitación estaba acompañada por una señora con bajo peso por enfermedad celiaca, ella decía: “hay

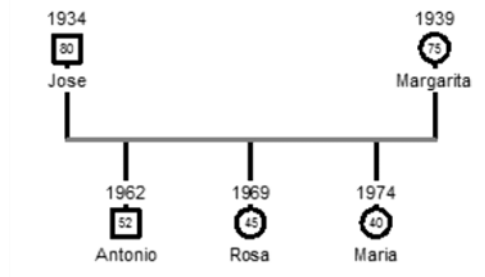
gente que está peor que uno, esta no tenía ni para comer, y yo tengo a mi familia, que me acompaña, los tengo a ustedes, he tenido mucho más que otras personas”. En la última visita, Marina estaba muy disneica, a causa de múltiples metástasis pulmonares. Igual trataba de transmitirnos tranquilidad a todos, decía “ya no necesito nada”. Sobre su disnea al final, lo adjudicaba a una neumonía, y decía que sería muy difícil salir de esa, pero que “ya está, ya estoy muy cansada”. Falleció el 20 de diciembre en el hospital.

El equipo de la Posad visitó a la familia varias veces en el duelo. Amanda fue derivada a psicoterapia individual. Las ayudas económicas se mantuvieron meses después. Antes del último cobro de esta, realizamos una visita de cierre. Todos se mostraron conformes por como habían ocurrido las cosas a pesar del dolor. La hija de Silvana trajo a la mesa una foto de Marina, y dijo a un miembro del equipo “¿te acordás que linda estaba mi abuela?”. Todos reímos.

Viñeta 2- Antonio.

Antonio de 52 años tenía diagnóstico de Síndrome de Down, en el año 2012 tuvo un ACV, con secuela de paresia braquiocrural derecha. En el año 2012 comenzó con síntomas compatibles con demencia, y en diciembre de 2013 estuvo internado por neumonía aguda de la comunidad grave. Luego del alta, la familia se comunica con la unidad sanitaria de referencia, y es incluido en la agenda de visitas de la Posad.

Figura 3. Genograma de de la familia de Antonio



Probablemente a consecuencia de su neumonía, Antonio comenzó con una diabetes insípida e hipoproteinemia, que le causaron edemas y riesgo de deshidratación.

El vivía con sus padres, Margarita y José, de 80 y 75 años. Tiene dos hermanas, que lo acompañaron. , Rosa una de ellas, de 46 años, que los asistió a diario por la mañana. Durante dicho proceso se mostró muy agotada, y el equipo temió por su claudicación.

Solicitamos un acompañante terapéutico, por dos meses, cuatro veces por semana, para poder trabajar con esta familia en proceso de organización. Pensamos en que podía ayudarnos a fortalecer el rol de los padres, y regular las tareas que su hermana realiza en su casa para poder seguir contando con ella mucho tiempo. Además, nos dimos cuenta que precisábamos un observador más para evaluar la necesidad y monitoreo de posible tratamiento para síntomas de demencia.

Una dificultad que tuvimos en el caso de Antonio fue que su situación de diagnóstico no era clara, y era muy difícil al principio poder realizar un pronóstico certero. No podíamos reflejar su situación en ningún modelo de deterioro funcional en enfermedades terminales. De todos modos, esta herramienta fue tenida en cuenta en el seguimiento de la situación, y la incertidumbre compartida con la familia. Los análisis realizados se pueden resumir en tres modelos:

Posibilidad de que Antonio tenga una enfermedad crónica: la ecografía muestra un hígado cirrótico, lo cual podría generar insuficiencia hepática. En este panorama, podrían ser

necesarias internaciones ante cada reagudización, has tuviera un perfil de funcionamiento peor que al ingreso.

Posibilidad de que Antonio estuviera envejeciendo, y tuviera enfermedades relacionadas con la edad avanzada: al tener Síndrome de Down, la expectativa de vida es menor que la población general. Si tuviese una demencia, al ocurrir otras enfermedades como la neumonía, irían afectando su funcionamiento, pero la sobrevida sería mayor, y el deterioro más lento.

Posibilidad de que Antonio tenga enfermedad rápidamente progresiva: la ecografía mostraba además una masa hepática. La familia decidió no estudiar más esta posibilidad, porque los métodos que se ofrecían eran demasiados cruentos. Si este diagnóstico fuese real, la sobrevida sería más corta, y el deterioro muy rápido.

Decidimos visitar en el hospital a la doctora clínica encargada del caso. Le contamos las posibilidades de que la situación de Antonio pudiera ubicarse en uno de los modelos descritos, siempre con el objetivo de tomar decisiones para aclararnos el panorama a la hora de encontrarnos con la familia. Pero la doctora estaba en la misma confusión que el equipo, con la desventaja de no conocer el entorno de Antonio. Aquí queremos hacer un espacio para relatar el encuentro de la médica y el equipo de posta. Al presentarnos en el hospital lo hicimos como equipo de posta de salud de Bordeu (en ese momento promotora y médica de familia), nunca especificamos nuestras profesiones, teniendo la intención de ya no darle solamente lugar al diálogo médico y su lenguaje encriptado; queriendo lograr un instante de diálogo contra-hegemónico que nos permitiera construir un “poder” dar respuesta a nuestra búsqueda. Durante otras visitas nos hicieron esperar a que el médico terminara su ronda para luego darnos un breve lugar al pase de informe de un paciente y no a la charla que intentamos tener. Para el equipo de posta ningún usuario es cualquier usuario, sino que tienen nombre apellido y demás derechos que somos responsables de garantizar. Estos encuentros dejaron de ser tan rígidos a raíz de reiteradas visitas por Antonio y otros usuarios.

A los pocos días Antonio vuelve a ser internado y nos dirigimos al hospital a ver en qué situación se encontraba. A raíz de dicha visita pudimos reforzar lo que veníamos haciendo, que Antonio tiene un desencadenamiento de enfermedades que los llevaron a no caminar a no comer ni ingerir líquidos, y a necesitar de una observación más cercana por lo cual la familia se ve necesitada de una acompañamiento, ya que sus padres son grandes y sus hermanas trabajan, aunque están la mayor cantidad de horas que su tiempo le permite. Antonio venía mejorando pero el clima y sus complicaciones físicas lo llevaron a una deshidratación que terminó en la internación por unos días, pero ya en casa todos nos preocupamos por su calidad de vida sin olvidar la integridad de la familia. Si bien al alta regresó a su hogar con sonda nasogástrica, la familia prefirió retirársela apenas volvió a beber como antes. El equipo de la Posad hablo con la médica del hospital, y se retiró la sonda al día siguiente. Antonio no volvió a deshidratarse.

El equipo de posta al ver que ya estábamos dentro de las posibilidades que Antonio falleciera, ampliamos nuestra intervención hacia la familia y la proyección de dicho final. Las hermanas asumieron el posible fallecimiento por lo que nos consultaron por la posibilidad de recibir ayuda para el sepelio, de lo que se encargo la trabajadora social del equipo.

Durante varios encuentros nos fuimos dando cuenta que había un importante factor espiritual en la familia que había que trabajar. Así que a través del conocimiento de los libros de la biblia y del evangelio de algunos de los integrantes del equipo comenzamos a trabajar la dimensión espiritual de la familia. Esto tuvo un resultado positivo, aunque también trajo enojos pero finalmente nos conectaba aun más con los integrantes.

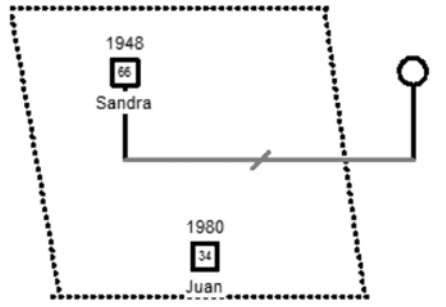
Finalmente Antonio fallece, el 11 de febrero del 2014. Seguimos visitando a la familia para acompañar el proceso de duelo. Dichas visitas se fueron realizando cada vez mas espaciadamente para llegar a un cierre, quedando a disposición si ellos lo necesitan, no siendo necesarias otras intervenciones.

Viñeta 3- Sandra

Sandra tiene 66 años y vive con Juan, un amigo que ella quiere “como a un hijo” desde hace 7 años. Está separada hace más de 15 años. Entre sus antecedentes patológicos encontramos: insuficiencia cardíaca, diabetes insulino-requiere, epoc, obesidad mórbida, hipertensión arterial y artrosis.

Es vista periódicamente por el equipo de la unidad sanitaria, pero a raíz de una internación por descompensación de la insuficiencia cardíaca es incluida entre los usuarios de la Posad.

Figura 4- Genograma de Sandra



La descompensación de debió al abandono de la medicación y a una infección intercurrente.

Entre las tareas desarrolladas por el equipo se encuentran: visita y evaluación de la situación de inicio, regularización de recetas y medicamentos, gestión de un acompañante terapéutico, evaluación para ver estado de salud mental, educación sobre enfermedad y signos de alarma, vacunación, gestión de turnos con el hospital.

Las visitas fueron muy frecuentes al inicio de la intervención, sobre todo por la desconfianza de Sandra respecto al diurético. Por lo tanto, se negoció un uso escalonado del mismo y con controles más frecuentes para tranquilidad de Sandra. Juan aprendió a detectar signos de alarma por si fracasara la estrategia. Afortunadamente, no hubo problemas y se llegó a dosis plena del diurético en poco tiempo. Cuando en algunos días se sentía “mas hinchada”, Sandra tomaba te de cola de caballo que una amiga lejana le traía de vez en cuando, y, según nos explicaba, esto potenciaba la acción de diurético que le otorgábamos.

La prioridad de interconsulta según el equipo era referido a endocrinología, pero Sandra estaba también preocupada por su visión, por lo que se tramitó las dos juntas.

Actualmente, asistimos al domicilio cada tres semanas. Ella está estable, sin disnea ni edemas, de buen ánimo. Aun está pendiente el acompañante terapéutico.

Análisis y discusión de las situaciones

Los tres proyectos terapéuticos que hemos desarrollado entre 2013 y 2014 tienen algunos puntos en común (ver Tabla 1). Por su complejidad y tipo de patologías de las personas, hemos usado el concepto de cuidados paliativos propuesto por la Organización Mundial de la Salud en el año 2007 que dice que “la atención paliativa es un enfoque que mejora la calidad de vida de unos pacientes y familiares que se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (5).

Características comunes de los casos de patologías crónicas abordados por la Posad: Mirada desde la propuesta de cuidados paliativos, Abordaje interdisciplinario, Evaluación

inicial que incluye: genograma y dinámica familiar, encuesta social única, identificación de necesidades, Articulación con el segundo nivel de atención, Elaboración de plan de seguimiento, Co-construcción de salud con los usuarios

En la evaluación de las situaciones hemos incluido la voz de todas las disciplinas, y las propuestas sobre modos y estrategias de intervención se elaboraron en reuniones de equipo. Fueron compartidas con los usuarios, y luego conjuntamente se decidió cuales utilizar. Esta lógica de trabajo refleja la “co- producción del proceso salud/enfermedad/ intervención” propuesta por Sousa Campos (6,7), en donde el proyecto terapéutico es dialogado entre todos antes de llevarse a cabo. Este modo de abordaje (como vimos la negociación con Sandra referido al consumo de diurético, la extracción de la sonda naso gástrica de Antonio o la construcción del baño en la familia de Marina) fortaleció el vínculo entre equipo y usuarios, revelando su potencial en este sentido (8).

En una tradición médica que supone una relación asimétrica entre usuarios y trabajadores de la salud, este modelo resulta claramente novedoso. El poder (según Foucault) no es una sustancia que se posee, es más bien una relación entre sujetos libres (9). La circulación de poder que intentamos construir respeta la lógica de dar lugar a todos los intervinientes en los casos. Sabiendo que provocamos una ruptura con “lo viejo” intentamos ser parte de un cambio en las relaciones entre usuarios y trabajadores de la salud.

En el caso de Marina el equipo creyó necesario construir una parte de la casa que para la familia no era de tanta urgencia; no importa tanto qué parte se construyó, sino rescatar que la distintas posiciones fueron escuchadas y que cuando se encuentran y se plantean resultan en una respuesta acordada, una acción acordada. Aquí no se trata de ceder sino de construir una respuesta entre todos los intervinientes. De ser parte de un proceso y no de un simple resultado.

En el caso de Antonio dos son las situaciones que marcan la tendencia en la que circula el poder en la posta: una fue la presentación del equipo en el hospital, ya que no solo el médico tenía la palabra y el saber, por lo tanto la verdad sobre la situación de Antonio. La posición del equipo fue relacionarse con los demás interesados como parte integrante de una situación en la que todos debíamos formar parte de una respuesta. Otra situación fue la divergencia de posturas entre el equipo y la familia sobre la visita de los padres a Antonio en el hospital durante sus últimos días de vida; en el equipo se pensó que era conveniente que lo visitaran, pero sus hermanas pensaron que no. Cuando charlamos esto con la familia, no solo las hermanas mantuvieron su postura sino que los padres decidieron no ir a verlo. Aquí, más allá de nuestra postura basada en teorías de duelo y psicoanálisis y discusiones en el equipo, los padres no fueron a verlo. Así fue porque creemos ser parte de un modelo que ya no es médico céntrico sino que respeta la decisión de usuario, como sujeto de derecho. De todos modos, debemos admitir que temimos por los padres de Antonio, pero estas dudas se diluyeron rápidamente y no hubo signos de duelo patológico en el seguimiento. Y aunque los hubiera habido, creemos más importante defender la postura de las decisiones compartidas.

Igualmente, la coproducción de la salud se revela en la decisión compartida de ingreso o egreso de los usuarios en este dispositivo de cuidados, diferenciándose de otras estrategias de cuidados domiciliarios en donde estas decisiones tienen más fundamento biológico y es el médico quien decide el inicio y el fin de las actividades (10). Como en el caso de Marina y de Antonio, las visitas se continuaron aún cuando estaban en el hospital (a pesar de que el equipo “interviniente” era otro en ese momento), porque el “alta” tuvo que ver con la vivencia familiar y no con un criterio disciplinar.

Foucault a la relación entre poder y saber, diciendo que:

“...el poder, lejos de estorbar al saber, lo produce. Si se ha podido constituir un saber sobre el cuerpo, es gracias al conjunto de una serie de disciplinas escolares y militares. Es a partir de un poder sobre el cuerpo como un saber fisiológico, orgánico ha sido posible...” (Foucault, 1989)(14)

En función de esto, pensamos que nuestra participación en los casos nos ha posicionado en un lugar donde ya no podemos ejercer el poder sobre el cuerpo desde el rol que tenemos como trabajadores de la salud, sino que el dispositivo POSAD nos invitó a considerar el saber de la gente, y relacionarnos de una manera no verticalista.

La forma más extendida de cuidados en salud es lo que Menéndez denomina “auto atención”, refiriéndose con ella a la práctica integradora que hacen los sujetos, combinando medicinas tradicionales, biomedicina y otros saberes (11). Esto ha podido ser visto con claridad en el caso de Marina M. y su familia, que recibían asiduamente las visitas de un pastor evangélico, y tomaban algunas decisiones con él. Otro ejemplo es el uso de cola de caballo como refuerzo de la furosemida en la situación de Sandra. El equipo comprende que las intervenciones ofrecidas a los usuarios son solo una forma de mirar la realidad, y que hay otros saberes igualmente válidos. Esto nos recuerda a la noción de “saberes sometidos” de los que habla Foucault, como aquellos conocimientos calificados como incompetentes por carecer de cierta cientificidad (14). Creemos que el cambio de modelo de atención de padecimientos también significa repensar esos saberes considerados antes como sometidos. El proceso nos va enriqueciendo a medida que vamos conociendo otras prácticas.

Las tres situaciones fueron conocidas primero por la unidad sanitaria de referencia (con la que se comparten algunos miembros de la Posad), lo que facilita, además, la entrada a los hogares. Además, la definición de un territorio a cargo permite al equipo fortalecer el vínculo y dedicar más tiempo a la comunidad a cargo (8). Este aspecto puede ser interesante desde la mirada de los gestores de salud, ya que muestra como dispositivos como la Posad vienen a sumar calidad de atención a los ya existentes, y no a reemplazarlos.

Conclusiones

En el desarrollo del primer nivel de atención en Bahía Blanca, la política de modificar el modelo de atención (implementada desde 2012) se ha ido profundizando, iniciando “*un camino de integración, inclusión y rediseño de las estrategias de cuidado y atención que hoy nos permite mirar al futuro con optimismo y esperanza*” (Secretaría de salud Bahía Blanca, 2013) (12). Hoy podemos decir que la expresión de ese modelo de atención humano, integral y democrático ha alcanzado plenitud en el dispositivo de la Posad (3,4).

Este modelo está centrado en la oferta, como búsqueda activa de personas o familias que necesiten una respuesta distinta. Lo caracteriza también la co- construcción de la salud entre usuarios y trabajadores. El sujeto de esta clínica es un sujeto de derecho padeciente, no un enfermo paciente.

La práctica clínica que hoy es dominante es producto de las tensiones en la historia de la medicina, que son espejo de las tensiones sociales históricas. Algunos han logrado imponer sus ideas, y hay otras voces que han sido puestas en segundo plano. La Historia o el pasado, como propone Walter Benjamin (13), tiene al menos dos facetas: una que hoy sobrevive y ha sido heredada, y otra que es parte de la memoria. Y claramente, hay una clínica médica que ha ganado un lugar oficial, y es hegemónica, heredera de un pasado vencedor. Hoy esa medicina vencedora es insuficiente. En un país que en esta última década ha empezado un camino de recuperación de derechos que habían sido postergados, es necesario plantearse una clínica distinta. Ya no podemos apostar a una clínica fragmentada que responda al vencedor y contenga a los vencidos, sino que debemos apostar a una clínica integral, que comprenda a los sujetos como seres sociales históricos. Y a partir de aquí, pensar a la medicina como práctica histórica con capacidad transformadora.

Las reflexiones que se desprenden de estas tres situaciones analizadas pueden ser un aporte en la construcción de las nuevas formas de responder en salud que nuestro pueblo está necesitando.

Agradecimientos

A Diego Palomo, Silvina López y Federico Bugatti por habernos invitado a desarrollar este proceso de cambios.

Bibliografía

1. Municipalidad de Bahía Blanca. Programa de Modelo de atención- cuidado y equipos de referencia. Resolución 5-226-2013. Bahía Blanca; 2013.
2. Menéndez E. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. 1st ed. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
3. Posta de Salud Domiciliaria. Informe de Gestión. Bahía Blanca: Secretaría de Salud; 2013.[acceso el 10 de agosto de 2014] Disponible en : <http://www.bahiablanca.gov.ar/areas-de-gobierno/salud/postas-de-salud-domiciliarias-posad-julio-2013/>
4. Godoy AC, Henriquez S, Uranga R y col. Posta de salud Stella Maris: una apuesta por un modelo de atención más humano, integral y democrático. Arch Med Fam Gen. 2014; 11(1). P 7 – 12.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 5. España; 2007.
6. Sousa Campos GW. Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
7. Sousa Campos GW. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos Buenos Aires: Lugar editorial; 2009.
8. Silberman P, Arnaudo C. Modelos Municipales de Salud: consideraciones teóricas para la construcción de un hacer desde la reflexión de los saberes. Arch Med Fam Gen. 2013; 10(1). P 5 – 9.
9. Castro E. Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Siglo veintiuno; 2011.
10. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Forcelledo Llano CR, Camejo MMR. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 Dic; 16(6).
11. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
12. Secretaría de Salud de Bahía Blanca. Nuestra Política de Salud. Documento técnico. Bahía Blanca: Municipalidad de Bahía Blanca; 2014. .[acceso el 10 de agosto de 2014] Disponible en : <http://www.bahiablanca.gov.ar/subidos/salud/nuestra-pol-de-salud.pdf>
13. Benjamin W. Tesis de filosofía de la historia. Traducción de Jesús Aguirre. Madrid: Taurus; 1973. 14. Foucault, M. Microfísica del poder. Madrid. De la piqueta, 1989.x