

EMERGENCIAS EMOCIONALES, ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Comisión sectorial de educación permanente
2^{do} Tomo

Prof. Ag. Margarita Garay

Prof. Adj. Lic. Psi. Rosario Tuzzo

Prof. Adj. Lic. Enf. Alvaro Diaz

COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE



Oficina del Libro FEFMUR



Facultad de Enfermería



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

ÁREA SALUD

SD

UNIDAD III: Atención Primaria en Salud – Primer Nivel de Atención.

**Autores: Prof. Ag. Lic. Margarita Garay
Prof. Adj. (s) Lic. Alvaro Díaz - Prof. Adj. Lic. Psi. Rosario Tuzzo.**

En esta Unidad III trabajaremos los conceptos de:

- Atención Primaria en Salud, sus orígenes y evolución desde la Conferencia de Alma Ata hasta nuestros días.
- La diferencia entre la estrategia Atención Primaria y Primer Nivel.
- Sistema, Sistema Nacional de Salud, Sistema de Atención y Cuidados a la Salud, Sistemas Locales de Salud, Atención a la salud. Promoción, Prevención.
- Los otros niveles de prevención, diferencias y el enfoque desde Salud Mental.
- Breve análisis sobre los obstáculos para implementar la estrategia de APS.

1. En 1946 luego de la Segunda guerra mundial junto con la creación de organismos internacionales, surge la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual declara que: **“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**.

Si bien parece una definición idealista es un avance pues considera a la salud no solo como ausencia de enfermedad.

El 12 de Setiembre de 1978 en Alma Ata la OMS y la UNICEF suscriben una declaración, que Uruguay firma con 143 países, donde definen la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

En su artículo 1, consagra a la salud como un derecho humano fundamental.

Esta estrategia debería haber sido llevada adelante, como política de estado por los países firmantes.

La Atención Primaria en Salud es:

- Asistencia esencial basada en métodos, tecnologías, científicamente fundadas, socialmente aceptadas.
 - Puestas al alcance de todos los individuos y familias de la Comunidad.
- Con su plena participación.
- Costo que el país pueda soportar.
- Auto responsabilidad – determinación.



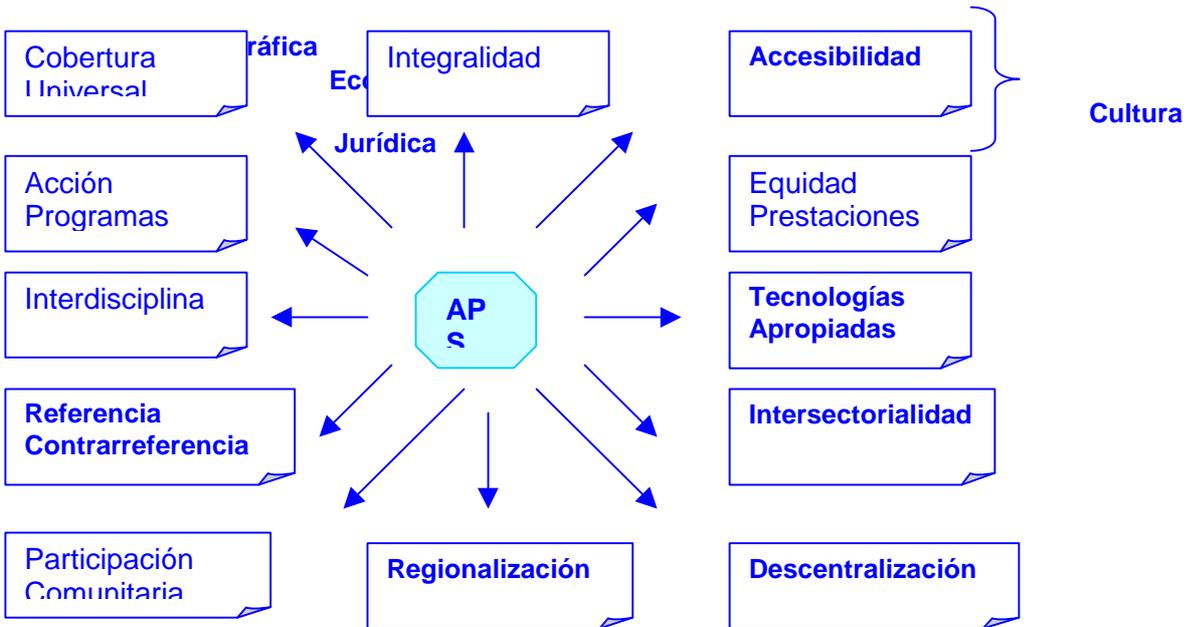
En 1978 se definen elementos esenciales de la estrategia de APS:

1. Educación: principales problemas de salud, métodos de prevención y acción.
2. Promoción y suministro de una nutrición apropiada.
3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.
4. Asistencia materno infantil, incluyendo la planificación familiar.
5. Inmunizaciones contra las principales enfermedades inmuno prevenibles.
6. Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.
8. Suministro de los medicamentos esenciales.

Estos elementos esenciales: → líneas de acción principales son los :



Acciones y Servicios deben formar parte de un Sistema Nacional de Salud.



El Uruguay vive una enorme crisis social y económica, que repercutió fuertemente en casi toda su sociedad. A esto se agrega la carencia de un Sistema Nacional de Salud que dé cobertura universal a la población; se prioriza la enfermedad y no la salud, la coordinación es escasa entre las instituciones sanitarias, existe superposición de los recursos y de alta tecnología. En la actualidad, la salud es algo inaccesible, para un grupo importante de uruguayos

Así mismo, nos parece importante mencionar que la Atención Primaria de Salud , como estrategia ha sido comprendida en forma despareja, entre los distintos efectores de salud del primer nivel de atención, minimizando su proyección asimilándola a “prevención primaria sin asistencia”, “primer nivel de atención” “paquete básico de prestaciones para población de zonas marginales”, a pesar de lo cual mantiene su vigencia a través de renovados desafíos.

El criterio de utilizar la palabra primaria fue para declararla esencial, fundamental.

Incorporar un sentido político, estratégico que contribuya a modificar los modelos de atención y de gestión.

Entre todos los componentes que ya hemos nombrado queremos destacar cuatro fundamentales:

Continuidad - Accesibilidad - Integralidad - Coordinación,

Así como crear entre todos los efectores del sistema de salud y sus diferentes niveles, un **Sistema de Referencia y Contrarreferencia** que facilite trabajar en conjunto a todos implicados en el proceso de atención, brindarle una atención integral y darle continuidad al tratamiento.

- Adecuación sinérgica con la noción más actual de “trabajo en red.”
- Fortalecer su componente de calidad sustentable.
- Democratizar el conocimiento sustentando el enfoque de derechos ciudadanos.
- Abogar por la salud integral.

A modo de ejemplo nos parece importante transmitir una experiencia de 15 años en una institución pública sobre la aplicación de estrategia:

En la Intendencia Municipal de Montevideo **desde 1990 a la fecha**, el Departamento de Descentralización, División Salud y Programas Sociales, brindan servicios como parte de un conjunto articulado de políticas, programas y servicios de promoción social municipal priorizando zonas y sectores sociales con carencias críticas.

A través del Plan de Atención Zonal a la Salud (PAZS) fortaleció su red de policlínicas municipales en el primer nivel de atención, móviles de salud, que suman 22 servicios y policlínicas por convenio, con el Propósito General de “Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones integradas y coordinadas dirigidas a las personas y el ambiente, con la participación de la comunidad organizada.

El Plan de Atención Zonal a la Salud como principal objetivo pretende: “avanzar en el proceso de transformación del modelo asistencialista curativo de atención de salud, revalorizando el concepto de Integralidad en las acciones.

Sus equipos de salud interdisciplinarios atienden en forma programada, a demanda y también desarrollan actividades con énfasis en la promoción y prevención con grupos de usuarios, en el marco de sus programas: del Adulto, 3ª edad, del Niño, Atención Integral a la Mujer, Inmunizaciones, así como en guarderías, escuelas, liceos, UTU, grupos de la comunidad organizada: organizaciones de mujeres, comisiones de salud, etc. Esto ha contribuido, en algunas zonas en particular a fomentar la conformación de la base de los Sistemas Locales de Salud.

Las líneas de acción priorizadas para impulsar la APS fueron:

- Reorientar y capacitar el personal de salud en la APS.
- Participación de la comunidad en la planificación, organización y ejecución de la APS.
- Coordinación intersectorial.
- Centralización normativa y descentralización ejecutiva.
- Coordinación interinstitucional de servicios que operan en el primer nivel de atención.
- Enfoque de riesgo.
- Coordinación docente asistencial.
- Cooperación internacional.

La observación de los principios de igualdad, equidad y solidaridad en las prestaciones, sumados a la promoción de la activa participación de la comunidad en la gestión de los servicios, a través de sus órganos de gobierno local: juntas locales y consejos vecinales y en el fomento de la educación para la salud, como forma de alcanzar el auto cuidado de la misma, **son los elementos esenciales que han facilitado la aplicación de esta estrategia.**

Para lograr aplicar esta estrategia también se deben tener en cuenta los factores determinantes y condicionantes del nivel de vida en una sociedad, los cuales tienen diferentes expresiones en cada país y aun en el interior de los mismos para los diferentes extractos sociales y regiones, por todo lo cual las respuestas o soluciones a las situaciones diferenciadas, requerirán de la misma forma, medidas específicas.

Factores Determinantes (Lalonde; 1974)

- **Modo de vida:** nivel y la calidad de vida, elementos culturales, hábitos, creencias, actitudes y comportamientos peculiares de la población de cada país, algunos de los cuales pueden resultar beneficiosos y otros nocivos para la salud.
- **Medio ambiente natural:** geografía, clima, elementos que generan beneficios o condiciones de riesgo para la salud, diferentes por regiones.
- **Características biológicas** de cada persona: carga genética, edad, sexo.
- **Sistema de atención a la salud:** organización de servicios para responder a la demanda de atención de la población, de un país.

Condicionantes de la respuesta de cada país:

- Nivel de desarrollo socio económico alcanzado.
- Características culturales: valorización de la salud individual y colectiva, hábitos saludables o nocivos para la salud, practicas de oferta y de utilización de los servicios.
- Características demográficas de la población: índices de natalidad, mortalidad y migraciones, distribución por grupos etarios que conforman la pirámide poblacional.
- Características geográficas y naturales.
- Características epidemiológicas: morbi mortalidad.
- Características de los servicios de Salud. Para ellos, es importante tener en cuenta:

- ❖ **Administración de los servicios:** características del sistema, coordinación entre los efectores, gestión administrativa y atención establecidos, papel del organismo rector, grado y niveles de participación de los distintos actores en la gestión del sistema de salud.
- ❖ **Nivel de conocimientos técnicos y científicos** del área salud y nivel de aplicación de los avances técnicos y científicos en la capacitación de los recursos humanos, en los procesos de atención y administración del sistema de salud.
- ❖ **Capacidad Instalada:** Número, tipo de establecimientos de salud existentes, equipamientos existentes en condiciones de ser utilizado y su distribución en el país.
- ❖ **Cobertura de la población:** desde el punto de vista de sus derechos formales por pertenecer a determinado servicio sea público o privado.
- ❖ **Componente de accesibilidad a los servicios de atención:** considerando aspectos geográficos, culturales, administrativos y económicos, se pueden diferenciar cobertura formal, cobertura real de la población a los servicios de atención.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS DEL PAIS.

- La totalidad del proceso de gestión de este recurso considerado estratégico.
- Estimación de necesidades de: profesionales, técnicos, administrativos, que componen los escalafones del sector salud, uno de los más amplios en la economía del país.
- Formación del personal estimado necesario, a mediano y largo plazo, lo cual requiere una coordinación estrecha entre los organismos rectores del sistema y las instituciones formadoras de recursos, para
 - la producción en calidad y cantidad adecuada.
 - La descripción de cargos y puestos de trabajo, mecanismos de selección, distribución, remuneración evaluación del desempeño, educación, capacitación, entrenamiento en servicio y certificación. Métodos de estímulo material y moral, seguridad e higiene laboral, condiciones para el retiro, beneficios sociales.

Por tanto los Modelos de Atención a la Salud se destacan por su carácter histórico y contingente. Cada país tendrá un modelo de atención a la salud peculiar, diferente de otro, a lo largo de la historia dicho modelo se modificará de acuerdo a las condiciones económicas, sociales ambientales, culturales propias de cada país.

El Ministerio de Salud Pública, ha tomado como una de sus prioridades, desarrollar esta estrategia en la atención de los servicios del primer nivel, extender la cobertura asistencial para alcanzar su universalidad a través del mejoramiento de la accesibilidad geográfica, cultural, funcional y económica de las personas y comunidades.

Porque nuestro país tiene una fuerte tradición en lo que hace a tareas preventivas, acciones comunitarias, educación para la salud y coordinación de servicios, pilares todos ellos de la APS.

2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD - SISTEMA DE ATENCIÓN.

SISTEMA: Un sistema es un conjunto de elementos con relaciones específicas para el cumplimiento de objetivos predeterminados cuyos componentes están íntimamente vinculados, de forma tal que cambios en el número, elementos, relaciones existentes entre ellos, modificarán de una u otra manera la totalidad del mismo. Un sistema no es la suma de las partes, es un todo unitario y complejo.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

“Es el conjunto de servicios públicos y privados de una nación integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define políticas y normas generales:

- Niveles de atención definidos e interrelacionados.
- Niveles administrativos intermedios y locales descentralizados, cuyo propósito esencial es:
 - cobertura universal.
 - equidad en las prestaciones y en la financiación.
 - eficacia y eficiencia económica y social.
 - atención integral a la salud. ” (Hugo Villar Marzo 2003)

“EL SISTEMA DE SALUD ES EL INSTRUMENTO IDÓNEO PARALLEVAR A CABO UNA PROFUNDA TRANSFORMACIÓN EN LA SITUACIÓN DE SALUD EN NUESTRO PAÍS”.
(Hugo Villar Marzo 2003)

Es importante recordar el concepto de Salud como:

- Una categoría biológica y social.
- En unidad dialéctica con la enfermedad.
- Resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio.
- De carácter multicausal.
- Que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social.
- Permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad.” (H. Villar 2003).

A. **Sistema de atención a la salud:** conjunto de elementos y sus relaciones cuyo objetivo es producir salud y abarca una serie de funciones destinadas a satisfacer las necesidades de la población, comprendiendo en el sentido mas amplio (educación, vivienda, trabajo, cuidado del ambiente).

B. **El sistema de cuidados de la salud:** es el conjunto de servicios de salud de un país organizados y relacionados de cierta manera, cuyo propósito es brindar atención integral a la salud a la totalidad de la población, con eficiencia, eficacia y equidad en las utilización de los recursos disponibles en cada etapa de su desarrollo.

C. Modelo de Atención a la Salud.

Es la organización de los recursos para la atención a la salud, de su población, cada país da respuesta con el propósito de solucionar los problemas o necesidades relacionadas con el proceso salud / enfermedad.

LA ATENCIÓN A LA SALUD SE ORGANIZA POR NIVELES DE ATENCIÓN.

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos a fin de satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población. Estos niveles de se establecen basándose en los procedimientos de atención requeridos; para organizarlos son necesarios:

- Recursos Humanos y Materiales (RHH - RRMM)
- Insumos y equipos.
- Organizados en escalones de creciente complejidad.

Cada país se establece la clasificación de las unidades y niveles de atención que conformaran su sistema de salud, con el objetivo de racionalizar los recursos y favorecer la accesibilidad de los usuarios a los mismos.

En Uruguay el Ministerio de Salud Pública reconoce actualmente tres niveles de atención:

Primer Nivel de Atención:

Es la puerta de entrada del usuario al sistema de salud, bien organizado permite resolver las necesidades básicas y mas frecuentes en la atención de salud de una población dada, con tecnologías simples.

Se agrupan en este nivel aquellos servicios, procedimientos y tipo de personal que el Ministerio de Salud Pública considera deben estar accesibles en forma inmediata a la población.

Principales Actividades del primer nivel:

- Promoción
- Protección específica
- Diagnóstico precoz
- Tratamiento oportuno
- Rehabilitación
- Saneamiento ambiental
- Con amplia participación de la comunidad organizada.

1. La función del primer nivel es brindar atención de salud a través de:

- Atención ambulatoria
- Atención a domicilio, seguimiento domiciliario casos de riesgo.
- Atención de urgencia.

2. Vigilancia epidemiológica.

3. Educación para la salud.

4. Investigación.

Se utiliza el método clínico y epidemiológico, apoyado con técnicas complementarias de diagnóstico.

Las especialidades con que cuentan los equipos son: Enfermería Profesional y auxiliar, Nutricionista, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Medicina General, Pediatría, Ginecología. En los equipos de primer nivel de atención se debe contar con administrativos capacitados para la tarea, porque ellos son el primer contacto del usuario con el servicio y con los servicios de apoyo (recepción y archivo, farmacia, laboratorio); deben contar con servicios generales: limpieza y mantenimiento.

En este nivel están incluidas las Policlínicas y Centro de Salud, quienes a través de la aplicación de sus Programas deberían resolver, identificadas las necesidades, el 80 % de la población usuaria, en su área de responsabilidad.

Las acciones dirigidas al medio ambiente: aire, agua, suelo y saneamiento básico deben ser coordinadas con autoridades Municipales y de la Educación.

Integrar la capacitación educativa continua de sus recursos humanos así como de la comunidad.

La investigación deberá ser un objetivo primordial no solo para mejorar la eficacia y eficiencia en el trabajo sino para identificar los principales problema y necesidades de salud del área.

Segundo Nivel de Atención.

Lo integran los hospitales locales, urbanos, rurales, o de nivel departamental, con las especialidades básicas. En nuestro país son los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, alcanzando a cubrir población de varias unidades del primer nivel, de 15.000 a 30.000 habitantes: Maciel, Pasteur. También los hospitales de Sanidad Militar y Policial, así como los de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (sistema mutual).

Estos hospitales deben contar también con atención ambulatoria de especialidades, en policlínicas.

Tercer Nivel de Atención.

Corresponde a los hospitales de alta especialización donde se atiende la totalidad de la población de un país, por Ejemplo el Hospital de Clínicas, Universitario, centro de formación de especialistas.

Otro Ej. Es el Centro Hospitalario Pereira Rossell, con sus 2 hospitales: Pediátrico y de la Mujer.

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD.

Conjunto de actividades que realiza el equipo de salud sobre las personas sanas o enfermas, incluyendo la protección y mejora del medio ambiente, desarrolladas con actitud u orientación preventiva.

Se pueden distinguir 5 tipos de actividades:

1. **Promoción:** su objetivo es mantener o mejorar la salud. Serían todas aquellas actividades que mejoran el nivel y calidad de vida: correcta alimentación, trabajo adecuado, vivienda, recreación, educación, libertades públicas etc.

2. **Protección.** Su objetivo es proteger a las personas o al medio contra riesgos, actividades dirigidas a proteger contra:

● **Riesgos físicos:** radiaciones ionizantes, ruido iluminación inadecuada.

● **Riesgos químicos:** agentes irritantes: pesticidas, o los desechos industriales contaminantes.

● **Riesgos biológicos:** microorganismos: insectos, roedores.

● **Riesgos fisiológicos:** personas que levantan pesos importantes o adoptan posturas de mayor exigencia para su columna. Ej. En el embarazo el personal de enfermería.

● **Riesgos psicológicos:** el ritmo y las exigencias de la vida moderna generan tensiones que pueden fatigar y aun llevar el agotamiento psíquico de las personas. El consumo de psicofármacos, aumento de las tasas de otras adicciones como tabaquismo, alcohol, drogas ilegales ha traído como consecuencia la violencia institucional, familiar y social, el aumento de la tasa del suicidio, son elementos preocupantes.

3. Recuperación de la salud aquellas actividades de diagnóstico precoz y tratamiento eficaz, con el fin de conocer la causa y aplicar tratamiento adecuado a fin de recuperar el nivel de salud perdido.

4. Rehabilitación: posibilitando la recuperación o compensando habilidades perdidas por otras nuevas, limitando el daño de forma tal de posibilitar la mejor reinserción social de las personas.

5. Cuidados paliativos: en aquellos usuarios con procesos irreversibles se realiza acompañamiento de manera de mitigar el sufrimiento, brindando apoyo necesario en el tránsito a la muerte.

Atributos deseados de la atención a la salud.

1. **Universalidad:** La atención a la salud es un derecho de las personas, determinar quien es el responsable de asegurarlo. (el individuo o el estado).

2. **Enfoque integral con orientación preventiva:** El individuo inserto en un medio social que lo condiciona, que puede ser transformado por la persona.

3. **Eficaz:** relacionada con el logro de los objetivos, se mide con índices apropiados a cada servicio, mortalidad, morbilidad y calidad de atención (impacto de la atención sobre la población asignada al servicio).

4. **De Calidad:** culturalmente aceptable, con la aplicación de los recursos técnicos, científicos adecuados que están disponibles en cada etapa del desarrollo del país.

5. **Eficiente:** Racionalización de los recursos productivos (humanos, materiales). Red de servicios con relaciones de referencia y contra referencia establecidas entre unidades operativas de diferente nivel de complejidad, criterios de complemento entre los subsectores del sistema, evitar superposición y despilfarro, inequidades y barreras de diferente tipo, que dificultan utilización de servicios a grupos importantes de la población.
6. **Oportuna:** relacionada con el factor tiempo requerido para las acciones terapéuticas, en el momento que el usuario lo necesita
7. **En el lugar adecuado,** en relación a las necesidades del usuario, domicilio, trabajo, servicios de hospitalización, se requiere la existencia de una red o de servicios estructurada.
8. **Interdisciplinaria y en equipo.**
9. **Humana:** actividades que se realizan por personas, para personas, con respeto, porque están dirigidas a preservar, mantener o recuperar la salud, considerada derecho esencial de las personas y como un bien de valor individual y social.
10. **Continua:** desde la gestación a la muerte, con las actividades adecuadas en cada etapa,
11. **Relación de centralización y descentralización:** los dos componentes deben presentarse integrados, no son excluyentes, centralización normativa - conducción, descentralización de la ejecución.
12. **Participación de los distintos actores.** La representación de los diferentes componentes del sistema en la gestión del mismo: Instituciones que prestan servicios, las formadoras de recursos humanos, proveedores, trabajadores del sector salud, y los usuarios en cada uno de los niveles administrativos (central, local, departamental).
13. **Grado de formalización.** Corresponde darle el marco jurídico correspondiente, legislar las atribuciones y responsabilidades de cada actor o componente del sistema de salud.
14. **Sostenible para el país.** En cada una de las etapas de desarrollo, teniendo en cuenta los recursos humanos, materiales, financieros.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD SILOS: Comprende la articulación de todos los Recursos existentes en una zona, para su mejor utilización, adecuada a la realidad local y sobre todo por el establecimiento de una relación de responsabilidad mutua con la población adscripta. (Dr. Carlyle Guerra de Macedo Ex. Director OPS).

La combinación de características de población y el área geográfica son definidas por cada país, según aspectos político administrativos, carácter cultural, epidemiológico, accesibilidad y recursos. En general 100. 000 habitantes, en Montevideo podría ser un Silos en la zona Oeste, otro en la Este y otro en el Centro.

Cada Silos deberá ser organizado para cubrir las necesidades y demandas del primer nivel de atención, a la población de esa área.

PROMOCIÓN - PREVENCIÓN .

Al comenzar a definir estos conceptos nos parece importante referirnos a la historia y establecer las diferencias entre los dos, ya que muchas veces pueden generar confusión.

Sigerist en 1946 definía a la promoción de la salud: nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física descanso y recreación., la atención médica accesible a todos y la investigación.

En 1965 Leavell y Clark consideraron nuevos factores de la enfermedad relacionados con el ambiente físico y social, identificando determinadas fases en la evolución de la enfermedad:

1. **Período prepatogénico:** comienzan a interactuar factores endógenos (genéticos) y exógenos (ambientales) que favorecen el comienzo y desarrollo de la enfermedad. Actuar

en este período constituye la **Prevención Primaria: promoción de la salud y la protección específica**

2. Período patológico subclínico.

En este período existe una lesión anatómica o funcional que la persona aún no puede detectar. Actuar a este nivel, significa **Prevención Secundaria: diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno**.

3. Período clínico.

La enfermedad ya está establecida: Fase de resultados o consecuencias.

Desaparece la enfermedad, pudiendo quedar secuelas: **Prevención Terciaria: la rehabilitación.**

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, 1986 promovida por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Canadá, en 1986 la definió en un documento llamado Carta de Ottawa.

En esta la promoción de salud: Es el proceso que da a la población los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Para alcanzar un completo estado de bienestar físico mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente.

Se reforzó la promoción de salud como una estrategia en todo el mundo, a ser adoptada por 212 participantes de 38 países.

La Carta define también a la Promoción de Salud como una política, en la que los pueblos contarán con los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre esta.

● **La salud como un concepto positivo y las condiciones requeridas para ella son:**

- La paz.
- Un hogar.
- La educación.
- La alimentación.
- Los ingresos económicos.
- Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos pueden intervenir a favor o en contra de la salud.

La participación activa en la promoción de salud implica las siguientes estrategias:

- Elaboración de una política pública sana
- Creación de ambientes favorables
- Reforzamiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios

PREVENCIÓN

Los objetivos de la prevención se relacionan con los problemas de salud y son esencialmente correctivos: reducción de los **factores de riesgo o de protección** contra los agentes agresivos.

La prevención enfoca sus intervenciones a trabajar con los **factores de riesgo individuales** o en pequeños grupos, el enfoque **de la promoción es trabajar con poblaciones** para lograr cambios más profundos tratando de actuar sobre los determinantes ya mencionados.

El enfoque de prevención primaria presenta semejanzas con el enfoque poblacional de la promoción, tanto en las estrategias que ella adopta, como en el papel que le asigna a los actores.

Prevención es una actitud, una orientación, una forma de actuar, cruza todas las actividades descritas, se anticipa a las eventuales contingencias riesgosas, sea para los individuos, poblaciones, el medio natural y social en que se encuentran. Se realiza prevención en la medida que se hace correcta atención a la salud.

La promoción y la prevención son procesos complementarios mas que opuestos, si bien presentan características diferentes al mismo tiempo tienen puntos de convergencia.

La prevención consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y, en presencia de éstas, evitar sus consecuencias y secuelas, así como eliminar los factores de riesgo existentes en el medio.

NIVELES DE PREVENCIÓN.

Las actividades de prevención se agrupan, según el estado de evolución en el proceso Salud Enfermedad en 3 diferentes niveles de prevención:

1. Prevención primaria o causal.

La prevención primaria va dirigida a impedir la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos. Sea por acciones preventivas sobre el medio social:

- ⇒ Desinfección de agua potable, cambios en el comportamiento: dejar de fumar, educación sanitaria: cambio de régimen de alimentación.
- ⇒ Acciones favorecedoras de la Salud Mental: establecimiento precoz Apego, vínculo Madre-hijo – Padre – familia, Lactancia materna, actitudes maternas

Promoción de Salud – Salud Mental.

Hábitos de vida saludables:

Prevención específica e inespecífica de:

- Embarazo adolescente.
- Violencia doméstica.
- Abuso sexual.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Trastornos de la alimentación.
- Accidentes. (Dentro y fuera del hogar)
- Crisis evolutivas y situacionales.

La OMS la define como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.

2. Prevención Secundaria.

Se dirige a detener el proceso patológico lo antes posible antes después de su aparición.

Las técnicas esenciales aquí son:

- ⇒ El seguimiento, la vigilancia de grupos de alto riesgo y de individuos que se aparten de los niveles considerados fisiológicos o normales.

⇒ Está destinada a detectar en un estadio precoz (si posible antes de dar síntomas), las enfermedades que no pueden evitarse con la prevención primaria y también todo signo de deficiencia física o psíquica.

⇒ El objetivo es la aplicación precoz de los tratamientos y la protección de los individuos y su entorno.

La OMS la define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en la población, reduciendo la evolución y la duración de esta.

Salud mental - Detección temprana precoz de:

- Trastornos mentales.
- Atención de los trastornos mentales en la Comunidad: Centros de Salud, Policlínicas, Pol. Comunitarias y Barriales.
- Prevención de descompensaciones psiquiátricas.
- Psico educación a familias y pacientes psiquiátricos.
- Psicosis puerperal, a través de la observación de la actitud materna y apego.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Integrar grupos de Apoyo: AA, ALANON, Síndrome de Down, Mujeres Mastectomizadas, Gordos Anónimos, Renacer (Padres que pierden hijos), etc.

3. Prevención terciaria.

Tiene como objetivo:

⇒ Impedir las recaídas y reducir las complicaciones o las secuelas de las enfermedades o de los accidentes mediante un tratamiento adecuado y bien hecho: tratamiento, rehabilitación.

⇒ Está integrada a la asistencia médica y forma parte del tratamiento.

La OMS la define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo la invalidez funcional consecutiva a una enfermedad.

- Trabajo en la inserción o reinserción psicosocial en casas de Medio Camino.
- Grupos de Psico educación para familiares de personas con trastornos mentales.
- Centros diurnos con actividades culturales, recreativas, formativas para personas con trastornos mentales.
- Programa de Acompañamiento Terapéutico.
- Comunidad terapéutica para personas con Uso indebido Drogas / Trastornos Lúdicos, Alimentarios y psiquiátricos severos.
- Grupos de Autoayuda.
- **Línea telefónica de consulta en Salud Mental, en los tres niveles de prevención.**

Metodología general de la prevención.

El conjunto de medidas destinadas a prevenir o evitar riesgos requiere de un buen conocimiento de

la población con la que se va a trabajar, así como la identificación de los factores de riesgo de los individuos y de los grupos sociales y un conocimiento de la epidemiología de esa comunidad.

Salud mental

Acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.

1. - Medio Ambiente: Saneamiento ambiental:

- Higiene de la vivienda y locales públicos.
- Abastecimiento de agua potable.

- Evacuación de excretas y residuos sólidos urbanos e industriales.
- Control de contaminación atmosférica.
- Control de ruidos, radiaciones, riesgos y molestias ambientales.
- Control de roedores.

2.- Higiene alimentaria

- Control sanitario de los alimentos de origen animal y vegetal.
- Control sanitario de las aguas minero medicinal.

3.- Sobre el individuo.

- Educación Sanitaria: Fomentar conductas positivas de salud y cambio Estilos de Vida.

.

4.- Medicina preventiva:

- Prevención y control de enfermedades transmisibles, crónicas.
- Prevención de accidentes.
- Salud materno infantil.
- Salud escolar, del adulto, del anciano, salud mental.
- Salud laboral.
- Controles periódicos de salud a población aparentemente sana: inmunizaciones, protección según riesgo laboral, fluoridificación del agua, etc.

La prevención tiene características distintas a la promoción, sea cual sea la naturaleza del problema, su extensión o amplitud y el ámbito geográfico, rural o urbano.

En muchos casos es imprescindible la existencia de una amplia y constante colaboración con otros sectores, saneamiento, salud laboral. **Es muy importante la coordinación intersectorial.**

ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN.

Están orientadas a personas que padecen procesos patológicos, que no originan demanda de servicios, en casos de etapas sintomáticas de enfermedad, o con síntomas leves.

El objetivo de estas actividades es que el diagnóstico sea lo más precoz posible, para la recuperación de la salud, dejando la menor cantidad de secuelas posibles. Esto es más factible cuando se toma la enfermedad en las primeras etapas. (aún cuando esta no presenta síntomas.

ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN

Están orientadas a limitar las incapacidades que pueda dejar la enfermedad y a prevenir que el individuo se reinserte de la mejor manera posible en el ámbito familiar, social y / o laboral.

Las funciones de rehabilitación o curativas y reinserción social, fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas han de desarrollarse en las consultas y en domicilio.

El personal de enfermería participa en la prestación de cuidado de salud.

Las condiciones que deben estar presentes son las de la vida: libertad, trabajo, salario, derecho a la asistencia, educación, alimentación, vivienda, seguridad.,

BREVE ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE OBSTACULIZARON LA APLICACIÓN DE LA APS.

A lo largo de un año desde Setiembre 2003 la OMS y OPS, decidieron conmemorar en una asamblea internacional los 25 años de la declaración de Alma Ata. En esta reunión participaron además de la UNICEF, 134 países, 67 organizaciones internacionales, ONG, constituyéndose en un encuentro que marco un hito.

En esta reunión se cuestionó si es una necesidad replantear el concepto de APS y cual es el escenario actual en relación a la declaración de Salud para Todos, de 1978.

Se tomó en cuenta en primer lugar el concepto de salud de la OMS, como derecho fundamental y también de Atención Primaria en Salud, todos ya mencionados en este capítulo y la unidad II.

Aunque han sido claramente definidos han existido dificultades para su interpretación, por partes de los estados: **la salud** muchas veces se considera como ausencia de enfermedad y no todos los garantizan la protección de la salud de sus ciudadanos e interpretan a la estrategia como básica y primitiva. Los grandes grupos de poblaciones, en muchos países de nuestro continente con necesidades básicas insatisfechas y las inequidades existentes en relación a la calidad de las prestaciones y accesibilidad a los servicios de salud.

Es fundamental crear un Sistema Nacional de Salud, que garantice la cobertura universal, la equidad y calidad en las prestaciones, atención integral humana y todo el resto de los componentes que ya hemos mencionado.

Para analizar el porque de las dificultades de la aplicación de esta estrategia nos pareció importante extraer algunos aspectos de una entrevista **realizada y publicada en Internet al asesor de OPS en la Argentina, Dr. José Manuel Sotelo, pues nos parecen importantes y asimilables a la realidad del Uruguay.**

Comienza con una pregunta:

1. Como puede asimilarse el impacto de la APS en los últimos 25 años?

Las consecuencias las definió como respuestas positivas, heterogéneas y un conjunto importante de resultados para mejorar la salud y orientar el trabajo para la concreción de la meta de Salud para Todos.

2. Cuales fueron los motivos porque esta no se alcanzó?

Si bien hubieron muchos avances existieron algunos factores que actuaron como obstáculos: En la región de las Américas basta ver los indicadores socio económicos que dan la respuesta más directa.

La primera dificultad que señala fue en la incorporación conceptual de la estrategia en la práctica de la salud. Existieron 2 versiones: una que la definía como un nivel de atención y otra que actuaría como una estrategia transformadora independiente del nivel de aplicación. Luego llegó la crisis económica de los 80 en la región y fue un factor desfavorable que no favoreció la inversión en el sector sanitario.

3. Cuales son los obstáculos actuales que el identifica para su aplicación?

El enuncia dos:

- La dificultad para trabajar de manera intersectorial.
- La participación comunitaria débil.

Sin embargo los actores que mejor han trabajado en conjunto son Salud y Medio Ambiente, pero es imprescindible incorporar al de la Educación, la Seguridad, por la amenaza del terrorismo, ya que en la salud la seguridad integra los estados. El Sector Comercio no debería quedar fuera, porque implica tratados, pactos y convenios.

4. Cual fue la falla de la participación comunitaria?

El cree que se trata de un problema de concepción: cuando se comenzó a aplicar la estrategia En los países se la pensó más como una actividad, se llamó a la gente a participar en campañas de vacunación, aquí en Uruguay por en jornadas con temas de salud: Ejemplo: Hepatitis y agua potable, : Noviembre 1991, realizada por el equipo de salud Pol. IMM Zonal 13 y vecinos del barrio, en la plaza del Barrio Conciliación.

No se la consideró a la comunidad como un actor principal para controlar y definir las políticas de salud: por ejemplo seleccionar a los técnicos que integraban los equipo de salud y/o el horario de funcionamiento del servicio.

En Uruguay eso se a ido revirtiendo, a partir de 1990 podemos dar ejemplos de ello: las comisiones de Mujeres del Zonal 9 que trabajan activamente para disminuir la Violencia Doméstica, los integrantes de comisiones de Salud del Zonal 12 y 17, que ya desde 1996 integraron los tribunales para seleccionar los equipos de los policlínicos móviles que trabajan en estas zonas.

A nivel de Montevideo, lo que ha significado trabajar teóricamente la participación comunitaria a través de la descentralización municipal: desde los equipos sociales, de salud y con los propios vecinos, para lograr la participación de los vecinos como actores y decidir en las políticas. Ejemplo de ello son las asambleas que se realizan para elaborar el presupuesto quinquenal de la Intendencia de Montevideo, en jornadas que se llevan a cabo en los 18 comunales los integrantes del gobierno local: Junta y Consejo vecinal, sus diferentes comisiones y donde participa el Intendente con todo su equipo de gobierno.

El Dr. Soto señala como muy importante la aplicación de la estrategia de: Municipios y Comunidades Saludables propiciada por OPS/ OMS

Antecedentes

El movimiento es una de las principales estrategias para fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en la Región. Integra una serie de acciones en las áreas de la salud pública, la educación popular en salud y el desarrollo de la comunidad. La participación del gobierno local y la participación activa de la comunidad son los componentes esenciales del movimiento al igual que la participación de otros sectores en un frente unificado para promover la salud.

La promoción de la salud enfatiza la participación y la acción de la comunidad en la formulación de política pública saludable, el mantenimiento de los ambientes saludables, la creación de estilos de vida saludables y la reorientación de los servicios locales de salud. El enfoque de ámbitos o espacios saludables adopta un marco que pone énfasis en la equidad y el facultar de poder como las bases principales a la promoción de la salud, que no solo considera los problemas y necesidades de los grupos de población en ese espacio específico sino también la estructura y el comportamiento organizacional. Dentro del contexto del gobierno local pone énfasis en las dimensiones sociales, políticas y económicas para lograr una política pública saludable y planes de acción de desarrollo humano.

Hay varios pasos que son similares a todas las experiencias reportadas en construir un municipio, una ciudad sana y/o comunidad, estos incluyen iniciar, organizarse y tomar acción. Estos se observaron en los proyectos de ciudades sanas del Canadá y los Estados Unidos así como en la experiencia europea.

Son veinte pasos identificados para organizarse y empezar el proceso: construir un grupo local de apoyo, comprender la idea de ciudades sanas, conocer la ciudad, encontrar apoyo financiero, decidir la ubicación organizacional, preparar una propuesta de proyecto, nombrar un comité encargado del proyecto, analizar el ambiente del proyecto, definir las actividades del proyecto, instalar una oficina para el manejo del proyecto, planificar la estrategia a largo plazo, aumentar la capacidad del proyecto y establecer los mecanismos de responsabilidad.

En la Región de las Américas el movimiento de municipios saludables se basó en una historia rica en experiencias con muchos proyectos y desarrolló sus características específicas en un

contexto de reformas sectoriales, mayor descentralización y procesos democráticos. Las funciones gubernamentales a nivel central y el control de las decisiones y recursos se han descentralizado al gobierno local en forma lenta pero sostenida. La fuerte determinación de seguir fortaleciendo a la democracia en todos los países de la región ha sido también un factor importante para el movimiento de municipios saludables.

Otros temas claves que han facilitado el crecimiento de este movimiento han sido un mayor conocimiento de la necesidad e importancia de promover la salud y prevenir los riesgos y problemas a los que se enfrenta gran parte de la población hoy día. Jóvenes y viejos, en todas las etapas del ciclo de vida necesitan involucrarse en cuidar por su salud.

La promoción de la salud requiere de estrategias de salud pública innovadoras y acciones intrépidas. Necesita la participación y compromiso de los sistemas y servicios de salud y va más allá del alcance de sus mandatos. El aumento de las enfermedades crónicas y la violencia en la región han cambiado las metas y los enfoques en la salud pública.

Los primeros proyectos se pusieron en práctica siguiendo las experiencias europeas y canadienses con ciudades sanas, estos fueron: Managua, Nicaragua; Valdivia, Chile; Cienfuegos, Cuba; Zacatecas, México; Manizales, Colombia; Zamora, Venezuela; San Carlos, Costa Rica; y Curitiba, Brasil. La mayoría de estos proyectos se encuentran todavía activos. La Sede de la OMS continua apoyando el Proyecto de Ciudades Saludables de Managua con un énfasis específico en las preocupaciones de salud ambiental y urbana. El Proyecto de Valdivia en Chile continua enfocado a prevenir las enfermedades crónicas, la obesidad, la enfermedad cardiovascular, el cáncer y los accidentes. Curitiba en el Brasil sigue proporcionando un ejemplo de la ingeniería urbana, atención a la ecología y planificación de transporte que distingue esta ciudad de otras

Concepto.

Se dice que un municipio ha empezado el proceso de promover la salud en el espacio geográfico y con los grupos de población involucrados, cuando las organizaciones locales, los ciudadanos y las autoridades elegidas se comprometen y firman una acta de compromiso y ejecutan un plan de acción que mejorará continuamente las condiciones sociales que producen salud y bienestar para todas las personas que viven en ese ambiente. Esencialmente, un municipio saludable es un proceso que requiere convicción y fuerte apoyo político, al igual que gran participación y acción de las comunidades.

Marco

En las Américas, la OPS (OMS/ AMRO), ha adoptado un marco de participación de desarrollo. El compromiso es entre el alcalde, el gobierno local (todos los sectores) los representantes y las personas (líderes de la comunidad, representantes de grupos de la comunidad y organizaciones. Se observaron las siguientes actividades similares en el proceso de edificar municipios saludables en la Región de las Américas:

I. Aspectos en la fase inicial del proceso:

- Reuniones de las autoridades gubernamentales locales y líderes de la comunidad para comprender el concepto de espacios sanos y el enfoque a la promoción de la salud en los establecimientos, estos fueron muchas veces iniciados por el sector de la salud,

- Una afirmación y declaración pública conjunta del compromiso del gobierno local y organizaciones comunitarias para edificar un municipio saludable,
- Organizar un comité de planificación intersectorial con representantes de grupos de la comunidad, y de todas las secciones pertinentes en el municipio,
- Evaluación de necesidades de participación y análisis de los problemas y necesidades,
- crear consenso y determinar prioridades de acción.

II Pasos en la fase de planificación del proceso:

- Participación del comité intersectorial en adiestramiento y esfuerzos conjuntos para comprender lo que significa el concepto saludable, el enfoque a la promoción de la salud en los establecimientos y participación metodológica (evaluación de necesidades, planificación, evaluación y educación sanitaria),
- Elaborar un plan de acción con consenso amplio entre las autoridades gubernamentales locales, los representantes de todos los sectores y las organizaciones comunitarias,
- Desarrollar y presentar proyectos específicos para mejorar las condiciones locales, la salud, la educación, la vivienda, el empleo, la recreación y los ambientes psicosocial y físico,
- Movilización de recursos (personal, material y financiero) para ejecutar el plan de acción,
- Establecer un sistema de información, un directorio y un plan para vigilar y evaluar el proceso y los resultados para construir un municipio saludable (comenzar una base de datos).

III. Momentos en la fase de consolidación del proceso:

- Ejecución de actividades en el plan de acción y tareas específicas del proyecto,
- establecer escuelas promotoras de salud, lugares de trabajo, mercados, hospitales y otros ambientes saludables,
- Ejecutar las campañas de comunicación y programas de educación sanitaria para crear modos de vida sanos y prevenir los comportamientos y condiciones de riesgo,
- Sistematización y evaluación de experiencias, calidad de la participación y los enfoques a la participación, y a los resultados del plan de acción: mejoramiento de las condiciones sanitarias y calidad de vida,
- Compartir el conocimiento y las experiencias con otros municipios, ciudades, pueblos y comunidades, estableciendo redes locales y nacionales, creando oficinas del proyecto de municipios saludables, boletines informativos, talleres, seminarios, etc.

El movimiento se enfrenta a muchos retos puesto que presenta muchas oportunidades de seguir fortaleciendo los enfoques de promoción de la salud en la región. Sin duda, existe la necesidad de continuar fortaleciendo la participación comunitaria, en las fases de planificación y evaluación. Las redes y los proyectos necesitan continuar formando consenso y alianzas con muchas de las instituciones y organizaciones dentro del sector de la salud y con otros sectores.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Ginebra: ONU; 1948.
2. Curbelo G, Garay M. Aportes conceptuales: salud mental comunitaria. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2004. (Trabajo presentado en la Maestría de Salud Mental).
3. Barreto A. Manual del terapeuta comunitario. Ciudad: editorial; 2003.
4. Etchebarne L, et al. Temas de medicina preventiva y salud. Montevideo: Mastergraf; 1992. p. 75 – 99.
5. Etchebarne L y otros: Temas de Medicina Preventiva y Salud: Montevideo Mastergraf, 1992. Pág. 75 - 99
6. Gómez Samudio M. Teoría y práctica para la promoción de salud: conceptos básicos en promoción de salud. Montreal: Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional; 1999.
7. Malvárez S. Promoción de salud 2002. Congreso Virtual de Psiquiatría, Washington 3 Febrero 2002. Disponible en: www.interpsiquis.com. Inter psiquis [Fecha de acceso: 20 de junio 2005]
8. Meliá S. Programa Nacional de Salud Mental. Reunión de Expertas en la enseñanza de Enfermería en salud mental OPS, Puerto Rico; Julio 2003
9. Uruguay. Intendencia Municipal de Montevideo. Programa URB- AL. División Salud y Programas Sociales. Instituto del Hombre. La salud de todos desde el proyecto a la acción: la experiencia de Montevideo. Montevideo: IMM; 2003.
10. Uruguay. Intendencia Municipal de Montevideo División Salud. Plan de Atención Zonal a la Salud. Montevideo: IMM; 1999 – 2005.
11. Villar H. La salud una política de Estado. Montevideo: s.n.; 2003.
12. Organización Panamericana de la Salud. Acerca los Municipios Saludables y Movimiento de las Comunidades. Disponible en: [www.paho.org /DPI/100](http://www.paho.org/DPI/100) [Fecha de acceso: 9 de abril de 2005].

ACTIVIDADES - UNIDAD III.

En esta unidad nos parece importante abrir con UDS. la discusión y conocer sus aportes individuales y/o grupales sobre:

1. En su experiencia pudo aplicar la estrategia de APS en algún servicio, programa, cuales fueron los elementos esenciales y/o líneas de acción que Ud. priorizó?.
2. En su país determine cuales son los aspectos que operan a favor, en contra a favor y los obstáculos, para implementar estrategias de Atención Primaria en Salud.
3. Desde su disciplina, que aportes Ud. realizaría para un cambio de Modelo de Atención, en el Primer Nivel de Atención.
4. Ha podido realizar actividades de promoción de salud? Donde y con quiénes?
5. Según su lectura del módulo III, cuáles son las principales diferencias entre:
 - Prevención primaria.
 - Atención primaria.
 - Primer nivel de atención.
 - Promoción de salud.
6. Considera que la prevención es una actitud? Fundamente.

UNIDAD V: LA INTERDISCIPLINA, UN DESAFÍO DE TRABAJO PARA EL EQUIPO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Prof. Adj. Lic.. Rosario Tuzzo

Prof. Ag. Lic. Margarita Garay – Prof. Adj. (s) Lic. Alvaro Díaz.

QUE ES LA INTERDISCIPLINA

Interdisciplina: significa, el establecimiento de vínculos múltiples, complejos, variables, entre conocimientos y habilidades generados en todo el espectro de la producción tanto científica, como cultural o artística. Implica, la flexibilidad necesaria para realizar recorridos por diferentes materias y disciplinas

La necesidad de trabajar en interacción con otras disciplinas, suele imponerse en los casos en que es evidente la intervención de factores múltiples y heterogéneos. Citaremos algunos ejemplos: trastornos de aprendizaje, alteraciones de la alimentación, enfermedades psicosomáticas, problemáticas psicosociales como la violencia o el abuso, entre otros.

Pero esta necesidad, está siempre presente cuando se pretende una atención integral y se pondrá de manifiesto al determinar, por ejemplo, cuales son los temores y ansiedades que el síntoma o el mismo acercamiento a los profesionales de la salud despierta, como así también los motivos latentes de la consulta, en un contexto determinado.

INTERDISCIPLINA PARTICULARIDADES PUESTAS EN JUEGO

Si consideramos a la interdisciplina como el logro de una conjunción teórico- práctica nueva, más allá de las disciplinas particulares puestas en juego, solo podría lograrse con equipos representados por estas disciplinas diferentes aunadas en un trabajo a mediano plazo, que permita posibilitar una conceptualización y un lenguaje común.

Un solo técnico, no puede ser considerado interdisciplinario, la interdisciplina existe cuando hay representantes de los distintos "saberes" trabajando juntos, y aun cuando el juntarse no es condición suficiente si es condición necesaria para que ella exista. En un mancomunado esfuerzo, cada disciplina ofrece elementos teóricos, de contenido y metodológicos. Frente a las encrucijadas y complejidades del mundo contemporáneo, la interdisciplina ha aparecido como forma de encarar y resolver los problemas de una manera más eficiente y totalizadora.

Las construcciones teóricas se separan, pero la realidad empírica aparece unida como una síntesis de múltiples determinaciones, en este contexto y frente a los problemas multifacéticos de la sociedad actual, la interdisciplina aparece como una necesidad evidente, como una estrategia, un camino para avanzar sobre realidades que desbordan ampliamente las posibilidades de ser resueltas desde el campo de disciplinas científicas autónomas, permitiendo orientar estructuralmente el abordaje y la resolución de complejas situaciones, que una disciplina individual no podría abarcar.

El enfoque interdisciplinario es fundamental en el trabajo con niños y adolescentes. El abordaje integral visto como una globalidad biopsicosociocultural, se refiere a un. todo cuerpo - mente -

entorno social. Comprendiendo la salud como un permanente balance entre el sujeto, los otros, la situación socioeconómica, su medio ambiente, el contexto actual y el proceso histórico que le toca vivir.

En la interdisciplina se impone la coexistencia de distintos dominios del saber, pero con un objetivo común, fijado en conjunto por el propio equipo. Para ello, debe existir por parte de los profesionales participantes libertad y flexibilidad para atravesar las barreras del conocimiento y de la propia formación, y así lograr amalgamar los aportes de las otras disciplinas. Se privilegia por tanto la complementariedad y no la hegemonía de unos sobre otros. Allí cada disciplina desempeña su función siendo a su vez esta valorada por los otros integrantes del Equipo.

Por otra parte, el trabajo en Equipos multi o interdisciplinarios, no es fácil y por cierto muchas veces puede resultar doloroso y frustrante porque implica la renuncia a la individualidad (al individualismo) y a la omnipotencia, requiriendo de un trabajo de reflexión y elaboración permanentes, así como de capacidad de autocrítica y de crítica constructiva.

CONDICIONES DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Un ejemplo de la necesidad de instrumentar prácticas interdisciplinarias lo constituye el trabajo con niños y adolescentes, y su sexualidad, el cual ante diversas situaciones puede llegar a angustiar o paralizar, creando un impacto emocional muy fuerte. El encarar dicho trabajo interdisciplinariamente constituye un factor de protección para el propio Equipo y sus integrantes quienes como seres humanos también viven y atraviesan crisis vitales fluctuando entre sentimientos a veces contradictorios, esperanza - desesperanza, éxito - fracaso, entusiasmo - desánimo, el hacer y el no tener con que. Enfrentándose cotidianamente con sus propios sentimientos, ilusiones, fantasías y temores.

El equipo funciona como una micro red proporcionando contención psicológica, apoyo emocional, siendo a la vez una especie de guía cognitiva, ya que se comparte información, modelos de rol , pautas de funcionamiento individual y grupal. También proporciona aspectos de regulación o control social, donde las interacciones reafirman responsabilidades compartidas. Por otra parte , la intervención en la resolución de los conflictos y manejo de los obstáculos incertidumbres y frustraciones, también se operacionalizan en forma colectiva.

Otro aspecto a destacar es que el equipo posibilita captar mayor colaboración específica, a veces apoyo material, a la vez que acceso a nuevos contactos, apertura a otros técnicos y a nuevos colectivos con los cuales interactuar.

EI TRABAJO INTERDISCIPLINARIO COMO SISTEMA COMPLEJO

El trabajo interdisciplinario como práctica profesional convergente, es en sí mismo, un sistema complejo y abierto y por lo tanto, está fuertemente influido por las condiciones externas y las internas.

En el terreno del trabajo con poblaciones de riesgo, el profesional debe tener por un lado, una sólida capacitación profesional, y por otro la flexibilidad que le posibilite interactuar con otros

con diferentes niveles de capacitación para resolver los problemas que el trabajo con poblaciones requiere.

El Equipo interdisciplinario, estará entonces integrados por profesionales y \o actores de la propia comunidad, proviniendo evidentemente de campos, quehaceres y saberes diferentes que compartirán el objetivo de atender en forma conjunta una situación intentando encontrar los caminos para resolverla.

Los integrantes del Equipo, formados en diferentes disciplinas y saberes interactuarán cambiando el foco de atención de su propia disciplina para centrarse en las necesidades y problemas planteados por el paciente o situación a resolver.

LA ESTRUCTURA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

La estructura del trabajo interdisciplinario depende de:

- las disciplinas que integren el Equipo;
- las características personales y motivaciones de quienes participen de la actividad.
- el tipo de formación científica de los miembros del Equipo;
- los problemas o situaciones que aborden;
- los recursos materiales y financieros de que dispongan;
- las condiciones de inserción institucional;
- el espacio físico con el que cuenten para realizarlo

ETAPAS DEL PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

1. Etapa de la hegemonía de un discurso sobre los otros, se utilizan elementos de otras disciplinas como auxiliares de la propia.
2. Comienzan a surgir nuevos conceptos y la relación de los miembros se torna más simétrica.
3. Los miembros comienzan a observar a las otras disciplinas desde la propia y a cuestionar los conceptos de su disciplina.
4. Se profundiza el intercambio, se construyen términos comunes y se va logrando una mayor comprensión del objeto de estudio, lo cual va posibilitando que paulatinamente se elabore un marco de referencia donde cada vez más van surgiendo conceptos compartidos que trascienden el campo disciplinar.

¿COMO SABEMOS CUANDO EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ESTÁ FUNCIONANDO?.

El Equipo interdisciplinario estará funcionando como tal cuando:

- Cada integrante sabe lo que los otros están realizando
- Existe una permanente comunicación y retroalimentación
- Las tareas están organizadas para realizarse en los momentos oportunos

- La adjudicación de roles y funciones es adecuada y estos se cumplen con responsabilidad
- Existe sentimiento de pertenencia grupal y de pertinencia en la tarea
- Se consolidan lazos de confianza y compromiso grupal
- Existe unidad de acción y reflexión

BIBLIOGRAFÍA.

- ANDER EGG, E Trabajo social e interdisciplinariedad Humanitas- Bs. As. 1988
- APOSTEL, LEO. Interdisciplinariedad en ciencias humanas, Madrid, Tecnos-UNESCO, 1982.
- CALVO, S. GARCÍA, S. URIARTE A. El porque de una atención diferente en Curso de Postgrado en Ginecología infanto juvenil Bs. As. Argentina Año 1999
- MORIN, EDGAR. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa, 2000
- STOLKINER, A. “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas” Campo Psi Año 1999
- TUZZO, R. et al Conceptos básicos de psicología - Oficina del Libro- AEM- Montevideo 2000
- TUZZO, R. Abordaje interdisciplinario en la salud y la educación. Revista iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas corporales- Nro. 13 Febrero 2004 **www.iberopsicomot.net**

ACTIVIDADES

A continuación, se formulan de una serie de interrogantes para que el lector intente contestarlas a partir de dicha lectura.

Se presentan tres situaciones clínicas que se sugiere sean trabajadas en equipos interdisciplinarios.

RESPONDA GRUPALMENTE LAS SIGUIENTES INTERROGANTES:

1. ¿Por qué hablamos de interdisciplina en salud?
2. ¿Qué es la interdisciplina?
3. ¿Qué importancia tiene la Interdisciplina en las profesiones de la salud
4. ¿Qué importancia tiene la Interdisciplina en Enfermería?
5. ¿Qué ventajas tiene la interdisciplina?
6. ¿Qué desventajas tiene la interdisciplina?
7. ¿Cómo se logra un trabajo interdisciplinario?
8. ¿Qué condiciones deben darse para que pueda existir interdisciplina?
9. ¿Qué diferencias existen entre la multi, Inter. y transdisciplina?
10. ¿En el primer nivel de atención como se realizaría un abordaje interdisciplinario?
11. ¿En el segundo nivel de atención como se realizaría un abordaje interdisciplinario?

RELACIONE LA INTERDISCIPLINA CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- 1) No se presenta como una tarea fácil
- 2) La complejización de las ciencias de la salud
- 3) El incremento de la calidad de las prestaciones
- 4) La formación universitaria de grado y postgrado

SITUACIONES CLÍNICAS

1. INTERVENCIÓN EN UNA CRISIS DE ANGUSTIA DE UNA USUARIA QUE CONCORRE AL CONTROL DEL RECIÉN NACIDO.

La pediatra solicita apoyo en la consulta porque una usuaria, en el transcurso de la misma, mientras ella la interrogaba se puso a llorar, dejando su recién nacido

sobre la camilla.

En el centro de primer nivel de atención se encuentran:

- la Licenciada en enfermería, auxiliar y vacunador.
- Asistente social.
- Psicólogo.
- Nutricionista.
- Médicos de medicina, ginecólogo y las administrativas

El psicólogo se encuentra con otra usuaria, con cita programada, y la consulta recién comenzó.

ANÁLISIS:

1. A su criterio cual de los profesionales podría apoyar a la pediatra en esta situación clínica.?
2. ¿ Cómo encararía la intervención: en consulta individual y / o interdisciplinaria?
3. ¿ Cuales son los factores que Ud. priorizaría para valorar la angustia de esta usuaria?
4. ¿Que aspectos jerarquizaría en la intervención?
5. ¿ Proponga una forma de abordar con los otros profesionales, dicha situación, acorde a su capacitación y su experiencia?

2. ADRIÁN.

Adrián tiene 8 años, cursa tercer año escolar. Su madre lo lleva a su consulta a instancias de la maestra a quien le preocupa su permanente inquietud en clase y algunas conductas agresivas y por momentos manifiesta conductas de retraimiento y con alteraciones en los vínculos.

ANÁLISIS:

- a. Considera la situación de Adrián como una emergencia emocional?
- b. Qué aspectos de la valoración psicosocial tendría Ud. en cuenta ?
- c. ¿Con cuál o cuales de los profesionales (de la salud, educación u otros), necesitaría trabajar y por qué?
- d. Que sugerencias plantearía para el seguimiento de esta situación en base a los materiales teóricos aportados, en las diferentes unidades temáticas.

