XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

¿Es posible una estrategia de promoción y cuidados en el nivel central de gestión en salud?.

Gieco, Agostina y Basilio, Malena.

Cita:

Gieco, Agostina y Basilio, Malena (2021). *¿Es posible una estrategia de promoción y cuidados en el nivel central de gestión en salud?. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-012/24

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/even/38P

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

¿ES POSIBLE UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y CUIDADOS EN EL NIVEL CENTRAL DE GESTIÓN EN SALUD?

Gieco, Agostina; Basilio, Malena
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN
Conscientes del escenario local como campo "preferible" para el despliegue y evaluación de prácticas en clave de promoción de salud y cuidados, nos motorizó el interrogante de cómo diseñar y desarrollar esta estrategia en una área tradicionalmente militarista, panamericanista, higienista, biologicista y biomédica, del nivel central de la política pública de salud. Así se impulsó un proyecto de una nueva área de Promoción y cuidados en una dirección de política sanitaria nacional. Se documenta la experiencia de gestión del proyecto a través de los siguientes componentes: a) dispositivos de articulación y trabajo en red; b) diseño de intervenciones comunicacionales con organizaciones de personas que viven con padecimientos de la órbita de competencias de la gestión; c) la revisión en clave de la Salud Colectiva y epidemiología críticas de los preceptos y modos de comunicar (entendiendo la dimensión comunicacional de la política como espacio simbólico de producción y circulación de sentidos sociales y en su dimensión de inteligibilidad de fenómenos sociales en lo manifiesto y en lo silenciado); d) el trabajo desde perspectivas transversales de géneros y diversidades, derechos humanos e interculturalidad y e) una revisión crítica del proceso de producción de la política de salud (investigación, diseño, implementación, evaluación).

Palabras clave
Promoción - Salud - Pandemia - Gestion

ABSTRACT
IS A PROMOTION AND CARE STRATEGY POSSIBLE AT A CENTRAL LEVEL MANAGEMENT OF HEALTH?
Aware of the local scene as a "preferable" field for the deployment and evaluation of practices of health promotion and care, we were driven by the question of how to design and develop this strategy in a traditionally militaristic, pan-americanist, hygienist, biologist and biomedical area of the central level of public health policy. Thus, a project for a new area of ??Promotion and care was proposed in a Direction of national health policy. The project management experience is documented through the following components: a) articulation devices and networking; b) design of communication interventions with organizations of people who live with diseases within the field or area of the management competencies; c) the review in terms of Collective Health and critical epidemiology of the precepts and manners of communicating (understanding the communicational dimension of politics as a symbolic space of production and circulation of social meanings and in its dimension of intelligibility of of social phenomena, whether manifest or silenced; d) The work from transversal perspectives of genders and diversities, human rights and interculturality, and e) a critical review of the health policy production process (research, design, implementation, evaluation).

Keywords
Promotion - Health - Pandemic - Management

Introducción
El presente trabajo recupera una experiencia de gestión que consolidó un proyecto de una nueva área de Promoción y cuidados en una dirección de política sanitaria signada por tradiciones militaristas, panamericanistas, higienistas, biologicistas y biomédicas, enfermológicas y asistenciales en la unidad ejecutora de salud de la administración pública nacional en el contexto signado por la pandemia de Covid 19.
Dicha área es creada por profesionales de disciplinas no hegemónicas del campo de salud pública o Enfermología Pública (Ed. Granda; 2004) sino desde disciplinas humanísticas (Psicología y Sociología) a fin de consolidar un equipo y proyecto de trabajo interdisciplinario en promoción de la salud trasversal a los diferentes padecimientos del ámbito de competencias del equipo del nivel central (conjunto de programas nacionales de la cartera sanitaria).

Metodología
El presente escrito constituye un relato de experiencia recuperando el ejercicio de experiencias narrativas utilizadas en pedagogía, pero en este caso aplicados al ámbito de la gestión de la política pública en salud colectiva, y a un proyecto transformador en su seno. Desde el punto de vista metodológico se trata de la sistematización de la experiencia en primera persona del equipo de gestión, estructurada en: Antecedentes y diagnóstico de situación, Plan de trabajo, marco conceptual, descripción de principales dispositivos, así como los resultados a un año de su

BY-NC-SA
Artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional

desarrollo y el estado actual del proceso de consolidación del área. Finalmente las conclusiones y desafíos a la fecha, en un ejercicio de reflexión permanente.

Antecedentes materiales y enunciables: El ejercicio de puesta entre paréntesis de los hilos de continuidad y la apuesta a grandes rupturas.

Es importante partir de la concepción de la individualización y patologización de la política sanitaria en general, sin una perspectiva de cuidados integrales. Como explica Oscar Feo *"La salud hoy se convirtió en un espacio estratégico de acumulación de capital con procesos de medicalización de la vida y mercantilización de la salud"* (CLACSO, 2020). El área en cuestión aborda un conjunto de enfermedades específicas desde una dimensión biomédica y biologicista desarticulada de otras áreas que abordan "otras" dimensiones del proceso de cuidado y atención de dichos padecimientos, reproduciendo al infinito la fragmentación. En esta unidad de gestión, se ubica el foco en las enfermedades y se instala una política que aborda cada padecimiento o grupo de padecimientos con "techos" naturalizados muchas veces en la mitigación.

En línea con esta concepción desde un modelo biomédico, se establecen alrededor de estos objetos de estudio y acción compartimentados, institucionalidades político operativas con entes específicos para su abordaje, la mayor de las veces funciones de control biológicos y "prevención" médica (en su acepción clásica ligada a la Historia Natural de la Enfermedad). También, se plantean a modo de evaluación técnica y premiación o reconocimiento por determinadas acciones político-sanitarias, un conjunto de "certificaciones" de organizaciones internacionales sobre este recorte de acciones que instalan y alimentan la agenda política de prioridades en salud (certificaciones que, como hemos corroborado por relatos de equipos de salud en el primer nivel de atención, reifican representaciones sociales que atentan directamente sobre la estrategia de cuidados continuos, promoción de la salud, etc).

En otro nivel de caracterización, la descripción que muchas veces se realiza del conjunto de padecimientos recibe diversos epítetos que:

A) operan simbólicamente con el significado de la periferia, un combo de representaciones y explicaciones desde la "experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa" (Basile, 2018) y que refleja la modernidad eurocéntrica (Dussel, 2000). A las palabras de Franco Gilaldo y Alvarez Dardet citados por Basile (2018), se puede observar un "reduccionismo biologicista de las "enfermedades tropicales", según el cual se ha llegado a pensar que los trópicos están enfermos, su concentración excesiva en el derecho, los códigos internacionales y el Reglamento Sanitario Internacional; algunos supuestos de que el enfoque de salud internacional es cuestión de países subdesarrollados y poblaciones pobres y marginadas, consideradas "fatalmente enfermas" y que impiden visualizar influencia de las relaciones sociales internacionales de producción y el comercio; la percepción de los problemas de salud como resultado de la relación Norte-Sur, algo que ha sido rebasado por el actual orden internacional de la globalización; y la dependencia excesiva de los círculos de poder, los intereses económicos y las alianzas comerciales" (Franco-Girarldo y Alvarez-Dardet, 2009). Esta terminología se enmarca dentro de las lógicas colonialistas, es decir, buscando simbolizar y conducir a una expansión de lo colonial. Tropicales en tanto periferia del centro/norte de las metrópolis europeas. Frente a esto, Basile desarrolla: "El trópico o los trópicos son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos, su base parte de la denominación climática, pero su carga simbólica referirá a la experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa. En estos términos, Trópico suele acoplarse a la exterioridad o a la periferia, parte de patrones etnocéntricos interpretativos que sedimentan el concepto con representaciones y experiencias ideológicas complejas, las cuales pueden ser interpretadas como proyecciones sociales, étnicoraciales, culturales o geográficas; es un concepto que acopló en sí fines expansivos y que condujo a la mistificación abstracta del espacio social colonizado" (2018, p.10).

B) Asimismo, otras denominaciones por las cuales se agrupa un conjunto de enfermedades recibe nombres que operan como eufemismos rayanos al cinismo, como el caso de hablar de "desatendidas", donde se parte del abandono por parte de los sectores públicos, no se pone en discusión el obrar negligente del sector privado (incluido el complejo médico industrial farmacéutico y asegurador) y una vez más, se elude la determinación social de dichos padecimientos.

Continuando, dentro de las acciones antes descritas como biomédicas y reduccionistas, se refleja una imperante lógica militar de la estructura sanitaria que aborda dichos problemas buscando "un control y la vigilancia". Con recursos humanos en todo el país, las formas de organización y trabajo son verticalistas. Esto se expresa en que el trabajo de campo/terreno es planificado desde un escritorio de nivel central, que la mayoría de las veces apunta al control/mitigación y no a la prevención: "Los programas verticales vinculados a las enfermedades específicas, con nulos impactos en el fortalecimiento de los sistemas de salud pública y la ciudadanía saludables de las sociedades del Sur también se evidenció como ciertos legados" (Basile, 2018). A parte, desde esta lógica militar, se puede reflejar una herencia de Estados represivos en clave militar que vienen desde antes de la década del '70 donde en Argentina se habían dados múltiples y continuos golpes militares.

Se identifica la epidemiología clásica como principal herramienta de la salud pública convencional, enfermología pública (Iriart

BY-NC-SA
Artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional

et Al, 2002), estableciendose como discurso de poder y excluyendo lo ideológico político de los procesos de salud enfermedad como se expresa a través del modelo médico hegemónico (producto de la biomedicina), con sus características biologicistas, individuales, ahistóricas y mercantilistas (Menendez, 2007). Este discurso que si bien reconoce la existencia del atravesamiento sociocultural, los invisibiliza en la práctica y no utiliza las determinaciones macro sociales para hacerlos práctica política. Todo ello, otra vez, demuestra que los recursos están puestos donde la epidemiología clásica y el biologicismo apuntan, sin pensar las determinaciones sociales al no considerar, por ejemplo, los procesos migratorios. Estas lógicas feudales de organización y funcionamiento de la administración pública nacional son necesarias de ser superadas con los sistemas de planificación, considerando "la totalidad social en cuanto al contexto amplio de las áreas de intervención" (Anderegg, 2007).

Todo este recorrido visualizado en varios años de trabajo donde se partió de la planificación, monitoreo y evaluación como un eje clave, para poder reflexionar sobre nuestras propias prácticas. A través de la experiencia recorrida se comenzó a sistematizar este conjunto de núcleos críticos, con el norte estratégico de seguir visualizando nuevos núcleos críticos hasta el punto de caracterizarnos a nosotras mismas como un elemento no dinamizador de la crítica sino reproductor de lógicas más o menos nuevas o viejas.

El propio trabajo se estructuró tomando los recorridos formativos de quienes encaramos este proyecto recuperando herramientas de planificación estratégica, ideología sanitaria en palabras de Testa arraigadas en las tradiciones de la Salud Colectiva, Medicina Social latinoamericana, Pedagogía popular, Psicología Comunitaria, los aportes del feminismo, las luchas de colectivos y colectivas LGTBIQ+, luchas como el Movimiento de mujeres indígenas por el Buen vivir, que constituyen experiencias vívidas de lucha por una salud no enfermológica, que nos permite aspirar a diseñar intervenciones buscando divorciarnos cada vez más de todo herencia de naturalización de una relación metabólicamente destructiva con la naturaleza. Estos recorridos se tradujeron inicialmente en documentar todo encuentro, toda reunión de trabajo, en el procesos de armado de una planificación estratégica que pueda ponderar los abordajes políticas transversales y no por compartimentos de enfermedad. Así recuperamos la necesidad de jerarquizar la transversalización de las perspectivas de género y diversidades, de interculturalidad y de derechos humanos en todo el ámbito de competencias de la unidad de gestión.

Todo esto, permitió dar cuenta de estas tradiciones fosilizadas, que se continuaban por inercia de las prácticas y discursos, lo que se veía condicionado por los malestares subjetivos y objetivos de las personas que trabajaban allí por múltiples condiciones laborales, recambio constante en los modos de trabajo (donde las personas tomadoras de decisión permanecen en ocasiones hasta períodos de solo un año o dos, lo cual implica un nuevo comienzo lo que dificulta la continuidad de las políticas) y recortes presupuestarios que imposibilitaron o contribuyeron negativamente a fortalecer determinadas lógicas privatistas y reduccionistas.

Asimismo, aún en la tendencia antes mencionada a la especialización biológica de los abordajes, hubo algunas des jerarquizadas y abandonadas por estas determinaciones, priorizando planificaciones verticalistas cuyo objetivo era controlar y mitigar los procesos de enfermedad sin mediar una estructura de abordajes de cuidados integrales y continuidad de los procesos de salud enfermedad atención cuidado y autocuidado.

En este contexto diagnóstico, la pandemia de Covid 19 vino a presentarse como una oportunidad donde la demanda rutinizada y burocratizada (y vacía de contenido) de las agencias internacionales y de determinados actores nacionales, se vio momentáneamente interrumpida en nuestra área de trabajo. Durante el año 2020 y los primeros meses del 2021, se consolidó un proyecto de una nueva área de gestión de Promoción y cuidados donde se planificaron y realizaron múltiples acciones con el objetivo de tender a la transversalización de la perspectiva de derechos en el abordaje de estos padecimientos.

Proyecto implementado y análisis

El presente trabajo documenta la experiencia de gestión del mencionado proyecto, que aún está desplegándose, a través de múltiples componentes que incluyen diversos dispositivos de articulación y trabajo en red; diseño de políticas con organizaciones de personas que viven con padecimientos de la órbita de competencias de la gestión; la revisión en clave de la Salud Colectiva y epidemiología críticas de los preceptos y modos de comunicar (entendiendo la dimensión comunicacional de la política como espacio simbólico de producción y circulación de sentidos sociales y en su dimensión de inteligibilidad de fenómenos sociales (Petracci y Zoya: 2018) (en lo manifiesto y en lo silenciado); el trabajo desde perspectivas transversales de géneros y diversidades, derechos e interculturalidad y una revisión crítica del proceso de producción de la política de salud tomando como herramienta clave al diseño, implementación y evaluación de la política de salud.

Como columna vertebral de la operacionalización del área, se promueve el abordaje de dispositivos en tanto red de discursos tanto dichos como no-dichos (RIEPS, 2013). Dispositivos que tienden a la construcción de espacios para entablar esos diálogos comunicativos entre los equipos técnicos y los diversos colectivos que atraviesan el abordaje de este grupo de padecimientos. Por ello, dentro de la sistematización de espacios de trabajo se promovió el armado de mesas transdisciplinarias e intersectoriales con la participación de organizaciones de la sociedad civil que nuclean personas que viven con los padecimientos e investigadores de educación y comunicación, a fin de pensar y repensar la política comunicacional desde y para allí. Desde allí se comenzaron espacios y líneas de acción dirigidas

BY-NC-SA
Artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional

a la población en general, no sólo a los equipos de salud y/o equipos de gestión provincial.

Al tomar el concepto de redes, se puede acudir a Rovere quien puntualiza que para salir de la lógica hospitalocéntrica, hegemónica, medicalizante (donde el eje no está "ni en el hospital, ni en el centro de salud, la punta del compás está en la población") debe ser desde la participación social comunitaria donde se articulan los distintos niveles de construcción de las redes (Reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación) (Rovere, 2006). Partiendo de la "base fundamental del concepto de redes que es la autonomía del sujeto que participa en ellas como punto de partida de su constitución" (p. 219)

Otra dimensión explicativa que encontramos en nuestra reflexión es que recientemente se fluidificaron los canales de trabajo entre diversas áreas y sectores de la cartera sanitaria nacional. Se identificó una tendencia generalizada hacia los abordajes intersectoriales, considerándolos como "una relación armónica y recíproca con el resto de los sectores y actores que configuran la sociedad" (Feo, 2021), en particular en mesas y/ grupos de trabajo con distintas áreas que abordaban otras instancias de los mismos procesos y áreas de investigación básica y aplicada, laboratorios de referencia, etc. Con ello se busca, al decir de Feo, que "esta simbiosis resultaría, además de en una acción más efectiva sobre los determinantes sociales de la salud, en una suerte de alianza estratégica más fluida en la que hay comunidad de intereses y no subordinaciones" (2012).

Desde este proyecto, se desarrolló una capacitación de carácter inédita para los, las y les trabajadores que realizan acciones territoriales de las perspectivas transversales de géneros y diversidades, interculturalidad y derechos, en pos de comenzar a repensar prácticas territoriales alineadas a las corrientes biohegemónicas de control y asistenciales para abordarlas como actos de salud (Merhy, 2011) que garantizan derechos, por lo que deben ser desde una mirada que incluya las perspectivas antes mencionadas.

Asimismo, y en línea con lo dicho, para la implementación tanto de los dispositivos de articulación como de formación-acción fue necesaria la revisión en clave de la Salud Colectiva y epidemiología críticas de los preceptos y modos de comunicar. En dicha revisión recuperando los aportes de J. Brehil, se identificó que hay una decisión de "ignorar un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase-etnia y género y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, sus políticas de Estado y sus relaciones culturales" (2011, p.32), todas cuestiones a tomar en un modelo superador y diversificador. Es decir, y como explica Feo (2020) retomando el pensar al Estado como determinante, debe ser una concepción integral de la salud asociada a los lineamientos de la salud colectiva y contraria a la concepción que reduce la salud a la enfermedad y atención médica, es decir, el modelo médico hegemónico de Menendez (biologicista, individual, medicalizado, centrado en la atención de las enfermedades a escala individual). Pensar qué es lo que predomina cuando se piensa en la salud, cómo son las respuestas del Estado y las comunidades, es fundamental para desarrollar mejores intervenciones comunitarias y colectivas desde las redes.

Es por ello que los dispositivos y lineamientos erigidos en esta experiencia tienden a aproximarse a una mirada eco promocional, centrada en los saberes de las comunidades, sus prácticas y necesidades (establecidas por ellas). En una mirada nacional, entonces, pudiendo localizar y regionalizar respuestas, considerando los enfoques de género decolonial, participación, perspectiva de derechos, determinación y sobre todas las cosas, interculturalidad.

Conclusiones

Tomando el punto de partida de la pregunta que nos motorizó desde el inicio consideramos que, a tan sólo un año del ejercicio de gestión, no sólo es posible sino que es sumamente necesario pensar una estrategia de promoción y cuidados en el nivel central de gestión en salud. A su vez, partimos de reconocer que no se trató de una experiencia limitada al criticismo ensimismado, sino a un movimiento que fue ligando la teoría y la praxis, para la vuelta sobre nosotras mismas en el ejercicio de las tareas y para patear el tablero de los horizontes de posibilidad y *pensabilidad* de un qué hacer en clave de promoción y cuidados en una estructura dada.

Los desafíos que se presentan van desde la ampliación de Redes en una clave de fronteras difusas y abiertas (todo lo contrario a la lógica de organigramas) y a poder lograr la apropiación de la estrategia de promoción y cuidados por parte de cada equipo territorial local de esta unidad de gestión nacional, en su hacer cotidiano.Este desafío se emparenta con otro desafío que es lograr la integración efectiva de estos padecimientos a los diversos sectores del campo de la respuesta sociosanitaria organizada, de la mano con la ponderación de estrategias como la propuesta y con el ejercicio de poder tornar objetivables este tipo de intervenciones que escapan a las mediciones de las lentes positivistas.

BIBLIOGRAFÍA

Ander Egg, E. (2007). Introducción a la planificación estratégica (primera parte). Buenos Aires, Lumen-Humanitas.

Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.

Basile, G. (2019). La Salud de la Integración regional: el caso de UNASUR Salud. ¿Soberanía o dependencia sanitaria? Ediciones GT Salud Internacional, Buenos Aires, Octubre 2019.

Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe en Cuadernos del pensamiento Crítico Latinoamericano - Edición Nº73 - Abril 2020.

BY-NC-SA
Artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva, 6, 83-101. Leer: https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud.

Dussel, E. (2000). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. CLACSO, Buenos Aires.

Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 38(4), 602-614.

Feo, O. (2020). Breves notas sobre Economía Política de la Salud. Apuntes de Maestría de Salud Colectiva del Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón (IAE-Venezuela).

Franco-Giraldo, Á., & Álvarez-Dardet, C. (2009). Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A.

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista cubana de salud pública, 30(2), 0-0.

Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva, 1, 9-32.

Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado.

Petracci, M. y Rodriguez Zoya, P. (2018). Comunicación y Salud. La investigación en el proceso de las políticas públicas. Ed Teseo.

Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (2013) Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud.

Rovere, M. (2006). Redes en salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Agora.

Artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional