

Investigación en Salud

Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia*

Reflections upon the clinic in family health teams

de Sousa Campos, Gastão Wagner**

LA CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO, RESPONSABILIZARSE POR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE UNA MICRO-REGIÓN Y ENCARGARSE DE CASOS SINGULARES

La construcción de vínculo es un recurso terapéutico. *Therapeutike* es una palabra de origen griego y significa "yo curo". La terapéutica es una parte esencial de la clínica que estudia y pone en práctica los medios adecuados para curar, rehabilitar, aliviar el sufrimiento y prevenir posibles daños en personas vulnerables o enfermas. No se trata, por lo tanto, de una preocupación tan sólo humanizadora, sino también del establecimiento de una técnica que califique el trabajo en salud.

Uno de los medios adecuados para la práctica de una clínica con calidad es el fortalecimiento de vínculos entre paciente, familias y comunidad con el equipo y con algunos profesionales específicos que les sirvan de referencia.

Vínculo es un vocablo de origen latino, es algo que ata o liga a las personas, indica interdependencia, relaciones con líneas de doble sentido, compromisos de los profesionales con los pacientes y viceversa. La construcción del vínculo depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del paciente, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. El vínculo comienza cuando estos dos movimientos se encuentran: unos demandando ayuda, otros encargándose de estos pedidos de socorro.

La construcción del vínculo depende por lo tanto, del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una micro-región. Depende también del modo en que se encargan de cada caso específico que necesite de una atención singular. Un doble movimiento, no siempre fácil de ser realizado: un compromiso bilateral, en el caso de los profesionales, un involucrarse con la salud de una comunidad y con la salud individual, particularmente de aquellos más vulnerables.

Este proceso no es simple, depende de la disposición, pero también de los conocimientos sobre la interrelación entre las personas que necesitan de ayuda y el equipo con recursos para intervenir. Es importante tanto discutir las dificultades en responsabilizarse por la salud de los otros, como las de encargarse de la construcción de proyectos terapéuticos y del acompañamiento sistemático de casos singulares. Encargarse del seguimiento de personas concretas, con nombre y apellido, no es una tarea simple.

Un concepto útil para entender los diferentes tipos de vínculos que contraemos a lo largo de la vida es el de "transferencia". Es un concepto originado en el psicoanálisis, pero se puede adaptar para el

trabajo clínico en general. Cuando nos vinculamos con alguien o con alguna institución (un equipo, un centro de salud) acostumbramos transferir afectos hacia estas personas o instituciones. Los afectos son sentimientos imaginarios, apuestas que hacemos apoyados en la historia personal de cada uno y en la imagen que el servicio y el profesional producen. Estos afectos pueden ser positivos o negativos. Cuando son positivos nos sirven de apoyo para realizar una travesía complicada. No importa mucho si la potencia del apoyo que transferimos al otro es real o no, lo que importa es si éste otro consigue ayudarnos a enfrentar algún problema, en el caso de la clínica buscar un diagnóstico - un cierto esclarecimiento para el sufrimiento que nos aflige - y recursos terapéuticos - acciones que nos ayuden a enfrentar el problema de salud. En este sentido, el papel del profesional de salud es actuar sobre el otro que se coloca bajo nuestro cuidado, pero es también el de ayudar a los otros a que se ayuden. Estimular la capacidad de las personas para enfrentar los problemas a partir de sus condiciones concretas de vida.

Al clínico le cabe identificar el tipo de apoyo que cada uno necesita: algunos necesitarán de estímulo para recordar que están enfermos o con alguna limitación; otros, al contrario, deberán ser ayudados a que se olviden un poco del problema de salud, valorizando la vida que todavía tienen. Hay algunos a los que habrá que ofrecerles más atención, a otros habrá que estimularlos a una disminución en el consumismo de procedimientos. A algunos ayudarlos a cuidarse mejor, a mirar más hacia los hijos, familiares, comunidad; a otros, ayudarlos a escapar de la obsesión de controlar el mundo y de hacer todo perfecto. Y realizar todo esto durante la atención clínica normal: consultas, grupos, curaciones, visitas, caminatas, etc.

Prestar atención a los patrones de transferencia en curso siempre ayuda al profesional, tanto en la atención individual como en la grupal. Nótese que las transferencias serán siempre bilaterales: los pacientes, los grupos, también despiertan sentimientos positivos o negativos entre los profesionales que los atienden: voluntad de curar o antipatía, deseo de educar o de verse libre del otro. Nadie es de piedra, nadie es absolutamente racional y frío en el trabajo en salud, somos afectados por el modo de ser de nuestros pacientes. Cuando alguien se percibe desvalorizado, difícilmente adherirá al tratamiento sugerido. Vender esperanza sin mentir, sin falsas promesas, pero resaltando el sentido que puede tener una vida saludable. Descubrir qué tipo de vínculo es el adecuado para cada caso, es el desafío para una clínica de calidad.

De cualquier modo, la condición básica para la construcción del vínculo está pues, en la capacidad del equipo para responsabilizarse por la atención integral de la salud de aquellos que viven en un territorio dado; y más aún, por la capacidad del equipo de encargarse de todos aquellos casos que exigen una atención especial, sea a causa de enfermedades o de otros factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas (edad, gestación, uso de drogas, dificultades existenciales, sociales, etc.).

Examinemos algunas dificultades para la construcción de patrones de vínculo adecuados entre los equipos y la población bajo su responsabilidad (800 a 1000 familias que viven en una micro-región de la ciudad), así como entre equipos y algunas personas específicas, seleccionadas entre las miles que habitan esa micro-región.

El equipo de referencia debe responsabilizarse por la salud de una comunidad (entre 3000 y 4000 personas) y, al mismo tiempo, destacar de entre esta comunidad aquellos casos que necesitan de una atención individual, encargándose de su atención eventual o sistemática. No es fácil establecer criterios prácticos para operar esta selección, sin embargo, la clínica de calidad solamente será posible si

se consigue evaluar riesgos y, en consecuencia, concentrar nuestra atención en familias y personas con mayor vulnerabilidad.

Siempre habrá recursos insuficientes en salud, la demanda tiende a ser infinita, la mayoría no quiere morir o siquiera sufrir, y la medicina y el SUS¹ prometen cuidado y atención. Nuestra oferta estimula a las personas a que nos busquen. La salud se transformó en un derecho, algo de este derecho es posible de ser precisado, la otra parte es ambigua, y el derecho a la salud es traducido, en la práctica, por el acceso a un examen complementario o a un medicamento y nunca tendremos todo lo que las personas demandan o lo que los profesionales consideran necesario. Por otro lado, siempre podremos construir un proyecto de intervención que tenga algún efecto terapéutico. Entre el que nos imaginamos como ideal - no siempre el más adecuado - y nada, hay una infinidad de posibilidades de intervención práctica. En nombre del ideal, muchas veces nos quedamos con la nada, y esto es un absurdo.

EL método PAIDEIA sugiere un modo para atenuar esta pelea entre la demanda infinita y la finitud de los recursos (entre ellos, inclusive, la paciencia de los equipos, que es también finita): involucrar a los pacientes, familias y comunidad en la producción de su propia salud. Estimular el auto-cuidado, valerse de la educación en salud para aumentar la capacidad de las personas para ser terapeutas de sí mismas. Considerar cada grupo como agentes de salud de su propia familia y de su propia comunidad. Compartir conocimientos de salud con los pacientes y grupos, estimulando posturas saludables. Descubrir dentro de la propia comunidad personas o grupos de "cuidadores" que ayuden al equipo en el cuidado de casos complejos: voluntarios que apoyen ancianos, vecinas que ayuden madres sobrecargadas, etc.

Nótese que la eficacia de estos métodos de educación en salud depende del vínculo entre equipo y familias: solamente cuando alguien se siente apoyado es que se muestra seguro para arriesgar algunos pasos por cuenta propia. Cuanto más impersonal y burocrático el sistema, más aumenta la dependencia de las personas. A un niño librado a su propia suerte, le llevará años aprender a andar; otro sobreprotegido igualmente tendrá dificultad para caminar solo; lo mejor es conseguir el apoyo necesario para cada niño, en cada fase de su aprendizaje, en el comienzo con más atención y trabajo, con el tiempo con más autonomía y menos trabajo para el "apoyador"².

Otro recurso para enfrentar este dilema es definir prioridades, separar entre los millares de pacientes aquellos por los cuales el equipo tendrá un cuidado especial. Hacer clínica es evaluar riesgos y, en función de esto, intervenir con recursos terapéuticos específicos, conforme el caso y su fase: remedio, educación en salud, visita domiciliaria, orientaciones posturales, dietéticas, existenciales, grupos, etc. Un servicio de atención primaria que atiende a todo el mundo que lo demanda y que no consigue distinguir entre los pacientes, no hace clínica de calidad.

¿Cómo realizar esto en la práctica?

Primero: valerse de la propia atención cotidiana a la demanda para ir destacando los casos que merecen una atención especial. Separarlos y comenzar un proyecto terapéutico, simple en el comienzo: retornos periódicos, concertar una visita, solicitar una atención en grupo, o de apoyo matricial; después, algo más intenso o, quien sabe, en algunos casos, devolverlos al grupo que no requiere atención especial: alta del cuidado intensivo, mas no del Centro de Salud. Una embarazada joven y sin compañero, con problemas sociales, merece ser destacada, con visitas en su domicilio, con atención más frecuente, intercalada entre

el médico y la enfermera, priorizando conectarla con ONGs o con el servicio social, etc. Un paciente de quien se sospecha cáncer no puede perderse en el flujo normal (y burocrático) del sistema, debe ser destacado, acompañado, con retorno garantizado y apoyo para que tenga asegurado, lo más rápidamente posible, el esclarecimiento de su diagnóstico.

Por este motivo, estamos alterando las reglas para derivar al especialista o para exámenes de media y alta complejidad. Solamente serán aceptados casos con hipótesis diagnóstica y evaluación de riesgo: casos urgentes - atención inmediata, en el día -; casos con riesgo - atención en hasta tres días -; y casos normales - que entrarán en la lista de espera por orden de llegada. Exactamente porque tenemos recursos limitados tenemos que evaluar riesgos y garantizar el acceso primero a los que tienen mayor posibilidad de morir o enfermar gravemente.

Otro ejemplo: un pediatra identificó - gracias al vínculo - que una madre de gemelos tenía dificultad en aceptar a uno de los niños, amamantaba y cuidaba a una más que al otro, que presentaba signos de abandono y de desnutrición. ¿Qué hacer? Modo antiguo: llenar un formulario de derivaciones al equipo de salud mental, entrar en la fila, larga espera. Modo nuevo: solicitar apoyo matricial, comunicarse con el psicólogo o psiquiatra más próximo y explicitar una prioridad, explicando el riesgo. Con esto, este trío será visto antes que otros pacientes.

Segundo: analizar la fichas familiares de registro censal elaboradas por los Agentes de Salud, identificando aquellas familias, y dentro de ellas aquellos individuos, que merecen algún tipo de atención especial: consultas periódicas, grupos de apoyo, visitas, fisioterapia, etc. Para esto, es importante que el trabajo de registro no sea un mero formalismo burocrático, sino que sea apropiado por los equipos, como un instrumento de evaluación del riesgo y de definición de prioridades. Leer, cada semana en equipo, el registro (censo) de algunas familias e identificar las más vulnerables.

Tercero: priorizar los llamados grupos de riesgo, para los cuales hay programas de salud estructurados: prenatal, puericultura, ancianos, hipertensos, diabéticos, epilépticos, tuberculosos, leprosos, entre otros. Es importante que el coordinador del Centro de Salud, el Núcleo de Salud Colectiva y los miembros del equipo tengan una evaluación del impacto de su actuación sobre estos grupos: conocimiento sobre indicadores, cobertura de embarazadas, edad de las mismas, porcentajes de parto normal, tasas de internaciones maternas, cobertura de hipertensos y diabéticos, etc., para planear acciones que mejoren la calidad de la intervención. Importante: dentro de cada uno de estos grupos es fundamental destacar aquellos con mayor vulnerabilidad - orgánica, subjetiva o social - operando de modo semejante al descrito en el primer párrafo. Los hipertensos no son iguales entre sí, lo mismo que las embarazadas o los niños.

Cuarto: es importante que los equipos estén abiertos a las prioridades construidas por otros compañeros del sistema. Así, el trabajo de visita de los Agentes de Salud debe indicar prioridades para los equipos, lo que implica capacitar a los agentes para evaluar riesgos de salud en la mujer, salud bucal, etc. Pacientes provenientes de otros servicios, o de otras instituciones - escuelas, asilos, presidios - pueden merecer ser destacados y acompañados de modo especial.

Con el tiempo, y conforme a los recursos disponibles, cada equipo irá construyendo cohortes de pacientes y de familias que merecen un acompañamiento especial. Una parte importante de la agenda de médicos, enfermeros, dentistas de los grupos, debe ser reservada para estos usuarios especiales (alrededor del 50% del tiempo

disponible). El restante de la agenda será reservado para eventos imprevistos de estos mismos pacientes y para mantener una atención abierta a la demanda, siempre trabajando conforme a lo descrito en el primer párrafo.

Concluyendo: cada equipo deberá identificar agrupamientos especiales de usuarios que merecen una atención destacada. La construcción de vínculo con estas personas será progresiva y variable, conforme el caso. En general, el trabajo de equipo es mejor aceptado por estos pacientes que por aquellos que tienen un contacto eventual con la Unidad de Salud. La exigencia del médico tiende a atenuarse, ya que estarán bajo el cuidado de un conjunto de trabajadores, inclusive del médico. Es principalmente en estos casos que la clínica del enfermero puede ser ejercida en su plenitud, tanto porque al haber protocolos específicos la capacitación es más tranquila, como porque hay mayor confianza de las familias en todo el equipo.

En caso de ausencia de uno de los miembros del equipo - vacaciones, licencias de salud, despidos - estos usuarios destacados no pueden ser librados a su propia suerte. Son prioritarios, el abandono destruye el vínculo construido a duras penas. El equipo, junto con la coordinación y con los "apoyadores", debe asumir el proyecto terapéutico y el seguimiento de estos pacientes en la medida de lo posible: reorganizando agendas, redistribuyendo la atención, contratando reemplazos, y, en el límite, disminuyendo el tiempo para la atención a la demanda (admisión), ya que estos pacientes son prioritarios.

En varias unidades, todavía existe la costumbre de no atender a aquellos pacientes agendados con un médico, enfermero, dentista, cuando éste se ausenta. Y esto sin una evaluación de riesgo, sin saber quién es o no prioritario. La recepción no es lugar para evaluación de riesgo, alguien del equipo técnico debe encargarse de realizar esta evaluación, manejando los casos conforme su gravedad. Si no, continuaremos con la burocracia, deshaciendo con una mano lo que construimos con tanta dificultad en meses y meses de pelea.

Por último, la construcción del vínculo permite avanzar en la tan anhelada "desmedicalización", o mejor dicho, torna posible la ampliación de la clínica: valerse de otros recursos terapéuticos y no solamente de los medicamentos (educación en salud, prácticas de vida saludables, atención interdisciplinaria, construcción de "cuidadores" en la propia comunidad que ayuden al equipo en el cuidado de casos complejos, etc.); y también valerse de métodos diagnósticos y no solamente de exámenes de laboratorio (calidad de vida, síntomas, vitalidad de los pacientes, etc.)

Además de todo esto, toca todavía identificar aquellos problemas de salud que dependen del contexto sociocultural, articulando proyectos de intervención sobre el territorio o sobre instituciones específicas - escuelas, jardines de infantes, villas miserias, etc.; pero esto merece ser profundizado en una discusión específica.

Notas de pie de página

[*—Este escrito \(Noviembre, 2002\) forma parte de un corpus teórico que ha inspirado desarrollos concretos en la Salud Pública del Municipio de Rosario, particularmente en los Centros de Salud de Atención Primaria y constituye la base del sistema de Adscripción y de la atención personalizada. Fue traducido oportunamente por la Dra. Gabriela O'Toole y es publicado en el presente número de la Revista con la autorización del autor, a quien estamos muy agradecidos.](#)

[** Médico sanitarista, Docente de la UNICAMP \(Universidad Estadual de Campinas, San Pablo, Brasil\), Ex Vice-ministro de Salud de Brasil.](#)

¹[Sistema Unico de Salud de Brasil](#)

²[Se traduce "apoiador" por "apoyador", se trata de sanitaristas que cumplen funciones de acompañamiento, coordinación de actividades, apoyo a la gestión, etc, en los Centros de](#)

[Salud de la ciudad de Campinas.](#)