



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología

El rol del psicólogo en la Atención Primaria de
la Salud en algunos países de Latinoamérica y
el Caribe

N° 549

Miriam Sandra Essayag

Tutora: Corina Samaniego

Departamento de Investigaciones
Octubre 2012

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

Agradecimientos.....	5
Resumen	5
Capítulo I: Tema, problema, preguntas de investigación, metodología.....	5
I1- Introducción.....	5
I2-Problema y preguntas de investigación	6
I3- Metodología.....	6
Capítulo II: Atención Primaria de la Salud: orígenes y desarrollos actuales	7
II1- Antecedentes de la Salud Pública.....	7
II2- A partir de Alma Ata 1978: Definición de Atención Primaria de la Salud (APS)	7
II3- La Atención Primaria de la Salud y la Psicología. La Psicología Comunitaria	10
Capítulo III: Casos	11
III1- Brasil	11
III2- Chile	13
III3- Cuba.....	15
III4- Argentina	18
Capítulo IV: Síntesis, Conclusiones y recomendaciones	20
IV1-a/Brasil, b/Chile, c/Cuba, d/Argentina	21
IV2- Discusión	22
IV3- Conclusiones y recomendaciones	24
Anexo A: Cuadro integrador de los cuatro ejes analizados por país.....	26
Bibliografía.....	28

Agradecimientos

Escribir una tesina es un trabajo arduo. Uno comienza con muchas dudas que poco a poco van disipándose, aunque nunca acaban. Es una tarea que lleva tiempo y que implica esfuerzo, dedicación, constancia, perseverancia, disciplina, paciencia y un gran compromiso, no solo con la tarea investigativa o con el problema de estudio y el caso elegido sino, y por sobre todo, con uno mismo, al buscar alcanzar la meta.

A mí me llevó más tiempo del que hubiera deseado, producto de una sucesión de vicisitudes personales. Pero el sentimiento de responsabilidad estuvo presente, desde el inicio.

Quiero agradecer especialmente, a mi familia, que ha sabido acompañarme en esta etapa, en especial a mis hijos Rodrigo y Alejo, a mi esposo David que siempre me apoya en todos mis proyectos incondicionalmente, a mi madre, Lucy y a mi hermana, Viviana que me alentaron desde el primer momento para luchar por este sueño de “ser Psicóloga”, a mi hermano Sebastián que me ha acompañado y aconsejado con mucho interés durante todo el proceso de esta tesina, aportándome una visión muy clara y precisa tanto del tema como de su elaboración. A mi amiga Roxana y Olimpia que están siempre a mi lado, y a Alejandra y Silvina, compañeras de la carrera, con quienes compartí interesantes discusiones y entrañables momentos.

Mi especial gratitud a la Dra. Corina Samaniego, por su generosidad como maestra y por todo lo que gracias a ella he aprendido, no solo como alumna sino como auxiliar de su cátedra durante estos últimos tres años, mucho de lo cual está plasmado en estas páginas. También agradecer a los integrantes de la Cátedra de Práctica Profesional II y Salud Pública de la Universidad de Belgrano: Lic. Isabel Corzón, Lic. Marisa Rodríguez y Lic. Luis Mazzon por todo lo que han sabido enseñarme en estos años. A los profesores Lic. Emiliano Polcaro y Lic. Lucia Roig por transmitirme su pasión por la investigación, y en general a todos mis maestros de la Facultad de Psicología que me han hecho amar esta carrera durante estos 4 años.

A todos ellos muchas gracias.

Resumen

El presente trabajo tiene el propósito de abrir la discusión acerca del rol que desempeña el psicólogo en el ámbito de Atención Primaria de la Salud (APS) en algunos países de América Latina y el Caribe, y analizar a través de los autores, si existe concordancia con lo formulado por la organización Mundial de la Salud (OMS), respecto al rol que dichos profesionales deben desempeñar para alcanzar el fortalecimiento de los sistemas de salud, basados en la estrategia de APS. El problema que se plantea es que se observa, en esta primera puerta de entrada a la atención de la salud, un predominio de actividades típicas del modelo clásico asistencial. Se espera encontrar cierta discordancia entre la práctica profesional y lo planteado por la OMS, siendo tal vez un tema clave para tener en cuenta: la formación académica del psicólogo en el área comunitaria.

Palabras claves: OMS, Atención Primaria de la salud, Rol del psicólogo.

Capítulo I: Tema, problema, pregunta de investigación, metodología.

I1- Introducción

El presente trabajo busca analizar, a través de lo que han investigado los autores consultados, el rol que el psicólogo viene desempeñando dentro del ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), y busca contrastar este desempeño con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los profesionales de la salud en esta primera puerta de atención.

En la conferencia de Alma-Ata en septiembre de 1978 se definió a la Atención Primaria de Salud como el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud (OMS, 1978) Es así que los valores de la APS en pro de la salud para todos, sostienen que los sistemas de salud de los distintos países, deben poner a las personas en el centro de la atención sanitaria (OMS, 2007).

Es en este contexto en el que la psicología se incluye como una disciplina relevante en el ámbito de la salud, dada la alta prevalencia de los trastornos mentales, lo que indica que el psicólogo juega un papel clave dentro del equipo de salud y enfrenta la necesidad de replantear su actuar tradicional, generalmente ligado a una práctica aislada y orientada hacia una modalidad terapéutico-curativa de la psicología clínica. (OMS, 2009).

No se debe perder de vista que los trastornos mentales constituyen un creciente problema de salud en el mundo y en especial en Latino América y el Caribe (LAC). Pero a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales (en el 2002 esa carga había ascendido a más del doble, siendo de un 22,2%, según datos de la OMS), resulta indudable que el desarrollo de la atención de la salud mental en LAC ha tenido que enfrentar grandes limitaciones y dificultades (OPS, 2007). La situación se va haciendo cada vez más difícil debido a que la respuesta de los países es por lo general limitada y/o inadecuada. En síntesis, según la OMS, coexisten por un lado una carga abultada de trastornos mentales y, por el otro, una respuesta insuficiente de los servicios de salud (OMS, 2009).

A lo largo de estos últimos 30 años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han venido trabajando intensamente con los Estados Miembro en el desarrollo de políticas y planes integrales de salud mental y en el fortalecimiento de un modelo de servicios de base comunitaria.

Es así como la OMS ha reconocido la gran importancia de los componentes psicológicos y sociales, y lo refleja cuando define a la Salud: "no es solo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social" (1948, p. 1). La salud física, la salud mental y el funcionamiento social son componentes esenciales de la vida humana, siendo que el concepto de salud mental es mucho más que la simple ausencia de síntomas psíquicos. También define a la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, que puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2011).

La ineficacia de los sistemas de salud, perpetúa el círculo vicioso de la pobreza, ya que los trastornos mentales generan costos elevados y constantes relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, factores estos que contribuyen a dicha pobreza (OMS, 2009, p. 15).

La dimensión social de las enfermedades mentales, debe formar parte de la intervención, y que su desconocimiento conduce, en el largo plazo, a una asistencia inapropiada (OPS, 2009).

Por todo lo antes descrito, el presente trabajo tiene como objetivo general hacer una descripción a partir de la literatura, del desempeño profesional de los psicólogos en el ámbito de APS, habiéndose elegido cuatro países de América Latina y Caribe para dicho análisis: Chile, Brasil, Cuba y Argentina. Además se comparará ese desempeño profesional con lo que postula la OMS, es decir, que se analizará si existe la concordancia esperada entre lo planteado por la OMS y la práctica profesional concreta del psicólogo en APS.

Considerando como desempeño profesional a todas aquellas acciones que el psicólogo desarrolla en su ámbito de trabajo, tomando, en este caso, su accionar en el ámbito de la APS.

Para lograrlo, este trabajo se ha dividido en cuatro capítulos: en el capítulo 1, se desarrollará el tema, el problema y las preguntas de investigación, dejando en claro la metodología utilizada, En el segundo capítulo se describirán los orígenes y desarrollos actuales de la Atención Primaria de la Salud, en el capítulo 3 se desarrollaran los casos de Chile, Brasil, Cuba y Argentina. Finalmente en el cuarto capítulo se hará una síntesis de todo lo desarrollado, para así arribar a las conclusiones, y se planteará la perspectiva de la autora frente a la situación en-contrada, manifestando ciertas recomendaciones.

12- Problema y preguntas de investigación

Las preguntas que intenta responder este trabajo se podrían sintetizar en la siguiente formulación: ¿Cuál es el rol que desempeña el psicólogo en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS) en los países de América Latina y el Caribe (LAC)? Existe concordancia entre el desempeño profesional del psicólogo en la práctica y los requerimientos de la OMS para los profesionales de la salud que prestan sus servicios en el ámbito de la APS?

A partir de estas preguntas surgen otros interrogantes a fin de encontrar las claves para entender esta problemática.

1. ¿Cómo concibe la OMS el desempeño del profesional de la salud en Atención Primaria de la Salud?
2. ¿Qué rol desempeña el psicólogo en su práctica profesional en estos países de América Latina y el Caribe?
3. El psicólogo que trabaja en APS, ¿tiene la formación académica que se requiere para desempeñar su tarea en este nivel de atención?

13- Metodología

El enfoque metodológico utilizado para este estudio ha sido el de revisión bibliográfica.

La presente tesina se sustenta en documentos de la OMS, artículos de diferentes autores especialistas en el tema, trabajos presentados en conferencias y otros documentos provenientes de autores que han hecho estudios in situ de la actividad que desempeñan los psicólogos en los países abordados en este trabajo: Chile, Brasil, Argentina y Cuba.

Capítulo II: Atención Primaria de la Salud: orígenes y desarrollos actuales

II1- Antecedentes de la Salud Pública.

Se pueden identificar tres fases de actividad en la Salud Pública en los últimos 170 años, tanto en Europa como en Norteamérica. La primera de ellas comenzó en las ciudades industriales del norte de Europa como respuesta al enorme número de muertes y enfermedades que ocurrían en la clase trabajadora que vivía en la pobreza más miserable. Es por esto que comenzó a desarrollarse un movimiento de Salud Pública, basándose en la mejora de los estándares de vivienda e higiene, y en el aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros. La segunda fase de la Salud Pública también marcó un importante incremento de la participación del Estado en el bienestar médico y social de la población, no solo mediante el abastecimiento de servicios en hospitales y consultorios, sino también con la llegada de la Era de la terapéutica, allí por los años 30. Sin embargo, a principios de los años 70, comenzó a criticarse la Era terapéutica por la escalada de los costos, y la alta demanda médica, sin límites de estudios muy específicos y de tratamientos prolongados (Ashton & Seymour, 1990).

Es a partir de 1974 cuando se publicó el Informe canadiense “Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses”, que surge una nueva Salud Pública con un planteo integral, que incluía cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas. Esta Nueva Salud Pública comprende no solo la biología humana, sino que reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud, que están causados fundamentalmente por los estilos de vida. Es así como muchos problemas de salud pueden entenderse como sociales más que como individuales únicamente (Ashton & Seymour, 1990).

II2- A partir de Alma Ata 1978: Definición de Atención Primaria de la Salud (APS)

La conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, tuvo como tema central el logro de la Salud para todos en el año 2000.

Allí se planteó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, declarando que el grado más alto posible de salud es un objetivo social, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores: sociales y económicos además del de la salud. Que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su salud (OMS, 1978).

La APS es definida (OMS, 1978, p.3) como:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La estrategia de APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción y prevención de la salud, de tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas, comprende también las actividades de educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes. La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y la lucha contra enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud (OMS, 1978).

“La salud para todos” significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado, no ha de pensarse solo como la disponibilidad de servicios sanitarios, sino que una persona pueda llevar una vida social y económicamente productiva. La salud para todos obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, agua no potable, viviendas no higiénicas) así como resolver problemas puramente médicos. Considerando a la salud, no como un bien que se da, no algo externo y ajeno a la población, sino como una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben. El espíritu de autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar su propio destino, ésta es la esencia de la APS.

Malher en su trabajo "El sentido de la salud para todos en el año 2000", plantea la necesidad de formar personas para educar a la comunidad en cuestiones de salud y hace mención a que son pocos o ninguno los programas de formación en los que se preparan adecuadamente a los administradores sanitarios para desempeñar esas funciones, y que la mayoría de las escuelas médicas de todo el mundo preparan a sus alumnos para dedicarse a una práctica médica incapaz de ver más que la enfermedad y la tecnología que permite abordarla (Malher, 1981).

Veinticinco años después de la declaración de Alma Ata, Tejada de Rivero en su texto "Alma Ata: 25 años después" hace referencia a que los términos en que se había planteado la "Salud para todos en el año 2000", en 1978, "han sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por el modelo hegemónico mundial, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad" (Tejada de Rivero, 2003, p.1).

Los tres términos del concepto han sido mal interpretados: que el concepto de atención traducido del inglés de la palabra "care" quiere decir cuidado, y que mientras el cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas, la palabra "atención" es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. En cuanto al término "primario", puede querer decir lo principal, lo primero o también aquello primitivo poco civilizado, y fue ésta la acepción que se ha tomado a pesar que Alma Ata se refería al primer significado. En cuanto al término "salud" Tejada de Rivero dice que en la práctica las personas siguieron siendo "recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por servicios de atención reparativa orientada a enfermedades específicas". En cambio se debiera hablar del "cuidado integral de la salud" para todos y por todos: multisectorial, multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado. (Tejada de Rivero, 2003)

Luego de esto, en la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud en el año 2005 (Declaración de Montevideo), se planteó que "La Declaración de Alma-Ata sigue siendo válida en principio, sin embargo, en lugar de ponerse en práctica como otro programa u objetivo, sus ideas fundamentales deben integrarse a los sistemas sanitarios de la Región" (OPS, 2005, p1).

En este documento (OPS, 2005, p.2) también se define que se debería lograr:

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de la salud que oriente sus funciones y estructuras hacia los valores de la equidad y la solidaridad social y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Así surge una nueva definición de APS que se enfoca hacia los sistemas de salud en su conjunto, aplicable a todos los países, privilegiando la idea de que los servicios de salud deben ser congruentes con las necesidades en salud de cada población (Macinko, Montenegro, Nebott, Adell, Etienne, 2007).

Asimismo, en el Informe de la Salud en el mundo 2008: "La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca" la OMS, plantea una renovación de la propuesta de APS, ya que considerarán que no se alcanzan con los objetivos planteados en el año 1978, aunque reconocen, que se han hecho algunos cambios, para mejorar la salud, y luchar contra la enfermedad, pero dicen, que la gente no está satisfecha con el nivel de salud en el mundo.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS en el año 2008, deja planteada la necesidad de cuatro conjuntos de reformas, que reflejan los valores de la atención primaria (OMS, 2008, p.9):

- Reformas en pro de la cobertura universal con equidad sanitaria, justicia social y el fin de la exclusión dando prioridad al acceso universal y la protección social de la salud.
- Reformas de la prestación de los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo.
- Reformas de las políticas públicas que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de Salud Pública y la atención primaria.
- Reformas de liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los sistemas de salud.

Además, dice la Dra. Chan, que estas reformas, van más allá de la salud, y que es de gran importancia la capacitación de los recursos humanos que van a llevar a cabo dichas tareas, con el objetivo de lograr una atención centrada en las personas y con una intensa participación de los pacientes, las familias y las comunidades, con equipos trabajando multidisciplinariamente que se ocupen de un determinado grupo de la población (OMS, 2008).

Lo antes planteado por la Dra. Chan, para el trabajo en APS, viene a poner en evidencia que no se puede seguir con el modelo médico hegemónico imperante. Siendo que esta nueva estrategia de APS, cuestiona dicho Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Menéndez (1998, p.451) define el MMH como:

....un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Un modelo que tiene como premisas básicas el biologismo, el individualismo, la a-historicidad, la a-sociabilidad, el mercantilismo, la eficacia pragmática, la asimetría, el autoritarismo y la participación subordinada y pasiva del paciente.

La OMS y la OPS dejaron plasmado en muchas de sus recomendaciones a nivel mundial, la necesidad de relativizar las orientaciones soberanas del MMH proponiendo avanzar en el diseño e implementación de programas sanitarios cuyo foco esté puesto en la lucha contra la pobreza y en fortalecer el rol de la medicina popular y el de la APS. Y es en este marco que se comenzó a considerar cuán importante es la participación comunitaria en salud como resultado de dos tendencias: la primera, relacionada con el creciente escepticismo sobre las capacidades reales del MMH para mejorar el estado de salud de la población mundial, y la segunda, vinculada al reconocimiento de que la salud pública debe integrarse a las políticas de desarrollo de un país. Es así que la convergencia de estas dos tendencias culminó con la formulación del concepto de APS (Essayag, 2010).

La propuesta de APS, a diferencia de este modelo, asume que la mayoría de los problemas en salud pueden ser resueltos en este primer nivel de atención, sobre todo si se trabaja en el mejoramiento del nivel de vida de la población y que se debe trabajar para fortalecer la autonomía de la población a partir de la autogestión (Menéndez, 1998).

La OMS plantea una nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad, llevando a re-visar y modificar la organización de los equipos de profesionales de la salud, cuestionando modalidades de funcionamiento aisladas, y proponiendo, en contraste, el trabajo interdisciplinario y la comunicación y el esfuerzo conjuntos de distintas disciplinas en torno a la APS. El apoyo a la renovación de la APS es producto de que se tiene cada vez más conciencia de que la atención convencional, no solo es menos eficaz de lo que podría ser, sino que posee una serie de deficiencias y de grandes contradicciones (OMS, 2008).

El Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2008, p.14) cita cinco deficiencias comunes en la prestación de atención de salud:

- Atención inversa: los que más medios tienen son los que más atención consumen, y los que menos medios y más problemas de salud tienen, menos consumen.
- Atención empobrecedora: más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligados a costear la atención sanitaria.
- Atención fragmentada y en proceso de fragmentación: La excesiva especialización impide que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas, y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial.
- Atención peligrosa: Los sistemas de salud no están diseñados adecuadamente, y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran altas tasas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud.
- Orientación inadecuada de la atención: Los recursos económicos se concentran en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las actividades de prevención primaria y promoción de la salud.

Para que los sistemas de salud tomen el rumbo adecuado, hace falta un conjunto de reformas concretas que tengan en cuenta los diferentes contextos y que respondan a los desafíos sanitarios actuales, y se preparen para los del mañana. Estas reformas van más allá de la prestación de los servicios básicos. Por ejemplo para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían a la APS hacen falta políticas serias en materia de recursos humanos (OMS, 2008).

Lo fundamental de la atención primaria es dar prioridad a la persona, y no solo como partes anatómicas con síntomas o trastornos que requieren tratamiento. Sin una mirada global de la persona, considerando al contexto familiar y comunitario, se pierden de vista aspectos importantes de la salud que a primera vista no encajan en las distintas categorías de la enfermedad. Pocos profesionales de la salud han recibido capacitación para brindar una atención centrada en la persona (OMS, 2008).

Hay dos conceptos muy asociados al de atención primaria, que son: la Promoción de la salud y la Prevención y control de los riesgos de enfermar.

La Carta de Ottawa, documento elaborado por la OPS durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en el año 1986 dice que la Promoción de la Salud es brindarle a los pueblos todo lo necesario para lograr un mayor control sobre su salud, para

alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social (conceptos incluidos en la definición de salud de la OMS), por un individuo o un grupo y que para esto, debe ser capaz de identificar sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente en el que vive. Se trata de un concepto que pone el acento en los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas (OPS, 1996).

En las acciones de promoción se deben tener en cuenta conceptos psicológicos tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales y familiares y habilidades. Morales Calatayud (2004), hace ciertas recomendaciones para el trabajo de los psicólogos dentro de APS, mencionando como fundamental lograr la identificación de los problemas que deberían ser de atención prioritaria, y que para esa identificación, es importante la información que se adquiera sobre la comunidad, para la toma de decisiones, debiéndose usar datos seguros de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto, también pone foco en la necesidad de trabajar en equipo, con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento. Otros aspectos necesarios, dice el autor, son el de la evaluación permanente de los resultados, y el estimular la participación de los miembros de la comunidad, tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias (Morales Calatayud, 1999).

La importancia de la prevención de enfermedades y del control del riesgo de enfermar, toman una relevancia fundamental, y para esto es imprescindible conocer el "factor de riesgo" que tiene una determinada población para enfermar; este concepto ha sido definido por Backett, Davies, Petrós- Barvasian en 1985 (en Morales Calatayud, 1999, p.148) como: "toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que se asocian al riesgo de sufrir un proceso patológico, o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso", este concepto es importante ya que a los psicólogos les interesan aquellos riesgos que se asocian al comportamiento, a los factores psicológicos y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen.

II3- Atención Primaria de la Salud y Psicología: La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). La Psicología Comunitaria.

La estrategia de APS plantea un cambio fundamental y es que tanto la comunidad como los individuos dejan de ser objeto de atención y pasan a ser actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades ante ella.

Cabe en este punto hacer referencia a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), ya que "tiene su interés en la comunidad como un todo, y en los grupos que la componen, así como en el cuidado de los pacientes individuales" (Kark, Abramson, Kark, 1994, p. 19)

Este modelo de trabajo unifica dos tipos de prácticas: las técnicas clínicas y las epidemiológicas como funciones complementarias, es decir que la práctica profesional se lleva a cabo teniendo en cuenta el ámbito comunitario, desarrollando actividades que no son sólo para el individuo que consulta, sino que van más allá: a su contexto social. Es decir que la APOC, tiene su actividad centrada tanto en los grupos de la población, como en la comunidad y sus subgrupos (definiendo comunidad a una población específica, o a un barrio definido, o a trabajadores de una determinada fábrica o a un grupo de estudiantes de una escuela en su conjunto), y también incluye la atención de los pacientes individuales (Kark, et al.; 1994)

Es esperable, para este modelo, que se pueda establecer la integración de la atención curativa, rehabilitadora, preventiva y de la promoción de la salud y que la asistencia sanitaria incluya también abordajes en lo social y mental así como en los aspectos de salud, trabajando multi-disciplinariamente entrando en la comunidad para vincularse con la población, con su salud y sus problemas, identificando los individuos en riesgo e invitándolos a acudir al sistema de salud para el tratamiento: ésta última es una de las características distintivas de la APOC (Kark, et al.; 1994).

Este "entrar en la comunidad" como actividad del psicólogo, ha sido tema abordado por la Psicología Comunitaria, definida por Maritza Montero (2004, p.70) como:

... la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Lo esencial de la Psicología Comunitaria es incluir a la comunidad con un rol activo, participando, sin esta participación no se constituiría un trabajo comunitario. Incluye a los profesionales de la psicología como agente de transformación social, que comparten sus conocimientos con otros actores sociales provenientes de la comunidad, poseedores de un saber, orientados por los mismos objetivos, y para los cuales trabajan conjuntamente. El trabajo de contribuir en la producción de cambios en el hábitat del individuo, produce cambios en los grupos a los que pertenece, entre ellos a la comunidad (Montero, 2004).

Capítulo III: Casos Brasil, Chile, Cuba y Argentina

III1-Brasil

Antes de lo que hoy se conoce como el Sistema Único de Salud (SUS), en el sistema de salud brasileño, la salud no era considerada un derecho social.

En ese momento el modelo de salud dividía a la población en tres categorías:

1. Aquellos que podían pagar por los servicios de salud privados.
2. Los que tenían derecho a la Salud Pública porque estaban asegurados por la previsión social (trabajadores con empleo formal).
3. Los que no poseían acceso a servicio alguno.

En este contexto, el SUS fue creado en 1988 por la Constitución Federal, abarcando desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos, garantizando el acceso completo, universal y gratuito (Silva, 2009).

Una de las cuestiones fundamentales del SUS es la construcción de un nuevo modelo de prácticas y de organización de los servicios de salud que viabilice las políticas de salud que se mencionan en la Reforma Sanitaria Brasileña. Esto implica un cambio del modelo asistencial, en lo que hace a la forma de atender a las personas, haciendo que la asistencia y las intervenciones ambientales sean eficaces, eficientes y capaces de incrementar la calidad de vida y la salud de las personas (Dimenstein, 2001)

La legislación brasileña ha ampliado el concepto de salud, considerándolo como el resultado de diferentes factores tales como la alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, trabajo, ingresos, educación, transporte, esparcimiento y acceso a bienes y servicios esenciales, por lo que el SUS incluye el desarrollo de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno: como ambiente, educación, planificación urbana, entre otros; que puedan contribuir, directa o indirectamente al logro de mejores condiciones de vida y salud para la población (Silva, 2005).

Dimenstein (1998), afirma que fue en el campo de la asistencia pública de la salud hacia donde se direccionó una considerable cantidad de profesionales psicólogos, principalmente a partir de la década del 70 (Dimenstein, 1998).

El SUS se consolida en los años 90 y tiene como principios doctrinarios la universalidad, que implica el derecho a la salud para todos los ciudadanos, la integridad que supone la asistencia integral en sus aspectos biopsicosociales, y la equidad que impone una discriminación positiva de manera de reducir las desigualdades, y finalmente lo importante de la participación social, que lleva a los ciudadanos al planeamiento, la fiscalización y el control de las políticas públicas (Escorel, Nascimento; Edler 2005, en Santos, Quintanilha, Dalbello-Araujo, 2010).

A medida que se iban produciendo los cambios tales como: el envejecimiento poblacional, el crecimiento de las poblaciones de las ciudades, los fenómenos migratorios, se han visto modificadas las demandas y fomentaron así la reformulación de las prácticas de salud (Alves, Eulalio, Brobeil, 2009). Esto les ha exigido a los profesionales ya consolidados, incluirse en otras configuraciones teóricas y prácticas para atender el nuevo criterio de salud, y es así como la actuación de los psicólogos en salud pública y la inauguración de su asistencia a nivel primario representó un intento de responder a esa nueva demanda profesional. Y es en este nivel primario (APS), que las intervenciones deben volcarse a la salud general de los individuos dentro de sus ámbitos sociales, priorizándose la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Alves, et al., 2009).

En Brasil estos servicios se denominan Unidades Básicas de Saúde (Unidades Básicas de Salud- UBS), y es en estas UBS que la intervención del psicólogo, en el equipo de salud, deberá apuntar hacia la práctica interdisciplinaria, ya que, todo el trabajo necesita ser comprendido, planeado y ejecutado en equipos multiprofesionales. En este caso, no se trata apenas de realizar unas consultas en equipos multiprofesionales, sino de "incrementar cada vez más la mirada del proceso salud-enfermedad-cuidado-vida-muerte como un fenómeno comunitario que se revela en las personas individualmente" (Alves, et al., 2009, p. 4).

A nivel de APS /UBS el individuo deberá ser considerado en su colectivo social, como un todo y comprendido desde los distintos contextos: biológico, psicológico, social, antropológico. Es por esto que los autores hacen hincapié en la necesidad de que los psicólogos tengan conocimientos más amplios de epidemiología, políticas sociales, antropología de la salud, etc. y que deberán tener un perfil profesional que contemple conocimientos teóricos y técnicos en psicología (clínica, comunitaria y social), en salud comunitaria, en políticas sociales, en políticas públicas de salud, etc.

Algunas de las actividades para la prevención primaria, según el trabajo de Alves, et. al., (2009, p.5), son:

- Participar y actuar en los equipos de salud de los servicios de APS/UBS
- Atender a pacientes en consultas primarias, que según el trabajo de Isabel Trindade del 2007, no debe confundirse en ningún caso con la práctica de la psicoterapia.

- Actuar en la salud general de los colectivos sociales a intervenir.
- Elaborar e implementar programas de promoción y de educación para la salud.
- Estudiar el perfil epidemiológico de los colectivos sociales bajo su responsabilidad profesional de cara a elaborar un plan de intervención primaria.
- Participar de las reuniones operativas de los servicios de APS/UBS y de los equipos de salud.
- Hacer uso de las técnicas de dinámicas de grupos.
- Proponer y organizar grupos informativos.
- Apoyar a los profesionales de las escuelas de la comunidad bajo su responsabilidad a través de orientación y de elaboración de programas de educación para la salud.
- Hacer visitas domiciliarias y asistencias familiares, etc.

Esto no se lleva a cabo en la práctica, y el psicólogo entra en el sector público de salud reproduciendo el modelo médico asistencial privatista, privilegiando las prácticas médicas curativas, individuales, asistencialistas y especializadas en detrimento de la salud colectiva (Dimenstein, 1998).

Gioia- Martins y Rocha Junior (2001, p.35) señalan que:

...el psicólogo, debe trascender la práctica de la psicología clínica, y requiere de una formación que le permita llevar a cabo un análisis crítico de la realidad en la que se circunscribe su accionar, debería también precisar alternativas de intervención y dar respuestas a las demandas sociales y políticas para mejorar la calidad de vida de la población.

Asimismo, Dimenstein en su texto "Los (des) caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública" (2003, p.341) agrega que:

...la precaria formación del psicólogo para actuar en las Unidades Básicas de Salud (UBS) determina tanto la falta de definición de sus funciones en la red básica de salud, como el predominio de actividades típicas del modelo clásico de la psicología clínica liberal y privada en los puestos, centros y ambulatorios, la cual no toma en cuenta los objetivos de los mismos ni las demandas de la población. De esta manera, se puede decir que la formación del psicólogo es uno de los principales elementos que definen sus modelos de actuación en las UBS, y traen como consecuencia, la descontextualización de sus prácticas y la pobreza de los resultados alcanzados.

Y continúa diciendo, que considera que la formación académica que los psicólogos reciben, no los prepara adecuadamente para dar respuesta a las necesidades que se presentan en el terreno de la Atención Primaria de la Salud, por lo que el desempeño de los psicólogos no resulta efectivo en el momento de dar las respuestas apropiadas en el campo. La autora también plantea que en realidad, las dificultades que presenta el rol que desempeña el psicólogo, deben buscarse en los aportes teóricos y prácticos en los que se basan a la hora de desarrollar su tarea, y también en las expectativas que tiene en general la sociedad en relación al modo de actuar del psicólogo en el ámbito de la salud (Dimenstein, 2003).

En un estudio llevado a cabo por Bassani (tal como se cita en Santos et al., 2010) realizada en el año 2004 en la ciudad de Victoria, basada en encuestas a psicólogos que trabajan en centros de salud, acerca de su accionar profesional, muestra que las prácticas que llevaban adelante los profesionales allí se centran, casi exclusivamente, en una ayuda individual dentro de un modelo clínico tradicional, con "acciones de corte individualistas, desconectadas de los objetivos de la atención primaria" (Santos, et al., 2010, p.191). Los psicólogos en este estudio, afirmaban carecer de un modelo a seguir para el trabajo en atención primaria. Para estos autores, la falta de este modelo y / o de propuestas de políticas de inserción laboral, han constituido un obstáculo para la expansión del campo de los psicólogos en este sector (Santos, et al, 2010).

Otros de los problemas reportados por los psicólogos, en este mismo estudio, se refirieron a la dificultad de trabajar en la acción colectiva. Esta dificultad no sólo se refiere a la forma de su desempeño profesional, sino también a las dificultades que encuentran en la adhesión de los usuarios a otro tipo de acciones, ya que suelen buscar la consulta individual, repitiendo el modelo biomédico. Algunos psicólogos, dicen los autores, también reportaron una falta de formación para este tipo de actividad. Sin embargo, estas dificultades no han impedido la búsqueda de formas de trabajar en las UBS en promoción de la salud. Sólo uno de los psicólogos reportó haber tenido una formación específica para trabajar en UBS, con lo que se le hacía más fácil, dijo, trabajar de una manera diferente. A pesar que todos los encuestados afirmaron la importancia del trabajo colectivo en la perspectiva de la promoción de la salud, confirmaron que aún se trabaja con un oyente individual, debido a que algunas demandas, en ciertas situaciones, así lo requieren. Las barreras que plantean tener los psicólogos a la hora de intentar un cambio en sus prácticas, no solo están relacionadas con su formación profesional, sino también con las dificultades de la creación de alianzas e intercambio de saberes y prácticas interprofesionales en las UBS (Santos, et al., 2010).

Para que los cambios ocurran, se debe, sobre todo, "deconstruir los modelos tradicionales y los supuestos teóricos que los sustentan, y comenzar la construcción de nuevos modelos, centrándose en el cuidado de la salud, y en la promoción del bienestar social "(Dimenstein, 2001).

Para esto, entre otras cuestiones, es necesario un cambio urgente en el perfil del psicólogo, para poder llevar a cabo su rol dentro del SUS, perfil que debe comenzar con la formación en las universidades. Logrando así un cambio de modelo, con una concepción diferente de la salud, ya no como solo ausencia de enfermedad, sino comprendida como el resultado de cambios en las condiciones concretas de vida, por esto se exige la búsqueda de modelos de explicación y análisis más completos y de formas de intervención más amplias y participativas, siendo fundamental brindar servicios que estén de acuerdo con la realidad epidemiológica de la población (Dimenstein, 2003).

Para lograr todo lo antes dicho y para una intervención más definida y adecuada a las UBS, Dimenstein (2003, p.344) afirma en su texto que el trabajo del psicólogo debe estar centrado en algunos puntos fundamentales:

- Saber identificar cuáles son los problemas que requieren atención prioritaria dentro de la comunidad en la que se trabaja, es decir conocer los problemas más frecuentes, determinar las necesidades de salud de la comunidad y ser un detector de problemas. Es importante estimular la participación de los usuarios como identificadores de problemas y multiplicadores de soluciones.
- Desarrollar acciones de promoción de la salud en contextos particulares. Mediante la educación en materia de salud, se busca comprender las causas de los problemas de salud y hallarles soluciones mediante un intercambio entre el saber científico y el popular, es decir un diálogo, un traspaso de saberes. Dicha postura promueve el desarrollo de actividades fuera del ámbito institucional, para adecuar y flexibilizar el entorno terapéutico en sus intervenciones y se preocupa por los aspectos éticos de los compromisos sociales y políticos.
- Evaluar continuamente los resultados de su intervención y la calidad de la atención prestada.

Incluyendo estas actividades, se perfila el rol que el psicólogo debería desempeñar para ser más útil en el ámbito de la asistencia pública de la salud, preocupados por la promoción del bienestar de la población (Dimenstein, 2003).

III2-Chile

Aquellos autores que analizan los importantes logros que ha conseguido la salud pública chilena, coinciden en hacer referencia, en primera instancia, a una serie de políticas públicas que se implementaron en el país a partir del 1920: un conjunto de políticas sociales que marcaron el comienzo de lo que se dio por llamar el "Estado Asistencial o Estado Benefactor". De ese tiempo es la Ley de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Vejez, pero es a partir de 1952, que Chile desarrolló el Sistema de Salud Estatal centralizado, con logros tales como el marcado descenso de la mortalidad infantil, el incremento de la esperanza de vida, el control de la tuberculosis y la erradicación de la poliomielitis. Este Sistema de salud estaba caracterizado por ser de cobertura universal, equitativa y de calidad (Azevedo, 1998).

Durante los años de la dictadura militar (1973-1990), se dieron cambios significativos en lo relativo a la salud, como la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que administraba los recursos anteriormente operados por el Sistema Nacional de Salud e instituye el sistema de libre elección. Es también en estos años que se produce la Municipalización de la Atención Primaria de la Salud, traspasando la mayoría de los consultorios de atención primaria, a la administración de los municipios, es así como a la atención primaria, la separaron del sistema público de atención, como consecuencia de esto, se redujo el personal, con el consiguiente deterioro de sus condiciones de trabajo y remuneración (Montoya & Aguilar, 2008).

En 1981 se instituye el sistema de salud previsual ISAPRES, encargado de administrar el valor descontado de los sueldos de los trabajadores, para la atención de la salud, y en 1991 se crea la Superintendencia de ISAPRES: entidad gubernamental encargada de fiscalizar y orientar las acciones de la ISAPRES en relación a sus clientes. Todo esto acompañado de una disminución de la inversión en salud, lo que implicó un grave deterioro, principalmente de los hospitales (Azevedo, 1998).

Es a partir de este momento, 1990, que los gobiernos democráticos encontraron al Sistema Nacional de Servicios de Salud con un sector privado bastante consolidado, con la municipalización semiimplementada y con los servicios públicos muy deteriorados. Se hicieron grandes esfuerzos para recuperar y normalizar las actividades del sector, dice Azevedo (1998, p.195), entre ellas:

- Se hicieron inversiones para la recuperación física del sistema con la construcción de tres hospitales nuevos.
- Se brindó apoyo al desarrollo organizacional de los servicios municipalizados de salud; con el proyecto de Salud Rural, el apoyo a las divisiones de Atención Primaria, entre otros.
- Se llevaron a cabo acciones para la disminución de la inequidad, esfuerzo que se articulaba con acciones más amplias como la lucha contra la pobreza extrema.

La atención de la Salud Primaria, entonces, está a cargo de los Centros de Atención Primaria administrados por las municipalidades, que ofrece servicios curativos básicos, mediante una modalidad de

atención abierta, a la vez que se realizan actividades de fomento y prevención de la salud. En el caso de la APS, la presidenta Bachelet informó en mayo del 2008, que existían 1600 establecimientos de APS pública entre consultorios, Centros de Salud Familiar (CESFAM) y postas rurales (PSR), además de 184 Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), constituyendo junto al Centro General Urbano (CGU) y al Centro General Rural (CGR), los dispositivos de Atención Primaria del país (Montoya, Aguilar, 2008).

La municipalización de la Atención Primaria iniciada por el gobierno militar generó una gran distancia respecto a lo propuesto por la Declaración de Alma Ata para este nivel de atención, ya que en lugar de potenciar la atención, la descentralización y la participación comunitaria en el sistema, ha aumentado la inequidad entre las comunas pobres y las ricas, ha incrementado el gasto administrativo y la dificultad de mantener la calidad y la efectividad de las acciones. Es así como la APS ha quedado muy separada del Sistema de Salud, ya que reciben sumas limitadas de recursos per cápita, no así en el caso de los hospitales. Todo esto tiene su repercusión en los profesionales, existiendo un déficit cuantitativo importante. Se produce así, una gran falta de interés por parte de los profesionales jóvenes para trabajar en los consultorios urbanos municipalizados de las comunas más pobres (Montoya, Aguilar, 2008).

La reforma Sectorial a través de la Ley 19837 (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2008, p.13) en su artículo n° 16, plantea que:

La red asistencial de cada servicio de salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio, con población a cargo, y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencias y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Lentamente, en el nuevo modelo a partir de los años 90, se dejó de intervenir en el tratamiento de las enfermedades y se comenzó a trabajar con un enfoque biopsicosocial, con el eje puesto en la salud de la población, entendida como el producto de la interacción de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, poniendo así el foco en todo el proceso de salud – enfermedad. Este nuevo enfoque de la salud, y la alta prevalencia de los trastornos mentales, contribuyeron a introducir innovaciones en políticas de salud mental, y a tomar la decisión de incorporar, en los servicios de APS, a profesionales no integrados con anterioridad como a los psicólogos (Aguayo & Goldenberg, 2007).

En el Dossier del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile “La Atención Primaria de Salud como puerta de entrada al sistema de salud; posibilidades y límites”, se aclara, que se tiene tradición de equipos multidisciplinarios, buscando resolver problemas de mayor complejidad. Se describe allí el quehacer de los equipos de salud de atención primaria, considerando acciones e intervenciones:

- Destinadas a la familia: a través de la Consejería familiar y de las visitas domiciliarias integrales.
- Destinadas a modificar la influencia de las personas sobre el ambiente: en el trabajo de talleres de educación grupal sobre temas ambientales.
- Destinadas a la pareja: a través de la Consejería de salud sexual y reproductiva y del control de regulación de fecundidad.
- Destinada a cada uno de los miembros de la familia:

1- Para mantener la buena salud de los individuos sanos.

2- Para el seguimiento periódico de aquellos integrantes de la familia que presentan alguna condición de riesgo para la salud.

Todo esto se lleva a cabo con un equipo de médicos, enfermeras, matronas y paramédicos, brindando una atención cercana, personalizada, poniendo énfasis en los aspectos preventivos convocando la participación de la comunidad. Además se cuenta con otros equipos de trabajo, compuestos por profesionales y técnicos de la salud, cuya misión es brindar apoyo al cuidado continuo y a la promoción de la salud de la población; estos grupos de trabajo están integrados por psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, odontólogos, orientadores de familia, etc. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2008).

El plan de reformas sanitarias culminó en el año 2000 con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP), con una organización en redes de salud mental, con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2008).

Los últimos profesionales en integrarse, a los equipos multidisciplinarios fueron los psicólogos, (en el año 1997). Hasta ese momento, los psicólogos solo eran parte de los niveles secundario y terciario de atención, por lo que no se encontraban especificadas las actividades que debían desempeñar en el primer nivel de atención. Con el aumento gradual de los psicólogos en el sistema de salud se redefinieron las expectativas y tareas de su ejercicio profesional, especialmente en el sector público (Aguayo & Goldemberg, 2007).

Una evaluación del PNSMP realizada en el 2004 concluyó que, la mayoría de los consultorios de atención primaria y centros de salud familiar, contaban con un programa nacional de salud mental, quedando así establecidas las horas de trabajo del psicólogo, no obstante esto, como los centros estaban

bajo la administración municipal, las decisiones respecto a la dedicación profesional y la carga horaria de trabajo de los psicólogos quedaban a criterio de los municipios. Este informe también reveló el bajo nivel de registro de actividades realizadas por los psicólogos en dicho centros. Según Aguayo y Goldemberg (2007), no había estudios relacionados con la actividad laboral y el ejercicio profesional de los psicólogos del sector público del sistema de salud de Chile.

Es por todo esto que estos autores desarrollaron un trabajo de investigación, con el objetivo de caracterizar el quehacer de los psicólogos que se desempeñan en los centros públicos de salud primaria de Chile. Este trabajo se llevó a cabo entre diciembre del 2003 y noviembre del 2004 contando con la participación de 486 psicólogos.

La mayoría de los psicólogos de la muestra respondieron que la mayor cantidad de horas contratadas eran para la atención asistencial individual, más que para la grupal, familiar o comunitaria. Después de este estudio se conoció que las actividades más frecuentes, eran:

- las evaluaciones psicológicas individuales, por medio de entrevistas y pruebas psi-cométricas, dirigidas al diagnóstico;
- las evaluaciones psicosociales individuales por medio de entrevistas en profundidad, entrevistas clínicas y estudios de las características y la dinámica familiar (para la identificación factores de riesgo);
- las evaluaciones psicosociales familiares, sobre todo a personas que presentan situaciones de violencia intrafamiliar o consumo de drogas, a través de visitas domiciliarias, que sirven para identificar los factores de riesgo y los factores protectores, y para evaluar el clima familiar.

Se pudo observar que el 93% de las intervenciones eran psicoterapéuticas individuales, mientras que nunca habían hecho intervenciones comunitarias de prevención (respuestas del 60.8% de los profesionales), y un 83,4% confirmó no haber hecho nunca un diagnóstico comunitario (Aguayo & Goldemberg, 2007).

Según el PNSMP, los psicólogos, dicen los autores, deben realizar cuatro tipos de actividades como parte de las intervenciones comunitarias (intervenciones comunitarias de prevención, intervención comunitaria de promoción, diagnóstico comunitario y elaboración de programas de intervención comunitaria), pero estas no tuvieron la frecuencia esperada. Las actividades fuera de los centros de la APS fueron muy poco frecuentes. Los autores concluyeron que se necesitan, por sobre todo, acciones de prevención y promoción de la salud basadas en estrategias fundamentalmente grupales y comunitarias (Aguayo & Goldemberg, 2007).

Este estudio de Aguayo y Goldemberg, nos muestra que si bien se cumplen algunas de las acciones que deben desempeñar los psicólogos en APS según lo expuesto en PNSMP, otras prácticamente no se cumplen o no se realizan de forma sistemática. Y muestra también que el psicólogo que trabaja en el nivel primario de atención, destina más horas semanales a desarrollar actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual que a las de atención indirecta o colectiva y a las comunitarias, dirigidas a fortalecer los factores protectores de la salud mental. Se suma a esta situación que existe una alta demanda de atención, en relación a los recursos humanos con los que cuenta en los centros de salud. A los profesionales les queda poco tiempo para realizar actividades preventivas, de promoción y prevención de la salud, así como para trabajar con las familias y grupos en riesgo para llevar a cabo tareas en la co-munidad (Aguayo & Goldemberg, 2007).

También los autores dicen coincidir con Dimenstein en que se requiere de profesionales con conocimientos flexibles para adaptarse a la realidad que deben atender, siendo que los profesionales encuestados coincidieron en confirmar no sentirse con los conocimientos y habilidades suficientes para abordar su tarea. Por esto los autores concluyeron en este trabajo, que para cumplir con el rol profesional adecuado para el nivel de atención primaria, los psicólogos deberían desarrollar estos conocimientos y habilidades durante su formación profesional tanto de grado como de posgrado. Se requiere, dicen, fortalecer las áreas de psicología comunitaria e integrar nuevos contenidos y habilidades relacionadas con el sistema de salud, la psicología de la salud y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo y para promover el autocuidado de los pacientes (Aguayo & Goldemberg, 2007).

III3-Cuba

En 1825 la creación del facultativo de la semana para la atención primaria a los pobres de solemnidad, en La Habana, es la expresión más antigua de atención primaria de salud en Cuba (Ochoa, 2003). El autor en su texto, describe que se nombraba semanalmente a dos facultativos, un médico y un cirujano, que rotaban sin excepción alguna entre todos los habitantes de la ciudad, y que estos debían atender gratuitamente a los enfermos que se presentaran, y si era necesario, los enviaban, dice Francisco Ochoa, al hospital de caridad. Éste era un servicio estatal y gratuito para toda la población aunque orientado a los más pobres (Ochoa, 2003).

En 1959 se crea el Departamento de Asistencia Técnica, Material y Cultural al Campesinado del Ejér-

cito Rebelde, que entre sus funciones incluía la atención a la salud de la población, pero como esto no era suficiente, en enero de 1960 se crea el Sistema Médico Social Rural (SMSR), que le ofrece empleo a aquellos recién graduados, con un salario muy atractivo, y así el 100% de los profesionales de la salud, se unía al servicio. Era tradición proclamar en el juramento de los graduados, la renuncia al ejercicio privado de la profesión (Ochoa, 2003).

Las funciones de APS del SMSR asignadas a un hospital o consultorio fueron: asistencia médica, la vigilancia epidemiológica, la vacunación, la inspección sanitaria, la educación sanitaria y las actuaciones forenses. El servicio médico rural, fue el primer programa de impacto en lo relativo a APS y a la salud pública general.

Coincidiendo con la implantación del SMSR, en las pequeñas ciudades cabeceras de municipios, se crearon las Unidades Sanitarias, que realizaban exclusivamente tareas de APS. Otro tipo de unidad de APS creada en 1962 fue el Hogar Materno, y finalmente en 1964 se creó la institución que será el centro de la APS en años sucesivos, y es el Policlínico Integral. Ésta es una institución médica que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área geográfica determinada. Su propósito es la prestación de servicios básicos de salud con un sentido dinámico, proyectándose e irradiándose hacia las comunidades que sirven, a través de personal en terreno, dentro de determinados límites geográficos, que reciben el nombre de áreas de salud (Ochoa, 2003).

Luego de todo esto, se hizo una reformulación de este Policlínico Integral, ya que tenía un accionar muy compartimentado, con predominio de acciones curativas, no se trabajaba en equipo y tenía excesivas derivaciones al nivel secundario; y fue así que, después de ésta revisión, surge un modelo de APS, llamado la Medicina en la Comunidad, siendo su unidad base el Policlínico Comunitario. Sin embargo, transcurridos los años, se hicieron evidentes otras falencias, la más sobresaliente: el gran déficit de recursos humanos, por un creciente número de especialistas para la atención secundaria, y es así que surge el modelo que hoy está vigente en el país, que se llama Medicina Familiar o del Médico y Enfermera de la Familia. Así la atención primaria se convierte realmente en el nivel estratégico para la ejecución de las principales intervenciones en salud. La atención primaria se va convirtiendo de esta manera, en el principal escenario de la vigilancia epidemiológica, de la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, y lentamente se va observando, una importante disminución de ingreso de pacientes en el segundo y en el tercer nivel de atención (Méndez, 1995). Las cifras reflejan un 30% de reducción en las admisiones de los hospitales, y un 20% en las guardias para atención ambulatoria (Eisen, 1996).

El médico de la familia, dedica gran parte de su tiempo a la educación y la promoción de la salud con la ayuda del psicólogo del policlínico. El trabajo se realiza individualmente, en grupos y en la comunidad (Eisen, 1996).

Las definiciones políticas del Gobierno Revolucionario cubano, marcan desde un comienzo, tal vez, rasgos propios para el desempeño de la tarea del psicólogo en Cuba. El ejercicio de la profesión vinculado esencialmente a las demandas sociales, a la situación del país y al contexto en general, es decir, un profesional con una mirada comprometida con la transformación social. El psicólogo, enmarca su accionar, dentro de las prácticas estatales, gratuitas para todos, recibiendo su remuneración como un funcionario público (Torre Molina, 2010).

En Cuba, la integración de la psicología a los servicios de atención primaria de la salud orientados hacia propósitos de promoción y prevención, comenzó a llevarse a cabo sistemáticamente desde 1969 (Morales Calatayud, 1997). Ésta inclusión del Psicólogo en las distintas instituciones sanitarias, se dio cuando el Ministerio de Salud, decide incluir la figura del psicólogo en la salud, sacándolo del marco de la atención psiquiátrica hospitalaria y de las limitadas labores psicodiagnósticas y de algunas psicoterapias, cobrando así sentido su accionar, en los distintos niveles y dispositivos de salud (Duro, Vallejo, 1985).

Más tarde, en 1974, este modelo evolucionó al de Medicina en la Comunidad, colocando el énfasis en la participación popular, la atención a grupos de riesgo y la integración de la enseñanza de los médicos y las enfermeras en ese nivel de atención, integrando en ésta enseñanza, los contenidos de psicología y otras disciplinas sociales. También cobró una gran importancia, en éste modelo, la realización de investigaciones sobre temas psicológicos y sociales en la atención primaria (Morales Calatayud, 1997).

Luego, en los ochenta, comienza a desarrollarse un nuevo plan de estudios para la carrera de psicología, que le dio al perfil del psicólogo la posibilidad de desempeñar un rol más comprometido con el proyecto social del país, permitiéndole desarrollar su práctica con más herramientas, y así dar respuestas con una mirada más actualizada a las demandas de la sociedad (Torres Molina, 2010).

Es por esto que diez años después, en 1984, la Atención Primaria en Cuba avanzó mucho hacia su integración a la comunidad, a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades con la puesta en práctica del Plan de Médicos de Familia. El psicólogo del centro de atención primaria mantiene participación muy activa, como profesor, asesor e interconsultante de los miembros de ese pequeño grupo de trabajo, junto a los que evalúa los problemas de salud de las personas y los problemas de salud del ambiente, y con ellos también, diseña y evalúa las intervenciones (Duro, Vallejo, 1985).

García Aberasturi y Rodríguez Almeyda, (1983, p.1) hacen referencia a tres principios en los que se basa el sistema de salud. Estos son:

1. el derecho a la salud de todos los individuos y una responsabilidad del Estado, por lo que existe una cobertura completa de servicios de salud, que se brindan gratuita-mente
2. los servicios de salud tienen un carácter integral son preventivos-curativos y se diri-gen al medio y no sólo al individuo
3. la comunidad debe participar activamente en las acciones del sistema de salud

Los objetivos del servicio de psicología en el Policlínico entre otros, (Duro, Vallejo, 1985, p.4) son:

Promover el cambio en los hábitos perjudiciales para la salud, como el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad en la población del área.

- Disminuir las interrupciones del embarazo en el área y elevar el nivel general educativo en cuestiones de sexualidad y reproducción.
- Promover el mejor desarrollo del embarazo y trabajo de parto, sobre todo en gestantes de alto riesgo obstétrico del área.
- Promover un mayor conocimiento, por parte de los adultos, de las necesidades psicológicas del niño en las distintas etapas de su desarrollo.
- Promover el desarrollo psicológico de los niños nacidos con bajo peso, patológicos y desnutridos del área.
- Detectar precozmente, y orientar oportunamente, ante las dificultades en el desarrollo intelectual y los problemas psicológicos del niño y adolescente, tanto en el ámbito familiar como en el escolar.
- Identificar los factores psicosociales que intervienen en la aparición y evolución de las enfermedades crónicas más frecuentes en el área, en las primeras causas de muerte y otros problemas de salud priorizados.
- Promover, en colaboración con el Ministerio de Educación, condiciones de vida y actividades favorables para la salud y el desarrollo de la personalidad del niño y el adolescente, en escuelas del área.
- Facilitar el proceso de entrega a la población, de conocimientos médicos y psicológicos necesarios para tomar decisiones en cuestiones de salud.

Dicho todo esto, queda claro que al psicólogo que se desempeña en la atención primaria, se le plantea la necesidad de intervenir en una amplia diversidad de tareas, por lo que se le hace imprescindible una formación especializada acorde a dichas exigencias, con un entrenamiento específico para dicha función, siendo también de importancia el desarrollo de un criterio en lo referido al uso y distribución del tiempo en su práctica profesional (Morales Calatayud, 1997).

Morales Calatayud (1997), señala que el psicólogo de Atención Primaria de la Salud debe tener formación en Salud Pública y conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas de salud, de manera que pueda participar en el diagnóstico de salud de la comunidad y en la elaboración y evaluación de programas de intervención. A su vez también una formación social que le facilite la interpretación de la realidad de la comunidad para la que trabaja, con el uso de procedimientos de investigación social, de comunicación y de manejo de grupos. Disponiendo de conocimientos actualizado acerca de los problemas más frecuentes en la comunidad, sobre comportamientos de riesgo, salud reproductiva, desarrollo infantil, enfermedades crónicas y salud de los adultos mayores, también requiere de conocimientos sobre técnicas de diagnóstico, orientación, de psicoterapia individual y familiar. Es por esto que el autor, pone énfasis en lo importante de la revisión de los planes de estudio de licenciatura, y fundamentalmente, que se trabaje en diseñar programas de posgrado de especialización en psicología, para su desempeño en la atención primaria. (Morales Calatayud, 1999)

En 1985 se estableció el "Plan de Actividades de Psicología para el Policlínico con Médicos de Familia", con la confección de un documento, a nivel nacional, orientador de las tareas que debe realizar. Allí se indica como los psicólogos deben distribuir su tiempo en su práctica profesional, dentro de las instituciones, con tiempo para tareas de promoción de cambios de estilo de vida, atención de problemas del área materno infantil, para el trabajo con familias y parejas, la atención de enfermos crónicos, y la atención en las escuelas en el área de tareas docentes (Morales Calatayud, 1999).

Las funciones del psicólogo también incluyen, entre otras, brindar entrenamiento a médicos de familia y eventualmente a otros trabajadores de la salud, como por ejemplo las enfermeras, asesorándolos en todos los problemas psicosociales que aquejan a la población, lo que en la práctica se traduce, en un trabajo de psicoterapia de apoyo a aquellos pacientes derivados por dichos médicos de familia (Pérez Lovelle, 2003).

La integración de la psicología al sistema de salud de Cuba, contribuyó para lograr un cambio en el modelo, pasando del modelo clínico tradicional hacia un modelo más amplio, que se ha denominado Psi-

ciología de la Salud. A la Psicología de la Salud le interesa el estudio de aquellos procesos psíquicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la situación de enfermedad y en la recuperación. Por esto el Sistema de Salud Cubano, desarrolló un programa de formación para profesionales de la salud, con el objetivo de calificarlos para trabajar en el nuevo sistema, por lo que se mejoraron los programas de estudio de la carrera de grado de psicología (Morales Calatayud, 1997).

Son ciertas premisas teóricas básicas, respecto a la concepción que se tiene del hombre (el hombre como un ser que no se puede abstraer de las relaciones sociales, con un determinado modo de vida individual con rasgos nacionales, de clase, de grupos de pertenencia específicos, incluyendo a la familia, y todo esto jugando un papel fundamental en el proceso salud- enfermedad) las que constituyen la base en la que se sustentan las intervenciones del psicólogo de la salud, y así contribuyen en el logro de los objetivos: de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, y en el sentido de bienestar de la población que no debe limitarse al nivel individual. Es por esto que las intervenciones profesionales deben darse en distintos niveles: individual, familiar, de pareja, de grupo, de organización (escuelas, hospitales, etc.) (García Aberastury & Rodríguez Almeyda, 1983).

La conocida política internacional de embargo a Cuba, tuvo al país cercano al colapso económico con consecuencias muy importantes, que se trasladaron entre otras áreas, a la Atención Primaria de la Salud, reflejándose concretamente en la falta de medicamentos, de alimentos, de suministros médicos, energía, etc. (Torres Molina, 2010).

Pero a pesar de todo esto, el gobierno cubano mantuvo siempre en un primer nivel de prioridad a la salud y a la educación, ámbitos donde justamente trabajaban la mayoría de los profesionales. Para lograr cierta recuperación económica, en los 90 se introdujeron un grupo de nuevas leyes: como la de expansión del trabajo por cuenta propia, entre otras. Es así que la mayoría de los profesionales, presentaron una disminución en su interés por lo colectivo, y buscaron soluciones individuales, como contratos en el exterior, cambios de puestos de trabajo, generando así una importante pérdida de recursos humanos en el sector público. La psicología de la Salud, debido al gran éxodo de profesionales hacia sitios económicamente más atractivos, se vio seriamente amenazada, afectando la cobertura y la continuidad del trabajo. Se hicieron enormes esfuerzos para mantener ciertos logros en la Atención Primaria y asimismo se mantuvo el interés por el mejoramiento del nivel profesional de la psicología (Torres Molina, 2010).

Lejos de considerar acabado el tema, Cuba sigue trabajando, esto se ve reflejado en la permanente organización de Congresos y eventos que les permiten el intercambio con colegas de otros países, para seguir incorporando nuevas ideas y avances científicos, que contribuyan a la mejora de la salud Cubana.

III4-Argentina

Las distintas y sucesivas formas que ha tomado el sistema de salud Argentino, a dado como resultado un modelo mixto constituido por tres subsectores: público, las obras sociales y el sector privado ó prepagas, división ésta definida fundamentalmente, por el origen de los recursos, la población a quien se dirige y los servicios que brindan (González García, 2004)

Así se podría decir que el modelo argentino se establece, dice el Dr. González García (2004, p.267-272) en cuatro etapas.

1. el desarrollo de los servicios públicos: a partir de la década del 40. Es la etapa en la cual la salud es asumida como un deber del Estado, y con prioridad de acceso a la atención a toda la población. Entre los años 1946 y 1954, se desarrolla una importante infraestructura de atención estatal, y es en estos años que Carlos Alvarado erradica el paludismo y concentra su labor en la estrategia de Atención Primaria.
2. la consolidación de las obras sociales: surgen como esfuerzo de la lucha de las organizaciones de trabajadores, y es en la década del '50 y '60, donde se registra un gran crecimiento, en los '70 que expanden la cobertura de las Obras Sociales existentes y se crean nuevas. Es en los años de la dictadura, que se importa tecnología para diagnósticos, de forma masiva, lo cual precipito la crisis de la financiación de las Obras Sociales; comenzando a frenar la obertura y a incorporar copagos.
3. la propagación de los seguros médicos privados: En los años 1970, 1980 y 1990, se registra un gran desarrollo de formas privadas de atención, como empresas de medicina prepaga dirigidas a los sectores de mayores recursos. Como consecuencia, el rol protagónico que venía teniendo el Estado, va decayendo y perdiendo liderazgo como financiador y proveedor de servicios.
4. la vuelta al Estado: a finales de los años 90, las Obras sociales se encuentran debilitadas con una crisis financiera importante, y el subsector privado fue perdiendo afiliados, debido a la crisis económica, produciéndose así un desplazamiento de la demanda a un subsector público sobreexigido. Y es en esta vuelta al Estado en la que se habla de reforma del sistema de salud argentino. (González García, 2004).

5. El Estado comienza a recuperar su rol y la salud pública a retomar su protagonismo, viniendo las reformas a partir del año 2002. EL sistema público conformado por hospitales y centros de atención primaria de la Salud (CAPS) o salitas, que son aproximadamente unas 6456 en todo el país (Ministerio de Salud, 2000).

Los tres subsectores se encuentran fragmentados en términos de las prestaciones que brindan, e inclusive existe fragmentación dentro de cada uno de estos subsectores. El sector público, por ejemplo, está dividido en jurisdicciones: nacional, provincial y municipal, niveles que han empezado a coordinarse hace pocos años. (González García, 2004).

A pesar de los períodos de inestabilidad, inflación, privatizaciones, y procesos globalizadores, la Argentina amplió los servicios sanitarios desde el programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria) hasta el Plan Federal de Salud. Así la estrategia de APS se ha caracterizado por una gran heterogeneidad y discontinuidad, coexistiendo modelos centrados en la comunidad, el individuo y la familia, con el modelo asistencial tradicional del ámbito hospitalario (Paganini, et al., 2010).

Es importante también destacar que en la Argentina, a diferencia de lo ocurrido en otros países de Latinoamérica, el desarrollo de la Psicología comunitaria sufrió un retraso importante como práctica teórica y empírica, y el obstáculo central se ubica en las dictaduras militares, además de la fuerte impronta del psicoanálisis sobre la práctica del psicólogo, que “sesgó profundamente esta práctica y la construyó desde una lectura casi exclusivamente psicopatológica e individual”. La Asociación Psicoanalítica Argentina, en una primera etapa, formó psicólogos que aprendieron a pensar el discurso social en términos de modelos intrapsíquicos, imponiendo así un accionar netamente clínico (Chinkes, Lapalma, Nicenboim, 2004, p.2).

En las décadas del 60 y del 70 surgen iniciativas comunitarias en salud mental, vivienda y educación, y fue Bleger en 1966 que define el rol del psicólogo en el campo institucional y comunitario, “pasando de una actividad centrada en la curación de la enfermedad a un enfoque de prevención de la salud y de un enfoque individual a uno social” (Chinkes, et. al, 2004, p.3).

Y es a partir del 1984 que el psicólogo reconsidera su inclusión en lo social al ir modificándose la situación político situacional por la recuperación de la democracia, además de que la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires comienza a incluir materias y actividades vinculadas a lo comunitario y lo social, ajustando así el perfil de los egresados. Y es en el año 1986 que surge así la cátedra de Estrategias de Intervención Comunitarias en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Chinkes, et al., 2004).

Autoras como Plaza & Rodigou (2001) se interesaron en analizar las características del trabajo comunitario y el quehacer del psicólogo/a comunitario/a a través de una investigación en la ciudad de Córdoba durante los años 1997-1999 (Plaza & Rodigou, 2001).

Guió este estudio la hipótesis de que la Psicología no constituía una disciplina predominante en los equipos de trabajo comunitario, y que su quehacer en estos grupos de trabajo es entendida predominantemente desde una tarea clínica más que como un psicólogo comunitario. Realizaron 55 entrevistas (semiestructuradas) en: ONGs, Cátedras universitarias, equipos de Salud Municipales y equipos de Atención Comunitaria de Salud Mental provinciales.

De dicho estudio surge que el 92,7% de los entrevistados (que incluyen psicólogos) aludieron a la interdisciplina como el modo más adecuado para el trabajo comunitario, por la diversidad y la complementariedad de saberes y miradas, pero plantearon que la desventaja es el tiempo que implica acordar concepciones y lenguajes de las distintas disciplinas. Advirtieron que los equipos interdisciplinarios en el campo de salud están integrados en general por médicos pediatras o psiquiatras, enfermeras y en menor medida trabajadores sociales y psicólogos; y que los equipos dentro del campo de la Salud Mental incluyen a estos dos últimos así como a otros profesionales del campo psicosocial. Las ONGs (instituciones que buscan dar respuestas a la pobreza) no incluyen psicólogos.

Las tareas y funciones de las distintas disciplinas fueron identificadas con definiciones tradicionales, entre ellos al psicólogo trabajando en el consultorio y en psicoterapia. Todo esto a llevado a las autoras a concluir que el quehacer del psicólogo en el campo de lo comunitario es entendido como el de un psicólogo clínico-institucional o como un experto en conflictos relacionales, y en menor medida con actividades vinculadas al diagnóstico y al análisis de la realidad comunitaria, especialmente en aspectos de prevención y promoción. En ningún momento de la investigación se lo nombró al psicólogo como “psicólogo comunitario”, ni siquiera se nombraron a sí mismos de esa manera aquellos profesionales entrevistados. El estudio concluye que no hay “legitimación” del rol del psicólogo comunitario”, poniendo énfasis en que los profesionales psicólogos no recibieron formación de grado en relación a la psicología comunitaria ni siquiera han recibido capacitación posterior, por lo que las autoras evalúan de dificultosa la posibilidad de identificarse con un rol que no conocen (Plaza & Rodigou, 2001, p.14).

Otros autores: Paganini, et al. (2010), buscaron evaluar la calidad de los sistemas de salud y la estrategia de APS en distintas regiones geográficas del país. La evaluación se hizo en 16 comunidades en distintas regiones sanitarias: Centro, Sur y Cuyo y Conurbano Bonaerense.

Los resultados a los que llegaron los autores fueron: que existe un importante déficit de Recursos Humanos, en relación a las crecientes demandas de la población, y la falta de especialistas para los nuevos perfiles epidemiológicos; el más crítico es la salud mental. El 67% de los profesionales encuestados, señala que no hay capacitación, ni asesoría técnica sistemática desde el nivel central. También surge del estudio, la dificultad que se tiene en el trabajo interdisciplinario o en equipo, que se evidencia, no solo en el primer nivel de atención, sino en la articulación entre los de mayor complejidad.

En cuanto a las instalaciones edilicias, surge del estudio, que no se cuenta con espacios suficientes para hacer actividades con la comunidad.

Solo un 58% de los profesionales encuestados respondió acerca de los programas vigentes, lo que indica un serio desconocimiento de los mismos. Surge también de la investigación que a pesar de la importancia que tienen en la estrategia de APS, las acciones de promoción y prevención, el modelo asistencial permanece vigente, y solo un 50% de los centros de salud cuentan con información acerca de la comunidad de su área. Además surgió de la investigación que en más del 50% de los centros, se realizan visitas en busca de la población en riesgo y de la identificación de sus necesidades, pero la población no percibe dicha tarea. Los equipos de salud afirman también, que las actividades fuera de los centros de salud se debilitan por la excesiva demanda asistencial.

La población manifiesta, a través de este estudio, no tener participación en la gestión de los centros de salud, sobre todo por no saber su papel en la estrategia de APS, y menos del 20% refirió haber participado en algún espacio de encuentro con el efector de salud.

Como muestran los resultados de esta investigación, son muchas las barreras que impiden llevar a cabo la estrategia de APS, una de ellas, se podría decir la fundamental, es la vinculada a los recursos humanos, además de la falta de una estructura física adecuada y un equipamiento acorde para llevar a cabo actividades extra asistenciales. Asimismo, la falta de tiempo, no estaría permitiendo la planificación de actividades, la actividad interdisciplinaria y la salida a la comunidad. Otro déficit que surge como fundamental de este estudio, es la falta de acceso a datos epidemiológicos que permitan hacer un análisis metódico del perfil epidemiológico del área, ya que no hay registros de procesos de gestión, y sin esta información, es muy difícil salirse del modelo tradicional asistencial basado en la demanda, y el hacer una programación que considere las necesidades de la población en riesgo (Paganini, et al., 2010).

En cuanto a los recursos humanos, un trabajo de Eiguchi, Listovsky, Rodriguez y Lemus (2011), se propuso problematizar acerca de las características de la formación para el trabajo profesional en el marco de la estrategia de APS, y para ello, analizaron los programas de grado de las carreras de Medicina, Fonoaudiología, Kinesiología, Nutrición, Obstetricia y Psicología de la Universidad de Buenos Aires y los de residencia de distintas especialidades: Medicina general, Pediatría, Clínica Médica, Tocoginecología y Psicología del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCABA). Los autores concluyeron que algunas carreras de grado como Nutrición, Obstetricia, Kinesiología y Fonoaudiología, tienen asignaturas que abordan expresamente contenidos referidos a APS: como promoción de la salud, prevención, educación, trabajo en equipo, y también tienen en consideración los factores sociales y psicológicos en el proceso de atención (Eiguchi, Listovsky, Rodriguez & Lemus, 2011)

Los autores plantean que:

...en el programa de grado de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, no se evidenciaron referencias a APS, así como tampoco al proceso de salud-enfermedad, de promoción de la salud o una perspectiva poblacional de la tarea profesional. Se abordan algunos contenidos en algunas materias optativas.

Sin embargo, y en discrepancia con lo que dicen los autores anteriormente citados, en la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, está presente el tema de APS en el programa de grado desde el año 1987, en virtud de las referencias personales de la Dra. Corina Samaniego, docente de dicha institución.

En cuanto a los programas de residencias, Eiguchi, et al. (2011), describen que, de acuerdo a la Ley Básica de Salud N° 153, la Ciudad tomó el encuadre de la estrategia de APS para la formación de los residentes. Este objetivo se pone en práctica mediante una rotación y/o un módulo que incluye un período de tres meses por distintos centros de salud, sin embargo, los entrevistados en este estudio, se quejaron del escaso tiempo de permanencia en este primer nivel de atención en función a los casos complejos que allí se presentan (Eiguchi, et. al, 2011).

Capítulo IV: Síntesis, Conclusiones y Recomendaciones

A través del recorrido por los autores consultados, y por la bibliografía con la que se cuenta hasta este momento sobre este tema, en relación a los países de Latino América y el Caribe elegidos, se puede sintetizar la situación del siguiente modo:

a- **Brasil:** En el año 1988, en Brasil, se crea el Sistema Único de Salud (SUS), esta Reforma Sanitaria trajo consigo una nueva definición de salud debido al crecimiento de la población en las ciudades, y a los procesos migratorios que han cambiado las demandas, necesitando una reformulación de las prácticas en salud.

Los profesionales de la salud brasileños en general (incluidos los psicólogos), han intentado responder a esas nuevas demandas, pero carecen de un perfil que contemple conocimientos epidemiológicos, de políticas sociales, políticas públicas en salud.

Autores como Dimenstein, Gioia–Martins y Rocha Junior, plantean que la preparación profesional que reciben los psicólogos no es la adecuada para dar respuesta a las necesidades que se presentan en el terreno de la Atención Primaria de la Salud, y que se necesita un cambio en el perfil profesional para actuar en el SUS, cambios que deben llegar a las Universidades. Hay también, una falta de definición de sus funciones, además de un predominio, en la práctica, de las actividades típicas del modelo clásico de la psicología clínica, sin tomar en cuenta las demandas de la población.

Describen también, que el psicólogo entra a este nivel de atención reproduciendo el modelo médico asistencial privatista, privilegiando las prácticas curativas, individuales, asistencialistas y especializadas, en detrimento de la salud colectiva. De esta manera se entiende que la formación del psicólogo es uno de los elementos fundamentales que define el modelo de atención en las UBS, consiguiéndose resultados, hasta ahora, muy pobres.

Siguiendo en esta línea, la investigación desarrollada por Bassani, muestra que son los mismos psicólogos los que reconocen no tener las herramientas que necesitan para poder desempeñarse en el ámbito de la APS, y además, dice el autor, la población está acostumbrada a recibir este tipo de atención individual del modelo biomédico, sin pensar que pueda ser diferente o que exista la posibilidad de solicitar otro tipo de abordaje.

La mayoría de los profesionales encuestados en este estudio, afirman no tener un modelo a seguir para el trabajo en la atención primaria. Y a esta falta de modelo a seguir se le suma, la falta de políticas de inserción laboral, lo que han constituido un obstáculo para la expansión de los psicólogos en esta área. Otra dificultad que plantean los psicólogos encuestados, es la imposibilidad de que se lleven a cabo los intercambios de saberes y prácticas con otros profesionales de la salud (interdisciplina).

b- **Chile:** Los servicios de la Atención Primaria en Chile, están administrados por las municipalidades, ofreciendo servicios curativos básicos, mediante una modalidad de atención abierta con trabajo de prevención. Sin embargo, la APS Chilena, al estar municipalizada, quedó al margen del Sistema de Salud, supeditando sus recursos, sobre todo económicos, a la situación de cada municipio. Es por esto que existe gran falta de interés, por parte de los profesionales jóvenes, en trabajar en comunas pobres.

Aguayo y Goldemberg desarrollan una investigación para caracterizar el quehacer de los psicólogos. Estos autores concluyen en que el Psicólogo, que trabaja en el nivel de atención primaria, destina más horas semanales a desarrollar actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual que a las de atención indirecta o colectiva y a las comunitarias destinadas a fortalecer los factores protectores de la salud mental.

Además, observaron que la demanda de atención es mucho mayor que los recursos profesionales con los que se cuenta en los centros de salud. Es por esto que a los psicólogos les queda poco tiempo para realizar tareas preventivas, de promoción y prevención de la salud, así como para trabajar con las familias y grupos de riesgo y a llevar a cabo tareas en la comunidad.

Los profesionales encuestados por los autores coincidieron en manifestar el no tener los conocimientos y habilidades suficientes para abordar su tarea. En la mencionada investigación se refuerza la idea de que, para cumplir con el perfil profesional adecuado, estos recursos deben desarrollarse durante la formación profesional tanto de grado como de posgrado, como así también fortalecer las áreas de psicología comunitaria, integrando nuevos contenidos y habilidades relacionadas con el sistema de salud, la psicología de la salud y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo.

c- **Cuba:** Por su parte Cuba, desde 1825 trabaja en pos de darle atención primaria a los pobres de forma gratuita.

La integración del psicólogo a los servicios de atención primaria con funciones de prevención y promoción de la salud data de 1969, poniendo el énfasis, en el año 1974, en la participación popular, en la atención de grupos de riesgo, en la intervención y en la capacitación a los profesionales de la salud para este nivel de atención, manteniendo el psicólogo una participación muy activa en el trabajo interdisciplinario, evaluando junto a los médicos, los problemas de salud de los pacientes, los problemas de salud del ambiente, participando directamente en el diseño y evaluación de las intervenciones.

Los servicios de salud cubanos tienen un carácter integral, son preventivos-curativos y se dirigen al medio y no solo al individuo; partiendo de la base que la comunidad debe participar activamente en las acciones del sistema de salud.

Sin embargo, y a pesar de lo antes dicho, algunos autores (entre ellos Morales Calatayud) siguen poniendo el acento en la necesidad de revisar los planes de estudio de grado para los profesionales de la salud, y que se trabaje en diseñar programas de posgrado de especialización en psicología, para el desempeño en Atención Primaria, y así proveer de conocimientos básicos de epidemiología, estadísticas de salud, formación en Salud Pública, en entrenamiento para la elaboración y evaluación de programas de intervención.

Las consecuencias más importantes del embargo que sufre Cuba se observan en la Atención Primaria de la Salud: falta de insumos, y una importante pérdida de recursos humanos en el sector público.

Sin embargo, y a pesar de lo anterior, en Cuba siempre se realizaron enormes esfuerzos para mantener ciertos logros en la Atención Primaria, y a la vez se mantuvo el interés por el mejoramiento del nivel profesional de la psicología a través de estudios de grado y de posgrado.

d- Argentina: El Sistema de Salud Argentino se ha constituido, después de sucesivas transformaciones, en un modelo mixto en el que conviven tres subsectores: público, obra social y privado.

En la investigación Plaza Rodigou (2001), los psicólogos entrevistados aludieron a la interdisciplina como el modo más adecuado para el trabajo comunitario, aunque plantearon que la desventaja es el tiempo que implica acordar concepciones y lenguajes de las distintas disciplinas. Advirtieron que los equipos interdisciplinarios en el campo de salud están integrados en general por médicos pediatras o psiquiatras, enfermeras y en menor medida trabajadores sociales y psicólogos; y que los equipos dentro del campo de la Salud Mental incluyen a estos dos últimos así como a otros profesionales del campo psicosocial. Advirtiendo que las ONGs no incluyen psicólogos.

El quehacer de los psicólogos en el campo comunitario es entendido como el de un psicólogo clínico-institucional o como un experto en conflictos relacionales, y en menor medida con actividades vinculadas al diagnóstico y al análisis de la realidad comunitaria, especialmente en aspectos de prevención y promoción. El estudio concluye que no hay "legitimación del rol del psicólogo comunitario", que no recibieron formación de grado en relación a la psicología comunitaria y que ni siquiera han recibido capacitación posterior, por lo que las autoras Plaza & Rodigou, (2001) evalúan de dificultosa la posibilidad de identificarse con un rol que no conocen.

Los resultados de la investigación de Paganini, et al. (2010), hablan de un gran déficit de profesionales de la salud y en especial de especialistas en los nuevos perfiles epidemiológicos, así como la falta de capacitación y de asesoría técnica. Observaron también dificultades en el trabajo interdisciplinario, tanto en el mismo nivel de atención como en la articulación con los de mayor complejidad. No se cuenta con espacios adecuados para el desarrollo de actividades grupales y de tipo comunitarias.

La población consultada manifiesta no tener participación en la gestión de los centros de salud, sobre todo por el desconocimiento de su papel en las estrategias de APS.

Asimismo, la falta de tiempo, debido a la creciente demanda, hace que los profesionales sigan trabajando dentro del modelo asistencial, lo que no estaría dejando espacio para la planificación, la actividad interdisciplinaria y la salida a la comunidad ni para llevar registros de los procesos de gestión.

En los programas de grado, según profesores vinculados a la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se confirma que cuentan con materias que incluyen contenidos vinculados a la estrategia de APS en sus programas. También en los programas de residencias, se ponen en práctica los postulados de APS, desarrollándose las mismas a través de una rotación por distintos centros de salud, aunque consideran que el tiempo es escaso en función a los casos complejos que se presentan.

IV2- Discusión

De acuerdo a la síntesis presentada es de interés realizar una comparación entre estos cuatro países, abordando algunos aspectos, que nos permitirán hacer una evaluación final en términos de establecer, según lo publicado hasta ahora sobre el tema, si los profesionales de la salud, y en especial los psicólogos, llevan a cabo tareas profesionales específicas de acuerdo a los lineamientos para la Atención Primaria de la Salud de la OMS.

Se tomarán, para poder llevar a cabo esta comparación, en cuenta 4 ejes: los recursos humanos, la formación (de grado y/o posgrado) y la modalidad de trabajo que caracteriza al rol del profesional de la salud en este nivel de atención, y el trabajo interdisciplinario (ver cuadro Anexo A).

Recursos Humanos

En cuanto a recursos humanos, en Brasil los propios psicólogos confirman que sufren una falta de modelo a seguir para el trabajo en la atención primaria, y que esta falta de modelo a seguir, se le suma la falta de políticas de inserción laboral, todas han constituido un obstáculo para la expansión de los psicólogos en el nivel de la Atención Primaria de la Salud, manifestando también que se sienten sin preparación para desempeñarse en este rol.

En Chile, por su parte, los recursos humanos son escasos para este nivel de atención. Se plantea la dificultad de que al haber algunos municipios que reciben partidas presupuestarias limitadas o muy escasas, hace que los jóvenes profesionales de la salud, incluyendo por supuesto a los psicólogos, no tengan interés en trabajar en estos consultorios, sobre todo en las comunas más pobres. Esto trae aparejado un claro déficit de profesionales para este nivel de atención en un gran número de municipios.

Este tema no es una dificultad hoy en Cuba, ni lo fue a partir del año 1960, aunque han sufrido a lo largo de estos años variada crisis económica, trayendo como consecuencia una baja en los recursos humanos para la atención de la salud. La mayoría de los profesionales manifestaron una disminución en el interés colectivo, y se dieron oportunidad de soluciones individuales, como contratos en el exterior, cambios de puestos de trabajo, generando una importante pérdida de recursos humanos en el sector público. Dicho esto, la psicología de la Salud, debido al gran éxodo de profesionales hacia sitios económicamente más atractivos, se vio seriamente amenazada, afectando la cobertura y la continuidad del trabajo.

Asimismo en Argentina, se ha verificado a través de estudios de algunos autores, que existe un gran déficit en términos de recursos humanos para atender las demandas crecientes, así como la falta de especialistas para los nuevos perfiles epidemiológicos.

- Formación Profesional

En cuanto a la formación profesional, en el caso de Brasil los autores coinciden en que el profesional debería tener un perfil que incluya conocimientos teóricos y técnicos en psicología comunitaria, clínica y social, de epidemiología, salud comunitaria, políticas sociales políticas públicas de salud, etc. Pero aseveran que esto no se cumple, que el psicólogo cuenta con una precaria formación para el trabajo en las Unidades Básicas de Atención, dificultándose el poder dar respuesta a la problemática que se les presenta en el terreno de la Atención Primaria de la Salud.

En Chile, de acuerdo a los trabajos e investigaciones consultados, los autores plantean la necesidad de que los profesionales tengan conocimientos más flexibles, para poder así adaptarse a la realidad que deben atender, que deben tener los conocimientos y habilidades suficientes para abordar la tarea. Coinciden en que el adecuado nivel profesional que se requiere para APS, debe desarrollarse y lograrse durante la formación profesional tanto de grado como de posgrado. Que se deben reforzar áreas tales como la de psicología comunitaria, e integrar nuevos contenidos y habilidades relacionadas con el sistema de salud y la psicología de la salud.

Respecto a la formación profesional en Cuba, se ha podido observar, a través de los distintos autores, que desde el año 1974 se incluían en la enseñanza de médicos y enfermeras de ese nivel de atención, contenidos de psicología y de otras disciplinas sociales, esto plantea un reconocimiento de la importancia de los temas psicológicos y sociales en la atención primaria. Se plantea la necesidad de revisar los planes de estudio de grado y de posgrado con especialización en psicología para el desempeño en APS, con formación en epidemiología, estadísticas en Salud, formación en Salud Pública.

Respecto de Argentina, algunos autores afirman que en el nivel de grado de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, no se evidenciaron referencias de APS en las materias curriculares, así como tampoco del proceso salud - enfermedad y promoción de la salud, sin embargo si se abordan en materias optativas, sin embargo esto ha sido refutado por una docente de la Universidad a la que hacen referencia, ya que ella forma parte de una cátedra desde la cual se trabajan estos conceptos. En los programas de residencias de distintas especialidades médicas, se encontraron contenidos referidos a APS, mientras que en las de psicología, no ocurre lo mismo. Asimismo, en la formación de posgrado, si bien se incluye una rotación por distintos centros de salud, por el lapso de tres meses, los profesionales alegan que les resulta insuficiente para poder aprender la compleja tarea que allí se debe realizar.

- Modalidad de Trabajo

En cuanto a la modalidad de trabajo del profesional de la salud se han observado, a través de los trabajos abordados, distintas situaciones.

Por su parte en Brasil se observa, a través de los textos analizados, que el psicólogo entra en el sector público de salud, reproduciendo el modelo médico asistencial privatista. Un modelo que pone énfasis en las prácticas curativas, individuales, asistencialistas y especializadas, en detrimento de la salud colectiva. No se tienen en cuenta las necesidades de la población, en definitiva es un modelo que se pone en práctica, y no se ajusta a los requerimientos para el trabajo dentro de la estrategia de APS.

La modalidad de trabajo del profesional de la salud en Chile, de acuerdo a lo mencionado por distintos autores, describen que dedican la mayor cantidad de horas de su trabajo a la asistencia individual, más que a la grupal y familiar o comunitaria, y que los diagnósticos e intervenciones comunitarias de prevención no tienen la frecuencia esperada, siendo que las actividades fuera de APS son escasas. El psicólogo destina más horas semanales a desarrollar actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual que a las de atención indirecta o colectiva y a las comunitarias tendientes a favorecer los factores protectores de la salud mental. Esto se ve incrementado por la falta de recursos humanos antes descrito.

En Cuba, el psicólogo de Atención Primaria, tiene pautadas las actividades que debe cumplir en este nivel de atención, ya que en 1985 se estableció el "Plan de actividades de psicología para el policlínico con médicos de familia", este es un documento orientador de las tareas que debe realizar. Es así que el psicólogo se distribuye el tiempo de trabajo en instituciones, tareas de promoción de cambio de estilo de vida, atención de problemas en el área materna infantil, familias y pareja, atención de enfermos crónicos, atención de las escuelas.

En Argentina se presenta como tema central la falta de tiempo para el trabajo extramuros, por la excesiva demanda asistencial. Esta falta de tiempo no estaría dejando espacio para la planificación, y para la salida a la comunidad, así como para acceder a la información epidemiológica del área, ya que no se hacen registros de proceso de gestión, y sin esta información es muy difícil salirse del modelo tradicional asistencial basado en la demanda, y de poder abordar las necesidades de la población en riesgo.

-Trabajo Interdisciplinario

En cuanto al trabajo interdisciplinario, en Brasil, los autores puntúan que se evidencian dificultades para la creación de alianzas de intercambio de saberes y prácticas interprofesionales colaboradoras y flexibles, todo esto por la falta de recursos humanos, el poco tiempo disponible y el estar atados al modelo asistencialista.

Esto también sucede en Chile, considerando los autores, la necesidad de que el psicólogo desarrolle habilidades para el trabajo en equipo, ya que no se evidencia en la práctica profesional.

En Cuba el psicólogo mantiene una práctica muy activa: como profesor, como asesor e interconsulta de los miembros de su grupo de trabajo. Junto a ellos evalúa los problemas de salud de las personas, y también los problemas de salud del ambiente, y diseñan juntos las intervenciones.

Los trabajos muestran que en Argentina, se dificulta el trabajo interdisciplinario no solo en el primer nivel de atención, sino también en la articulación que debería darse entre los profesionales del primer nivel de atención con los de niveles de mayor complejidad. Si bien se lo considera el modo más adecuado para abordar la tarea profesional comunitaria, implica mucho tiempo para acordar lenguajes y concepciones de las distintas disciplinas. En el campo de la salud no se incluyen a los psicólogos para el trabajo interdisciplinario como se lleva a cabo en el ámbito de la Salud Mental.

V3- Conclusiones y recomendaciones

El rol del psicólogo en el campo de la Atención Primaria de la Salud demanda un cambio de actitud tanto de los profesionales, de las escuelas de formación de los mismos, así como también de las políticas en salud que rigen en cada uno de los países.

Los sistemas de Salud deben responsabilizarse, haciendo las reformas concretas que sean necesarias considerando el contexto, y teniendo siempre en cuenta la realidad sanitaria actual y futura. El psicólogo, de acuerdo a lo planteado por la OMS en 2009, juega un papel fundamental en el equipo de salud, dada la alta prevalencia de los trastornos mentales. También se considera importante que se replantee su actuar profesional, alejándose de la práctica aislada y de la modalidad de trabajo orientado a lo terapéutico-curativo de la psicología clínica.

Los aspectos abordados en este trabajo muestran, según los autores, una formación profesional deficiente para poder desarrollar su tarea en la APS, y presentan también grandes dificultades para abordar un trabajo interdisciplinario y lograr así una mirada intersectorial.

En función de lo analizado, se puede señalar que en Brasil y Argentina la gran mayoría de los profesionales que se desempeñan en APS, sostienen una modalidad de trabajo basada en el modelo médico asistencial, privatista con prácticas curativas, lo que claramente deja al descubierto que no se vienen

aplicando, hasta ahora, los lineamientos establecidos por la OMS para su desempeño profesional en este nivel de atención.

La falta de capacitación para el desempeño laboral de los psicólogos, trae como consecuencia una alta deserción de los profesionales en el área pública, ya que los mismos psicólogos no se sienten capacitados para esa tarea de gran complejidad. Como consecuencia de esto, los recursos humanos con los que cuenta este subsector en este nivel de atención, cada vez son más escasos, es decir que existe un déficit importante de psicólogos en los centros de salud. Esto, implica un número menor de profesionales de los que realmente se necesita, que a su vez no privilegian las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En contraste dedican muchas horas a la prevención secundaria.

En Chile, por su parte, se trabaja ofreciendo servicios curativos básicos, mediante una modalidad de atención abierta con trabajo de prevención, teniendo en cuenta así los lineamientos de APS, sin embargo los recursos humanos, también constituyen un problema para Chile, padeciendo la falta de psicólogos.

Cuba también sufre la falta de profesionales, debido a la crisis económica por la que transita hace tantos años, pero a pesar de eso, la formación de los psicólogos y su desempeño profesional tienen pautas de trabajo claras, que coinciden con el rol que deben cumplir. Estas actividades contemplan salidas a la comunidad, a trabajar como interconsultante del resto de los profesionales del centro de salud (interdisciplina), diseñando intervenciones en forma conjunta. No obstante esto en Cuba, se insiste en replantear y actualizar permanentemente los planes de estudio para un mejor desempeño profesional en APS.

Por todo lo mencionado es de suma importancia que los psicólogos reorienten sus prácticas psicológicas a un modelo adecuado a la realidad de cada país.

Si volviéramos a la definición de APS (OMS, 1978, p. 3):

...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científica-mente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Claramente la OMS, a través de ésta definición, plantea que la estrategia debe estar “al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación”, brindándole a cada individuo de la comunidad “un espíritu de autorresponsabilidad y auto-determinación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas,” las descripciones planteadas en la definición, no se ven reflejadas en la modalidad de trabajo ni en Brasil ni en Argentina se da la plena participación de la comunidad, ni los profesionales “entran a la comunidad” a la hora de llevar adelante sus tareas profesionales, al menos no de forma completa (puede haber casos aislados que la autora no relevó para este trabajo). Por lo que se colige que, siguiendo las investigaciones de los distintos autores, no existe concordancia plena entre la práctica profesional y los requerimientos de la OMS.

Sería muy importante que paralelamente al trabajo individual, se trabajara en los aspectos colectivos, apuntando a transformaciones concretas del entorno y del contexto. Esto se podría lograr trabajando desde el modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que ubica su interés, como dice Kark et al. (1994, p. 19), “en la comunidad como un todo, y en los grupos que la componen, así como en el cuidado de los pacientes individuales”.

Trabajando bajo este modelo, se estarían unificando dos tipos de prácticas: por un lado las técnicas clínicas y por el otro las epidemiológicas, como funciones complementarias, desarrollando así actividades que no son sólo para el individuo que consulta, sino con llegada a su contexto social.

Ligada a esta concepción, la psicología comunitaria parte de una premisa fundamental que es la importancia de incluir la participación, con un rol activo de la comunidad, teniendo en cuenta los factores psicosociales.

Fundamentalmente sería esperable que el psicólogo se desempeñe en un rol como factor catalizador de los procesos individuales y colectivos de crítica y empoderamiento, compartiendo sus saberes con los otros actores sociales provenientes de la comunidad, y con una coincidencia de objetivos para mancomunar esfuerzos. Trabajando en la transformación de las concepciones de salud y su relación con la calidad de vida, y en la transformación de contextos desfavorables, para tender a lograr un completo bienestar físico, psíquico y social. El desconocimiento de la dimensión social de la enfermedad conduce a largo plazo a una asistencia inapropiada.

Sería prioritario establecer y fortalecer, también, un sistema de registro de salud incluyendo la variable epidemiológica, para lograr hacer un diagnóstico, una planificación y una evaluación de las políticas y los programas de salud. Y sería deseable, asegurar la capacitación continua de los equipos de salud, buscando establecer la articulación entre los conocimientos teóricos con la práctica profesional cotidiana.

Anexo A

Cuadro integrador de los cuatro ejes analizados por país

Países	Recursos Humanos	Formación Profesional	Modalidad de trabajo	Trabajo Interdisciplinario
Brasil	La falta de modelo a seguir, la falta de políticas de inserción laboral, operan como obstáculo para la expansión de los psicólogos en esta área.	Los Psicólogos carecen de un perfil que contemple conocimientos epidemiológicos, de políticas sociales, políticas públicas en salud, se necesita un cambio en el perfil profesional para actuar en el SUS, cambios que deben llegar a las Universidades.	La atención reproduce el modelo médico asistencial privatista, privilegiando las prácticas curativas, individuales, asistencialistas y especializadas, en detrimento de la salud colectiva.	Imposibilidad de que se lleven a cabo los intercambios de saberes y prácticas con otros profesionales de la salud (interdisciplina).
Chile	Falta de interés, por parte de los profesionales jóvenes, en trabajar en comunas pobres. La demanda de atención es mucho mayor que los recursos profesionales con los que se cuenta en los centros de salud.	Los propios psicólogos manifiestan no tener los conocimientos y habilidades suficientes para abordar la tarea.	El Psicólogo, que trabaja en el nivel de atención primaria, destina más horas semanales a desarrollar actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual que a las de atención indirecta o colectiva y a las comunitarias destinadas a fortalecer los factores protectores de la salud mental.	Los psicólogos manifiestan no tener los conocimientos y habilidades suficientes para abordar su tarea y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo.

Cuba	Si bien este tema no es una dificultad apremiante en Cuba hoy, ni lo fue a partir del año 1960, como consecuencia del embargo que sufre este país, se observa cierta escasez de recursos humanos en la Atención Primaria de la Salud.	Desde el año 1974 se incluía en la enseñanza de médicos y enfermeras, del primer nivel de atención, contenidos de psicología y de otras disciplinas sociales. Sin embargo hoy los autores sugieren revisar los planes de estudio de grado, que se trabaje en diseñar programas de posgrado de especialización en psicología, para el desempeño en Atención Primaria, con conocimientos básicos de epidemiología, estadísticas de salud, formación en Salud Pública, en entrenamiento para la elaboración y evaluación de programas de intervención, con formación social.	Los servicios de salud tienen un carácter integral son preventivos-curativos y se dirigen al medio y no solo al individuos. La comunidad debe participar activamente en las acciones del sistema de salud.	El psicólogo mantiene una participación muy activa en el trabajo interdisciplinario, evaluando junto a los médicos, los problemas de salud de los pacientes, los problemas de salud del ambiente, participando directamente en el diseño y evaluación de las intervenciones.
------	---	---	--	--

Argentina	Gran déficit de profesionales de la salud en comparación con una demanda creciente de la población. Falta de especialistas para los nuevos perfiles epidemiológicos.	Si bien hay autores que plantean que en los programas de las materias de la carrera de Psicología de la UBA no se incluyen referencias a APS, así como tampoco del proceso de salud-enfermedad y promoción de la salud, profesores de esa misma carrera y Universidad manifiestan que desde el año 1986 se incluyen en los programas contenidos de APS. Un estudio de Córdoba muestra que no hay "legitimación del rol del psicólogo comunitario", por no haber recibido formación de grado ni de posgrado en relación a la psicología comunitaria.	Modelo asistencialista debido a la gran demanda, no estaría dejando espacio para la planificación, la actividad interdisciplinaria y la salida a la comunidad. Existe una falta de acceso a datos epidemiológicos que permitan hacer un estudio metódico del área, por no haber registros de procesos de gestión.	Se presentan dificultades en el trabajo interdisciplinario, en el mismo nivel de atención y en la articulación con los de mayor complejidad. Se lo considera como el modo más adecuado para el trabajo comunitario, pero implica mucho tiempo para acordar concepciones y lenguajes de las distintas disciplinas. En el campo de salud trabajan juntos: médicos, pediatras o psiquiatras, enfermeras y en menor medida trabajadores sociales y psicólogos; en los equipos de Salud Mental se incluyen a estos dos últimos y a otros profesionales del campo psicosocial. Las ONGs no incluyen psicólogos.
-----------	--	---	---	---

Bibliografía

Alves, R.; Eulalio, M.; Brobeil, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos [versión electrónica]. *Revista Archivos Brasileiros de Psicología*, 61 (2), 1-12.

Ashton, J. & Seymour, H. (1990). *Las bases de la Nueva Salud Pública En: La Nueva Salud Pública*. Barcelona. Ed. Masson - SG Editores.

Azevedo, A. (1998). La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas [versión electrónica]. *Revista de Saúde Pública*, 32 (2), 192-199.

Chinkes, S.; Lapalma, A.; Nissemboin, E. (2004). *Psicología comunitaria en la Argentina. Re-construcción de una práctica psicosocial*. Disponible en la WEB: <http://www.enigmapsi.com.ar/psicomun3.html>. Acceso junio 2012.

Dimenstein, M. (1998). *O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) [El psicólogo en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS): Perfil profesional y perspectivas de atención en las Unidades Básicas de Salud]*. Tesis de Doctorado. Universidad Federal de Rio de Janeiro.

Dimenstein, M. (2001). *O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva [El psicólogo y el compromiso social en el contexto de la salud pública]*. *Revista Psicologia em Estudo*, 6 (2), 57-63-341.

Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13 (5), 341-345.

Duro, J.; Vallejo, F. (1985). *El psicólogo en el sistema de salud Cubano*. Disponible en la WEB: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=225>. Acceso febrero 2012.

Eisen, G. (1996). La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlíni-co. *Revista Cubana de Salud Pública* [versión electrónica]. Disponible en la WEB: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000200003&lng=es&nrm=iso . Acceso julio 2012.

Eiguchi, K.; Listovsky, G.; Rodríguez, P.; Lemus, J. (septiembre, 2011). La formación en atención primaria de la salud (APS) en las residencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Análisis de los programas de grado y posgrado y de la visión de los actores sociales. XI Conferencia Argentina de Educación Médica Argentina.

Essayag, S. (2010). "Participación social y comunitaria en salud. Interfaces macro-micro. Programa Remediador. Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas. Universidad de San Andrés. Buenos Aires.

García Aberastury, L., Rodríguez Almeyda L. (1983). La psicología de la salud en Cuba. Disponible en la WEB: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=129>. Acceso diciembre 2011.

Gioia-Martins, D. & Rocha Júnior, A. (2001). Psicología da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? [Psicología de la salud y un nuevo paradigma: un nuevo paradigma?] [versión electrónica] *Psicología: teoría e prática*, 3 (1), 35- 42.

González García, G. y Tobar, F. (2004). El sistema de Salud está enfermo En González García, G. y Tobar, F. *Salud para los Argentinos: Economía, política y reforma del sistema de salud en la Argentina*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.

Jardines Méndez, J. (1995). Cuba: El reto de la atención primaria y la eficiencia en salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior* [versión electrónica]. Disponible en la WEB: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol9_1_95/ems01195.htm

Kark, S. & Abramson, J. (1994): Significado y campo de acción de la APOC En: Kark, S. et. al. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona. Ed. Doyma.

Macinko, J.; Montenegro, H.; Adell, C.; Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, (2/3), 73-84.

Mahler, H. (1981). El sentido de la Salud para todos en el año 2000. *Foro Mundial de la Salud* 2 (1): 5-25

Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (septiembre 2008). "La Atención Primaria de la Salud como puerta de entrada al sistema de salud; posibilidades y límites". Disponible en la WEB: <http://www.erosocialsalud.eu/files/docs/00249.pdf>. Acceso Enero 2012.

Montero, M. (2004): ¿Qué es la Psicología comunitaria? En: *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Ed. Paidós.

Montero López, V. (2011, octubre). Nuevos enfoques y prácticas de psicología comunitaria para el desarrollo. Disponible en la WEB: http://www.ucv.ve/uploads/media/Montero-Psicologia_comunitaria.pdf. Acceso Diciembre 2011.

Montoya Aguilar, C. (2008). Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile [versión electrónica] *Cuadernos médicos sociales*, 48 (3), 147-154.

Morales Calatayud, F. (1997). Los orígenes de la integración de la psicología al sistema de salud en Cuba: del modelo clínico al modelo de Psicología de la salud y Los diferentes espacios de la psicología de la Salud: la atención primaria En: *La psicología y los servicios de Salud. Experiencias de Trabajo en Cuba*. Secretaría de Cultura. Facultad de Psicología. CBC. Universidad de Buenos Aires.

Morales Calatayud, F. (1999). La psicología en la atención primaria de la salud En: Morales Calatayud, F. *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós. *Temas Sociales*.

Ochoa, F. (2003): La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Disponible en la WEB: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm. Acceso julio 2012.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. (1978). Alma-Ata, URSS. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe de la Salud en el Mundo 2008. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca*. Documento.

Organización Panamericana de la Salud (1996). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud y Promoción de la Salud y Equidad*. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Washington. D.C. OPS Pub. Científica N° 557.

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Declaración Regional según las nuevas orientaciones de la APS*. Montevideo, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, p.1.

Paganini, J.; Etchegoyen, G.; Bo Rubio, A.; Stival, J.; Fredeimberg, A.; Matkovic, G.; Hipperdinger, A.; Raventós, A.; González, M.; Zelayeta, A. (2010). Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 (2), 18-23

Pérez Lovelle R. (2003, 19 de octubre). La psicología de la salud en Cuba. Revista Psicología-Científica.com, 5 (15) [versión electrónica]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-112-6-la-psicologia-de-la-salud-en-cuba.html>. Acceso marzo 2012.

Plaza, S. y Rodigou, M. (Julio, 2001). Características del trabajo comunitario y el quehacer del psicólogo/a comunitario/a en la ciudad de Córdoba, Argentina. XXVIII Congreso Inter-americano de Psicología. Santiago de Chile.

Santos, K.; Quintanilha, B.; Dalbelo-Araujo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. [La actuación del psicólogo en la promoción de la salud]. Revista Teoría e Prática, 12 (1), 181-196.

Saraceno, B. & Fleischman, A. (2009). La salud mental desde una perspectiva mundial En: Rodríguez, J. (Ed.): Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Scharager Goldenberg, J. y Molina Aguayo, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública, 22 (3), 149-159.

Silva, M. (2009). Sistema único de Salud: La experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26 (2), 251-257.

Tejada de Rivero, D. (2003). Alma Ata: 25 años después [versión electrónica]. Revista Perspectivas de Salud 8, (2).

Torres Molina, L. (2009): Historia de la psicología en Cuba: Cincuenta años de Psicología- cincuenta años de Revolución. Revista electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de entidades de psicología, 17, (1), 1-10.

