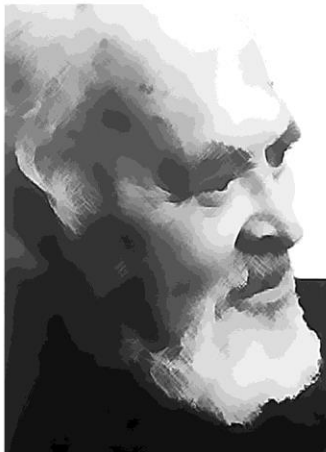




Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Romina María Simionati

rominasimionati@live.com

La experiencia de los centros de atención primaria de Gral. Roca, Río Negro desde la mirada de los equipos profesionales de salud

Trabajo Final Integrador presentado para la obtención del título de Licenciatura en Trabajo Social del Departamento de Salud Comunitaria

Tutor

Nadia Mariel Sánchez

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa).

Cita sugerida

Simionati, R. M. (2017). *La experiencia de los centros de atención primaria de Gral. Roca, Río Negro desde la mirada de los equipos profesionales de salud* (Trabajo Final Integrador)

Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud comunitaria. Disponible en:

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/LicTS/Simionati_R_Experiencia_2017.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús

Departamento de Salud Comunitaria

Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Final de Grado

DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

"La experiencia de los centros de atención primaria de Gral. Roca, Río Negro

desde la mirada de los equipos profesionales de salud"

Estudiante: Romina María Simionati

Tutor/a: Lic. Nadia Sánchez

Lanús, mayo del 2017

*“Tarda en llegar y al final, al final hay recompensa,
en la zona de promesas”.*

Gustavo Cerati, Zona de Promesas, 1993.

Agradezco a cada una de las personas que me acompañó en este proceso a mi familia, mis amigos/as, mis compas, a mis formadores y formadoras que son muchos y a todos/as aquellas personas que aun sin conocerme demasiado siempre me dieron su aliento para que continúe por este camino.

*Tarda en llegar y al final hay recompensa,
Infinitas gracias a todos*

PRÓLOGO:

“La realidad no se puede pensar estáticamente como han pretendido los filósofos de la escuela de Mileto, sino dinámicamente: afirmando, negando y conciliando”.

Heráclito¹

La siguiente investigación parte de la participación en el Programa de Movilidad Estudiantil dependiente de la Secretaría de Políticas Universitarias. La oportunidad brindada por este programa consistió en viajar a una provincia de la Argentina para realizar un proyecto de investigación que más adelante podría ser utilizado para realizar el trabajo final de grado. La provincia elegida fue Río Negro, General Roca, en el que desarrollamos un proyecto que duró un mes con la posibilidad de conocer y realizar entrevistas a los centros de atención primaria del lugar.

La base de la idea principal de la investigación surgió de la experiencia realizada en la localidad de Lomas de Zamora, Buenos Aires donde hemos realizado la práctica pre-profesional en la Unidad Sanitaria Villa Albertina. Durante nuestra inserción en dicha institución pudimos observar en los profesionales marcos teóricos que se interponían y chocaban entre sí. Nosotros hemos focalizado en los siguientes: la intervención interdisciplinaria, “lo comunitario”, salud comunitaria, la teoría de educación popular, etc. A partir de esto, hemos pensado el proyecto de investigación. Entonces comenzamos con el desafío de amoldar una idea pensada en una localidad específica del Gran Buenos Aires para que sea viable llevarlo a cabo en otra provincia de la Argentina especificando las particularidades concretas de la realidad vivida allí.

El proceso de adecuar el proyecto para este nuevo desafío no fue fácil, se modificó varias veces el problema de investigación y eso llevó a su vez a cambiar algunos objetivos. Lo que sí se mantuvo firme fueron los conceptos claves, es decir, investigación interdisciplinaria y “lo comunitario” en la atención primaria de la salud.

Queríamos enfatizar en que los marcos teóricos que habíamos tomado encajaban uno con el otro formando un engranaje que fue la motivación para realizar el trabajo final de grado. Esto es lo que queríamos mantener como eje de investigación para ejecutar en Río Negro.

¹ Heráclito. <https://filosofiadelaacaracas.wordpress.com/heraclito-de-efeso/> (Consultado 02/01/17)

Gracias a la ayuda de las profesoras Adriana García y Brenda Pereyra pudimos rever la situación y darle forma al proyecto de investigación para ser utilizado en esta propuesta. Asimismo agradecemos al profesor Jorge Frosio y a la profesora Gabriela De Gregorio y a toda la comunidad de la Universidad Nacional del Comahue sede en Gral. Roca y el Hospital Francisco López Lima, por esta oportunidad.

En cuanto a lo desarrollado anteriormente queremos mencionar que lo primero que nos enseñan en la carrera de trabajo social es que nada está dado, todo se modifica, se cambia, es dinámico. Gracias a esto conocimos muchas personas que colaboraron con este proceso, desde éstas líneas queremos darles las gracias, porque sin ellos/as esto no se hubiera dado.

Índice

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I: CONCEPCIÓN DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	9
1.1 ¿Qué es la Atención Primaria de Salud, APS?	9
1.2 Descripción del sistema de salud en Río Negro	15
1.3 Análisis de la descripción de los Centros de Atención Primaria de la Salud, CAPS, de Gral. Roca	19
CAPITULO II: LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EL ÁREA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	22
2.1 ¿Qué es la intervención en Trabajo Social?	22
2.2 Descripción de la metodología de intervención del equipo de salud	24
2.3 La Interdisciplina	27
2.4 Descripción del abordaje interdisciplinario y el aporte a partir de los/as trabajadores/as sociales	33
CAPITULO III: EL ABORDAJE COMUNITARIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	40
3.1 ¿Qué es la comunidad para los entrevistados/as?	40
3.2 Intervención en “lo comunitario”	47
CONCLUSIONES	51
ANEXO	56
BIBLIOGRAFÍA.....	59

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se inscribe dentro de las exigencias de la Universidad Nacional de Lanús como requisito para la obtención del título de Grado en la carrera de Trabajo Social. El presente trata sobre los discursos y prácticas de intervención interdisciplinaria en promoción de la salud, focalizando en la experiencia de los centros de Atención Primaria (de aquí en adelante APS) de General Roca, Río Negro desde la mirada de los equipos de salud.

A partir de lo expuesto surgen, como motivación inicial de la investigación, las siguientes preguntas claves: ¿Cómo se piensa el trabajo interdisciplinario en esta propuesta de promoción de la salud?, ¿Cómo se construye la intervención interdisciplinaria?, ¿Cuáles son las herramientas que despliega la intervención interdisciplinaria para abordar problemáticas en los centros de salud? y ¿Qué contribuciones le otorga a la intervención profesional?

El trabajo se desarrolla a partir de la propuesta del Programa de Movilidad Estudiantil dependiente de la Secretaría de Políticas Universitarias. Para esta investigación se han realizado encuentros con diferentes profesionales de la salud que trabajan en los Centros de Atención Primaria de la Salud (de aquí en adelante CAPS) de dicha localidad. Con los profesionales de la salud se han implementado entrevistas y diálogos para indagar sobre nuestra investigación². Es así que a partir de la experiencia obtenida dentro de los tres CAPS que hemos conocido surge este trabajo realizado en el año 2015.

Dialogar sobre la interdisciplina implica conocer teóricamente su significado. Tomaremos a Edgar Morin (2005) que señala la interdisciplina como un intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas de cada uno de los que intervienen en el abordaje, que exigen competencias y otras condiciones para su desarrollo. Esta va más allá de relacionar las diferentes disciplinas, trata de integrarlas de manera contextualizada y sistémicamente. Se produce una interacción y cruzamiento entre diferentes disciplinas en orden a la comunicación de conocimientos.

²Es una investigación cualitativa-descriptiva porque intenta describir la intervención interdisciplinaria en lo comunitario en los CAPS, desde una concepción metodológica dialéctica, a través de la cual miraremos e interpretaremos esta realidad tan compleja. Según Sabino, una investigación es descriptiva por su preocupación primordial que radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta manera, se puede obtener una información sistemática sobre los mismos.

Asimismo Edgar Morin manifiesta; “la interdisciplinariedad es la clave para entender la complejidad del mundo que nos ha tocado vivir, que no admite explicaciones simplistas”, sosteniendo “que otra forma significativa de enfrentar la crisis de los tiempos actuales es reafirmando la significación de la interdisciplinariedad”³

En esta investigación nos proponemos analizar qué aportes brinda la intervención interdisciplinaria al abordaje comunitario de promoción de la salud, según lo que expresan los propios equipos de los CAPS de Gral. Roca en 2015.

El propósito fue describir una de las estrategias de intervención interdisciplinaria en lo comunitario dentro de los centros de atención primaria de la salud. Entendemos que la APS proclama una atención basada en la promoción y prevención de la salud para los habitantes dentro de los CAPS ubicados estratégicamente en los barrios. Inferimos que existe una necesidad de efectuar intervenciones interdisciplinarias en los centros de salud como una “nueva” forma de abordar las problemáticas complejas que tienen los habitantes de los barrios en cuanto a su salud. Entendemos la salud no sólo como un bienestar físico sino también social. Según la OMS; “estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, como un proceso que se construye y se vincula con múltiples factores; sociales, económicos, culturales, religiosos, biológicos y ambientales.

Consideramos interesante, desde el colectivo profesional, realizar el escudriñamiento del tema para poder interpelar la intervención interdisciplinaria dentro de los CAPS. Es necesario comprender ¿qué entienden por ella los/as profesionales de la salud? y conocer los diferentes obstáculos y beneficios que hacen al quehacer diario profesional dentro de esta temática. Como hemos mencionado anteriormente, la interdisciplina es un tema “nuevo” que deja ambigüedades para algunos profesionales de la salud que le dan el mismo significado a múltiples situaciones, creyendo hacer una intervención interdisciplinaria.

En otras palabras teniendo en cuenta lo anterior

“el Trabajo Social, haciendo honor a su propia naturaleza, debe propiciar la integración de diferentes saberes en su práctica cotidiana y promover el trabajo interdisciplinario, pero para ello es imprescindible reconocer la incompletud de la propia disciplina para afrontar la mayoría de las problemáticas”⁴.

³ Morin Edgar, “Sobre la interdisciplinariedad”, *Centro Internacional de Recherches e Etudes Transdisciplinaires*, Publicado en el Boletín N ° 2 (2005).

⁴ Mónica Calieni, Ana María Martín y Marcela Moleda. “Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los

Para esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos: la descripción de la metodología de intervención utilizada por el equipo de salud, con este objetivo se buscó saber qué herramientas utilizaban para abordar las problemáticas. Para ello fue necesario relatar el abordaje interdisciplinario de dicho equipo, tratando de observar mediante las entrevistas y comprender cómo era este tipo de intervención, sus complicaciones y beneficios. Haciendo mención a lo anterior nos pareció interesante la perspectiva de cada actor entrevistado acerca de lo que piensa del abordaje comunitario. Finalizando con estos objetivos hemos pensado en las incidencias que genera intervenir interdisciplinariamente dentro de los centros de atención primaria de la salud.

En cuanto a los objetivos, se pretendió que fuesen de alcance restringido, atendiendo a la singularidad de los testimonios, no pretendiendo llegar a generalidades.

El trabajo pretende aportar conocimiento a la comunidad de trabajadores de la salud sobre el tema expuesto. De esta forma inferimos que mejorarían las prácticas de los profesionales en sus quehaceres diarios y de esta manera ayudaría a una mejor atención para los pacientes.

El presente escrito cuenta con tres capítulos, cada uno de ellos desarrolla los objetivos propuestos para la investigación.

El primer capítulo trata de la concepción de salud en el primer nivel de atención. En este capítulo se trata de explicar brevemente la historia de APS para comprender sus políticas de salud. También es necesario mencionar cómo es el sistema de salud en la provincia de Río Negro con la finalidad de ahondar cómo se trabaja allí. Luego describiremos los centros de salud que hemos conocido.

El segundo capítulo abordará la intervención interdisciplinaria en el área de prevención y promoción primaria de la salud, qué es la intervención en trabajo social y a su vez describirá brevemente la metodología de intervención del equipo de salud. El capítulo interpelará la intervención interdisciplinaria y cómo es utilizada o no por el equipo de profesionales de la salud en los CAPS.

El tercer capítulo narrará el abordaje comunitario en el primer nivel de atención. Explicará el sentido de trabajar en “lo comunitario”, para esto, es necesario entender qué significa comunidad y a su vez, la importancia para los profesionales de los CAPS.

Este trabajo arroja como propuesta de análisis que a pesar de las complicaciones y la dinámica que tiene cada centro de salud es posible realizar una intervención interdisciplinaria, pero para esto es necesario contar con recursos teóricos para los profesionales, brindados por el sistema de salud de Río Negro. Como se ha mencionado al principio, la interdisciplina es un tema reciente que necesita tiempo y recursos teóricos, económicos y disposición de quien aborde el tema, para poder comprender lo que plantea y ponerlo en práctica. Esto último será el desafío que deberá sortear el Sistema de Salud de Río Negro en conjunto con el equipo de salud.

CAPITULO I: CONCEPCIÓN DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

“El primer ministro de salud, Dr. Ramón Carrillo, conceptualizaba la salud como un producto complejo y determinado por las condiciones materiales de existencia”.⁵

1.1 ¿Qué es la Atención Primaria de Salud, APS?

El concepto de salud clásica que nos plantea la OMS, expresa a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones. Es un proceso que se construye y se vincula con múltiples factores; sociales, económicos, culturales, religiosos, biológicos y ambientales.

A esta definición desde la perspectiva de la carta de Ottawa, se concibe a la salud como un recurso, una capacidad que no es tomada en cuenta en la definición de la OMS.

Esta capacidad que mencionamos en la carta de Ottawa se ve como una responsabilidad individual y colectiva de controlar la vida. El autor Barreto, J. (1996) nos dice que la idea del control de la vida nos otra cosa que la perspectiva que diseñan los individuos y los colectivos, en ella revela la naturaleza dinámica de la salud que en esta proposición no se ve como una condición o estado sino como una capacidad humana aparte de la enfermedad que la transforman en uno de los múltiples factores que pueden limitar el desarrollo de la capacidad humana saludable. Además el gobierno y otras instituciones tienen la obligación de asegurar las condiciones básicas que hacen posible el desarrollo de la capacidad saludable de la población.

Esta definición está intentando acercarse a reconocer los aspectos objetivos y subjetivos del sujeto y su entorno para entender y actuar a favor de la salud.

En cuanto a estas definiciones nos basaremos en ambas, solo cuestionaremos el “estado completo de bienestar” de la OMS que manifiesta múltiples factores que interactúan y pueden modificar ese estado completo de bienestar. Es la excesiva multiplicidad de factores (lo social, lo biológico, la cultura, la religión y lo ambiental) lo que hace casi imposible poseer un estado de bienestar completo. A esto sumaremos un ejemplo de una de las entrevistas realizadas para esta investigación; “se hace difícil

⁵ Alejandro Wilner – Alicia Stolkiner. "Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS". Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina, 2007. P. 2.

poder tener una salud adecuada si el contexto no favorece, si vivís cerca de una fábrica, seguramente tendrás problemas de salud. Por eso considero que ese estado de bienestar completo que plantea la OMS, es imposible⁶.

En consideración a lo explicado anteriormente adherimos a que “la salud es la capacidad de las personas, como sujetos históricos sociales, y de su comunidad, para detectar, identificar y resolver en forma solidaria los distintos factores que limiten su potencialidad vital⁷”

La salud también es entendida como un derecho social que disfrutan los ciudadanos. El Derecho a la Salud, es un derecho igualitario a la atención de la salud basado en una concepción universalista de la justicia a fin de proporcionar criterios específicos de prioridades para satisfacer las exigencias múltiples que demanda el sistema de salud contemporáneo. Hoy en día, el derecho a la salud se encuentra expresamente enunciado en el Art. 42 de la Carta Magna, incorporado con la reforma constitucional de 1994, el que reza en su primer párrafo: "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno".

Dentro de la explicación que brindamos sobre salud, nuestra investigación se inscribe en lo que denominamos “*la salud mental comunitaria*”; como el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social comunitaria. Debe enmarcarse en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones⁸.

Teniendo en cuenta que la salud es un derecho social, que está representada por múltiples factores que mencionamos anteriormente y es una construcción social, la OMS y Unicef organizaron la primera conferencia internacional para plantear y dar soluciones a problemas de salud que están relacionados con el primer nivel de atención. Para esto dialogaremos sobre dicha conferencia y la atención primaria.

⁶ Fragmento tomado de la entrevista N° 1, CAPS N° 1- MG. P. 2

⁷ Fragmento extraído de Livszyc P, (octubre 2005) Ciencias Sociales, Revista de la Facultad de Ciencias Sociales N° 60/ UBA, “*Mala Salud. La desarticulación de un sector vital*” (22)

⁸ Definición de Loudie en base a las conceptualizaciones de Berman Clara, Galende y Stolkiner.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud se desarrolló por primera vez en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, con la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Esto supuso un hito porque conjugaba el enfoque basado en el derecho humano a la salud con una estrategia viable que permitiera su conquista. El documento resultante de esta conferencia manifestaba que la atención primaria de la salud constituía la clave para reducir las desigualdades en materia de salud que existen entre los países y dentro de los mismos y, por ende, para lograr la ambiciosa pero inalcanzada meta de una “Salud para todos en el año 2000”.

En esta conferencia se plantearon una serie de diez ejes de los cuales utilizaremos cuatro que creemos de vital importancia para el desarrollo de la investigación⁹.

Los ejes sobre la Atención Primaria de la Salud manifestaban a la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se trata de un derecho humano fundamental. El logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Los cuatro ejes de La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud:

En cuanto a la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. Mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. 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.

Este nivel 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 salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

⁹ Si desea ampliar el tema puede dirigirse a la “Declaración de Alma-Ata”.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Las actividades que se llevan a cabo dentro de este nivel son la 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; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales

Dentro de este nivel la esencia de la participación es fundamental como veníamos diciendo, no solo participa el sector sanitario, si no, todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores

Este tipo de modelo contribuiría a llevar la atención sanitaria lo más cerca posible de los lugares de trabajo y residencia de las personas, ejes que tomaremos en el capítulo tres.

Continuando con la APS debemos mencionar que se encuentra dentro del Esquema Nacional de Salud, denominado como el Nivel de Unidad Sanitaria o Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), atención primaria, baja complejidad. Son consultorios de especialidades básicas y la particularidad es descentralizar la atención médica del hospital para que los mismos concurren la gente con problemas más complejos. Asimismo este nivel institucional bajo esta interconectado y articulado con los otros niveles¹⁰. Como se había explicado dentro de los ejes de la conferencia, la APS presta ciertos servicios, nos concentraremos en la promoción y prevención.

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus

¹⁰ Niveles de atención, Primer Nivel de Atención: CAPS, Segundo Nivel de Atención: Hospital de Agudos y Tercer Nivel de Atención: Hospital Especializado

necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”. La carta de Ottawa 1986¹¹.

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado diversas cartas sobre promoción de la salud con diferentes principios. Algunos de los más importantes son:

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

La prevención se encarga de reducir la susceptibilidad de las personas a enfermar. Es la capacidad de anticipación a un suceso, son intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. En otras palabras es “preparar, llegar antes de disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice¹²”

A partir de las definiciones que hemos dado en donde se expresa a cada uno de estos servicios de manera separada, se debe indicar que son servicios que se vinculan entre sí, rara vez se puede notar la diferencia entre ellos. Es decir, que una práctica que se esté llevando a cabo puede ser promoción y prevención al mismo tiempo. Ambos servicios van de la mano, articulados entre sí.

Una vez explicado los lineamientos de la atención primaria de la salud, se la puede llegar a denominar como “*puerta de entrada*”, según Mario Testa. La función que debe cumplir en ese nivel debe estar a cargo de personal muy bien calificado, para

¹¹Edgar C. Jarillo Soto y Enrique Guinsberg. Fragmento extraído de “Temas y Desafíos en Salud Colectiva”. 1ª Ed. Bs. As. Lugar Editorial, 2007. P 348

¹² Ferreira, A. B. H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Río de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

responder adecuadamente a la demanda que manifiestan los pacientes, incluso definiendo su salida del mismo a partir de ese primer contacto y aunque ese rumbo pueda ser corregido más adelante, la mala orientación es costo adicional que perjudica a todos los servicios de salud.

Continuando con esta definición, se observa que en países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es, regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, la atención primaria de salud se transforma en *atención primitiva* de salud. Es un servicio de segunda categoría para población igual. De tal manera nos preguntamos, qué servicio brindamos, atención primaria de la salud como “puerta de entrada” o “atención primitiva”.

A lo explicado anteriormente deberíamos sumarle el interrogante que nos plantean Wilner y Stolkiner¹³ con respecto a la formación del personal de salud en contenidos de salud social y comunitaria. Ellos se preguntan si las facultades de medicina del país, tanto públicas como privadas están preparadas para brindar procesos de aprendizaje vinculados con estos contenidos –salud social y comunitaria- a profesionales médicos y no médicos. Consideramos que es de suma importancia estos contenidos, ya que esto puede ser uno de los factores del por qué los profesionales de la salud no están capacitados para abordar ciertas situaciones problemáticas. De esta manera estaremos dando parcialmente respuesta a la inquietud que nos planteamos en la introducción. Siendo no sólo las universidades responsables de esto, sino también el sistema de salud que se plantea para dicha provincia. Acordémonos que depende del tipo de políticas que tengamos en el país es el sistema de salud que se brindará a la población.

En resumen APS planteaba una estrategia y filosofía de vida, en donde el ciudadano y la comunidad son los primeros protagonistas, son sujetos de derechos que intervienen y modifican junto a los profesionales la dinámica dentro del ámbito de la salud. A pesar de que no ha podido cumplir con su objetivo de “salud para todos en el año 2000”, ha dejado a la comunidad de la salud herramientas para poner en práctica. Pero para poder llevarlas a cabo se necesitará recursos tanto económicos y humanos, como nos expresan Wilner y Stolkiner.

¹³ Wilner Alejandro y Stolkiner Alicia. Op. Cit. P. 4

Una vez que esto sea efectivo, podremos entonces cumplir con una atención primaria como cita el autor Testa, “puerta de entrada”.

Teniendo en cuenta esto, en el apartado siguiente mencionaremos el sistema de salud de Río Negro para tener presente el encuadre de la investigación.

1.2 Descripción del sistema de salud en Río Negro

Historia de las Políticas de Salud en Río Negro:

Es necesario abordar brevemente el sistema de salud de Río Negro, para comprender el contexto socio-histórico. Para esto haremos énfasis en el Plan de Salud (Ley 898) ocurrido en 1970. Explicaremos concisamente lo que significó, sus lineamientos y la relación con las políticas de APS. Luego abarcaremos la actualidad, con sus lineamientos y sus objetivos relacionados al sistema de salud de dicha provincia.

En 1970 con el regreso de la democracia, las provincias de Río Negro y Tucumán adoptaron la decisión de encuadrar la conducción del subsector público y los establecimientos que lo integraban como entes descentralizados del Estado Provincial; con diversos grados de autarquía: “Modelo de autarquía administrativa del subsector público”¹⁴.

Las elecciones Provinciales de 1973, le dieron el triunfo al FREJULI (Frente de Justicia y Liberación), siendo electo gobernador el Sr. Mario Franco, delineado su gabinete, designa al Dr. Alberto Dal Bó como máximo responsable del Consejo Provincial de Salud dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. El Gobierno Popular implementa un Plan de Salud piloto, respondiendo a los lineamientos internacionales en la materia. Este Plan, se apoya en el concepto del derecho a la salud de la totalidad del pueblo rionegrino, adecuando la capacidad instalada y los recursos humanos para aumentar la eficiencia en cantidad y calidad de prestaciones de salud gratuitas, igualitarias, integradas, oportunas y continuas, escapando de la antinomia enfermedad- no enfermedad.

El objetivo de este Plan de Salud era asegurar el acceso a la medicina moderna, humanitaria y gratuita. Además de asegurar la participación de todos los actores

¹⁴ José Antonio, Gomiz-Gomiz y Maldonado. “¿Convocación universalista? La Construcción de un Sistema de Salud Río Negro”. P 2. s/f. <http://docplayer.es/5292523-Con-vocacion-universalista-la-construccion-de-un-sistema-de-salud-en-rio-negro-antonio-gomiz-gomiz-mirian-maldonado-introduccion.html>
Consultado 5/04/16

provinciales. Los lineamientos de dicho plan tienen que ver con cuestiones edilicias, cargos de conducción para los profesionales, incorporar a la comunidad dentro del Consejo Provincial de Salud, crear un posgrado mediante las residencias, habilitar horarios vespertinos para consultas y prácticas hospitalarias, entre otras¹⁵.

Es necesario hacer mención de uno de los creadores de este Plan de Salud, su nombre es Alberto Dal Bó¹⁶. En una entrevista que se le ha realizado expresa que los requerimientos para una buena atención no solo eran asuntos de aspectos contables si no también, en las situaciones sociales, psíquicas y orgánicas del paciente, interpretar su enfermedad y establecer adecuada comunicación entre el equipo de salud y el usuario. Incluyendo la clara explicación diagnóstica y la propuesta terapéutica.

Lo expuesto anteriormente tiene que ver con las políticas de APS, brindar herramientas necesarias para el bienestar de la población, promulgando una atención a la salud basada en la construcción colectiva.

A partir del Plan de Salud se modificaron las zonas sanitarias, es decir, se dividió el territorio en cuatro zonas. Tendiendo como cabecera la provincia de Viedma, Choele Choel, Gral. Roca y San Carlos de Bariloche, cada zona estaba constituida por una cantidad variable de áreas programáticas. Dentro de este plan se trabajó sobre una concepción de hospital que avanza sobre sus límites físicos para actuar en el terreno. Es así que se puso el énfasis en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental. También se apostó por intensificar la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas ambientales.

Frente a este cambio se manifestaron algunas voces que no compartían el Plan, especialmente los concursos y la dedicación exclusiva que son pilares de dicho plan. Este escenario hizo que el gobierno Provincial tuviese que negociar y aliviar tensiones entre Salud Pública y la Federación Médica, desde la perspectiva de los intereses médicos-sanatoriales, el plan era visto como una suerte de catástrofe ecológica. Algunos argumentos que se esgrimían era que los nuevos profesionales llegados a la provincia alimentaban "imaginación corporativista". Producido el golpe militar de 1976, asumía la conducción de Salud Pública un médico del Alto Valle, directivo de la

¹⁵ Para ampliar sobre los lineamientos consulte J. A. Gomiz-Gomiz y Maldonado. "¿Convocación universalista?" Op. Cit. P 4.

¹⁶ Para ampliar sobre Alberto Dal Bó consulte José Antonio Gomiz- Gomiz y Mirian Ruth Maldonado. A Alberto Dal Bó, "Hay un campo de dimensiones enormes para sembrar criterios de cambio en salud". Rev. Pilquen. (14), Viedma ene./jun. 2011. P 1.

Federación Médica, esto da cuenta que el Plan no se tendría en cuenta como política de salud para la provincia.

A partir de 1981, comienza a considerarse la APS como la puerta de entrada a un sistema de complejidad creciente establecidos en tres niveles: objetivo de cobertura total, necesidad de limitar “áreas programáticas” como primera medida de regionalización y poner las acciones de la APS bajo la responsabilidad de los establecimientos sanitarios como primer intento de relación entre primer y segundo nivel. En la actualidad la actividad se encuadra en el Programa Promoción y Protección de la Salud.

El Plan Federal de Salud, si bien plantea a la estrategia de APS como base del sistema, cita a los hospitales como nodos centrales de las redes, evidenciando de esta manera una contradicción que mantiene una conceptualización “hospitalocéntrica”¹⁷ de los sistemas de salud, a la vez que sustenta fuertemente el modelo de atención vigente. De esta manera se puede percibir una recarga de horas a los profesionales de la salud, ya que no solo cumplen horas en el hospital de Gral. Roca, si no también, en los diferentes CAPS de dicha localidad.

Leyes de Salud de Río Negro:

Una vez explicado brevemente lo que significó para dicha provincia el Plan de Salud y como se empieza a tener en cuenta la APS como política de salud, continuaremos con la Ley 2.570 “Reformulación Administrativa para el sector de salud de la Provincia de Río Negro” 1992, que actualmente rige.

Esta nueva ley establecía la descentralización del sistema de salud provincial, teniendo como objetivos la modificación de la estructura política y administrativa, en función de una conducción participativa, implementación de la descentralización de las decisiones sobre la ejecución de políticas de salud, establecer marcos legales para la regulación de los recursos y para la financiación del sistema público en base a recursos provenientes de la facturación de prestaciones como disposiciones de su capacidad subutilizada, entre otros.

Ésta descentralización pretende lograr un nivel central dedicado a la formulación y monitoreo de políticas sectoriales, con fuerte capacidad de intervención técnica y de

¹⁷ Wilner Alejandro y Stolkiner Alicia. Op. Cit. P. 8

poder regulatorio de fiscalización y control sobre el conjunto de los prestadores y no a la administración de hospitales.

En el art. 3 de dicha ley, manifiesta la descentralización política, técnica y administrativa, priorizando los mecanismos de participación y delegación de competencias. Estableciendo al Consejo Provincial de Salud Pública a ejecutar la reestructuración técnico-administrativa necesaria sobre los tres niveles existentes: local (Consejos Locales de Salud), zonal (Consejos Zonales de Salud) y provincial (Consejo Provincial de Salud Pública)¹⁸.

Esta propuesta de ley, Plan Federal de Salud, entiende a la APS como uno de sus ejes de formulación estratégica del plan de acción, con el objetivo de disminuir las inequidades, mejorar el sistema de salud, fomentar la participación comunitaria e integrar a los distintos actores sociales.

El consejo provincial de salud pública que por mandato de la constitución provincial tiene la función específica e indelegable de garantizar el derecho a la salud a toda la población. Como así lo celebra en la Ley 2.570, Artículo 1º el Ministerio de Asuntos Sociales, a través del Consejo Provincial de Salud Pública, cumplirá la función indelegable de garantizar el derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución Provincial. Esto hace referencia a que entendemos a la salud como un derecho social que debe ser garantizado por el Estado, implementando políticas de salud acorde a la población del lugar.

Antes de finalizar con lo expuesto haremos mención a los lineamientos actuales en el sistema de salud de Río Negro. Tomaremos algunos ejes y desarrollaremos la importancia de la APS para esta nueva gestión.

Lineamientos actuales en el Sistema de Salud de Río Negro:

La XII Jornadas Provinciales de Atención Primaria de la Salud desarrollada en Río Negro (2014-2015), plantea como objetivos a cumplir:

- un sistema de salud centrado en las personas, en los usuarios y en los trabajadores de la salud. Con esto refiere a tener en cuenta la satisfacción de las expectativas de los usuarios mediante el esfuerzo brindado por equipos interdisciplinarios integrados,

¹⁸ Para ampliar sobre el tema observar Ley 2.570/92

- garantizar el acceso universal y ordenado a los servicios de cuidado y atención de la salud, mejorando los CAPS y eliminando toda barrera de acceso al sistema,
- mejorar la eficiencia del gasto en salud, asignación y gestión de recursos,
- fortalecer los procedimientos de fiscalización y garantía de calidad en todos los subsectores del sistema de salud.

En cuanto a la APS se deja como mensaje en esta jornada, que la APS es entendida como la respuesta social más contundente para defender el derecho a la salud con equidad y justicia social. Privilegiando las acciones preventivas, organizando y fortaleciendo una red integrada de efectores para el primer nivel de atención que brinde una oferta de prestaciones en forma accesible, continua, oportuna, adecuada y personalizada, que estimule la plena participación social.

Una vez explicado APS y sus lineamientos, entendiendo como se adapta al sistema de salud de Río Negro, es necesario especificar la dinámica que poseen los CAPS de Gral. Roca

1.3 Análisis de la descripción de los Centros de Atención Primaria de la Salud, CAPS, de Gral. Roca

Los CPAS de Gral. Roca son 11 de los cuales conocimos tres, esto tiene que ver con la posibilidad de poder realizar entrevistas a los profesionales y hacer observaciones. La elección de los CAPS quedó a cargo de los encargados del Programa de Movilidad Estudiantil, profesores de la Universidad Nacional del Comahue de Gral. Roca.

Los centros a los cuales asistimos son: Stefenelli, Barrio Nuevo y Barrio 250 Viviendas. Se describirá brevemente los centros de atención primaria, mencionando particularidades que comparten cada uno de los centros¹⁹.

Eje Geográfico:

Comenzaremos mencionando la distancia de cada centro de atención, tomando como punto de partida el Hospital “Francisco López Lima”. Elegimos este punto de partida, porque como se ha mencionado en el subcapítulo anterior los profesionales salen del hospital hacia los CAPS. Además el hospital centraliza las actividades y talleres para los habitantes de cada CAPS de Gral. Roca.

¹⁹ Para obtener más detalle consultar el material de Anexo que se encuentra en el CD: “TFG”, archivo “Descripción de los CAPS de Gral. Roca, Río Negro”.

De los tres CAPS, el que se encuentra más lejos del hospital es Stefenelli, alrededor de 8 km, si se va en auto se tarda aproximadamente a una hora. El segundo CAPS Barrio Nuevo, se encuentra a una distancia de 4 km y por último el centro de atención más cercano al hospital es el Barrio 250 Viviendas, el mismo está a 2 km.

La población con la cual trabajan es diversa, abarca tanto a niños/as, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores. Tanto el barrio 250 Viviendas como Barrio Nuevo se encuentra dividido en dos partes, “la vieja” y “la nueva”, esta última está poblada con habitantes jóvenes. Esta parte fue creciendo en los últimos años como mencionan los entrevistados. En cambio el barrio Stefenelli está dividido en rural (chacras) y urbano. Las personas de la zona rural son los que se van atender al CAPS, la mayoría de las personas de la zona urbana cuentan con obra social y/o prepagas.

Eje Institucional; características y recursos:

A continuación mencionaremos características de dichos centros, observamos que las puertas se encuentran abiertas, en sus paredes laterales está la cartelera que informa de las diferentes actividades que se realizan, información general sobre las tareas diarias del centro, entre otras. Cada CAPS cuenta con una recepción, en donde el sector de enfermería realiza la primera intervención antes de derivar según el caso. Si se continúa caminando, se encuentran los diferentes consultorios que poseen cada CAPS.

Otra característica que comparten los centros de atención es contar con una cocina en la cual los profesionales no sólo descansan o pueden ingerir algo, sino también se juntan para intercambiar información, discuten diferentes aspectos y actividades relacionados con el centro de salud (lo que se ha denominado con el “staff” en las entrevistas). Además cada centro posee dos baños, uno es utilizado por el personal del hospital y el otro por las personas que van a atenderse

Los centros de atención cuentan con los siguientes recursos materiales, puede llegar a variar en algún centro, pero la mayoría cuenta con lo básico: computadoras, escritorios, sillas, mesa, camillas, aparatos odontológicos, juegos para niños, cocina, heladera, mesada con canilla (en la cocina), armarios, carteleras y medicamentos (algunos de ellos provenientes del Programa Remediar). Los recursos humanos están conformados por: trabajadores/as sociales, enfermeros/as, médicos/as generalistas, dentistas, agentes sanitarios, recepcionista, psicopedagoga, ginecóloga/o y empleada doméstica.

Eje de situaciones problemáticas en los barrios según los entrevistados/as:

Las problemáticas que nos comentan los entrevistados tienen que ver con robos, inseguridad, violencia familiar y de género, niños/as no escolarizados y mal alimentados, entre otras. Para estas problemáticas se han realizado algunos talleres para abordar dichas situaciones que influyen a la comunidad.

Eje de la metodología utilizada por el equipo de profesionales:

Los talleres que realizan los tres centros de atención tienen que ver con las necesidades que la gente plantea o con aquellas necesidades que los profesionales observan. Algunos de estos talleres y dependiendo el centro tiene que ver con las efemérides del calendario de salud que proviene del Ministerio de Salud de Nación, taller de maternidad, donación de sangre, enfermedades no transmisibles (diabetes, obesidad y alimentación saludable) y los derechos de los niños/as. Además uno de los centros de salud realizó como actividad un relevamiento a la zona nueva del barrio y han elaborado un mapeo de dicho espacio (este se puede contemplar en una de las carteleras que tiene el CAPS).

Los talleres se llevaron a cabo en las siguientes instituciones: jardín, CECI²⁰, escuela, centro cultural y algunas de ellas en el CAPS. También hay representantes de la salud que trabajan en los CAPS que participan en “La Enredadera” (espacio comunitario interinsitucional). Los talleres que desarrollaron en dicho espacio tienen que ver con la salud de las personas del barrio, ya sea de alimentación saludable, cuidado de los niños/as, salud sexual y procreación responsable, taller de plantas silvestres para conocer sus beneficios, entre otros.

En el apartado siguiente, describiremos la intervención interdisciplinaria dentro de la atención primaria. Se tendrá en cuenta lo relatado anteriormente sobre la APS: el lugar que ocupa en el sistema de salud y los cambios que ha sufrido a lo largo del tiempo, dependiendo de la época. Debemos resaltar que estos cambios fueron condicionando el tipo de intervención profesional.

²⁰“CECI”: Centro Educativo Comunitario Infantil

CAPITULO II: LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EL ÁREA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

“Los problemas de salud, sin embargo, no reconocen esas fronteras disciplinarias; se manifiestan de manera compleja e integrada, lo que constituye un reto para las ciencias que los estudian. Así, la única posibilidad para profundizar en su conocimiento y lograr su transformación está en la aplicación de abordajes teórico-metodológicos interdisciplinarios”²¹.

2.1 ¿Qué es la intervención en Trabajo Social?

La palabra intervención deviene del latín “intervenio”²² puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”; a partir de esto la intervención puede tomarse como sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación y por otra parte, de intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión. A su vez la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias en el “otro” sobre el cual se interviene; en el profesional que media y en la institución que respalda dicha mediación. Se interviene con intencionalidad de cambio porque si no existe esta intencionalidad no es intervención.

A continuación explicaremos, a través de diferentes autores, lo que implica intervenir desde una mirada social. De esta manera relacionaremos desde dónde los profesionales entrevistados conciben al sujeto de intervención con los cuales interactúan cotidianamente dentro de los CAPS.

Según Margarita Rosas Pagaza (1998), la intervención refiere a un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Esta dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. En dicha dinámica se construye el objeto de intervención profesional.

Continuando con la explicación, la autora nos expresa que la intervención profesional en el marco de las problemáticas derivadas de la producción y reproducción de la vida social como expresión de la “cuestión social” permite a los trabajadores sociales

²¹ Castro Roberto, “Hacia la Interdisciplina”. Editorial Ciencias Sociales y Ciencias de la salud, s/f. P. 1

²² Coletti, M. y Linares, J. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Barcelona, México, Buenos Aires: Paidós, 1997.

revalorizar la capacidad transformativa de los actores en la sociedad. En relación a lo anterior, en el texto se cita a Anthony Giddens “los agentes sociales son los que producen, mantienen y alteran cualquier grado de sistematicidad de la realidad” (citado por Pagaza²³). Es así que las prácticas reproducidas por los actores además de ser apropiadas por las teorías sustantivas, constituyen el marco en el que se estructura no sólo el objeto de intervención sino también el significado social de dichas prácticas.

Retomando el aspecto “histórico-social” de la intervención, Susana Cazzaniga (2007) dice que la sociedad define en cada época estos aspectos para dar respuesta a las manifestaciones de la cuestión social. Se despliega así esta intervención en los espacios públicos estatales y societales, lugares que estructuran como aspectos de la institucionalización social de cada momento histórico.

En consecuencia a lo que hemos mencionado, la intervención es un proceso histórico-social que está vinculado con la vida cotidiana, lugar privilegiado de la intervención, es el espacio de construcción de identidad. Se puede aportar entonces lo postulado por Alfredo Carballada²⁴: la intervención en lo social básicamente se enlaza con el conocimiento a posteriori, su saber proviene de la práctica cotidiana, la intervención se funda en el hacer y es desde allí debe surgir el conocimiento y especialmente las preguntas a otros campos de saber.

Una particularidad que tiene la intervención es que hace visible aquello que no se visualiza, que se encuentra naturalizado en la vida cotidiana, de este modo se sale de lo establecido. En síntesis, la intervención también es un “hacer ver”, no agrega ni quita nada a ese “otro” sobre el cual llevamos adelante nuestra práctica cotidiana. Asimismo Marcos Carnevali –en su comparación con la ciencia- menciona a la intervención como un medio y no un fin en sí mismo, resultando ser una herramienta necesaria para tratar de modificar con intención y eficacia cierto aspecto de la realidad, una realidad que puede no estar en sintonía con lo establecido o el ideal social al cual se desea apuntar.

Dentro de la intervención la investigación tiene un papel importante: según Susana Cazzaniga manifiesta que ambas prácticas se articulan y retroalimentan ya que es el conocimiento el que permite acceder a la comprensión de las situaciones que la intervención intenta transformar, conocimiento que va a proporcionar las

²³ Rozas Pagaza, Margarita “Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en trabajo social” Buenos Aires Ed. Espacio 1998. P. 61

²⁴ Alfredo J. Carballada. La Intervención en lo Social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2002.

argumentaciones y fundamentaciones profesionales. En este sentido Pagaza explica que los interrogantes que surgen de la intervención son los que después se convertirán en objeto de intervención.

Continuando con el tema, se debe tener consideración que estos dos aspectos- intervención e investigación- no son homologables, mantienen diferentes lógicas en cuanto a los objetivos, tiempos, modalidades e incluso espacios institucionales.

Antes de concluir haremos mención a Nora Aquín quien manifiesta que la intervención no se refiere sólo a un modo particular de hacer sino de ver, como así también lo expresa Carballada. Esto se diferencia de otros colegas que identifican intervención con hacer o con ejecución, los procesos de reflexibilidad son vitales y constitutivos de la intervención. Es decir que la intervención no es un mero hacer, es el horizonte donde se juegan las miradas epistemológicas y de la teoría social. Si no mejoramos estas dos miradas, la mejora de la intervención es imposible ya que ellas no están direccionando nuestra interpretación del fenómeno. De acuerdo a cómo interpretamos el fenómeno, los caminos de intervención serán diferentes.

A partir de lo planteado se entiende a la intervención desde una construcción histórico-social que influye en la vida de los sujetos con los cuales trabajamos, siendo parte de la dinámica social que está relacionada con la cuestión social de la época. Con esto construiremos el objeto de intervención, teniendo en cuenta que es necesario obtener espacios de reflexión sobre lo que se realiza. Esto nos da pie a explicar en la siguiente sección la metodología de intervención que utiliza el equipo profesional de los CAPS según las entrevistas realizadas.

2.2 Descripción de la metodología de intervención del equipo de salud

Tomando a Marilda Iamamoto (2000) que explica el estatuto de la metodología en el servicio social desde la división social del trabajo, nos plantea que el servicio social no se afirma como necesario en la sociedad, como una rama del saber en el cuadro de la división del trabajo entre las ciencias. Surge sí, como un tipo de especialización del trabajo en la sociedad que carga en sí un supuesto de explicación de la vida social como base para la acción, para la intervención en el proceso social.

Con esto queremos decir, como plantea la autora mencionada que no hay una metodología específica del trabajo social, es decir que si fuéramos considerados como

una ciencia esto implicaría la necesidad de delimitar un objeto teóricamente definido como campo peculiar del proceso de investigación de esa rama científica.

A diferencia de lo que se explicó anteriormente en cuanto a la interpretación de la metodología, mantiene la autora que el servicio social se institucionaliza como profesión, no en función de su legitimidad en la división del trabajo entre las ciencias, sino como un ejercicio profesional demarcado por la división social y técnica del trabajo. Dentro de esta visión entiende a la metodología como un modo de conocer al ser social históricamente dado. Una vez entendido que no hay una metodología específica, el trabajo social también la entiende como procesos, construye y reconstruye el desarrollo de la práctica. Es decir, es un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención que es tenida en cuenta como una “estrategia flexible²⁵” articuladora de la acción específica del trabajador social con el contexto. Esto permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas en las cuales se establece la intervención profesional.

El equipo de salud en las entrevistas expresan que los talleres forman parte de su metodología diaria de intervención con los actores sociales, también tienen en cuenta las campañas y programas provinciales o nacionales pero estos en menor medida.

Los talleres son un espacio de producción colectiva de experiencias, conocimientos y/o decisiones. En este espacio, el cual representa a un espacio físico, comunicacional (simbólicamente) y organizativo, los participantes a través de una metodología participativa ponen en juego sus valores, saberes y experiencias para desarrollar destrezas, producir conocimientos, lograr visiones comunes y tomar decisiones. A su vez como han mencionado en las entrevistas el equipo profesional, es necesario planificar los talleres, hacer observaciones de la situación, tener en cuenta lo que demandan los sujetos, generar difusión de las actividades, entre otros.

Retomando lo expuesto, la metodología de intervención ayuda a comprender la relación particular entre contexto y acción. De esta manera nos permite rescatar la capacidad transformadora de los actores sociales y además definir el lugar del sujeto en la intervención profesional. La viabilidad de la metodología de intervención está garantizada en la medida que hay una comprensión rigurosa, no sólo de la problemática del objeto de intervención, sino también del movimiento particular de los actores, de la interpretación correcta de sus necesidades, interés y aspiraciones.

²⁵ Rozas Pagaza, Margarita. Op. Cit. P. 70

En cuanto a esto último del movimiento particular de los actores, las trabajadoras sociales de uno de los CAPS expresan:

“La metodología que usamos son actividades para ese tipo de población, primero porque la gente tiene sus saberes y aprendizajes, nosotras partimos desde ahí y no imponer las cosas. Nosotras tratamos de romper con la hegemonía médica, ese es un laburo que hacemos para que vean que hay otras opiniones. Es necesario que haya un ida y vuelta con la comunidad y las personas se sientan como sujetos a los que uno los escucha y toma en cuenta su palabra, que se pueda sentir cómodas y puedan contar lo que le sucede. Es un trabajo que hay que invertir el tiempo y motivar a la población. Esto forma parte también de prevención y promoción”²⁶.

El tipo de metodología utilizada por el equipo de salud habilita la comunicación entre los participantes de estos espacios y los profesionales, promoviendo las habilidades y capacidades que cada uno de estos participantes posee. A partir de la comunicación que plantean las trabajadoras sociales se genera esta ida y vuelta con el otro generando espacios de construcción siendo el otro protagonista de este proceso. En consecuencia a lo expuesto es necesario comentar que esta metodología adoptada por el equipo profesional de salud tiene una impronta en lo que entendemos como Educación Popular.

La educación popular significa una propuesta educacional de apertura, de redefinición de los actores sociales y sus funciones, que rompe con las formas tradicionales de educación, con las estructuras y la institucionalización establecida, así como también impone una nueva distribución del poder del pueblo y del acceso público y participativo a la educación. A partir de esta metodología el equipo de profesional interviene con los actores sociales, resaltando los valores que forman parte de la educación popular.

Considerando la apertura y redefinición de los actores sociales y sus funciones dentro de lo que es la educación popular y como tal se ha mencionado, el espacio privilegiado de la intervención es la vida cotidiana, sobre esto la psicopedagoga manifiesta:

“Toda la cotidianeidad de la gente está bueno utilizarla. Creo que no hay que perder las oportunidades, eso es promover y nuestra estrategia. También es ver cómo uno como profesional se posiciona y se acerca a las personas, con otra actitud. Si uno

²⁶ Fragmento extraído de la entrevista Nº 4- CAPS Nº 1- TS 1 y 2. P. 10

se acerca a la gente, le pude ofrecer algo más pertinente, si se observa la construcción de su historia.”²⁷

En referencia a lo anterior consideramos que a partir de la cotidianeidad de las personas y reconociendo la historia de vida y a partir de la utilización dicha metodología -talleres- hay diferentes posibilidades de intervenir. Estas diferentes oportunidades dan margen a diversas maneras de encarar la situación problemática enfatizando, como bien dice la psicopedagoga, sobre los espacios que brindan los CAPS, que fomentan la promoción de la salud. En conclusión la metodología de la intervención es una acción social legitimada o institucionalizada con intencionalidad de cambio en la situación de inhibición de derechos humanos.

En el siguiente subcapítulo se dialogará sobre la intervención interdisciplinaria, los obstáculos y beneficios de la misma dentro de los CAPS.

2.3 La Interdisciplina

Una de las preguntas que nos realizamos al comenzar con esta investigación fue: ¿Cómo se construye la intervención interdisciplinaria? Para poder entender esto, será necesario explicar la interdisciplina, debido a que la intervención es actuar en conjunto con un “otro” para modificar algo de la realidad, la interdisciplina tomará un papel importante en esto.

La interdisciplina está formada por “inter” que enuncia lo que se da entre y por “disciplina” que expresa la calidad de disciplina. Este último término se desarrollará a continuación para luego introducirnos en la interdisciplina.

La disciplina consiste en “un conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas organizados a partir de una lógica interna, representada en ideas ejes en una progresión sistemática de contenidos teóricos y actividades prácticas de transferencia”²⁸. Es decir que esto implica un área cognitiva, organizar un discurso respecto de lo que se ha dado en llamar “su objeto”, recortar un área de pertenencia y construir sus herramientas de abordaje.

²⁷ Fragmento extraído de la entrevista Nº 5- CAPS Nº 1- P. P. 14

²⁸ Ander-Egg Ezequiel. Interdisciplinariedad en Educación. Edit. Magisterio del Río de la Plata, Buenos Aires, 1999. P. 32

Una disciplina tiende naturalmente a la autonomía por la delimitación de sus fronteras, la lengua que ella misma construye, las técnicas que están conducidos a elaborar o a utilizar y eventualmente por las teorías que le son propias. Varios entrevistados concordaron con esto, manifestando a la disciplina como:

“Un obstáculo, nosotros mismos, las personas, los portadores de las disciplinas y somos todos los profesionales. Nos cuesta ver las demás disciplinas. La solución para esto es poder articular, aunque falta mucho respeto con esto de la interdisciplina. Porque la formación que tenemos (mirando para adentro) de algunas disciplinas no está abierta a trabajar con otras disciplinas, tal vez el trabajo social y psicología están más abiertas”²⁹.

Esto nos dice que la frontera disciplinaria, su lenguaje y sus conceptos propios van a aislar a la disciplina en relación a las otras y en relación a los problemas que tienen las disciplinas. El objeto de la disciplina, la cual es percibida como una cosa en sí, en donde las relaciones y apoyos de este objeto con otros serán dejadas de lado, así como también las ligazones y solidaridades con el universo del cual el objeto es parte. Es aquí en donde la interdisciplina toma lugar para resolver las situaciones problemáticas o como hemos mencionado el universo del cual el objeto es parte.

“ La historia de la ciencias no es solamente la de la constitución y de la proliferación de las disciplinas sino también aquella de la ruptura de las fronteras disciplinarias, de la usurpación de un problema de una disciplina sobre otra, de circulación de conceptos, en fin, es también la historia de la formación de complejas y diferentes disciplinas que van a ir sumándose a un tiempo que aglutinándose, dicho de otro modo, si la historia oficial de la ciencia es la de la disciplinariedad, otra historia ligada e inseparable, es la de la Inter-trans-poli-disciplinariedad”³⁰

Retomando la explicación que le dimos a la interdisciplina en la introducción de dicho trabajo, refiere a un intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, de cada uno de los que intervienen. Esta va más allá de relacionar las diferentes disciplinas, trata de integrarlas de manera contextualizada y sistémicamente. Se produce una interacción y cruzamiento entre diferentes disciplinas en orden a la comunicación de conocimientos.

En otras palabras la interdisciplina, según la psicopedagoga del centro de salud es:

²⁹ Fragmento extraído de la entrevista N° 5- CAPS N° 1- P. P. 15

³⁰ Morin Edgar. Op. Cit. P. 3

“mirar una situación desde diferentes disciplinas, de forma conjunta y analizarla y pensar en una solución en conjunto. Es un avance con este trabajo hegemónico, miradas por separado y que te deriven la situación, eso no es interdisciplina, sino es mirar en conjunto y buscar la solución”³¹.

Dentro de esta definición se menciona como una característica importante el dominio de saberes de las correspondientes disciplinas participantes, que conozcan los modos propios del lenguaje de los otros, con el fin de lograr un adecuado proceso comunicacional. A partir de esto se dan las posibilidades de poder construir de forma conjunta y analizar el objeto de intervención, la comunicación- la reciprocidad entre los diferentes profesionales- inferimos que genera los primeros momentos de una intervención interdisciplinaria. Hemos notado que en las entrevistas que realizamos los entrevistados han mencionado como característica particular de la interdisciplina la comunicación entre el equipo de trabajo, expresando esto como beneficio de dicha modalidad de trabajo. Además se ha observado que los entrevistados diferenciaban y adjudicaban dependiendo de la profesión el lenguaje propio de cada disciplina.

Continuando con la definición de interdisciplina Carballada (2005) lo plantea como una confrontación de diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento. A su vez, dice que la interdisciplina tiene la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber, dadas las características de los escenarios actuales; diálogo que se convierte en intervención en lo social.

Por otra parte, según Stolkiner (1999) dice que los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones, imbricadas con cuerpos conceptuales diversos.

Haremos una breve mención a lo que entendemos por complejo, ya que es un tema recurrente cuando se le pregunta a los entrevistados sobre lo que es para ellos la interdisciplina.

La complejidad para Morín implica lo siguiente: “el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, que constituyen nuestro mundo fenomenoménico. Así es, que la complejidad se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad

³¹ Fragmento extraído de la entrevista N° 5- CAPS 1- P. P. 15

y la incertidumbre”³². Uno de los entrevistados contesta en cuanto esto, que: “los problemas son complejos y necesita de soluciones complejas. Por eso trabajar interdisciplinariamente, ayuda a poder resolver estos problemas que son complejos y necesita diferentes miradas para darle una solución”³³.

En sintonía a lo desarrollado anteriormente concordamos en la importancia de comprender que estamos viviendo en un mundo complejo y amplio, de la misma manera interpretamos a la salud en dicho trabajo. La complejidad forma parte de la cotidianeidad de las personas con las cuales trabajamos, a partir de esto debemos intervenir, y para hacerlo de una manera acertada es menester llevarlo a cabo con un tipo de intervención y de metodología de trabajo que abarque esta complejidad, por eso creemos que una intervención interdisciplinaria colabora a este tipo de mediación.

Otras características para que pueda funcionar la interdisciplina, teniendo en cuenta que es la construcción conceptual común del problema, es la necesidad de un equipo asistencial interdisciplinario, éste requiere la inclusión programada dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos, sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc. debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Tal vez aquí radica una de las dificultades de por qué no se lleva a cabo una intervención interdisciplinaria, como manifiesta la psicopedagoga:

“Esto lleva más tiempo y requiere dedicarle tiempo, la interdisciplina requiere una dosis de renuncia, renunciar a lo que es mío. También sucede a veces que algunos de los profesionales lo ven como un tiempo forzado el estar juntándose con otros profesionales para debatir sobre temas y además tenemos que las instituciones nos permiten tener tiempo para debatir pero no lo priorizamos esto”³⁴

Esto nos lleva a entender que el abordaje interdisciplinario requiere de tiempo; un tiempo para entender lo qué es la interdisciplina, otro para poder formar equipos que intervengan con este tipo de abordaje, no obstante es primordial la predisposición de los profesionales para que esto se pueda llevar a cabo. A esto último sumaremos que es necesario que se incluyan miembros que no tienen una formación profesional. Esto

³² MORIN E., ROGER CIURANA E. y MOTTA R., (2003). *Educación en la era planetaria. El pensamiento complejo como Método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana*. Co-editado por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, por Instituto Internacional para el Pensamiento Crítico, por la Universidad del Salvador y por la UNESCO. P. 40.

³³ Fragmento extraído de la entrevista Nº 6 -CAPS Nº2- E 1, E2, MG y AS. P. 20

³⁴ Fragmento extraído de la entrevista Nº 5- CAPS Nº 1- P. P. 15

implica que la articulación de saberes no solamente sea interdisciplinaria sino que abarque además a la integración de saberes no disciplinarios. Un ejemplo de esto es lo que nos dice el enfermero de uno de los CAPS: “pienso que es tan importante la opinión del que está afuera y dentro del centro de salud. Se necesita de diferentes disciplinas y personas que no forman parte de las disciplinas para poder abordar las problemáticas”³⁵.

De esta manera estamos conformando equipos dinámicos y diversos, no solo equipos conformados desde las disciplinas sino que en estos espacio participan todas aquellas personas involucradas dentro del ámbito de la salud. Fomentando la construcción del objeto de intervención.

A las características mencionadas, agregamos en relación a la interdisciplina que nos faltó mencionar que la misma es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que establece la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene “momentos” de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica. En cuanto a esto último, se ha notado una particularidad en las respuestas de los entrevistados cuando se les pregunta por el lugar (espacio físico y tiempo) para realizar las reuniones de equipo. Ellos comentan que poseen un lugar específico (denominado staff³⁶) pero no tienen un día y horario de reunión pautado, esto surge por lo general cuando esta la mayoría de los profesionales. Aquí es donde se relaciona la dinámica misma del centro de salud en función del diálogo que genera la intervención, promoviendo espacios de encuentro, en donde la interdisciplina toma momentos de expresión. Esto quiere decir que no siempre se realiza el abordaje interdisciplinario dentro del equipo de salud; si no, como dijimos son momentos de expresión.

La Interdisciplina en definitiva no es un problema de encuentro o sumatoria de campos de saber sino de *interacción y reciprocidad simétrica*³⁷. Es decir, una complementariedad, ya que la noción de salud vista como un proceso histórico social implica salir de las barreras que imponen los organismos de salud que en muchos casos institucionalizaron la interdisciplina, transformándola en un mero enunciado. Un

³⁵ Fragmento extraído de la entrevista N° 2- CAPS N° 1- E. P. 6

³⁶ El staff: es una habitación en donde se encuentra la cocina, la heladera, una mesa con varias sillas, en donde los profesionales descansan, intercambia diálogos con otros profesionales y es donde se debate cuestiones de planificación de talleres y actividades.

³⁷ Carballeda, Alfredo Juan Manuel. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. P.3 <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>. Consultado el 23/02/2015

claro ejemplo de lo que describimos es lo que nos relata el trabajador social: “el trabajo interdisciplinario es un recurso, es como bastante difícil. Los problemas son tan importantes que hay que abordarlos de esta manera. A nivel macro la interdisciplina es un marco que adorna la institución y empieza a juntar tierra y nos acordamos de esto, porque alguien lo trae y lo hablamos”³⁸.

Nos parece importante que una vez definido, la interdisciplina concluyamos este apartado mencionando aquello que no es interdisciplina. Es importante poder diferenciar qué práctica lo es y cuál no. Para no caer en el error de denominar a todas las prácticas o particularidades de la intervención como un abordaje interdisciplinario.

En este sentido concordamos con Ander-Egg³⁹ quien realiza la diferencia de los usos indistintos que se hace entre lo que es “multidisciplinario” y lo que es “interdisciplina”. Según menciona, un trabajo multidisciplinario consiste en estudiar diferentes aspectos de un problema y desde su propia disciplina, constituyendo un equipo polivalente que se enriquece por el cruzamiento de diferentes enfoques teóricos. Lo mismo ocurre cuando se habla de un especialista en una determinada ciencia y tiene colaboradores de otras disciplinas. Puede darse una cierta compenetración interdisciplinar, pero la tarea científica está centrada en un determinado campo de saber. Esto sería una labor mono-disciplinar, enriquecida con la perspectiva de otras disciplinas.

Otra confusión es considerar a la interdisciplina como aquella circunstancia en la cual, como mínimo, dos profesionales de dos disciplinas diferentes abordan la misma situación.

Estas definiciones que dimos han sido observadas en las entrevistas realizadas algunos profesionales, tales como la médica generalista y enfermero/a que han considerado que el intercambio o compartir información de los pacientes es sinónimo de realizar una intervención interdisciplinaria. Por tal motivo entender a la interdisciplina con un carácter tan amplio, conduce a que casi todo sea interdisciplinarietà, con lo cual se pierde toda especificidad en torno a esta cuestión.

En el siguiente apartado se describirá el abordaje interdisciplinario teniendo en cuenta los ejes trabajados anteriormente y el aporte de los/as trabajadores/as sociales.

³⁸ Fragmento extraído de la entrevista Nº 8- CAPS Nº 3- TS. P. 27

³⁹ Ander-Egg, Ezequiel & Roberto Follari, “Trabajo social e Interdisciplinarietà”, Lugar de edición: Buenos Aires, Ed. Humanitas, 2da edición, año 1998, P. 43

2.4 Descripción del abordaje interdisciplinario y el aporte a partir de los/as trabajadores/as sociales

En este apartado se describirá el abordaje interdisciplinario del equipo de profesionales de los CAPS utilizando los ejes trabajados en dicho capítulo (intervención interdisciplinaria y metodología de trabajo, contextualizado en el área de atención primaria de la salud) y además se puntualizará sobre el aporte que realizan los/as trabajadores sociales. Como ya hemos mencionado los problemas de hoy en día son complejos y por tal motivo necesitan respuestas de la misma índole, por eso se hace imposible dar respuestas desde una sola disciplina. Además entendiendo a la salud desde una mirada amplia en donde interfieren múltiples factores lo cual complejiza aún más la situación, será necesaria una intervención interdisciplinaria desde un equipo profesional constituido no solo sobre lo biológico -hegemonía médica- sino también de aquellas profesiones que observan lo social.

Antes de comenzar a desarrollar el tema es necesario explicar qué entendemos por abordaje, para esto tomaremos como sinónimo el término enfoque. Comenzaremos citando a Ander-Egg en su libro “Trabajo Social e Interdisciplinarietà”, donde expresa que el término enfoque hace referencia a la acción y efecto de enfocar. Corresponden con el análisis o estudio de un asunto con el objeto de adquirir una visión clara y profunda de él y resolverlo acertadamente, desde el punto de vista desde el cual se lo examina. Además un enfoque incluye una visión de totalidad del problema, según como la definición de Eroles: “unos conceptos operacionales selectivos sobre el conjunto de variables y dimensiones, lo que conduce a que un mismo objeto sea descrito, definido y fundamentado en sentidos diversos”⁴⁰

Una vez definido enfoque empezaremos a desarrollar las características particulares que tiene el equipo de profesionales de los CAPS. Los equipos de trabajos están conformados por diferentes profesiones (médico/a generalista, enfermero/a, trabajador/a social, psicopedagoga y agente sanitario).

La interacción de los equipos de los CAPS es variada, pudimos observar una mutua representación interna como lo entiende Pichón Riviére, en donde cada profesional conoce al otro, sabe quién es, cuál es su tarea, sus capacidades y habilidades para poner en juego dentro de la intervención interdisciplinaria. Además algunas

⁴⁰ Carlos Eroles, “Glosario de temas Fundamentales en Trabajo Social”, 1era Ed. Editorial Espacio. Buenos Aires. Año 2005. P. 67

características que hemos mencionado sobre el abordaje interdisciplinario, como por ejemplo que había ciertos momentos de expresión de la interdisciplina, que la comunicación entre las diferentes disciplinas era fundamental, entendiendo por comunicación el lenguaje de la otra disciplina, saber cuáles son sus marcos teóricos y su metodología de trabajo. Forman parte de esta representación interna que mencionamos, imprescindible para que el equipo de trabajo de salud comprenda los roles que ocupa cada profesional y a su vez sea un equipo operativo que cumple su función.

Retomando estas características comenzaremos por la comunicación. Como se ha mencionado, los entrevistados manifestaron la importancia de la misma y hasta algunos la vieron como un beneficio de intervenir interdisciplinariamente.

Algunos entrevistados dijeron en cuanto a esto: “uno de los facilitadores es la comunicación dentro del equipo de trabajo, esta es muy fluida entre nosotros. Y esto a su vez colabora con el quehacer diario, ya que algunos pacientes prefieren contarles sus cosas a otros colegas”⁴¹. Pero también toda comunicación tiene sus inconvenientes; uno de ellos es la contra-referencia entre el hospital y el CAPS, mencionado por dos profesionales, ellos expresan: “un obstáculo es que se pierde información del paciente, porque por ejemplo: cuando se hace interconsulta o contra-referencia al hospital, uno envía con el paciente el diagnóstico y el médico del hospital no da su diagnóstico por escrito”⁴².

Tal como pudimos observar la comunicación es una característica importante de la intervención interdisciplinaria, la misma fomenta no sólo a la circulación de la palabra si no que abre los espacios de intervención para que participen todos aquellos actores sociales que están por de fuera de las disciplinas, promoviendo el quehacer diario de los profesionales y mejorando la atención de los pacientes. En contra posición nos encontramos con algunos obstáculos que forman parte de la comunicación, que tiene que ver con el entendimiento al otro y la posibilidad de generar empatía entre los actores sociales.

La comunicación como nos indica Pagaza es fundamental, porque le da el significado a la intervención. Es decir que la comunicación es herramienta para la acción profesional, dado que el lenguaje y los códigos de comunicación posibilitan conocer el significado que le asignan los sujetos a sus necesidades, así como a sus posibles soluciones. El saber comunicarse y establecer por lo tanto un diálogo pertinente con

⁴¹ Fragmento extraído de la entrevista N° 1- CAPS N°1- MG. P. 3

⁴² IBID .P. 3

los sujetos de la acción profesional constituye una fuente de indagación y comprensión sobre el contexto particular de la vida cotidiana de los sujetos.

El lugar en donde la comunicación toma espacio junto a los momentos de abordaje interdisciplinario y metodología es lo que los entrevistados denominaron como “staff”: espacio físico en donde se reúnen espontáneamente. En este espacio se da un intercambio de la comunicación bastante fluido (en esta reciprocidad el debate toma lugar), en ella participa una gran mayoría de profesionales, esto está relacionado a la dinámica misma del centro de atención que dificulta la posibilidad de que estén todos juntos. No poseen un día y horario específico, esto se observó en los tres centros de atención, y se da así por la dinámica misma del centro, por los horarios y días que poseen los profesionales y el tiempo que disponen.

En cuanto a esto último es importante recordar a Stolkiner, quien menciona que el tiempo dedicado a esto, sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc. debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Esto último no sucede, por eso tampoco los profesionales lo toman como una obligación y responsabilidad de llevar a cabo; los profesionales que se quedan para estos momentos de interdisciplina lo hacen por motus propio. Coincidiendo con esto el trabajador social expresa: “la solución es proponer formas más modernas, hay que ir en el formato de lo académico, discutir sobre esto. Incorporar el trabajo interdisciplinario, dentro del hospital, dedicarle tiempo, falta la adherencia”⁴³.

Esto último consideramos que es significativo si no hay adherencia a este tipo de intervención será muy dificultoso poder llevar a cabo una intervención interdisciplinaria, como venimos mencionando no sólo se necesita del tiempo –en varios aspectos- sino además de la buena voluntad de los profesionales y repensar el formato de lo académico que corre por cuenta de los centros de formación y del Sistema de Salud de Río Negro. Asimismo será fundamental la participación de todos los actores sociales involucrados para debatir sobre el tema, desde la epistemología y la práctica.

En el abordaje interdisciplinario que se construye un marco teórico de acuerdo al objeto de intervención, en donde la comunicación -como la hemos explicado-, juega un papel importante, tiene como beneficioso según la psicopedagoga el hecho de que “trabajar de esta manera enriquece la mirada y la intervención. La persona/paciente sale ganando, tiene más posibilidades de intervenir uno como profesional y de esta

⁴³ Fragmento extraído de la entrevista N° 8- CAPS N° 3- TS. P 28.

manera gana la persona”⁴⁴. Concordando con lo expresado; apostar por una intervención con un abordaje interdisciplinario nos da como fruto el enriquecimiento de la mirada. Es decir, ampliar los saberes y conocimientos, construir los marcos teóricos y el objeto de intervención y a su vez de la intervención, proporcionando mediaciones más productivas si éstas tienen en cuenta la participación de los actores sociales.

Aunque este tipo de abordaje tiene sus beneficios, también posee obstáculos, uno de ellos indicado anteriormente tiene que ver con los “egos de la profesión” que se disputan dentro de la intervención interdisciplinaria. Esto es algo que la mayoría de los profesionales relatan: se hace dificultoso poder renunciar a la disciplina de uno para trabajar interdisciplinariamente. Es necesario recordar en este caso La Teoría de los Juegos Sociales de Matus, señalaremos los juegos del poder. Los participantes del gran juego social desarrollan una lucha constante por el poder. “El poder es medio y es fin, de manera que gratifica por su posesión y por su uso. Y, al menos, para algunos jugadores, el poder como medio gratifica más que el poder como fin. De esta manera, buena parte del juego social se basa en una competencia del poder.”⁴⁵

Continuando con la descripción la metodología que utiliza el equipo de profesionales son los talleres, por esto entendemos que son un espacio de producción colectiva de experiencias, conocimientos y/o decisiones. A su vez el dictado de talleres está dado por una lógica de educación popular (definido anteriormente). Los profesionales tienen en cuenta la historia de vida de los participantes de los talleres y a partir de esto comienza a formarse la trama misma del taller. Por consiguiente, un ejemplo de esto sería: “es clave poder escuchar lo que ellos traen, si uno tiene la capacidad de escuchar esto surge (en el taller que dimos hoy, pudiste observar lo que las madres pedían para realizar talleres sobre ese tema, como por ejemplo: alimentación saludable para adultos mayores), que no sea algo unidireccional, la escucha es fundamental”⁴⁶

Con respecto a esto otra característica principal de la intervención interdisciplinaria es la escucha relacionada con la comunicación. Si nosotros como profesionales no podemos escuchar al otro, corremos de nuestras disciplinas, se dificulta el trabajo, porque no tendríamos en cuenta la voz de los actores sociales con los cuales intervenimos por ende nuestras intervenciones no serían acertadas a las demandas

⁴⁴ Fragmento extraído de la entrevista N°5- CAPS 1- P. P 15

⁴⁵ Matus Carlos, “Teoría de los Juegos Social”. Los nueve juegos del Poder, Parte III, Sesión 8. Colección de planificación y Políticas Públicas. Ediciones de la UNLA. Argentina. 2007. P. 293

⁴⁶ Fragmento extraído de la entrevista N°5- CAPS 1- P. P 14.

que solicitan.

Dentro de este capítulo se encuentra los aportes que realiza el trabajador social a la intervención interdisciplinaria según los entrevistados.

El trabajador social aparece como un profesional de carácter básicamente interventivo. Una práctica social especializada inserta en una realidad compleja, en una relación entre Estado y Sociedad Civil dentro de una dinámica de conflictividad de intereses divergentes⁴⁷. A partir de esto entendemos que el trabajador social cuenta con las herramientas necesarias para intervenir en lo complejo de la sociedad, comprender a los actores sociales que son productores de historias y parte de la historia, utilizar la empatía para generar vínculos que serán de gran utilidad para ir construyendo la intervención. Es necesario resaltar la capacidad que tiene el trabajador social para trabajar interdisciplinariamente como dice Mónica Calienni: *“el Trabajo Social, haciendo honor a su propia naturaleza, debe propiciar la integración de diferentes saberes en su práctica cotidiana y promover el trabajo interdisciplinario, pero para ello es imprescindible reconocer la incompletud de la propia disciplina para afrontar la mayoría de las problemáticas”*⁴⁸.

A partir de lo expuesto los entrevistados detallan el rol que ocupa el trabajador social dentro de la atención primaria de la salud:

“Los trabajadores sociales son una pata dentro del equipo de trabajo; desde cómo nos orientan. No es solo ir al domicilio, sino, los conocimientos que poseen los trabajadores sociales, ya sea en cuestiones legales, el asesoramiento en las situaciones y acompañamiento. Además, los informes que realizan y la forma que tiene de intervenir. Los trabajadores sociales se conocen todo, porque caminan todo el barrio, los trabajadores sociales comparten la información de los pacientes, nos aconsejan a nosotros”⁴⁹.

La construcción de la mirada a la profesión de trabajo social fue mutando, aunque a veces puede quedar relevada a lo asistencial, podemos observar que los entrevistados a través de ejemplos concretos manifiestan otro tipo de mirada que va más allá de lo asistencial. Expresan que el trabajador social posee diversos conocimientos y una forma particular de observar lo social. Asimismo comentan la oportunidad de estar en el barrio y volver a la institución, entendiendo a esto como la posibilidad de lo

⁴⁷ Torres Claudia, fragmento tomado de *“los fundamentos de la Cátedra Metodología de la Intervención”*. 2011, UNLA.

⁴⁸ Mónica Calienni, Ana María Martín y Marcela Moleda. Op.Cit. P. 46

⁴⁹ Fragmento extraído de la entrevista N° 1- CAPS N°1- MG. P. 4

epistemológico y la praxis, interviniendo en la realidad a partir de recursos teóricos y a su vez estos saberes que surgen en esta relación son sociabilizados con las demás profesiones. De esta manera juega un papel importante la comunicación e interacción con otras disciplinas primeros momentos del abordaje interdisciplinario.

El trabajador social viene a comprender la dimensión social de los problemas de salud, a partir de que la salud se entiende desde lo social. Es así que es considerado un intérprete de lo que observa:

“Aporta en el mirar, en el acercarse a la situación, ha de comprender y entender lo que está pasando, esto tiene que ver con lo interpretativo. En salud es muy común describir el peso, talla, y esas cuestiones, pero el trabajador social aporta a buscar el sentido de qué quiere decir eso, en qué sentido nos proponemos interpretar para luego intervenir”⁵⁰.

Otra percepción que se tiene sobre el trabajador social es la habilidad de interpretar lo que está sucediendo con la situación, es decir, la relación que puede hacer sobre el recorte de realidad compleja –lo que sucede- con otras variables que interfieren en esa situación, pudiendo contextualizar lo que acontece, dándole sentido a la intervención.

El trabajador social uno de los pocos profesionales que tiene la posibilidad de conocer el espacio individual y familiar del sujeto con el cual trabaja, es decir recorrer los espacios por donde transita el sujeto:

“trabajador social tiene la oportunidad de ir y volver del terreno. Y nosotros como trabajadores sociales, tenemos la posibilidad de estar ahí en la ‘trinchera’, poder escuchar y transformar eso. La metodología de trabajo comunitario y grupo, el lugar más propicio es la atención primaria”⁵¹.

La profesión de trabajo social tiene como una de sus características recorrer los diferentes espacios que transcurre parte de la vida los actores sociales de esta manera poseen más herramientas para abordar las situaciones e interpretarlas; tienen la posibilidad de ir y volver del terreno en otras palabras, teoría y práctica. Este tipo de característica beneficia en los abordajes comunitarios y grupales siendo uno de los lugares más favorable para desarrollarlo la APS.

Finalmente, el trabajador social involucrado de lleno en los conflictos que le toca abordar:

⁵⁰ Fragmento extraído de la entrevista N°5- CAPS 1- P. P. 17

⁵¹ Fragmento extraído de la entrevista N°7- CAPS N° 2- TS. P. 25

“Hay espacios que nos demuestran que la disciplina de trabajo social es tenida en cuenta, pero depende de la persona que te viene a preguntar y ahí te das cuenta, si te escucha o no, o solo quiere un papel para ponerlo en la historia clínica. El trabajador social mete la pata en el barro, encara la situación, la mira, la interpela, la encara, cuerpea las situaciones complejas a la complejidad. No se hace oído sordo a las problemáticas, por lo menos con los que me ha tocado trabajar se involucran en las situaciones, los trabajadores sociales se sienten interpelados”⁵².

Tal como pudimos observar la profesión de trabajo social conlleva a pensar en varias características adjudicadas a la carrera que nos hace pensar a partir de lo compartido hasta el momento: ¿Qué lugar ocupamos dentro de APS?, en cuanto al lugar ¿Quién nos visibiliza como parte de ese lugar, las personas con las cuales trabajamos, los otros profesionales o es responsabilidad nuestra como trabajadores sociales?

Otra cuestión que trabajamos en el escrito tiene que ver con que el trabajador social es aquella persona que interpela la situación, la realidad, que tiene la particularidad de estar en diferentes ámbitos o espacios –como explicamos- el barrio y la institución, será ¿Qué por este ida y vuelta nos sentimos interpelados por el otro? Y además por esto mismo seremos tenidos en cuenta como disciplina que no sólo es asistencial (como nos han caracterizado), si no que podemos ofrecer otras habilidades independientes a lo asistencial.

En síntesis estos son interrogantes que nos hacen pensar y repensarnos como profesión, qué rol ocupamos dentro del ámbito de la salud. Por el momento podremos decir que a partir de esta investigación conocimos que el trabajador social dentro de la salud pretende proporcionar a los sujetos un cierto grado de autonomía y empoderamiento. Partimos del supuesto que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello. A esto apunta el trabajador social, interviniendo dentro de los niveles individuales, familiares, grupales y comunitarios.

En el apartado siguiente desarrollaremos “lo comunitario”, en relación a los interrogantes que nos planteamos al iniciar con esta investigación.

⁵² Fragmento extraído de la entrevista N°8- CAPS N° 3- TS. P. 30

CAPITULO III: EL ABORDAJE COMUNITARIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

3.1 ¿Qué es la comunidad para los entrevistados/as?

Entender a la comunidad más allá del espacio territorial:

La terminología de la palabra “Comunidad” tiene su origen en el término latino “*communitas*”. El concepto hace referencia a la característica de “común-unidad”⁵³. Por esto se entiende un espacio que se comparte, del cual participan todos los actores sociales y unificando sus propósitos. En contraposición el autor Roberto Esposito (2012) se expresa sobre el término “*communitas*”, definiéndolo de forma negativa como un conjunto de personas unidas, no por una “prioridad” sino justamente un “deber o una deuda”. Conjunto de personas unidas no por un “más”, sino por un “menos”, una falta, un límite.

Las definiciones anteriores se aúnan en una concepción de comunidad relacionada con un sistema dinámico de actores sociales que interactúan en torno a intereses comunes. Estos intereses son diversos y están ampliamente definidos por parámetros culturales y modos de satisfacción de sus necesidades construidos en base a la experiencia individual y colectiva de quienes conforman a esa comunidad en un momento histórico determinado.

Una comunidad no sólo se define por la proximidad geográfica de sus miembros, sino también por la afinidad que pueden alcanzar los sujetos para identificar los problemas y establecer vías de acción conjunta para lograr soluciones colectivas. No sólo hay que utilizar la noción de comunidad para identificar grupos que comparten un espacio físico, sino también para caracterizar a grupos que comparten un mismo campo material y simbólico.

En cuanto a lo mencionado, se refleja el abordaje teórico en la práctica interdisciplinaria teniendo en cuenta lo que subyace al barrio, aquello que va más allá de un espacio geográfico que interpela otras cuestiones. La trabajadora social expresa que la comunidad: “excede lo barrial, tiene que ver con los lazos primarios, con la familia con la que trabajamos y actores que están por fuera de aquellos espacios

⁵³ Castronovo, Raquel. “La comunidad. Aspectos conceptuales e históricos”. Paper. 2002. P. 1

barriales. La gente es la que debe apropiarse de su lugar y para eso hay que estar e instalarse ahí en el barrio”⁵⁴.

Desde el discurso de la trabajadora social, las personas son las protagonistas de esta “lucha” por apropiarse y anclarse en el territorio, pero a su vez, se entiende a la comunidad como aquello que excede lo barrial, va más allá del espacio físico, es un espacio en cuanto a tiempo que se comparte y se va construyendo en el día a día junto a los actores sociales involucrados. Es decir que “lo comunitario” se puede llevar a cabo fuera del barrio y trasladarlo a las prácticas de los profesionales siendo un abordaje de intervención. Un ejemplo de esto es la metodología implementada por el equipo de salud, estos equipos trabajan desde la educación popular, los talleres, creando espacios con diferentes actores sociales que no necesariamente tienen que pertenecer al barrio, si no que están por fuera, pero los une un mismo interés, por ejemplo el poseer una vivienda digna esto hace que se reúnan distintos actores sociales. Desde ésta variedad de actores sociales que comparten un mismo campo material y simbólico también se entreteje “lo comunitario”.

Retomando lo anterior y entendiendo que “lo comunitario” va más allá del territorio, uno de los autores en el que nos basamos para explicar el término comunidad es Bauman (2003): las principales obligaciones que debe invocar la comunidad para enfrentarse a *“las patologías de la sociedad atomizada de hoy en un campo de batalla”* son, la igualdad y los recursos necesarios para reconvertir el destino de los individuos y ofrecer garantías colectivas frente a las incapacidades y desgracias individuales. Para que exista una comunidad, en un mundo individualista, solo puede darse y tiene que darse una comunidad entretejida a partir del compartir y del cuidado mutuo. Una comunidad que atienda y se responsabilice de la igualdad del derecho al ser humano y de la igualdad de posibilidades para ejercer ese derecho.

Frente a las condiciones dadas de igualdad para que una comunidad se desarrolle, el autor Esposito manifiesta otra característica para pertenecer a una comunidad y poder obtener sus beneficios: el individuo tiene que cumplir con los deberes de la comunidad a la cual pertenece, obligado a retribuir a la comunidad en bienes o servicios. Así se origina la doble función “dar y tomar”.

Las definiciones de Bauman y Esposito sobre la “igualdad” y los “recursos” para poder revertir la situación del sujeto y que la unión de estos mismos es por un “menos”, algo

⁵⁴ Fragmento extraído de la entrevista N° 7- CAPS N° 2- TS .P. 24.

que les falta, nos ayudarán a entender el ejemplo que nos brinda el trabajador social acerca de lo que fuimos mencionando. El entrevistado expresa:

“la comunidad tiene varios ejes, por un lado marca lo territorial, como por ejemplo: puede ser una calle, un nombre, etc. Tienen que tener algunas cuestiones que comparta el barrio y también el dinamismo de ver cómo está el barrio y que se puede hacer. No sólo la foto de lo territorial (tiene que ver con esto del ‘poder’, en cuanto a que se venden los terrenos en los asentamientos, cuando era una lucha colectiva por tener una vivienda) si no también, cómo circula la vida”⁵⁵.

El trabajador social nos brinda otra definición de “lo comunitario” en donde el territorio es dinámico pero a su vez forma parte de cómo circula la vida de los actores sociales, esto nos trae a pensar características particulares de cada barrio pudiéndolas entender como la identidad misma del barrio, identificando a los miembros de ese espacio territorial. Entonces esto nos trae a detenernos que “lo comunitario”, posee varias características como fuimos desarrollando a lo largo de este trabajo y no es meramente el espacio territorial, si no que excede al mismo.

En cuanto a lo mencionado hasta el momento expusimos que la comunidad es una común-unidad, en donde los poseedores del derecho, los sujetos, comparten no solo lo territorial, un espacio físico, sino también debe haber una construcción diaria sobre los espacios que exceden lo barrial. Pudiéndolo entender desde la igualdad de derechos y recursos que por ende genera obligaciones y deberes, en palabras de Esposito “dar y recibir”. En el ejemplo que proporcionó el entrevistado se puede observar que a los sujetos los une un menos y no un más, como es el caso de la lucha por la tierra, por una vivienda digna. Los sujetos se organizaron en conjunto como comunidad, compartiendo un mismo objetivo, luego aparecieron los intereses individuales. Esto último lo podemos entender desde lo que Bauman plantea como “*comunidades perchas o estéticas*”, sus individuos cuelgan momentáneamente sus problemas que experimentan de forma individual en distintas perchas para de forma conjunta resolverlos. Una vez que solucionaron los problemas pueden o no continuar en la comunidad.

Luego de haber definido comunidad es interesante traer los ejes que plantea La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud del capítulo uno: “Concepción de Salud en el Primer Nivel de Atención” para comprender aún más el lugar de “lo comunitario” dentro APS.

⁵⁵ Fragmento extraído de la entrevista Nº 8- CAPS Nº 3- TS. P. 28.

Estos ejes nos plantean 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 salud. A su vez considera APS como 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. Considerando que, para que esto sea posible, plantean la importancia de la participación activa dentro de este nivel; no solo del sector sanitario (profesional y paciente), si no todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario.

Podemos observar en cuanto a esto que APS entiende a “lo comunitario” y lo caracteriza desde lo territorial cuando manifiesta la distancia de los centros de atención y el lugar donde residen las personas con las cuales trabaja y a su vez también lo entiende desde la participación de actores sociales que comparten un mismo campo material y simbólico; esto refiere a la posibilidad de planificar, organizar y dialogar sobre el funcionamiento y control de los CAPS.

De esta manera la APS estaba pensada no solo para reducir gastos económicos (como hemos expresado anteriormente) en salud, sino también facilitar al ciudadano la concurrencia a los centros de atención y en esto se observa a “lo comunitario” como característica de lo territorial. Por consiguiente, el Dr. Rubén Bergel expresa: “en el primer nivel de atención donde se resuelve el 90 % de las patologías y si la gente se atiende en el primer nivel de atención y lo tiene muy cerca de la casa y va inmediatamente, no tiene necesidad de internarse, que la internación resulta mucho más cara que resolverlo en ese primer nivel”⁵⁶. Esto también se relaciona con el tipo de atención que brindamos, como menciona Mario Testa en el capítulo uno, ¿“puerta de entrada” o “atención primitiva”?

Para resolver estas cuestiones será importante que la intervención se dé con un abordaje interdisciplinario en donde se tenga en cuenta a todos los actores sociales, desde profesionales hasta personas que tienen otro rol dentro del sistema de salud (paciente, personas que están por fuera de lo territorial y otras instituciones que trabajan con el sistema de salud). A través de esta participación de los actores sociales, el debate tomará el protagonismo necesario para que la intervención social este más cercana a las problemáticas de las personas. Un ejemplo es lo que la psicopedagoga expresa:

⁵⁶ Spinelli Hugo y asociados, “III Jornadas de Atención Primaria de la Salud, IV Jornada de Atención Primaria de la Salud I de Medicina Social”. Ed. Asociación de médicos residentes del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez. Bs. As, 1989. P. 18

“La comunidad es la gente que vive en el lugar donde nosotros trabajamos. Son los dueños del derecho, que nosotros ayudamos a garantizar su salud. Mirándolo desde un modo tradicional son los destinatarios de nuestras acciones. Hay que dar un salto con esto: que no sean los destinatarios sino partícipes, actores de ese proceso”⁵⁷.

En este discurso de la psicopedagoga vemos a “lo comunitario” como un método territorial a su vez entendiendo a los actores sociales como protagonistas de ese espacio, de esta manera nos referimos a que son sujetos de derechos y no objeto, son creadores y constructores de su vida, son partícipes de los procesos de salud-enfermedad. Lo territorial no es simplemente un espacio físico si no un espacio con múltiples características que se van originando a partir de la circulación de la vida misma dentro del territorio. Para ser partícipes y no destinatarios es menester fomentar los espacios de diálogos entre la comunidad y los CAPS, requiriendo tiempo y compromiso por parte de los involucrados.

Una vez mencionado “lo comunitario” será necesario recordar el concepto de Salud Comunitaria ya explicado en el capítulo uno para abarcar los ejes de APS.

La salud comunitaria, como hemos mencionado, proporciona los elementos necesarios para su desarrollo, influye y es influida por las personas que la componen estableciendo tipologías propias en la promoción, mantención y recuperación de la salud. Es decir, es una construcción colectiva que se va generando entre todos los actores sociales. Además pone énfasis en la autogestión de sus miembros potenciando sus capacidades, ubicándolos en un lugar de consultores y participantes. Este último término será explicado en profundidad ya que es uno de los componentes necesarios para fortalecer la acción comunitaria.

La participación comunitaria en salud la entenderemos desde Claudia Bang, que nos plantea que es un proceso complejo y dinámico en que una comunidad sostiene activamente mecanismos y prácticas para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso salud-enfermedad. Este proceso involucra un sinnúmero de actores que se encuentran, comparten, discuten y deciden sobre diferentes aspectos de sus vidas. Un ejemplo es lo evidenciado en los talleres brindados por los CAPS a los habitantes del barrio, en donde a partir de la participación de los mismos circula la palabra y debaten sobre aspectos propios del barrio en cuanto a la salud-enfermedad. Estos talleres fueron pensados a partir de las necesidades que observaban y

⁵⁷ Fragmento extraído de la entrevista N°5- CAPS 1- P. P. 16.

planteaban no solo los profesionales, sino también los participantes. Los talleres fueron llevados a cabo en diferentes espacios: instituciones barriales, instituciones de salud, instituciones educativas y en espacios comunitarios dentro de los barrios.

Para continuar con el desarrollo de la investigación, la intervención interdisciplinaria en “lo comunitario” contribuirá a fortalecer y acompañar los procesos de transformación a nivel grupal y comunitario dentro de la atención primaria de la salud. Es decir, según Claudia Bang: la generación de espacios de encuentros y la realización de diagnósticos participativos permiten un primer acercamiento a la posibilidad de construcción y abordaje colectivo de las problemáticas compartidas. En esto se pondrá en juego la creatividad, la escucha, la iniciativa, la responsabilidad y la disponibilidad; herramientas necesarias en la tarea que se propone dar lugar a los actores sociales y sus diversos saberes comunitarios.

Podemos observar que en las entrevistas realizadas al equipo profesional cuando se les preguntaba sobre cómo hacían los profesionales para tener en cuenta las necesidades de los pacientes/sujetos con los cuales trabajan, ellos comentaban que esas particularidades o respuestas las obtenían a partir de la participación que tenían los sujetos en los diferentes espacios que les brindaban los profesionales. Parece obvio lo que acabamos de describir, pero no siempre se generan estos espacios de construcción colectiva.

En este caso observamos que los espacios se fueron entretejiendo a partir de la intervención y metodología utilizada por el equipo de salud, los talleres, las “charlas abierta” en la sala de espera de los CAPS, la participación del equipo de salud y la población en el mapeo del barrio “250 Viviendas”. De esta manera, se abrió el espacio a la participación de la comunidad dentro de las problemáticas de salud. En contraposición a esto, debemos mencionar que toda participación posee sus obstáculos, los cuales fueron tenidos en cuenta por el equipo de salud. Con esto nos referimos a tener una comunidad que tiene escasa o nula participación en las problemáticas de salud, convirtiéndose en receptores pasivos de los cuidados sanitarios. A esto deberíamos sumarle lo que algunos profesionales nos mencionaron en las entrevistas, resulta que la “institución” ya sea los CAPS o el hospital expulsa de alguna manera a las personas/pacientes. Al decir que la institución “expulsa” nos referimos a lo relacionado con los horarios de atención que brinda; estos no contemplan la circulación de la vida (como la hemos explicado anteriormente) de los sujetos. Ejemplos claros son los relatados por los/las Trabajador/as Sociales: una persona para obtener un turno debe asistir dos veces al centro de atención, la primera

vez a sacar el turno y la segunda a atenderse, otro ejemplo tiene que ver con el horario que ofrece los CAPS de las 8:00 a 15:00 horas. Se trata de horarios que, según los entrevistados, dificultan la participación de las personas en los centros de atención. Una forma que han tenido los profesionales para sortear esto es contemplar la posibilidad de dar turnos en otros horarios para facilitar la participación de la comunidad en los CAPS, fue necesario un diálogo previo con las personas involucradas.

También ocurre que la actitud y comportamiento de algunos profesionales alejan a los sujetos de esta participación en el centro de salud, por temor a perder el control y a ver aumentadas sus responsabilidades, si permiten que sus propios pacientes sean quienes dirijan su práctica.

Concluiremos este apartado teniendo en cuenta que la salud comunitaria tiene como uno de sus pilares la participación de los sujetos en las problemáticas de salud de sus barrios, la participación hará la diferencia de cuánto sea o no una construcción colectiva entorno a la relación entre los CAPS y todo lo que conlleva más el territorio con todas sus características. Traemos a colación que lo anterior se vuelve efectivo a partir de “la acción efectiva de la comunidad en los centros de atención, la toma de decisiones y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud”⁵⁸.

La única forma de garantizar hoy en día eficacia en los centros de salud, incluso antes de un cambio social profundo, es con la participación comunitaria. Como manifiesta Spinelli Hugo en la III Jornada de Atención Primaria, uno puede creerse como médico o como establecimiento muy eficiente, pero no es eficaz si no ha podido implementar la participación de la comunidad.

En el apartado siguiente relataremos la intervención en “lo comunitario”, retomando el concepto de intervención y relacionándolo con el trabajo en comunidad, detallando obstáculos y beneficios de lo que implica este tipo de intervención según lo que plantean los entrevistados.

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS. P. 1

3.2 Intervención en “lo comunitario”

Retomando la explicación del capítulo II sobre la intervención interdisciplinaria como un proceso de construcción histórico-social. Este proceso se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional siendo el abordaje interdisciplinario un diálogo, entre otras cosas, que se entabla entre las distintas disciplinas a través de la intervención de cada una de ellas. Es definido por Teresa Matus Sepúlveda como “una intervención polifónica”⁵⁹, donde cada una de las disciplinas toca un instrumento y entre todas realizan una melodía. A esto se refiere la entrevistada cuando dice que:

“La complejidad de lo comunitario hace que no sea posible intervenir bien si no se aporta al trabajo interdisciplinario. La complejidad de lo comunitario interpela un trabajo interdisciplinario. Requiere bancarse que no haya certezas (‘no sé qué está pasando aquí’), no hay un diagnóstico. Esto aparece cuando trabajamos en comunidad”⁶⁰.

En el discurso de la entrevistada se entiende a “lo comunitario” no solo como el territorio, sino que además, como un mundo complejo y dinámico, comprendiendo que lo complejo es todo aquello que presenta rasgos turbulentos e indecisos en el que no hay convicciones ni seguridades. Se trata de la circulación de la vida, el día a día, eso significa trabajar en la comunidad y esto requiere de una intervención interdisciplinaria. Será un gran desafío que el equipo de profesionales deberá sortear, el hecho de entender que lo complejo forma parte de sus intervenciones y eso es lo que se van a encontrar en cada uno de los actores sociales con los cuales intervienen, porque no hay que olvidarse que como actores sociales somos productores y creadores de historias.

A partir de esto y de “la participación” que desarrollamos en la salud comunitaria, la intervención en “lo comunitario” formará parte de una de las estrategias esenciales en APS, en donde el trabajo con un “otro” genera las bases para llevar a cabo lo planteado. A esto lo denominaremos *trabajo comunitario*.

El trabajo comunitario según Barbero, pretende abordar transformaciones de situaciones colectivas mediante la organización y la acción asociativa. Es una tarea

⁵⁹ Matus Sepúlveda; Teresa. “Propuestas contemporáneas en Trabajo Social: hacia una intervención polifónica” Editorial Espacio. Argentina .2002. P. 2.

⁶⁰ Fragmento extraído de la entrevista N°5- CAPS 1- P. P.16

que tiene el reto de construir un grupo o varios de acuerdo a la elaboración y a la aplicación de proyectos de desarrollo social.

El trabajo comunitario según éste autor posee tres ejes: organización, movilización y concienciación. La organización implica reforzar los vínculos de cooperación internos y externos. Es decir, enlaza el conjunto de operaciones por los que un grupo latente, una fracción de población que tiene intereses en común, se transforma en un grupo organizado de manera eficiente y capaz para promover dichos intereses. En cuanto a la movilización, se relaciona con construir una relación de fuerzas y negociar, sobre los retos colectivos y sociales, con los actores institucionales. Por último, la concienciación es un proceso que trabaja la identidad del actor permitiendo la identificación colectiva de los miembros del grupo.

Estos tres ejes son necesarios para que los habitantes de los barrios dejen de ser objetos de atención para convertirse en actores conscientes, participantes que toman decisiones sobre los problemas de salud-enfermedad que les atañe. Cada uno de los ejes mencionados genera las bases para poder abordar “lo comunitario” y desarrollar intervenciones desde esta perspectiva que propone la identidad colectiva. La posibilidad de tener una comunidad que está organizada a partir de reforzar los vínculos de cooperación internos y externos e involucrada en los asuntos particulares de su barrio, podrá promover sus intereses. A su vez, la organización genera la construcción de un espacio para debatir y negociar sobre los retos colectivos y sociales con los actores institucionales, produciendo la movilización al estar organizados. Por último, y no menos importante, la identidad colectiva dentro de lo comunitario es algo primordial, es una forma de entenderse como sujetos que son parte de “algo”, que se construyen a partir de compartir varias cuestiones que va más allá de un espacio físico o un territorio, sino también por situaciones problemáticas, intereses y objetivos en común. Algunas de estas últimas cuestiones mencionadas constituirán tareas que quedarán a cargo del trabajador social o lo que denominamos trabajador comunitario.

El trabajo comunitario se asienta sobre el concepto de autogestión y autonomía (pilares que APS promulga como necesarios construir en la comunidad). Algunas tareas que realiza el trabajador comunitario se entienden como actividades que puede desarrollar el trabajador social y esas son: describir la necesidad y potencialidades del espacio social, tomar contacto con las personas, trabajar la conciencia de necesidad y posibilidad de mejorar, reunir a las personas, mantener la organización activa y colaborar con la comunicación dentro de la comunidad.

Ambas tareas desarrolladas son necesarias para comenzar a construirse como parte de una comunidad con todo lo que esto lleva y asimismo poder realizar en las prácticas profesionales abordajes desde “lo comunitario”.

La comunidad nos abre un sinfín de cuestiones en donde los entrevistados opinan y dan su punto de vista sobre algunas dificultades y beneficios que tiene el hecho de trabajar en “lo comunitario”. Por ejemplo, se ha planteado como beneficio que este tipo de trabajo permite conocer la historia de las personas del barrio y esto se relaciona con la identidad -cómo me miro y soy mirado por el otro- y además de conocer, ser reconocidos por el barrio. Esta acción de ser reconocidos refiere a la movilización la cual facilita la posibilidad de obtener recursos para ser utilizado en pos de la comunidad. A su vez los entrevistados manifestaron como beneficio que la gente puede defender las instituciones, sus derechos y desde ahí será promocional (como lo hemos definido en el capítulo II), para llegar a esto se debieron realizar tareas previas de organización. Por ende esto nos dejará como reflexión para la comunidad en general que a partir de estos tres ejes se podrá gestar las condiciones para abordar la comunidad y de esta manera como bien dijeron los entrevistados ser promocional en cuanto a derechos.

Los obstáculos en “lo comunitario” que han relatado el equipo de salud se vinculan con la predisposición de las personas/pacientes y de la institución. Los entrevistados expresan que: “la gente a veces tiene predisposición para ir al centro de salud y a veces no y debemos adecuarnos con esto, hacer partícipe el centro de salud en esto. Uno tiene que aprender a escuchar a las personas, porque nosotros podemos considerar que algo es un problema, pero tal vez la gente no lo ve como tal”⁶¹. Por otro lado, con respecto a la institución manifestaron que: “a las instituciones no le gusta abrirse a la gente, para que después no le estén criticando o pidiendo las cosas que no cumplieron”⁶².

Estos tipos de obstáculos en “lo comunitario” responden a cuestiones que deben ser abordadas a través de la participación, construcción y circulación de la palabra, las cuales han sido reflejadas en los talleres que brinda el centro de atención, espacio de construcción colectiva. Pero, tenemos como contrapuesto el hecho de que las instituciones -de forma general- o los profesionales -de forma particular- no están permeables a este tipo de abordaje, como veníamos mencionando anteriormente esto genera ciertas responsabilidades y deberes que no todos los profesionales están

⁶¹ Fragmento extraído de la entrevista N°4- CAPS N°1- TS 1 y 2. P. 12.

⁶² Fragmento extraído de la entrevista N° 7- CAPS N° 2- TS .P. 25.

dispuestos a afrontar. A su vez, no hay que perder de vista que algunos de estos profesionales por lo general la hegemonía médica, no están capacitados en contenidos de salud social y comunitaria, falencia de las instituciones de formación profesional y del Sistema de Salud de dicha provincia. Son cuestiones que se irán resolviendo una vez que se comprenda el lugar de “lo comunitario”, su importancia y beneficios dentro de APS.

Este capítulo apuntó a describir “lo comunitario” dentro del sistema de salud, sobre todo en APS, espacio que brinda los recursos y herramientas necesarias para que se pueda abordar, trabajando con la comunidad a través de las distintas metodologías que utiliza el equipo profesional de salud.

Si bien mencionamos lo que significa para nosotros la comunidad es necesario entenderla desde un sentido amplio, no solo alude al espacio físico territorial, sino también a un sinnúmero de características que hemos mencionado, resultaría sencillo solo decir que la comunidad es el espacio físico pero perderíamos de vista la organización, movilización, identidad colectiva y la construcción de los espacios que se fueron entretejiendo a partir de la participación comunitaria -algo tan simple como participar pero tan complejo a la vez, siendo primordial para esta tarea-.

Lo que acabamos de mencionar será el trabajo que deberán realizar los profesionales desde la institución, dejando su espacio de confort para salir a construir espacios colectivos, que no solo se encuentran en el barrio, si no también, en el quehacer diario de su profesión. Espacios que son necesarios conquistar a partir de todo lo que venimos mencionando en los cuales la metodología de trabajo y la predisposición del equipo de profesionales serán fundamentales para esta tarea. Pero se ganará “lo comunitario”, en tanto el otro, quien adquiriera el derecho sea beneficiado.

Como hemos mencionado en los fragmentos de las entrevistas, si no hay un centro de atención abierta y permeable a la comunidad será dificultoso poder llevar a cabo una participación activa y por ende, será difícil también el desarrollo y construcción de una salud comunitaria y la intervención interdisciplinaria dentro de los CAPS.

Conclusiones

El presente trabajo se trató sobre los discursos y prácticas de intervención interdisciplinaria en promoción de la salud. La experiencia de los centros de Atención Primaria de General Roca, Río Negro desde la mirada de los equipos de salud.

Esta investigación tuvo su anclaje en el Sistema de Salud Primaria, uno de los primeros niveles de atención, APS. Este nivel de atención nos dio la posibilidad de desarrollar el lugar que ocupa la Salud Comunitaria; que se asienta en la participación comunitaria dentro del territorio, característica que hemos planteado como una tarea principal en “lo comunitario” ya que se construye y se va consolidando en los espacios de construcción colectiva.

En las entrevistas pudimos contemplar que es una necesidad intervenir desde un abordaje interdisciplinario pero a su vez que trabaje desde lo comunitario. Varios actores sociales involucrados en el tema han resaltado que la participación de la comunidad en el sistema de salud no sólo genera las condiciones principales para emprender este tipo de trabajo sino además fomenta la posibilidad de conocer la realidad de los habitantes del barrio. Como hemos detallado anteriormente, entender a “lo comunitario” desde varias miradas enriquece a la intervención para que resulte propicia con el tipo de población y la problemática a afrontar.

Tal como demostramos con esta investigación al observar la importancia de APS; una de sus propiedades en cuanto a lo territorial, los CAPS, se encuentran estratégicamente ubicados en cercanía a los domicilios de los pacientes. Esto deja de lado la necesidad (si no lo fuera pertinente) de asistir a otros niveles de atención más complejos como Hospital de Agudos y Hospital Especializado provocando como consecuencia un mal uso del recurso económico y humano del sistema de salud, como hemos explicado con el ejemplo brindado por el Dr. Rubén Bergel (1989). Se refleja en lo mencionado por los entrevistados/as la posibilidad de que las personas se puedan atender cerca de sus hogares favorece varias cuestiones, una de ellas es el acceso a la salud contribuir al derecho que tiene todo ciudadano de atenderse y cuidar de su salud y a su vez propiciar la participación de la comunidad en los CAPS. No es vano recordar que el Hospital Francisco López Lima se encuentra a importantes distancias de los CAPS. Uno de los CAPS descripto se encuentra en zona rural y esto dificulta el acceso a atenderse en el hospital. Por ende poder llegar a resolver los problemas en el primer nivel favorece muchas cuestiones siendo una de ellas salvar una vida.

Si bien nos planteamos en la introducción de dicho trabajo preguntas orientadoras para ejecutar la investigación, al tratar de responderlas han surgido cuestiones como la comunicación, recursos teóricos sobre el tema y el reconocimiento de las tareas dentro del abordaje interdisciplinario. La salud como “puerta de entrada” y el lugar de “lo comunitario” dentro de APS nos fueron llevando a entender mejor el proceso de la investigación.

Retomando los argumentos centrales de lo expuesto anteriormente, la salud es comprendida por los entrevistados desde una mirada amplia sobre múltiples factores: lo social, lo biológico, el medioambiente, la economía, lo cultural y lo religioso, que se relacionan e interfieren entre sí, modificando el binomio de salud-enfermedad.

Las impresiones que nos dio esta investigación tienen que ver con cómo se da y a veces no, una intervención interdisciplinaria, el lugar y la importancia de lo comunitario para los profesionales y las personas que se atienden en los CAPS (esto lo hemos observado en los dos talleres que participamos como observadores). La posibilidad de entender a los actores sociales como constructores de historias, ejecutores y protagonistas de la realidad misma que se afronta cada día en esto que no es más que la circulación de la vida. Es importante señalar que, dentro de esta investigación, varios entrevistados/as manifestaron que la participación ciudadana es primordial, sin ella la intervención le falta una mirada, la mirada tal vez más importante. La participación de la comunidad como hemos indicado es una de las mejores maneras de fomentar la construcción ciudadana, de ampliar y promocionar derechos sociales, aportando a las nuevas generaciones la posibilidad de crear espacios reflexión y debate donde sean los protagonistas.

Cabe señalar que estos aportes parten de los resultados obtenidos en el proceso vivido con los entrevistados/as. Es así que estas contribuciones hacen al quehacer diario de los profesionales como así también al sistema de salud que se implementa en dicha provincia, cuestiones que según nuestra hipótesis optimizan el trabajo del equipo de profesionales de salud y de esta manera favorece a la calidad de atención para los pacientes. A partir de trabajar de esta manera -que venimos describiendo en la investigación- pudimos demostrar que este tipo de abordaje fomenta la participación de los pacientes en temas sobre salud-enfermedad generando un doble juego: el ida y vuelta entre el equipo de profesionales y los pacientes dándose este beneficio a través de los talleres, metodología empleada por los profesionales. Un ejemplo de lo descrito fue el taller sobre los beneficios y atributos de las plantas silvestres que los vecinos de los CAPS tienen en cercanía de sus hogares. En este espacio de taller se

abrió el debate y el juego de la comunicación, fomentando la participación no sólo de este grupo -que fue al taller- si no la invitación a otros vecinos. De esta manera no sólo mejoramos la calidad de atención que es un derecho, si no que ampliamos la posibilidad de obtener otros tipos de derechos como lo es: la intimidad, la libertad de elección, la escucha activa, la participación, etc. A su vez debemos recordar lo que implica vivir en una sociedad compleja con determinadas dificultades, siendo menesteres intervenir de esta manera.

Hay que tener presente que la disponibilidad de tiempo -entendiéndolo desde el lugar que lo describimos- y adherencia por parte del equipo de profesionales hace a la tarea misma si es reconocida como parte del trabajo. Por eso la inclusión programada de tiempo dedicado a reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos y reuniones de elaboración de estrategias para abordar situaciones problemáticas benefician a la comunicación dentro del equipo de salud fomentando la posibilidad de un abordaje interdisciplinario. También esto dejaría de lado lo que algunos profesionales llaman: *tiempo forzado*, al estar implementado y reconocido por el Sistema de Salud de la Pcia. de Río Negro como parte de las tareas que deben realizar los profesionales.

Por un lado, como pudimos demostrar, la comunicación entre las diferentes disciplinas la interpretamos como un aporte beneficioso al quehacer diario de los profesionales y como una de las características del abordaje interdisciplinario. Lo pudimos contemplar en las intervenciones que han realizados los profesionales, a través de la comunicación con los actores sociales involucrados, haciendo acciones concretas teniendo en cuenta las necesidades sentidas por los pacientes. La comunicación propulsa la construcción del objeto de intervención y el diagnóstico y ejecución de las soluciones para realizar de manera conjunta con el equipo de salud. Por otro lado, hemos contemplado lo que se denominó como egos profesionales que interfiere en esta construcción del objeto de intervención, desfavoreciendo a las prácticas profesionales y a la posibilidad de un abordaje interdisciplinario; son dos particularidades a tener en cuenta. También es primordial saber lo qué se entiende por interdisciplina, con esto queremos decir la importancia de contar con marcos teóricos sobre el tema. Esta investigación nos ayudó a comprender cómo para algunos profesionales la interdisciplina es un tema nuevo; deja ciertas ambigüedades para el equipo de salud que le dan el mismo significado a múltiples situaciones creyendo hacer una intervención interdisciplinaria. Es así como se pierde toda especificidad en cuanto al tema y por esto la importante estar capacitados, tarea que correrá por cuenta de las instituciones de formación y el Sistema de Salud. Esto además nos sirve para que el Sistema de Salud de Río Negro deje de institucionalizar el término de

interdisciplina siendo un mero enunciado, perdiendo todo tipo de valor como han descrito los entrevistados/as.

Sobre lo ya expuesto, “lo comunitario” nos abre una puerta de oportunidades para abordar los temas desarrollados previamente sobre salud. A partir de la participación activa de la comunidad sobre temas de salud-enfermedad se está colaborando en la construcción colectiva posibilitando de esta manera intervenciones más pertinentes, por ejemplo el trabajo con las personas/pacientes que no sólo pertenecen al territorio-barrio con el cual trabajamos si no también realizan prácticas desde “lo comunitario” promocionando la participación de dicha población a través de los talleres y de esta manera se contribuye a una atención de calidad, a una promoción de la salud.

Priorizamos la necesidad e importancia de trabajar en la comunidad y el trabajo grupal, dos niveles de abordaje del trabajo social posibilitan la integración de diferentes saberes en sus prácticas cotidianas promoviendo el trabajo interdisciplinario. El trabajador social aportará al equipo profesional su forma de observar las situaciones sociales, pondrá su capacidad para no sólo mirar sino entender a lo social, cuestiones complejas que necesitan de todas las miradas posibles. Dentro de la singularidad e incompletud de cada disciplina, el trabajador social tendrá la tarea de fomentar los espacios de diálogo y construcción colectiva, comenzará a ser ese trabajador comunitario (que describimos en el capítulo tres) que de apoco irá involucrando más actores sociales en los temas referidos a la comunidad.

Antes de finalizar con las conclusiones, será pertinente mencionar que uno de nuestros objetivos con esta investigación era ahondar sobre las incidencias que genera intervenir interdisciplinariamente dentro de los centros de atención. Tal como lo pudimos mostrar los cambios que nos arroja esta investigación tiene que ver con la posibilidad de enriquecer la mirada a la hora de intervenir, además de lo que hemos mencionado anteriormente como beneficio.

Otra de los acontecimientos que nos despliega esta investigación tiene que ver con la posibilidad de llevar registros sobre las actividades realizadas, entendiéndolo como la posibilidad de realizar sistematización de las tareas ejecutadas. Por sistematización la entendemos desde Eroles (2005) como una metodología de indagación orientada a reducir la brecha entre los postulados teóricos que permiten identificar y caracterizar las regularidades de los fenómenos sociales y la realidad. También forma parte de los procesos de reflexión tan vitales a la hora de intervenir.

Este acontecimiento nos resulta interesante ya que a partir de esto y de lo que fuimos

desarrollando en la investigación nos ayudará a entender aún más la complejidad y la importancia de los discursos y prácticas de intervención interdisciplinaria en promoción de la salud. A partir de esto nos deja como interrogante: ¿Cómo y cuál es la manera para formular un registro o sistematización de una intervención interdisciplinaria?

Este trabajo arroja como propuesta de análisis de qué manera es pertinente, a pesar de las complicaciones y la dinámica que tiene cada centro de salud, realizar una intervención interdisciplinaria en “lo comunitario”. No obstante para esto será necesario contar con recursos teóricos para los profesionales que sean brindados por las instituciones de formación y el sistema de salud de Río Negro. Como hemos expresado al principio, la interdisciplina es un tema reciente que necesita tiempo y recursos teóricos, económicos y disposición de quién aborde el tema, para poder comprender lo que plantea y ponerlo en práctica. Esto último será el desafío que deberá sortear el Sistema de Salud de Río Negro en conjunto con el equipo de salud.

ANEXO

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

GUIA DE PREGUNTAS:

Entrevista N°

Entrevistado:

- 1-Definición de Prevención y Promoción de la salud y definición de salud.
- 2-¿Qué metodología utilizan para promover la salud en APS y estrategias que tienen?
- 3-¿Cómo se trabaja con los participantes de los talleres para incorporar sus necesidades y/o particularidades respecto a las problemáticas que tienen?
- 4-¿Qué es intervenir interdisciplinariamente? Desarrollar la importancia de la misma
¿Cuáles son los obstáculos y facilitadores y cómo se podría resolver?
- 5-En la toma de decisión sobre alguna actividad ¿participa todo el equipo de trabajo?
Cuando alguien no está de acuerdo ¿cómo lo resuelven?
- 6- ¿Tienen un espacio y un horario específicos (lugar físico y día, horario y cantidad de veces) de reunión para llevar a cabo el intercambio de información y planificación sobre problemáticas del centro?
- 7-¿Considera al trabajo interdisciplinario como una estrategia de intervención? ¿Por qué?
- 8-¿Qué es la comunidad?
- 9-¿Qué importancia tiene el trabajo comunitario para la intervención profesional?
- 10-¿Qué beneficios y obstáculos genera trabajar en comunidad?
- 11-¿Qué les deja los talleres a partir de su intervención y los cambios que notaron?
- 12-¿Cómo se sistematizar o recupera la información adquirida a partir de la intervención profesional?
- 13-¿Qué aporte brinda el trabajador social al equipo interdisciplinario, a la intervención profesional y a la comunidad?

Descripción de las entrevistas:

Se ha realizado durante nuestra investigación entrevistas a los siguientes actores sociales que forman parte del grupo profesional de los tres Centros de Atención Primaria de la Salud que hemos utilizado para dicha investigación.

Se los ha denominado con una letra, para resguardar su identidad. Las letras refieren a las siguientes profesiones:

E: enfermero

AS: agente sanitario

TS: trabajador social

MG: médico generalista

P: psicopedagoga

Las entrevistas como se ha mencionado se realizaron en los lugares de trabajo de cada uno de los profesionales, la mayoría se llevaron a cabo en los CAPS y otras en los servicios de cada profesional en el Hospital.

Algunas entrevistas se realizaron de manera simultánea por la escasez de tiempo y la dinámica misma de los entrevistados. Recordemos que las entrevistas se realizaban en su lugar de trabajo, a esto referimos con la dinámica.

En cuanto a las entrevistas que no han sido completadas, uno de los principales motivos era el tiempo disponible para realizar otro encuentro, asimismo como se ha mencionado en la introducción y como se puede observar en el documento escrito de “La Movilidad Estudiantil”, se ha realizado varias actividades para conocer el funcionamiento del hospital y de esta manera centrarnos en cómo funciona el CAPS y conocer algunos profesionales que trabajan tanto en el Hospital como en CAPS.

Bibliografía

- ANDER-EGG, EZEQUIEL Interdisciplinariedad en Educación. Edit. Magisterio del Río de la Plata, Buenos Aires, 1999.
- ANDER-EGG, EZEQUIEL & ROBERTO FOLLARI, “Trabajo Social e Interdisciplinariedad”, Lugar de edición: Buenos Aires, Editorial: Humanitas, 2da edición, año 1998.
- AQUÍN, NORA. “La especificidad del trabajo social y la formación profesional”. Encuentro Académico Nacional de F.A.U.A.T.S, Federación Argentina de Unidades Académicas de Trabajo Social. Buenos Aires. Editorial Espacio, 1996.
- BARRETO, J. “La promoción de la salud en las ciudades”. En: Barreto, J. (coord.) Ciudades y pueblos saludables. Lineamientos por la promoción de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador. Quito, Gobierno del Ecuador, 1996.
- BAUMAN ZYGMUNT. “Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil”. Primera Edición Argentina, julio de 2003: Siglo XXI de Argentina Editores.
- CALIENNI MÓNICA, MARTIN ANA MARÍA & MOLEDDA MARCELA. “Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina”, *Plaza Pública*, Nº 2, (2009)
- CARBALLEDA, ALFREDO J. La Intervención en lo Social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- CARNEVALLI, MARCOS. “Compartiendo notas”. El trabajo social en la contemporaneidad. Buenos Aires. Editorial: UnLa. 2008.
- CASTRO, ROBERTO, “Hacia la Interdisciplina”. Editorial Ciencias Sociales y Ciencias de la salud, S/F.
- CAZZANIGA, SUSANA. “Hilos y Nudos: la formación, la intervención y lo político en el trabajo social”. 1ª Ed. Buenos Aires. Espacio Editorial, 2007.
- COLETTI, M. & LINARES, J. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Barcelona, México, Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Declaración de ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, ALMA-ATA, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- EROLES, CARLOS. “Glosario de temas Fundamentales en Trabajo Social”, 1era Ed. Editorial Espacio. Buenos Aires. Año 2005

- ESPOSITO, ROBERTO. *Communitas: origen y destino de la comunidad*. 1º ed., 2º reimp. Bs. As.: Amorrortu, 2012
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Río de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- GOMIZ GOMIZ, JOSÉ ANTONIO & MALDONADO, MIRIAN RUTH. "A Alberto Dal Bó. 'Hay un campo de dimensiones enormes para sembrar criterios de cambio en salud'". *Rev. Pilquen*. (14), Viedma ene. /jun. 2011.
- IAMAMOTTO, MARILDA. *La metodología en el servicio social: Lineamientos para el debate*. Marilda Iamamoto en *Metodología y servicio social*. Hoy en debate. Cortez ed. San Pablo, Brasil. Año 2000.
- LIVSZYC P, (octubre 2005) *Ciencias Sociales*, Revista de la Facultad de Ciencias Sociales N° 60/ UBA, "*Mala Salud. La desarticulación de un sector vital*"
- LÓPEZ, SUSANA P. (2005). "*Consejo Local de Salud (C.L.S) Ley 2.570/92: ¿Un espacio de participación ciudadana?*" (Tesis doctoral inédita). Centro Universitario Regional Zona Atlántica Lic. en Cs. Políticas. UNCo.
- MATUS, CARLOS, "Teoría de los Juegos Social". Los nueve juegos del Poder, Parte III, Sesión 8. Colección de planificación y Políticas Públicas. Ediciones de la UNLA. Argentina. 2007
- MATUS SEPÚLVEDA; TERESA. "Propuestas contemporáneos en Trabajo Social: hacia una intervención polifónica" Editorial Espacio. Argentina .2002.
- Ministerio de Salud Río Negro (junio 2014) *El Derecho a la Salud en Río Negro*. Sistematización de las líneas de trabajo en salud, etapa 2014-2015. XII Jornadas Provinciales de Atención Primaria de la Salud, desarrolladas en Allen junio 2014. Allen.
- MORIN, EDAGAR, "Sobre la interdisciplinariedad", *Centro Internacional de Recherches e Etudes Transdisciplinaires*, Publicado en el Boletín N ° 2, (2005)
- MORIN E., ROGER CIURANA E. y MOTTA R., (2003). *Educación en la era planetaria. El pensamiento complejo como Método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana*. Co-editado por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, por Instituto Internacional para el Pensamiento Crítico, por la Universidad del Salvador y por la UNESCO.
- ROZAS PAGAÑA, MARGARITA "Una perspectiva teórico metodológica de la intervención en trabajo social" Buenos Aires Ed. Espacio, 1998.
- SABINO, CARLOS. "Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos". Buenos Aires. Lumen-Humanitas. 1998. Cap. 4.

- SOTO, JARILLO EDGAR C. & GUINSBERG ENRIQUE “Temas y Desafíos en Salud Colectiva”. 1ª Ed. Bs. As. Lugar Editorial, 2007.
- SPINELLI, HUGO & asociados. III Jornadas de Atención Primaria de la Salud, IV Jornada de Atención Primaria de la Salud I de Medicina Social. Ed. Asociación de médicos residentes del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez. Bs. As, 1989.
- STOLKINER, ALICIA. La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Diplomada en Salud Pública. Docente en la Cátedra II de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología, U.N.B.A. Buenos Aires. Publicado en El Campo Psi. Abril 1999.
- TESTA, MARIO. “Pensar en Salud”. Lugar Editorial, 07 de mayo 1998.
- TORRES, RUBÉN. Atención de Primaria de la Salud. Nuevas Dimensiones. Ed. ISALUD N° 3, enero 2001.
- WILNER ALEJANDRO & STOLKINER ALICIA. “Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur- Red ISSS”. Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Mayo 2007.
- ZAYLÍN, BRITO LORENZO. Educación popular, cultura e identidad desde la perspectiva de Paulo Freire. *En publicación: Paulo Freire. Contribuciones para la pedagogía. Moacir Godotti, Margarita Victoria Gómez, Jason Mafra, Anderson Fernandes de Alencar (compiladores).* CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Enero 2008. ISBN 978-987-1183-81-4.

Sitios Web:

- ALFREDO JUAN MANUEL CARBALLEDA. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. (Consultado 23/02/15)
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
- BANG, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399 (Consultado 25/02/17)
- DENISE, NAJMANOVICH. Interdisciplina. Arte y Riesgo del Arte Dialógico. <http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/Interdisciplina%20-%20Najmanovich.pdf> (Consultado 25/02/15)

- GOMIZ-GOMIZ & MALDONADO. “¿Con vocación universalista? La Construcción de un Sistema de Salud Río Negro”.
<http://docplayer.es/5292523-Con-vocacion-universalista-la-construccion-de-un-sistema-de-salud-en-rio-negro-antonio-gomiz-gomiz-mirian-maldonado-introduccion.html> (Consultado 5/04/16)
- HERÁCLITO.<https://filosofiadelaacaracas.wordpress.com/heraclito-de-efeso/> (Consultado 02/01/17)
- OMS. <http://www.who.int/es/>. (Consultado 28/08/16)

Otras Fuentes consultadas:

- Ley N° R 2.750, ley de Salud Pública de Río Negro [http://www.legisrn.gov.ar/DIGESCON/detallado_dig.php?ejecutar=DOCU.ASIENTO%3D1993010007&tablas=dgnorma+as+DOCULEGISLATURADERIONEGRO\(FUENTE\)_](http://www.legisrn.gov.ar/DIGESCON/detallado_dig.php?ejecutar=DOCU.ASIENTO%3D1993010007&tablas=dgnorma+as+DOCULEGISLATURADERIONEGRO(FUENTE)_) (Consultado 5/04/16)
- Ministerio de Salud de Río Negro, http://www.salud.rionegro.gov.ar/sala/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=22. (Consultado 28/08/16)