Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2015

Equipos de trabajo y actores involucrados en la estrategia de Atención Primaria de la salud. Miradas y perspectivas

Pérez, Marina Lujan

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/135

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Licenciatura en Servicio Social

"Equipos de trabajo y actores involucrados en la estrategia de Atención Primaria de la salud. Miradas y perspectivas".

Alumna: Marina Lujan Pérez

Directora: Silvina Mabel Elichyribehety

Co Directora: María Inés Zuloaga

Agradecimientos

Este camino del trabajo social que comenzó el primer día en la facultad, lo he transitado vivenciando cierres y aperturas, bienvenidas y despedidas, casamientos, cumpleaños, llegadas gloriosas y tristes partidas.

Quiero agradecer a Paula Meschini quien me recomendó a mi directora de Tesis Silvina Elichirbehety. Estaba tan cerca que no la había visto, y sin dudas fue un hallazgo. Su enorme generosidad intelectual, seriedad, dedicación, comprensión (muchísima) y confianza, hicieron posible una nueva versión de mi misma en esta profesión.

El día a día del quehacer profesional, estuvo referenciado y acompañado por mí, primero supervisora institucional, y luego codirectora Inés Zuloaga. Su impronta incansable es un ejemplo y la profunda valoración de mi trabajo, forjo una autoconfianza que me permite crecer día a día, desde la libertad y el respeto por esta profesión.

Este logro que parece individual, no hubiese sido posible sin el apoyo incondicional de mis seres queridos.

A mis amigas de la facultad, quienes enriquecieron este trabajo desde debates arduos y risas imparables. A mis amigas de la escuela y de la vida que siempre creyeron en mí y supieron comprender mis frustraciones cuando los tiempos se extendían.

A mi familia política que vivió muy de cerca este proceso, y colaboró activamente en el cuidado de mi hijo, permitiéndome los espacios necesarios para desplegar todo lo que uno necesita.

A mi mama, mi hermana y hermano, junto a quienes hemos construido un muro inquebrantable y que en esta oportunidad, nos reúne la alegría, a pesar de los obstáculos.

A Seba, mi amor. Sin tu confianza, paciencia y tolerancia todo hubiese sido más difícil. Gracias por haberme permitido el privilegio de ser madre y poder compartir este logro junto a Juan Martin. Y a Panchita por qué no, horas interminables paso a mi lado haciéndome compañía. Este logro es familiar, absolutamente.

A mis ángeles, Abuelo Antonio, Tío Luis, Abuela María y Papa Cacho, sé que sonríen junto a mí.

Por último, gracias a todos los docentes de la carrera que con su aporte hicieron intenso y motivador, el proceso de formación.

A todos: muchas gracias

INDICE

"EQUIPOS DE TRABAJO Y ACTORES INVOLUCRADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. MIRADAS Y PERSPECTIVAS". 1

AGRADECIMIENTOS 2

INTRODUCCIÓN 7

CAPITULO1 11

ASPECTOS METODOLÓGICOS 11

1.1 Antecedentes y justificación 12

1.2- Fundamentación..... 16

1.3- Problema de investigación 17

1.4- Objetivos 17

1.5- Enfoque y Estrategia metodológica..... 18

1.6- Unidad de Análisis..... 21

1.7- Diseño de los instrumentos de recolección de datos y formas de registro..... 22

CAPÍTULO 2 24

MARCO CONTEXTUAL 24

2.1 Conferencia de Alma Ata..... 27

2.2 Programa Médicos Comunitarios y su actuación en los centros de salud. 29

2.3 Políticas públicas y APS. 30

2.4 Contexto local y estrategia de APS. 33

2.5 Territorio. Población usuaria y dinámicas de los servicios de salud. 35

CAPITULO3 38

MARCO TEÓRICO 38

3.1-Campo salud y modelo medico hegemónico..... 39

3.2- El positivismo en la construcción de espacios de salud 41

3.3- Medicina compleja y APS 47

3.4- Representaciones sociales y Función enunciativa. Implicancia en la construcción de espacios de salud. 48

3.5- El discurso como espacio de enunciación y su despliegue como práctica discursiva. 50

3.6- Las lógicas colectivas en el proceso de construcción discursiva. 52

3.7- Trabajo social y su especificidad en el campo Salud. 54

TRABAJO DE CAMPO. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS 59

CAPÍTULO 4 60

ESCENARIOS, PROCESOS, DINÁMICAS Y ACTORES QUE ACTÚAN E IMPACTAN EN EL DESPLIEGUE DE CONTEXTOS DE APS. 60

4.1 Descripción del contexto de investigación 61

4.2- Dimensión político administrativa municipal y su impacto en la estrategia de APS 63

4.3- Coordinación de espacios de salud en relación al paradigma de APS 66

4.4- Mirada epidemiológica en contextos de APS 69

4.5- Dinámicas expulsivas como obstáculos para el despliegue de contextos de APS 70

4.6- Positivismo y APS 72

4.7- Dinámicas migratorias y su impacto en la estrategia de APS. 75

CAPÍTULO 5 79

EL TRABAJO EN EQUIPO COMO ESTRATÉGICO EN EL ENFOQUE DE APS . 79

5.1- Impacto de la propuesta de la realización de reuniones de equipo. 83

5.2- Construcción del espacio de reunión de equipo como refuerzo de la estrategia de atención primaria. 87

CAPÍTULO 6 90

PRACTICAS DISCIPLINARES PRESENTES EN ACTORES DEL EQUIPO, EN RELACIÓN AL PARADIGMA DE APS. 90

CAPÍTULO 7 102

TRABAJO SOCIAL EN CONTEXTOS DE APS. 102

7.1- Trabajo social en contextos de APS..... 103

7.2- Presencia, tránsito y circulación del trabajador social en las dinámicas cotidianas de APS. 103

7.3- Construcción de la demanda de actuación del trabajador social en ámbitos de APS 104

7.4- Modalidades de actuación en contextos de APS 105

CAPÍTULO 8 109

CONCLUSIONES..... 109

BIBLIOGRAFIA……116

Introducción

La temática que convoca este trabajo se relaciona a las miradas y perspectivas que expresan los miembros de los equipos de salud en contextos de aps, en relación a la atención primaria de la salud como paradigma de atención de la salud.

La fundamentación del presente trabajo se presenta en el capítulo I. El propósito es explorar aquellas expresiones que circulan en los espacios de aps y en ámbitos relacionados, a los fines de describir los procesos de construcción de dicho paradigma. Los agentes del campo salud (Bourdie 2000) son los responsables de sustentar y dar forma a estos procesos, a través de sus prácticas. El enfoque se realiza sobre las prácticas de los miembros de los equipos de los centros de salud, aunque también se analizan prácticas de agentes del ámbito hospitalario que interactúan con los escenarios de aps y hacen a la construcción del concepto de atención primaria como alternativa al modelo medico hegemónico.

La mirada del trabajador social sobre dichas expresiones, se fundamenta en su actuación, como un miembro del equipo que intenta una mirada superadora de visiones reduccionistas del proceso salud enfermedad. Por su propia especificidad, la atención de la problemática del paciente conlleva una impronta compleja para establecer estrategias de actuación. Apelando a la mirada o intervención de otros miembros del equipo, para la resolución de los conflictos. En estas dinámicas, podrían vislumbrarse intentos de un abordaje interdisciplinario. Es por eso fundamental para el trabajador social, advertir cuales son las concepciones que circulan entre los miembros del equipo de salud respecto al

modelo de aps, a los fines de conocer los escenarios en donde va a desplegar su quehacer cotidiano.

En cuanto a la estrategia metodológica, se hacer referencia a la elección de una metodología cualitativa que permita dar cuenta del sentido que los sujetos le dan a sus prácticas, a partir de un abordaje etnográfico que posibilita abordar la experiencia de los sujetos en contextos de investigación, siendo el propio investigador parte del mismo, configurándose su actuación en el marco de un trabajo de campo. Esta elección se fundamenta en el hecho de que, quien realizo este trabajo, forma parte de los equipos de salud, habiendo advertido a los mismos acerca de los objetivos de la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el marco contextual, intentando dar cuenta de los marcos legales y jurídicos, en el plano nacional e internacional, que sustentan al paradigma de APS. A su vez se hace mención a los procesos históricos nacionales que configuraron a la salud como un derecho y a la aps como propuesta sanitaria, desde la salud pública.

Por otro lado, hace al marco contextual, la mirada sobre los escenarios locales. Explicando desde variables como el territorio y la población, el despliegue de los contextos de aps en la ciudad de Villa Gesell.

El capítulo III configura el marco teórico del presente trabajo. En el mismo se desarrollan conceptos que hacen al abordaje de los escenarios como el concepto de campo y agentes. A su vez, se desarrollan propuestas que hacen a la construcción de concepciones acerca de la atención primaria de la salud, haciendo

mención al concepto de representaciones sociales, discurso, práctica discursiva y función enunciativa y lógicas colectivas. También se proponen dos miradas antagónicas de salud como argumentos de distintas posiciones al interior de dicho campo, estas se corresponden al positivismo como sustento del modelo medico hegemónico y como contraposición la medicina compleja más orientada al modelo de aps. A su vez se hace referencia a un posicionamiento teórico que sustenta la actuación del trabajador social en contextos de aps.

El capítulo IV hace referencia a los procesos, dinámicas y actores que impactan en el despliegue de contextos de aps. Estableciendo para ello el análisis de variables como las instancias político administrativas locales que se constituyen como ámbitos decisionales e impactan en la cotidianeidad de los ámbitos de aps. Las dinámicas migratorias como una característica peculiar de la localidad que motivan a la reconfiguración constante de estrategias de atención de la problemática, desde diversas instancias. Distintas miradas del proceso salud enfermedad que se presentan simultáneamente en los escenarios investigados como el positivismo y la impronta epidemiológica y el análisis de determinadas dinámicas que se evalúan como expulsivas, atentando en pos de la construcción de un modelo de aps.

En el capítulo V se desarrolla el análisis de diversas dinámicas de trabajo cotidiano que se relaciona al trabajo en equipo o que obstaculizaron el despliegue del mismo. Argumentándose dicho análisis en la idea de que el trabajo en equipo se configura como estratégico para un modelo de aps.

En el capítulo VI se presentan las miradas, creencias y perspectivas que fueron observadas en algunos agentes según diversas disciplinas, en el contexto de investigación e interpretadas como facilitadoras u obstaculizadoras de procesos de aps.

En el capítulo VII se hace referencia a la actuación del trabajador social con contextos de aps. Intentando dar cuenta de la complejidad en el abordaje de la problemática del paciente y la diversidad de actividades que configuran la estrategia de actuación. Destacando a su vez, su papel estratégico en este escenario, no solo por la mirada compleja del proceso salud enfermedad para la comprensión de la problemática del paciente, sino por el abordaje complejo en la estrategia de actuación que promueve dinámicas facilitadoras del trabajo interdisciplinario.

Capitulo1

Aspectos metodológicos

1.1 Antecedentes y justificación

El concepto de atención Primaria se instala en la escena global desde la Conferencia De Alma Ata, proponiendo un modelo integral de la atención de la salud. Sin embargo este acontecimiento se originó en un escenario mundial marcado por la Guerra Fría. Simultáneamente había comenzado la crisis de mediados de los 70, que derivaría en las propuestas de transformación pro-mercado de las sociedades capitalistas, y en una variación del modelo de relación entre estado, mercado y sociedad civil. Desde este punto de vista, la estrategia de APS enunciada en Alma Ata, reflejaba más el ideario de un período que se cerraba, el de los estados sociales, y habría de ser reabsorbida y reinterpretada en el marco de las propuestas de reforma del estado y sus funciones, hegemónicas en las décadas siguientes (Vilner y Stolkiner 2007).

Los enunciados de Alma Ata en este sentido, promovieron un marco de referencia para las diferentes sociedades respecto a sus propios modelos de atención de la salud. En un contexto mundial de avance del mercado por sobre las funciones del Estado como modelo, la Atención Primaria quedo subsumida a una mirada utilitarista de reducción de costos, implementada bajo medidas asistenciales y emergentes, relegada a los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Alejándose así del paradigma integral que la propicio y de la noción de salud como derecho, para delegar la responsabilidad del Estado a la sociedad civil. Esta premisa se reflejó en el encuentro de la Fundación Rockefeler donde se promovió el concepto de Atención Primaria selectiva. Esta incorporaba como fundamento la bondad del subsidio a la demanda en lugar de la oferta creando la

posibilidad de producir ganancia privada a partir de fondos sociales, un objetivo claro de las reformas de políticas sociales del periodo, y se reducía la atención primaria a la prestación de servicios sociales mínimos o esenciales (Vilner y Stolkiner 2007).

Sin embargo, el siglo XXI, genero una revisión crítica de los resultados de las diferentes reformas que se llevaron a cabo durante los veinte años anteriores. Uno de los paradigmas que se cuestionó fue el de Atención Primaria y los modelos de salud propuestos en general, ya que en términos de salud de las poblaciones, ésta no había cumplido con los objetivos propuestos. Situación propiciada por las profundas inequidades sociales que se gestaron en este periodo. Ante este panorama, la reconceptualización de la Atención Primaria fue impulsada por la formulación de los Objetivos del Milenio por las Naciones Unidas, promoviendo un proceso de discusión que culminó con la propuesta de Renovación de la APS plasmada en agosto de 2005, en el documento “Renovación de la Atención primaria de la Salud en Las Américas” (OPS 2005). Este postula a la APS como una herramienta útil para afrontar los desafíos actuales en términos de salud y propone privilegiar enfoques universales, integrales e integrados de atención de la salud, a la vez que enfatiza la conceptualización de la APS como la base del sistema de salud. Este posicionamiento dio lugar a lo que se denomina enfoque de salud y derechos humanos.

En la Argentina el concepto de atención primaria se desarrolló según los diferentes modelos de Estado que han originado diversos modelos de políticas en salud.

Los primeros antecedentes de tratamiento de la salud desde instancias públicas datan del siglo XVI. Los Reyes de España, herederos de la tradición cristiana de cuidado a los enfermos, mandaron a construir hospitales en todos los poblados de españoles e indios, con lo que nacieron los primeros de América y Argentina (Barragán 2007).

Desde la Fundación del Estado nacional hasta 1945, conforme a las funciones desde un modelo liberal clásico, la salud era considerada un problema privado, el estado intervenía para cuestiones de saneamiento y atención de los indigentes, combinando la acción con entidades filantrópicas. Esta situación se mantuvo hasta el advenimiento del Peronismo en 1945, en el cual se creó el Ministerio de Salud y se definió la salud como un problema público y responsabilidad del estado. En este periodo se organiza un sistema de salud que se extiende en todo el país y que se vincula a su vez, a otras iniciativas del estado, entendiendo a la salud como un concepto complejo que agrupa diversas cuestiones.

En el sistema de salud coexisten tres subsectores:

- El estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, provincias y/o municipios.
- El de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores.
- El privado. En éste último se encuentran variedad de entidades prestadoras y las empresas de medicina pre-paga.

Es el Ministerio de Salud de la Nación, el ente regulador máximo seguido por los Ministerios provinciales y sus dependencias. Sin embargo, esta fragmentación favorece la falta de articulación y coordinación, no solo en lo relacionado a la financiación, a la calidad y el tipo de prestaciones, sino a la ausencia de un paradigma integral de atención.

La APS, se ha configurado como una estrategia más relacionada al sistema público. Como antecesores de este nivel de atención podemos destacar a la Asistencia Pública en la Ciudad de Buenos Aires a principios de siglo XX, como un dispositivo de atención ambulatoria no hospitalario, y algunas experiencias de que sirvieron de prototipo, como los centros de salud abiertos en el contexto de la política de expansión del subsector público encarnada por el Dr. Carrillo.

De todas maneras, y como decíamos anteriormente, el panorama ha sido muy heterogéneo, con provincias y municipios con gran desarrollo del 1º nivel de atención, algunos con adscripción a la estrategia de APS y otros desarrollándose simplemente como un nivel de atención con escasa o nula articulación con el resto del sistema de salud (Vilner y Stolkiner 2007).

En la última década, el Estado ha implementado diversas políticas públicas de salud tendientes a fortalecer la estrategia de atención primaria. Una de ellas fue la creación del Programa Médicos Comunitarios que tiene como objetivo la conformación de equipos de salud con una perspectiva integral de atención de la salud de la población. Sin embargo, no todos los equipos están conformados con actores que pertenezcan a esta iniciativa o que promuevan esta mirada. Dependiendo cada dinámica de la formación y perspectiva individual de cada uno de sus miembros, no siendo muchas veces, coincidente con un modelo de

atención integral. Esta situación, favorece a la conformación del siguiente escenario:

- la conceptualización de la atención primaria como mera “puerta de entrada” o primer nivel de atención al sistema de salud
- la mera descentralización de la demanda de los hospitales a entidades periféricas
- reafirmación de la visión medico hegemónica del concepto de salud como la ausencia de enfermedad, subestimando la importancia de la atención primaria como estratégica en la atención de la salud
- fortalecimiento del prejuicio que adjudica a la atención primaria solo a la atención de las poblaciones más desfavorecidas
- ausencia o presencia débil de dinámicas de equipo que fortalezcan la estrategia de APS

1.2- Fundamentación

La conformación de equipos de trabajo es una acción concreta orientada hacia una visión estratégica de la atención primaria. En este contexto, son las personas que conforman los equipos de salud, quienes cotidianamente producen prácticas en un quehacer específico. De este modo, actúan en la estrategia de Atención Primaria, como ejecutores de determinadas lógicas de acción. Por ello, es fundamental para el trabajador social, conocer las significaciones que atribuyen los integrantes del equipo de trabajo, al concepto de Atención Primaria. Pudiendo identificar en ellas, lógicas que le dan sentido y analizarlas en términos de que puedan favorecer o no, al proceso de Atención Primaria Integral.

1.3- Problema de investigación

Se abordará el conjunto de significaciones y prácticas que se han instalado en los equipos de APS de la localidad de Villa Gesell en el período comprendido entre marzo del 2013 y marzo del 2014.

1.4- Objetivos

Objetivo General

Analizar las prácticas y significaciones construidas por los miembros de los equipos de salud de Atención Primaria

Objetivos específicos

- Describir los escenarios organizacionales.
- Analizar los obstáculos y oportunidades que se presentan en el trabajo cotidiano de los equipos.
- Analizar adherencias y resistencias en relación al trabajo en equipo.
- Explorar las prácticas disciplinares que trascienden las improntas y encargos profesionales tradicionales, en relación al paradigma de APS.
- Profundizar acerca de la actuación profesional del Trabajo Social en contextos de APS.

1.5- Enfoque y Estrategia metodológica

En razón de los objetivos de conocimiento de nuestro interés, la presente investigación se enmarca dentro de la metodología cualitativa de tipo exploratoria, que intenta abordar las significaciones y prácticas implementadas por los equipos de Atención Primaria de la localidad de Villa Gesell y cómo estas han impactado en la construcción de un dispositivo de atención primaria integral.

Ampliando la propuesta metodológica de Investigación Cualitativa, se hace mención a las características de la misma, elaboradas por la Dra. Vasilachis. Esta autora afirma que esta metodología se interesa en la forma en que el mundo es comprendido, experimentado, producido, por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos y significados. También aclara cuestiones de método, sosteniendo que la investigación cualitativa es interpretativa, inductiva y multimetódica, centrándose en un proceso interactivo en que el intervienen el investigador y los participantes. Respecto a los propósitos de la misma, hace mención a que tiene como finalidad descubrir “lo nuevo”, proveer nuevas perspectivas sobre lo que se conoce, explicar y construir (Vasilachis 2005).

Para la realización del presente trabajo se llevó adelante un proceso de investigación utilizando el método etnográfico para el abordaje del contexto. Este enfoque, siguiendo a Guber (2011), intenta producir conocimiento social apelando a la comprensión de los fenómenos sociales, según las significaciones, que los

actores le atribuyen a los mismos. Intenta comprender cuál es el sentido que los agentes le atribuyen a sus prácticas. Para dicho propósito lleva a cabo una inmersión en la vida cotidiana de los sujetos, con la intención de participar en las dinámicas de la misma. Este acercamiento se lleva adelante a través de lo que se denomina trabajo de campo, propiciando la impronta de "estar ahí", en la trama cotidiana de los sujetos (Guber 2011).

La autora también aporta acerca de la necesidad de someter a un continuo análisis las tres dimensiones de la reflexividad que están permanentemente en juego en el trabajo de campo:

> La reflexividad del investigador en tanto miembro de una sociedad o cultura; la reflexividad del investigador en tanto investigador, con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus *habitus* disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población que estudia (Guber 2011 pag.:46).

El trabajo de campo se enmarca en la estrategia metodológica etnográfica (Guber 2011) la que consiste básicamente en la inmersión del investigador en la vida de los sujetos para la observación de dinámicas cotidianas de los mismos. El presente trabajo se realizó a partir de la experiencia en el ámbito de trabajo de dos equipos, que se despliegan en el contexto de atención primaria, siendo resignificada en el marco de los objetivos del presente trabajo.

Es preciso destacar que, quien llevo adelante el presente trabajo, formo parte a su vez de ambos equipos de salud. En un primer momento como Promotora de Salud en el marco del Programa Médicos Comunitarios, y luego desde la disciplina del trabajo social, supervisada por una licenciada en Servicio

Social. El periodo seleccionado fue marzo 2013 a marzo 2014. La concurrencia a las entidades, fue de tres veces por semana, en una de ellas y una vez por semana en otra, en el horario de 8 a 12.

En relación a lo anteriormente expuesto, fue inevitable la aplicación de la técnica de obtención de información denominada observación participante, valorizando la presencia directa del investigador en el contexto de investigación. Haciendo referencia a la constitución de fuentes significativas a partir del registro de diversas actividades que se desplegaron en la dinámica cotidiana de ambas entidades. Estableciendo un modo de registro de la información, siendo este explicitado y reconocido por los sujetos involucrados (Guber 2011).

> En diversas reuniones de equipo en ambas entidades la estudiante de Trabajo Social tomo nota en su cuaderno de campo, de algunas expresiones que producían algunos miembros. Esta práctica era explicitada en ese mismo momento como un modo de registro, en el contexto de esos encuentros, en los cuales se obtenían insumos para el trabajo final. Dando cuenta a su vez del tema y objetivos del trabajo.

El universo estuvo conformado por los cuatro centros de APS de la localidad de Villa Gesell. Este universo dio paso a la selección de una muestra oportunista (Valles, 2000) basada en la selección de fuentes (Marradi, 2007: 222) que:

- Proporcionen la información más relevante para la investigación
- Resulten más accesibles física y socialmente
- Estén más dispuestos a cooperar brindando información al investigador
- Entre ellos, los que son más capaces de comunicar la información de interés con precisión.

Estas premisas fueron concretadas fundamentalmente en dos escenarios que explicitamos a continuación como la muestra oportunista dada en esta investigación, que detalla las organizaciones a las que se accedió y los actores que en ella circulan.

Los mismos están distribuidos en zonas periféricas según los puntos cardinales norte y sur, en cada extremo de la ciudad. A los efectos de sostener el anonimato y salvaguardar la confidencialidad de la investigación los testimonios y observaciones que se detallan en el presente apartado serán denominados con nombres de fantasía como A y B.

1.6- Unidad de Análisis

Se tomarán como unidad de análisis a los profesionales y actores que conforman dos, de los cuatro equipos de trabajo de los centros de atención primaria de Villa Gesell. Los que concretamente están conformados por:

- 1 médica
- 1 enfermero
- 1 administrativa
- 1 pediatra
- 1 psicólogo de adultos
- 1 psicóloga de niños y adolescentes
- 1 estimuladora temprana (Su asistencia corresponde a un convenio de la dirección General de escuela con el área de salud).

- 1 trabajadora social
- 1 estudiante de Trabajo Social

1.7- Diseño de los instrumentos de recolección de datos y formas de registro.

En lo que respecta a la construcción de instrumentos de recolección de datos, se utilizaron herramientas que se vinculan al método etnográfico. Las técnicas implementadas fueron la observación participante y la entrevista etnográfica.

Observación participante: Se consideró propicia esta técnica, en virtud de que paralelamente quien propone este trabajo, es a la vez miembro del equipo de salud del centro de atención primaria. En este caso específico, la participación es "total", teniendo en cuenta que el campo que se selecciona es un referente de la cotidianidad del investigador (Guber 2011).

La aplicación de esta técnica involucra actividades muy disimiles. En este trabajo se relacionan a la observación de discursos y prácticas que se despliegan en distintos escenarios que hacen al despliegue cotidiano de la estrategia de atención primaria, expresiones de los actores involucrados, construcción de los discursos, análisis de documentos escritos, conversaciones relacionadas a pacientes o a temáticas generales en donde se expresaran opiniones acerca de alguna cuestión que hacía al objetivo de este trabajo, reuniones de equipo, normas, disposiciones, maneras de hacer y de pensar, coreografía general de los miembros del equipo.

Entrevista etnográfica: Se hace referencia a una relación social, en donde el entrevistador obtiene datos que se construyen en ese encuentro. Las normas que

lo generan son las mismas que se generan en una buena comunicación en sociedad, basta con que un sujeto entrevistador pregunte y otro sujeto responda (Guber 2011).

Los marcos en los que se desplego esta técnica fueron producto de las dinámicas cotidianas en las cuales transitaron miembros del equipo en el encuadre de la atención primaria. Reuniones de equipo planificadas, encuentros entre miembros del equipo para tratar temáticas relacionadas a algún paciente, diálogos informales entre los miembros del equipo, diálogos informales que algún miembro del equipo mantuvo con pacientes en sala de espera, conversaciones entre pacientes en sala de espera, encuentros con referentes de la comunidad.

Los registros se confeccionaron según fuentes que se fueron constituyendo como significativas y datos que las mismas iban aportando, teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo. Este modo de registro se denomina “muestreo oportunista”:

> La conformación de la muestra es el producto de una combinación entre requerimientos del investigador y del informante. Dado que el informante es imprescindible, como también lo es su decisión de serlo para que la investigación pueda llevarse a cabo, la muestra de oportunidad surge de un contexto coproducido en cuyo seno se define "lo relevante" o "lo significativo" para la población en cuestión. Ello demanda del investigador una mayor apertura para detectar qué atributos son social y culturalmente relevantes, y cuáles no lo son (Guber 2004 pág.: 75).

Esta información recabada fue plasmada en un cuaderno de campo en el cual se registraron diversos sucesos. Este elemento a su vez, fue complementado por el estudio y el análisis de documentos.

Capítulo 2

Marco contextual

Según la concepción de salud presente en la sociedad, las personas en su conjunto, implementan acciones individuales y colectivas para promoverla y conservarla. Es por eso que resulta de la construcción social del proceso salud/enfermedad, donde actúan variables políticas, económicas, sociales y culturales.

En nuestro país, la salud es entendida como un derecho, garantizado tanto por la Constitución Nacional, como por tratados internacionales a los que esta adhiere. Por ende, la atención primaria, en lo referente a su construcción como concepto y a su despliegue en la práctica cotidiana, ha estado ligada a los diferentes enfoques que el concepto de salud ha ido adquiriendo a través de los años.

A nivel mundial diferentes países intentan unificar criterios para la atención de la salud, y es por ello que se establecen acuerdos a los que los Estados adhieren. Es el caso puntual de Argentina, la cual ha otorgado rango constitucional a diversos tratados y declaraciones. Esos proporcionan un aporte más a la construcción del concepto salud, de atención primaria, y al despliegue de determinadas políticas públicas por sobre otras. Desde el plano internacional se destaca la Declaración de los Derechos y deberes del hombre, que en su capítulo I especifica el Derecho a la preservación de la salud y el bienestar de esta manera:[1]

[1] Declaración de los Derechos y deberes del hombre. Cap. I. Derechos XI, Derecho a la preservación de la salud y al bienestar Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art. 25

> "[…] Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica [...]"

En el plano regional latinoamericano se hace referencia al concepto de salud desde una perspectiva amplia incorporando la capacidad decisional de las personas en el proceso salud enfermedad:[2]

> "[…] Se reconoce el derecho de toda persona al "disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental." «Salud» se entiende no solo como un derecho a estar sano, sino como un derecho poder controlar la propia salud y el cuerpo (…)"

En los textos anteriores el concepto de salud aparece ampliado a las nociones de bienestar y de nivel de vida adecuado. Sugieren la necesidad de esfuerzos de los Estados para mejorar las condiciones socio sanitarias de una sociedad que propicien ambientes saludables, y no solo se entiende a la salud como la ausencia de enfermedad. A su vez, se incorpora el nivel decisional de las personas en lo que respecta al control del propio cuerpo. Esto propone al sujeto como participe activo del proceso salud enfermedad.

Profundizando la idea anterior, se hace referencia a la propuesta de Floreal Ferrara, en la cual no solo aporta una conceptualización de salud, sino que la propone como resultante de la actuación del Estado en una sociedad:

[2] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Derecho a la salud Artículo 12 .2

> La salud es la solución del conflicto. No tiene nada que ver con esa definición como “completo estado de bienestar físico mental y social” que utilizábamos en aquellas épocas, surgida de los organismos internacionales de salud. Nuestra definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Y por otro lado, estoy convencido de que siempre que uno hable de salud, no hay perspectiva de otra salud que aquella que construye el Estado. No hay perspectiva de creer en la salud privada. La salud privada es un negocio mercantil para los ricos que la pueden pagar (Ferrara Floreal 2010).

2.1 Conferencia de Alma Ata

> “La atención primaria de salud es la atención sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con, métodos prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables” (Declaracion de Alma Ata. OMS 1978)

Este encuentro sentó las bases para la construcción de la estrategia de atención primaria en los diferentes países.

En cuanto al ámbito nacional, se puede mencionar al marco legal que da lugar al despliegue de ámbitos de salud como la Constitución, los tratados y Declaraciones que esta adhiere y un marco organizativo que regula las prácticas al interior del campo. Es el Ministerio de salud el órgano máximo regulador del cual se desprenden otras dependencias, así como los ministerios provinciales. Los municipios son los encargados de llevar adelante la estrategia de atención primaria. Teniendo como herramientas diferentes políticas públicas de salud que son propuestas por el Ministerio de salud de la Nación y el de cada provincia.

Con posterioridad a la crisis socioeconómica e institucional del 2002, se inició el trabajo organizativo del Sistema de Salud, y se estableció un nuevo

acuerdo entre las Provincias Argentinas y el Estado Nacional, donde se establece a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud como el eje del sistema. Siendo esto un intento de cambio de paradigma al interior del campo de la salud, el cual se ha caracterizado por ser hospitalocéntrico[3] y orientado a la atención de la enfermedad, más que a la promoción de la salud. A su vez, es un esfuerzo concreto para superar las diferencias regionales y unificar criterios en lo que respecta a la atención de la salud en el marco de estrategia de atención primaria.

Este acuerdo define a la APS como un concepto integral que incluye a todos los niveles de atención y propone la apertura de los ámbitos de salud hacia la población para un conocimiento amplio de esta en lo referente a los determinantes de salud, propiciando así, la comunicación, y el intercambio de saberes entre las personas y los agentes de salud.

Ampliando esta perspectiva, posiciona a la APS como prioritaria para la atención de la salud de la población, destinando fondos para actividades de prevención y promoción de la salud, y estableciendo acciones concretas y responsabilidades en la ejecución de las mismas. Propone a los municipios desde un rol activo en el proceso de políticas de salud pública de sus poblaciones.

> Se buscará que la imagen objetivo de los gobiernos municipales no se limite a garantizar acceso sino a alcanzar progresivamente las metas de un municipio saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable.

3 Este término se incorpora desde el campo de salud mental. Se considera apropiado para caracterizar a los ambitos decisionales al interior del campo salud, en cualquiera de sus niveles. Este modelo, se contradice con la idea de ubicar a la atención primaria en un lugar estratégico en el sistema de salud.

Incorpora la articulación con otros sectores del Estado y de la sociedad civil como participes necesarios para favoreces procesos de salud en la población:

> Esta integración surge de la necesidad de asociar el diagnóstico del paciente a las condiciones sanitarias de la comunidad en que vive, sus hábitos personales, sus actividades ocupacionales y las características del ecosistema. De esta manera, es posible trabajar sobre los factores de vulnerabilidad y riesgo socioambiental, tales como las condiciones sanitarias inadecuadas, la falta de acceso a agua potable, la deforestación, la pérdida de diversidad biológica, el deterioro de la calidad de aire en ciudades y en el interior de las viviendas, la exposición a sustancias químicas (...). Plan Federal de Salud.

2.2 Programa Médicos Comunitarios y su actuación en los centros de salud.

En el marco de este cambio de paradigma en la planificación de políticas públicas de salud, surge el Programa Médicos Comunitarios financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, como una política pública orientada específicamente a la Atención Primaria de Salud desde un modelo integral. El mismo está orientado, no solo a la conformación de equipos de salud, sino a la capacitación de los profesionales en esta perspectiva de APS como estratégica para la atención de la salud de las poblaciones.

Como un intento superador a la visión clásica de la salud entendida desde la ausencia de enfermedad, y siendo el único discurso autorizado para referirse a ella, el modelo médico, incorpora la figura del Promotor de Salud como un miembro del equipo de los centros de atención. Este agente de salud puede ser alguien perteneciente a la comunidad que aporte a la estrategia de APS, por su actuación en ella, teniendo la intención de favorecer el intercambio de saberes y la comunicación entre los equipos de salud y la comunidad donde este se despliega.

La dinámica del programa se organiza según tres componentes articulados entre sí:

- Actuación en sede orientada a: la atención de demanda espontanea, realización de talleres u otras actividades planificadas.
- Trabajo de campo: con el objetivo del conocimiento de la población de referencia del centro de salud.
- Instancias de formación: se establecen una frecuencia de talleres de asistencia obligatoria, destinados a la capacitación en la estrategia de APS.

Estos se dividen según los contenidos entre quienes son profesionales y aquellos que conforman los equipos como promotores.

A su vez, todos los miembros del equipo reciben un incentivo económico, y un título expedido por el Ministerio de Salud.

2.3 Políticas públicas y APS.

La estrategia de APS se despliega a través de un conjunto de políticas públicas que actúan como determinantes de salud para una población. Esta son a su vez, el marco para la ejecución de diversos programas que hace a la atención de determinadas problemáticas sociosanitarias. Las políticas de salud que se ejecutan a través de los centros de atención primaria son:

- Plan Remediar
- Plan Nacer
- Plan Sumar

- Programa de Salud reproductiva y Procreación responsable
- Programa Materno Infantil
- Programa para el control y detección de tuberculosis.
- Programa de Lucha contra el Retrovirus Humano
- Programa de Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente con Diabetes
- Programa de Prevención del Asma Infantil
- Programa de la Prevención de la Epilepsia
- Programa Médicos Comunitarios

Otras políticas relacionadas podrían ser aquellas vinculadas al régimen de previsión social, como por ejemplo:

- las pensiones por discapacidad
- la asignación universal por hijo (de hecho el Plan Nacer se desprende de esta).

Se destaca que los beneficiarios de dichas políticas no gestionan la inclusión en las mismas en las sedes de APS, aunque pueden requerir de alguna de sus prestaciones para acceder a los requisitos que las mismas exigen. A la vez que, desde el ámbito del trabajo social se puede asesorar o acompañar en la inclusión de algún paciente.

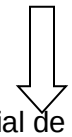
Se incluyen también aquellos programas y organismos de asistencia a la niñez y adolescencia que articulan con los servicios de salud:

- Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de los niños, niñas y Adolescentes.

- Centro Provincial de atención a las adicciones
- Programa Envión
- Programa Nidos (Actualmente no funciona)

Por otro lado, en la dinámica cotidiana de trabajo, se articula con la Secretaria de Acción Social, a los fines de garantizar el acceso por parte de los pacientes a determinados recursos que se consideran necesarios para atender necesidades de salud. Para ello, el municipio asigna recursos materiales y económicos, a través de dicha entidad. Los objetivos se orientan a:

Cubrir necesidades mínimas de nutrición

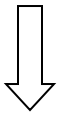


Programa Provincial de Asistencia Nutricional Familiar

Incluye alimentos secos.

Plan Mas Vida: Tarjeta de Débito emitida por BAPRO con un monto fijo destinado a la compra de alimentos y entrega de leche en polvo a embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y niños hasta los seis años.

Asistir nutricionalmente a pacientes con problemáticas de salud con necesidades especiales como diabetes, celiaquía, déficit nutricional asociado a alguna patología, lactancia artificial



Bono de compra de alimentos en un comercio local.

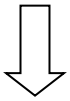
Incluye carnes, lácteos, frutas y verduras

Entrega de leche maternizada.

Asistir a pacientes que requieren de traslado a otras localidades para realizar algún tipo de tratamiento médico

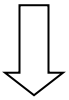
Gestión de pasajes de micro

Subsidio material para la refacción, ampliación de vivienda



A este beneficio se accede mediante la generación de expediente por mesa de entrada en edificio municipal

Asistir a pacientes sin cobertura de salud que requieren de algún tipo de prótesis u ortesis



Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad

2.4 Contexto local y estrategia de APS.

La ciudad de Villa Gesell se encuentra ubicada sobre la costa bonaerense y presenta una superficie de km2 285.000. Los datos del último censo publicados datan de una población de 31.814.

La localidad pertenece a la Región Sanitaria VIII, con sede en Mar del Plata. Comprende los municipios de: General Lavalle, Maipú, Partido de La Costa, Pinamar, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar

Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea, San Cayetano.

El municipio cuenta con cuatro centros de salud, tres de ellos distribuidos en diferentes zonas periféricas de la ciudad y uno ubicado en Mar Azul, localidad perteneciente al mismo. La coordinación del área de atención primaria es realizada por una médica generalista. Dependiendo de la Secretaria de Salud de la municipalidad de Villa Gesell. [4]

La denominación de los espacios de APS está configurada según la zona georeferencial:

Centro de Salud Norte

Centro de Salud Centro

Centro de Salud Sur

Centro de Salud Mar Azul

Los centros de salud cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por médicos generalistas, pediatras, psicólogo, trabajador social, ginecólogo, dermatólogo, enfermera, fonoaudióloga, administrativa. Se suman como servicios a la comunidad el de laboratorio y vacunación. Funcionan de lunes a viernes de 8 a 17, y exceptuando el servicio de pediatría para los controles de niño sano, a las demás prestaciones se accede por orden de llegada la entidad.

Es importante destacar que a su vez, los centros de salud trabajan articuladamente y de manera cotidiana con diversas instancias del hospital

[4] Durante el periodo que comprendió este trabajo la Secretaria de Salud fue el órgano municipal máximo respecto al ámbito salud, desplegando su oficina en el edificio municipal. Actualmente se fusionaron dicho ente y la dirección del hospital municipal en un espacio decisional conjunto, estableciendo su ubicación en la sede del nosocomio.

municipal. Estas pueden referirse a prestaciones médicas de cierta complejidad, solicitud y distribución de recursos materiales y humanos (por ejemplo pedido de enfermería o solicitud de turnos), trabajo en equipo con áreas específicas (servicio social, estimulación temprana, salud mental, otras).

Sin embargo, administrativamente, los centros de salud y el hospital no trabajan coordinadamente, permaneciendo como áreas separadas la dirección del hospital y la secretaria de salud. Esta situación suele generar algunos conflictos en lo que hace a la organización de la estrategia de atención primaria, dificultando la plena atención de los pacientes. Un ejemplo se evidencia en la falta repentina de enfermeros para los centros de salud, debido a que aquellos que trabajan en el hospital, no pueden cubrir cargos en los centros de atención. Esto llevo a que la Secretaria de Salud deba nombrar a sus propios enfermeros para garantizar la presencia regular de los mismos.

2.5 Territorio. Población usuaria y dinámicas de los servicios de salud.

La economía del partido de Villa Gesell depende en gran parte, de la actividad turística, que transcurre durante la temporada de verano en los meses de diciembre a marzo. Esta promueve diversas actividades económicas relacionadas al sector terciario y de servicio: hotelera, gastronómica, inmobiliaria, construcción y comercial. Evidenciándose la merma abrupta de oferta laboral durante los meses de marzo a noviembre.

Generalmente, por la enorme afluencia turística, durante los meses de verano, se requiere de mano de obra extra. La cual es proporcionada por migrantes internos o “trabajadores golondrinas” provenientes de las provincias de Santiago del Estero y Tucumán en su mayoría, y de países limítrofes como Paraguay y Bolivia.

Si bien muchos trabajadores retornan a su lugar de origen, los pertenecientes a las comunidades paraguaya y boliviana, suelen migrar con el objetivo de fijar residencia en la ciudad[5], dedicándose a la actividad de la construcción durante el invierno. Se suman a esta elección de residencia, personas provenientes del conurbano bonaerense.

La particularidad de esta situación, es que muchos de ellos no tienen garantizado una salida laboral inmediata o regular y necesidades básicas como el acceso a una vivienda digna, servicios urbanos, alimentación adecuada, etc. Esta última situación se evidencia en aquellas personas que ocupan terrenos de manera ilegal, desprovistos de todo tipo de servicio sanitario y urbano. Son los centros de salud y el hospital los que trabajan cotidianamente con este sector de la población que demanda recursos de diversa índole: materiales, económicos, médicos, asistenciales, etc.

Por la situación socioeconómica particular de este municipio, los servicios asistenciales y de salud evidencian una dinámica particular y compleja. Por un lado el Hospital municipal y el centro de salud Mar azul se ven con un notable incremento de la demanda durante la temporada estival. Resultando en la

[5] Radicaciones resueltas permanentes Delegación Villa Gesell periodo 2004-2014: 2698. Fuente: Dirección Nacional de Migraciones http://www.migraciones.gov.ar/

atención de un sujeto inesperado (Carballeda 2007) “turista” con cobertura de obra social y en su mayoría prepagas. Sujeto que es reemplazado durante los meses de marzo a noviembre por los obreros prestadores de servicios turísticos y residentes con nula cobertura de obra social.

En contrapuesto a lo anterior, los centros de salud ubicados en las zonas periféricas de Villa Gesell, presentan un escenario marcadamente diferente, reduciendo ampliamente la demanda en sus prestaciones, durante el verano e incrementándose en el invierno. Esta situación se produce por estar ubicados en zonas de la ciudad, donde las personas residen, en su mayoría de manera permanente. A su vez esta población pertenece a un grupo social asociado al trabajo precario, de escasa calificación laboral vinculado a la mano de obra de servicios turísticos estivales.

Por otro lado, finalizada la temporada, se incrementa nuevamente la demanda de todos los servicios de salud de atención primaria, de consulta ambulatoria y de guardia en el hospital, por parte de la población que reside de manera permanente en la ciudad.

Capitulo3

Marco teórico

3.1-Campo salud y modelo medico hegemónico

Cuando se utiliza el término “campo” para hablar del concepto salud, siguiendo a Bourdie (2002), se hace referencia a un espacio complejo de relaciones sociales interindividuales que interactúan en competencia y conflicto. Quienes interactúan en ese ámbito son llamados agentes. Se puede hablar de leyes generales para todos los campos, y leyes específicas que diferencia a un campo de otro. Lo que sí es posible aseverar, es que en todo campo existen luchas entre quienes tienen la posesión de aquel capital que está en juego y aquellos que buscan obtenerlo.

Esa lucha es la que genera los dinamismos al interior del campo respecto a las posiciones de sus agentes y es el que otorga especificidad al mismo.

Se puede decir que en el campo de salud, el bien simbólico que confiere poder a los agentes esta compuesto por las concepciones sobre salud y enfermedad, por la capacidad técnica de intervención sobre ellas y por el prestigio y el poder que el control político de dicho saber y dicha técnica producen, el cual conlleva directamente al status y al poder económico (Quevedo; Hernández; Eslava 2013). Este bien simbólico se evidencia en el reconocimiento de los pares, de los ámbitos académicos y de la sociedad.

La lucha por aquel capital se lleva delante a través de determinadas prácticas que según este autor se denominan habitus. Se entiende este concepto como un “sistema de disposiciones socialmente constituidas que, en cuanto

estructuras estructuradas y estructurantes son el principio generador del conjunto de las prácticas y de las ideología características de un grupo de agentes (Bourdie 2002).

Para comprender las dinámicas al interior del campo salud, es necesario abordarlo desde la interpretación de su estructura, concepto entendido como

> "(…) un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen en la luchas de la distribución de capital especifico que ha sido acumulado durante luchas anteriores y que orienta las estrategias ulteriores. Esta misma estructura, que se encuentra en la base de las estrategias dirigidas a transformarlas, siempre está en juego: las luchas que ocurren en el campo ponen en acción al monopolio de la violencia legítima (autoridad específica) que es característico del campo considerado, esto es, en definitiva, la conservación o subversión de la estructura de la distribución del capital específico" (Bourdie 2002: 120)

Profundizando la mirada, el campo de salud es un espacio en donde confieren luchas actuales por un corrimiento del modelo medico hegemónico para dar lugar a un modelo de salud con una perspectiva integral. Son los diversos agentes quienes según su perspectiva de salud, llevan adelante *estrategias de conservación* tendientes a perpetuar el viejo modelo y otros que promueven *estrategias de subversión.* La estrategia de atención primaria es una propuesta que opera como alternativa al modelo medico hegemónico, al interior del propio sistema de salud. Aunque, siguiendo a Bourdie, estas estrategias de subversión deben estar dentro de ciertos límites. Es decir, son *revoluciones parciales* que cuestionan ciertos aspectos del campo, pero que no ponen en tela de juicio los fundamentos del mismo, de otra manera estos agentes serian excluidos del campo. En este sentido la estrategia de atención primaria no es un campo en sí mismo, sino que es un espacio en construcción que oscila entre lo viejo o instituido

del modelo médico y su impronta renovadora en la intencionalidad de cambio de paradigma de modelo de atención de la salud.

3.2- El positivismo en la construcción de espacios de salud

El campo de salud se ha ido configurando a través de la historia, con el surgimiento de diferentes instituciones, originadas como respuesta de una sociedad a determinadas problemáticas. Nuestra sociedad a lo largo de su historia, ha ido trasformando sus espacios políticos, dando lugar a diversos escenarios, que llevaron al surgimiento del Estado argentino. Este proceso histórico culmina con lo que se denominó la generación del 80, la cual estaba conformada por las elites terratenientes, quienes dominaban el espacio político, económico y social. Estos grupos eran marcadamente influenciados por la cultura europea, ya que sus intereses económicos estaban puestos en el viejo continente. Este escenario justifica la adopción de múltiples estrategias que se vinculaban al paradigma positivista, dominante en las sociedades europeas.

> El positivismo, como corriente de pensamiento, conforma una de los componentes más significativos de la construcción del Estado moderno en la Argentina. Su expresión en nuestro país se traduce en una confluencia de ideas, que implican también una forma o modalidad de conocimiento, esencialmente hegemónica, de la realidad. Es decir, el positivismo es un instrumento de interpretación de la realidad y se expresa más allá de los círculos económicos y académicos. En el caso de Argentina, el positivismo tiene una clara expresión política. La misma se traduce, justamente, en la conformación del Estado moderno, dando nuevos sentidos a las instituciones educativas, sanitarias, jurídicas, militares, etc. Pero esencialmente desde el positivismo se construirán los marcos conceptuales para las prácticas que intervendrán en lo social (Carballeda 2002: 149)

Este modelo de pensamiento comienza a operar en todos los espacios sociales, dando lugar a prácticas que irán configurando las instituciones de la sociedad. Como paradigma, utiliza un modelo de interpretación de la realidad desde las ciencias naturales. En este sentido, comienza la lectura de los hechos sociales desde una perspectiva de "darwinismo social", que es extraído de las ideas de Herber Spencer. Esta mirada, argumenta en la cuestión racial las nociones de "atraso" o "desarrollo" de una sociedad. Y es este mismo argumento, el que utilizan las elites dominantes que ocupaban el poder, para explicar las complejidades de su propia sociedad, en lo que respecta a diversos grupos, y así legitimar la dominación sobre ellos (Carballeda 2002).

En este contexto histórico donde el indígena y el gaucho habían sido exterminados y dominados, eran ahora los europeos migrados, en su mayoría, de España e Italia (escapando de las guerras y las hambrunas), los nuevos grupos provistos de connotaciones negativas. Por sus características socioculturales contradecían, a las nociones de progreso vigentes en esa época. Estos atributos estaban relacionados, por un lado, al fracaso de la política migratoria orientada a la población sajona, y por otro al advenimiento de grupos, que traían ideas que resultaban contestatarias y cuestionadoras al modelo de poder imperante, como los ideales anarquistas, comunistas y socialistas.

El positivismo en lo que respecta a la lectura de una sociedad en términos de atraso o progreso, así como la utilización de la ciencia para interpretar la realidad, funcionó como una herramienta política de dominación (Carballeda 2005), que fue impregnando las prácticas sociales y generando diversas

concepciones de la cuestión racial. No solo refiriéndose a la nacionalidad, sino a estos grupos que ocupaban las orillas, las periferias, los conventillos, desde donde se gesta esta concepción del "otro diferente" como un "otro peligroso". Fundándose en los ideales de orden y progreso, estos "otros" no se ajustaban a ellos, por esta cuestión, el aparato del estado debía disciplinarlos, ejercer sobre ellos el control y la vigilancia a modo de hacerlos funcionales al orden imperante.

Esta cuestión racial dio lugar a diversas prácticas que fueron configurando espacios de salud. Como respuesta a las problemática que se iban suscitando de las poblaciones migrantes, una de las miradas a estos grupos, estuvo argumentada en los primeros criterios higiénicos sanitarios que aparecen en la paralela expansión europea, conformándose desde concepciones dinámicas, y con un especial énfasis en el cuerpo y su cuidado (Carballeda 2002).

> Se indicaran las horas de sueño, las dietas, el manejo de la sexualidad, la forma de pararse, sentarse y descansar. La higiene publica también dirá como deberán construirse las viviendas, los edificios públicos, las escuelas, los cementerios (…) El discurso medico higienista lograra incorporarse lentamente a un sin número de facetas de la vida cotidiana. Se estaba fundando una especie de nueva moral que separa a unos y otros a través de sus rasgos físicos, de su enfermedad y de su procedencia social (Carballeda 2002 : 157).

En nuestro país este discurso moralizante estará dirigido a la vigilancia y el control de estos nuevos sujetos sociales que se gestan en las periferias y como refiere Carballeda "a todos sus productos de creación colectiva". Esta estrategias se establecieron para evitar las posibles epidemias, y que estas alcancen a los grupos dominantes situados geográficamente opuestos en la ciudad. Estos espacios de vigilancia estaban relacionados al control de lo sano, que más adelante se llamaron prevención, y otro de control de la enfermedad, que luego se

llamara asistencia y rehabilitación. Estas medidas de vigilancia se vinculaban a un disciplinamiento orientado a la educación y los cambios de hábitos y conductas que se consideraban mórbidas. Siempre dirigidas estas medida a los grupos más vulnerables de la sociedad (Carballeda 2002). Todavía en este contexto, no se cuestionaba la estructura social que generaba procesos de exclusión por la desigual distribución de la riqueza, que operan como determinantes de salud en una población.

> Por aquellos años, el cuerpo era un bien social a custodiar a partir de su relación con la producción, y desde estos conceptos, la custodia se introducía en lo cotidiano, planteando la metáfora de una vida sana y productiva, pero fundamentalmente desprendida de los procesos colectivos. Poco se hablara de las condiciones de trabajo, de la distribución del ingreso, de la inaccesibilidad a los bienes elementales (Carballeda 2002: 158).

Paralelamente al avance del discurso moral higienista, apoyado en nociones científicas, la medicina va adquiriendo vital importancia en la configuración de espacios en la vida cotidiana de las personas, ya que legitimaba aquel modelo. Siguiendo a Carballeda, Las ideas que le daban sentido a esta construcción discursiva eran:

Templanza: hacía hincapié en las conductas de las personas e incitaba al cambio de "carácter" de estas. Proponía acerca de los efectos nocivos de una vida ociosa o poco productiva valorando como conductas saludables, aquellas vinculadas a la realización de tareas productivas según los procesos económicos del modelo de producción europeo.

Eugenia: se presentaba como una nueva rama de la ciencia que apelaba a la pureza de la raza desde el aprendizaje que llevara a los cambios de hábitos y

adopción de nuevas conductas. Este disciplinamiento debía hacerse desde la primera infancia y ser transmitidos por la figura del médico, filántropo o el pedagogo. Valoraba la idea de procreación responsable, estudiaba las influencias del medio en la herencia, ratificando el déficit moral de los menos favorecidos, explicitando así su "peligrosidad"[6].

Plasmogenia: más relacionada con la física o la química, trataba de demostrar que era posible la creación de la vida mediante condiciones artificiales y en forma experimental dentro del laboratorio.

El modelo higienista moralizante da lugar al medicalización de la sociedad, y ambas construcciones discursivas promueven el despliegue de diversas estrategias en la cual el estado, comienza a reorganizar la acción social. Con esto se implementó la búsqueda de la mejora de calidad de vida de los habitantes, en términos de agentes económicos, necesarios para sostener un modelo productivo, paradójicamente como refiere Carballeda "en una realidad donde escaseaban las fuentes de trabajo y no existía prácticamente la industria". Es por ello que el pueblo comienza a configurar su propia acción social a través de la organización de los sindicatos y las primeras mutuales.

Si bien en la actualidad se observan numerosos avances en términos de políticas sociales, relacionados a mejorar la calidad de vida de la población desde una perspectiva de derechos sociales necesarios de ser garantizados, en todos los espacios de salud continúa circulando esta mirada moralizante atravesando los

[6] Para una mayor profundización acerca de la eugenesia como disciplina científica y su impacto en la política del estado argentino ver Cecchetto Sergio 2008. "La biología contra la democracia. Eugenesia, herencia y prejuicio en Argentina, 1880-1940" Universidad Nacional de Mar del Plata

discursos y las acciones de los agentes de salud, hacia los sujetos que transitan como usuarios del sistema.

3.3- Medicina compleja y APS

Con los descubrimientos en el campo de la Complejidad muchas disciplinas científicas han comenzado a hacer esfuerzos para enfrentar los nuevos retos que suponen esta situación que las afecta tanto desde el punto de vista epistemológico, como ontológicamente al propio sujeto de estudio, su composición y comportamiento. La medicina no escapa a esta corriente que emerge y ha comenzado a dar forma y contenido al conocimiento del siglo XXI y a la actuación del científico. En las actuales condiciones, un avance en el campo de la medicina debe estar signado por la transdisciplinariedad, en una forma de interacción y producción de conocimientos y nueva relación con el objeto y su entorno que quisiéramos designar como Medicina Compleja (Briceño Gil 2007).

Esta perspectiva involucra a la ecología para el abordaje de esos espacio de relaciones, complejamente entretejidas entre el espacio y su ambiente, a la cultura como al proceso que contiene al conjunto de actitudes y conductas expresadas en una sociedad y a la perspectiva de la complejidad según la cual:

> La salud no puede ser una cuestión meramente individual, sino que está siempre en intersección entre los hombres, su sociedad y su medio ambiente. Por otra parte el ser humano como unidad heterogénea no es meramente un mecanismo biológico, es un ser consciente e inconsciente, afectivo, emocional, socializado que vive en una cultura determinada con historias, producciones de sentido y expectativas específicas. Esto lleva a sostener que un enfoque complejo solo será posible a partir de equipos interdisciplinarios en interacción permanente con las comunidades (Briceño Gil 2007:101).

Esta mirada coincide con la concepción de APS que concibe al sujeto como bio psico social y a la salud como un proceso en el cual actúan múltiples determinantes.

3.4- Representaciones sociales y Función enunciativa. Implicancia en la construcción de espacios de salud.

Para dar cuenta de los espacios de salud como resultado de la construcción de los agentes que actúan en él, es necesario apelar a conceptos ligados a la psicología social que dan cuenta de diferentes modos de conocimiento que el hombre utiliza para interactuar en su medio.

El primer concepto es el de representaciones sociales, el cual tiene su origen a fines del siglo XIX en Durkheim, quien hablaba de representaciones colectivas, aludiendo a una vasta gama de conocimientos: científico, religioso, mítico. Este término es resignificado por Moscovici en los años sesenta, dando lugar a un conjunto de hipótesis que le permitieron abordar este campo. Es este autor quien hace un aporte concreto a la teoría, al posicionar al sujeto como un ser activo en el proceso de las representaciones sociales.

En este trabajo se retoma la definición propuesta por Abric, quien define al concepto como:

> "un conjunto organizado de informaciones, de opiniones, de actitudes y de creencias a propósito de un objeto dado. Producida socialmente, la representación social está fuertemente marcada por los valores correspondientes al sistema socioideológico y a la historia del grupo que la vehiculiza, para el cual constituye un elemento esencial de su visión del mundo" (Abric 2005: 59)

Por otro lado, en lo que respecta al objetivo de este trabajo, es necesario incorporar otras propuestas conceptuales que amplíen el contexto de interpretación de aquellos dispositivos que posibilitan unas acciones por sobre otras, en los agentes que conforman el campo de salud. Siguiendo este propósito, se menciona el concepto de Enunciado propuesto por Foucault.

En su teoría acerca del concepto, Foucault define al enunciado como una función de existencia que cruza un dominio de estructuras y de unidades posibles y que las hace aparecer, con contenidos concretos, en el tiempo y en el espacio. La función enunciativa es lo que hace agrupar a determinados conjuntos de objetos y las significaciones que a ellos se les atribuyen. Hace de una serie de símbolos una frase a la que se puede asignar más de un sentido, o una proposición que puede recibir o no, un valor de verdad (Foucault 2011).

Profundizando esta idea, el mismo autor sostiene que el enunciado también se distingue por la relación que mantiene con un sujeto determinado. Es decir, para que una serie de signos exista, es preciso un "autor", una instancia productora. Allí el sujeto del enunciado es una función determinada, aunque vacía, pudiendo ser desempeñada por individuos diferentes. La posición de dichos sujetos está fijada en el interior de un dominio, constituido por un numero finito de enunciados previos, operaciones efectivas, que quizás no han sido realizadas por el sujeto actuante, pero que pertenecen por derecho al sujeto enunciante. Se definirá

al sujeto de tal enunciado por el conjunto de esos requisitos y de esas posibilidades.

Ampliando la definición del concepto, se hace referencia a la propuesta de Castro (2011), quien sostiene que:

> Por enunciado, es necesario entender la modalidad de existencia de un conjunto de signos, modalidad que le posibilita ser algo más que la simple reunión de marcas materiales; referirse a objetos y a sujetos, entrar en relación con otras formulaciones y ser repetible" (Castro 2011: 129)

Siguiendo al propósito de este trabajo se hace referencia al aporte de Foucault en términos de que, las representaciones sociales son construcciones colectivas que implican infinidad de insumos sociales: creencias, opiniones, prácticas. Los enunciados pueden contribuir a la consolidación de ciertas representaciones sociales, y estas a su vez, dan lugar a formaciones enunciativas que se sostienen en determinados contextos, produciendo dispositivos de poder, de disciplinamiento, de control. El punto que comparten es que el sujeto productor de un enunciado es siempre un sujeto "legitimo" es decir: "creíble". Por eso en la dinámica cotidiana de los espacios de salud, la palabra de los profesionales médicos es generadora de enunciados. Aunque hay que aclarar que no se habla de un sujeto "psicológico y trascendente", particular y singular, sino de un sujeto enunciante, productor y producido en la red colectiva.

3.5- El discurso como espacio de enunciación y su despliegue como práctica discursiva.

Este trabajo tiene como propósito la interpretación de aquello conceptos, ideas, representaciones que circulan en los espacios de salud y que se traducen

en prácticas, en términos de Bourdieu, o lo que Foucault denomina discurso. Para este último concepto, este autor sostiene que el análisis de las formaciones discursivas es realmente una descripción de los enunciados:

> (…) La formación discursiva es el sistema enunciativo general al cual obedece un grupo de actuaciones verbales, sistema que no es el único que lo rige, ya que obedece además, y según sus otras dimensiones, a unos sistemas lógicos, lingüísticos, psicológico (Foucault 2011: 152).

Ampliando esta mirada el autor define al término discurso como:

> Un conjunto de enunciados en tanto que dependen de la misma formación discursiva (…) está constituido por un número limitado de enunciados para los cuales puede definirse un conjunto de condiciones de existencia (Foucault 2011:153).

Profundizando este aporte, Foucault amplía el sentido del concepto discurso, haciendo referencia al término "práctica discursiva":

> No se la puede confundir con la operación expresiva por la cual un individuo formula una idea, un deseo, una imagen; ni con la actividad racional que puede ser puesta en obra en un sistema de inferencia, ni con la "competencia" de un sujeto parlante cuando construye frases gramaticales, es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio, que han definido en una época dada y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa (Foucault 2011:154).

Es necesario implicar la noción de poder en el discurso. En tanto que este concepto es en sí mismo un bien simbólico capaz de ser puesto en juego por los actores, en el campo de salud. El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse.

Siguiendo la línea propuesta por Foucault, en su trabajo "El orden del discurso" (1970), en toda sociedad la producción del discurso está controlada,

seleccionada y redistribuida por lo que él denomina, procedimientos de exclusión: la palabra prohibida, la locura y la voluntad de verdad. Esta última está apoyada en una base y una distribución institucional, tiende a ejercer sobre los otros discursos una especie de presión y poder de coacción:

> Esta voluntad de verdad está ligada a la forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad en la que es valorado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido (Foucault 1996:22).

Esta perspectiva propone a la producción de saber cómo íntimamente ligada al poder, a la vez que el poder también es quien propicia determinado saber por sobre otro. En el campo de salud el discurso es en sí mismo el elemento de poder, que está en juego. Está distribuido de manera desigual entre los agentes del mismo, definiendo su capacidad, en términos de Foucault: como sujetos habilitados, y estableciendo así, posiciones con una diferencia en el ejercicio del poder, al interior del mismo.

3.6- Las lógicas colectivas en el proceso de construcción discursiva.

La autora Ana María Fernández propone el concepto de lógicas colectivas como una mirada superadora del sujeto productor de significados, solo como una entidad psicológica. También a la secuencia lógica de pensamiento-acción o significación- práctica. En este sentido la autora sostiene:

> En todo recorte social, por ejemplo un pequeño grupo o grupo amplio, laten en diferentes intensidades diversos núcleos de significaciones que caracterizan el momento socio histórico en que se despliegan sus prácticas, operan también en latencia. Latiendo allí en la superficie- las significaciones imaginarias que dan sentido a las instituciones donde

> están inscriptos. En las instancias institucionales se reactualiza la tensión instituido-instituyente tanto en su dimensión reproductiva como transformadora (…) en un imaginario grupal las figuras y las formas que ese número numerable de personas inventa a lo largo de su historia común dan cuenta de sus razones de ser como colectivo; aquí adquieren toda su potencia las improntas de los atravesamientos institucionales y sociohistoricos tanto como los atravesamientos identificatorios y deseantes, propios de su singularidad grupal (Fernandez 2007: 46).

La autora en un primer momento, hace mención al concepto de lógica desde la metáfora aportada por Castoriadis (2007), como aquel "magma "de significaciones construidas en el "entre otros y con otros". El término magma hace referencia a la sustancia volcánica que se solidifica pero que en su circulación es líquida y flexible. El concepto hace referencia a una modalidad o forma que toma un suceso, un acontecimiento, un devenir por el cual sus antecedentes puede justificar lo que acontece, se habla en realidad de operatorias, de procedimientos, de modalidades en el hacer, específicos o distinguibles, por lo que un colectivo acciona o actúa en una situación o momento dado.

En cuanto al término "colectivo", la autora sostiene que porta una ambigüedad deliberada ya que puede incluir diversas formas de agrupamientos. Aunque podría presentar una generalidad dentro de la cual podrían incluirse diversas formas específicas de configuración de "lo común", sean estas estables, transitorias o de momento, muy numerosas o de pequeño grupo. Agrega a esta idea, que el uso del término "lógicas colectivas" en plural se da porque en los agrupamientos nunca opera una sola lógica, aunque algunas de ellas se vuelva predominante en una situación dada. Para ello deben darse condiciones de posibilidad para que se dispare una u otra.

3.7- Trabajo social y su especificidad en el campo Salud.

Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica definirla como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud (Tobar 2001).

Desde este posicionamiento, todas las políticas públicas atravesarían la Salud de la persona, directa o indirectamente. Decisiones desde niveles macro, hasta lo micro que serían los dispositivos que la ejecutan y la propia vida de la persona, quienes pueden padecerlas o verse beneficiadas. El quehacer profesional del trabajador social se contextualiza en los ámbitos de salud en relación a las políticas públicas vigentes.

Respecto a un posicionamiento teórico filosófico, se intenta actuar desde el paradigma de la complejidad, como una forma de experimentar el mundo y de producir sentido, de interactuar y de convivir, una transformación multidimensional en una permanente evolución (Najmanovich 2005). Apelando a lo que Vélez Restrepo denomina “Modelos Contemporáneos”. Haciendo referencia a un conjunto de propuestas de acción social que se instalan en el concierto de la profesión como alternativas contemporáneas de actuación, compartiendo su preocupación por las interacciones de las personas con su entorno social desde un perspectiva integral, holística y global.

En virtud de profundizar acerca de la especificidad profesional, se entiende que, siguiendo a Cazzaniga, la intervención no es un episodio natural, sino una

construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde aquellos que solicitan la intervención -instituciones, sujetos individuales y colectivos- y desde el propio sujeto profesional).

> Estas consideraciones remiten a destacar dos dimensiones relevantes de la intervención:
> 1. la demanda, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular.
> 2. la intervención como proceso artificial, como un venir entre, que exige desde el sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que *sobre el otro* produce la intervención. Nos estamos refiriendo a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos de la acción profesional: nuestro accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas (Cazzanniga 1997 pág. 1)

En términos metodológicos se adhiere al concepto de actuación que propone Vélez Restrepo como:

> ´ (…) el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del trabajo social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hacen posible. El carácter simbólico –o la capacidad de representación- y la finalidad, orientación o intencionalidad definen el sentido de la acción (Vélez Restrepo 2003 pag 54).

Otro concepto a considerar es el de estrategia, asociada a la idea de procedimiento para ganar poder, colocando el conflicto de intereses en el centro de la discusión. Proponiendo objetivos de avance que, necesariamente, deben considerarse como un cambio en la correlación de fuerzas entre varios actores

sociales. En tal sentido, una estrategia es un escenario que puede modificarse de acuerdo a los acontecimientos, las informaciones, las coyunturas. Por otro lado, esto no impide concebir su desarrollo como un proceso de permanente construcción (Kosic 1967).

Profundizando acerca de los aspectos metodológicos de la profesión, se hace mención al aporte de González Saibene referido al concepto de objeto como "el límite o término de una operación determinada". Aunque establece una diferenciación respecto al empirismo dominante que pretende un objeto "material" para determinar la especificidad de una disciplina. Afirmando que la actuación profesional no puede delimitar su propio objeto como esa "materia o ente que termina la acción del agente o en el cual terminan las acciones del agente", sobre el que se interviene a efectos de su modificación. Está establecido por y en ese espacio de relaciones de poder que configura cada organización (González Saibene 2000).

> En síntesis, el "objeto" es de la organización, político, ideológico, histórico, social y simbólicamente estructurado, construido en el mismo proceso dinámico, conflictivo, contradictorio de su legitimación y consolidación. Esto quiere expresar que las políticas que implementa la organización -gubernamental o no gubernamental- van delineando ese objeto y, al mismo tiempo, estableciendo estrategias para su abordaje de manera explícita o no, a través de normas claras o en ausencia de ellas, mediante programas y proyectos formulados y/o implementados por las mismas o por medio de burocracia que, como "máquina de impedir" promueve su propia supervivencia a costa de la población "objetivo" de aquellas políticas (Gonzales Saibene 2000 pág.: 35).

Profundizando esta idea la autora expresa que cualquiera de esos "objetos" así definidos, se inscriben en la compleja trama de relaciones sociales, las cuales

son interpretadas de acuerdo al punto de vista teórico y a la posición epistemológica que cada profesional consciente o inconscientemente asuma.

> Las relaciones sociales entendidas como complejas, definidas histórico socialmente en cada época de la profesión, configuran el "objeto" profesional que se relaciona con el "objeto" de la organización, ese espacio, esa situación conflictiva, esa problemática común a múltiples miradas profesionales, al que el trabajo social imprime su característica propia: una intervención planificada (González Saibene 2000: 37).

Siguiendo esta línea, sostiene que el diagnostico permite distinguir entre el objeto real, percibido a través de los sentidos y el objeto de la ciencia (objeto sobre el cual se ejerce una determinada acción), construido por medio de relaciones entre conceptos. Esto demuestra que la actividad práctica y la teórica son diferentes, aunque complementarias.

Por otro lado, la autora expresa que la información que se obtiene profesionalmente al profundizar en las relaciones sociales complejas que abordamos, en su singularidad en cada intervención, revela un campo particular constituido y caracterizado como un conjunto de conocimientos que se produce en el interior de un oficio, lo que Foucault llama saber local o especifico. Ese saber o conocimiento particular puede devenir en objeto de estudio. Pero para ello es necesario un proceso de decisión profesional que articule la teoría y la actividad práctica, ya que entre ambas no existe una relación directa, sino que hace falta un trabajo de mediación:

> La relación de lo inmediato -la práctica- con lo mediato -la teoría-, ya que entre ambos no existe una relación directa y lineal… (las mediaciones) posibilitan articular el campo particular de la intervención profesional con la teoría social de sustento. Y, como mediaciones, suponen una necesidad metodológica en tanto proceso de reconstrucción múltiple, de

> recuperación de la razón en la multiplicidad de sus voces (Gonzáles Saibene A. año 2000: 24)

A su vez la autora también expresa que la actuación profesional del trabajo social se despliega en escenarios que involucran diversos actores sociales (individuos grupos, organizaciones y/o comunidades) caracterizados por la exclusión y/ o la vulnerabilidad social, en tanto ostentan precarización laboral y fragilidad en las relaciones sociales. Por lo que las mismas deberían estar orientadas a dotar a los sujetos de lo que Mario Rovere denomina “recursos críticos”: *todo aquel recurso imprescindible para un proyecto o una acción pero que el actor que planifica no controla*. Estos, serían recursos que el actor no posee y que se encuentran en manos de otros actores, los que los convierten en herramientas de poder. El proceso de apropiación de esos recursos críticos, por parte de quienes no lo detentan, para el logro de sus objetivos, va configurando un cambio en las relaciones sociales (González Saibene 2000).

La especificidad del quehacer profesional en el campo salud, implica actuar en ese proceso dinamizante de las relaciones sociales complejas (en términos de relaciones de fuerza, de poder) que en él se despliegan. Promoviendo a través de diversas estrategias el derecho a la salud en las poblaciones vulnerables favoreciendo su inclusión.

Trabajo de campo. Análisis e interpretación de los datos

Capítulo 4

Escenarios, procesos, dinámicas y actores que actúan e impactan en el despliegue de contextos de APS.

4.1 Descripción del contexto de investigación

Centro de salud A

El Centro de Salud A funciona en el barrio denominado “xx”, en una casa alquilada por el municipio. La misma cuenta con dos consultorios, una sala de espera y una pequeña cocina. Los profesionales deben acordar días y horarios de atención de modo que se puedan utilizar los espacios de consultorios sin superposición. Esta situación dificulta la posibilidad de ampliar franja horaria y disciplinas, por la falta de espacio. Actualmente se realizaron reformas edilicias significativas que mejoraron las condiciones para la atención de los pacientes y para el desempeño del equipo de salud. Estas estuvieron relacionadas al cambio de aberturas de la sala de espera y el consultorio de pediatría y un aire acondicionado para calefaccionar la sala de espera, ya que la entidad no cuenta con el servicio de gas natural. Estos cambios se produjeron después de varios reclamos del equipo de salud a la coordinadora de atención primaria y a los sucesivos secretarios de salud municipales. Sigue siendo una necesidad para los miembros del equipo el gas natural, la ampliación del espacio para más consultorios, un baño para el personal de salud y las mejoras en la entrada de la entidad, la cual dificulta el acceso a personas con movilidad reducida.

Centro de Salud B

El centro de salud B también ha tenido modificaciones edilicias. Las mismas se orientaron hacia la ampliación del número de consultorios aunque se aprovechó

el espacio disponible. Con construcción en seco se dividió el espacio agregando dos nuevos consultorio, un box para enfermería, un baño que se comparte con los pacientes y un espacio para administración de cara a la sala de espera. Si bien estas reformas amplían el número de consultorios, reduce la visión del tránsito, permanencia y circulación de los pacientes y de los miembros del equipo de salud. Los consultorios se distribuyen a lo largo de un pasillo, exceptuando el de pediatría, el cual se accede por otro pasillo que va de la sala de espera, pasando por el box de enfermería hacia la izquierda. El punto de encuentro cotidiano del equipo es el espacio destinado a la administración ya que es donde finaliza el pasillo donde se distribuye la mayoría de los consultorios y posibilita la vista a la sala de espera, a través de un mostrador.

El centro de salud a su vez, comparte la sede edilicia con un centro comunitario municipal, el cual ofrece actividades asistenciales, deportivas y culturales. Esto promueve el intercambio de información entre las dos entidades, acerca de pacientes que asisten a alguna actividad en el centro comunitario. La referente del mismo es la directora, la cual tiene una actitud colaboradora ante cualquier solicitud del equipo.

4.2- Dimensión político administrativa municipal y su impacto en la estrategia de APS

A lo largo del presente trabajo se han sucedido diversos cambios políticos administrativos en el área de salud y otras secretarías municipales. Se entiende que, en cada proceso de cambio se construyen nuevos poderes y se desarticulan otros, impactando directamente sobre las dinámicas de los equipos y por ende del despliegue de los centros de salud.

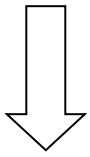
Un indicador de esta dinámica de construcción de poder se refleja en las diversas relaciones institucionales entre el hospital municipal y los centros de salud, respecto a la distribución y utilización de recursos materiales, humanos, edilicios, económicos. Esto implica que, según como se diriman las tensiones, se produzcan falta de recursos para cumplir efectivamente con la estrategia de atención primaria. Un hecho relevante que reflejó esta situación fue la separación administrativa de la secretaria de salud municipal por un lado y la dirección del hospital por otro, lo que provoco la decisión abrupta y unilateral de desvinculación de la administración del hospital hacia los centros de atención primaria. Delegando la provisión de recursos (humanos, materiales, económicos, etc.) que regularmente proveía el hospital, a la Secretaria de Salud. Como por ejemplo, las licencias de enfermería en los centros de salud. Se destaca que esta última, tuvo que generase su propio recurso en este aspecto, ya que organizativamente, no contaba con el mismo.

Otro factor que impacta en el despliegue de la estrategia de atención primaria es la conducción de determinadas secretarias municipales relacionadas

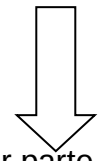
a la ejecución de políticas sociales, a cargo de referentes con una impronta excluyente, personalista y extremadamente politizada en términos partidarios. Esto genera que la estrategia de atención primaria se vea reducida en muchos casos, a la atención desde lo clínico, ante la falta de articulación con otros proyectos y programas que puedan atender otras dimensiones del proceso salud enfermedad. Esta situación se evidencia en la falta de comunicación de dichas políticas a los equipos de los centros de salud, en la burocratización y centralización de los espacios decisionales en una única persona para el acceso a diversos programas.

Un ejemplo de esto es el circuito que debe realizar el equipo de salud para ingresar a un ciudadano al programa puntual orientado a la inclusión social y fortalecimiento personal de adolescentes de sectores vulnerables, en riesgo o situación de embarazo y/o maternidad/paternidad.

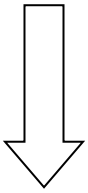
Comunicación con personal administrativo. Empleado que oficia como secretario de un referente



Entrevista con el referente del programa



Evaluación del caso por parte del referente del programa



Admisión o rechazo del caso

Es importante hacer referencia a la débil comunicación institucional una vez efectuada la entrevista con la consecuente admisión o rechazo por parte del referente o en el caso de que esta ni siquiera llegue a concretarse. Por ejemplo, si el paciente acordó fecha y hora para un encuentro y no acude. Esta situación evidencia la desvinculación del diagnóstico y tratamiento social del caso por parte del referente. Imponiéndose a su vez, el criterio de éste, en relación a la indicación profesional y técnica que argumentó la solicitud de ingreso al programa.

Profundizando la idea antes expuesta, se interpreta que la coordinación de programas asistenciales, está en manos de referentes con un perfil de trabajo desarticulado con otras instancias que actúan en la problemática, promueve la débil articulación institucional como un mecanismo que se instala en la estructura (agentes) y dinámicas (practicas) institucionales. Obstaculizando dinámicas de corresponsabilidad institucional mediante la articulación de actuaciones interinstitucionales y el trabajo en red de diversas entidades.

Desde otra perspectiva, se destaca que en los centros de salud de Villa Gesell, la asignación de los enfermeros a una entidad particular depende de Dirección del Hospital Municipal. El área de atención primaria no dispone del recurso humano propio con total autonomía. Como ya se mencionó en este trabajo, esta condición funciono como un mecanismo de disputa ante conflictos en instancia políticas superiores que (sumado a la licencia por embarazo de una de las enfermeras) dejo durante un periodo de dos meses, a un centro de salud sin garantía de cobertura diaria.

Esto provocó la imposibilidad de garantizar practicas mínimas como la entrega de medicación, aplicación de anticonceptivo inyectable, etc. Algunos de los miembros del equipo colaboraron con la realización de prácticas que los excedían en sus funciones, pero que posibilitaban la ejecución de programas que son de vital importancia para la salud pública como el de Control y Detección de Tuberculosis. La estudiante de trabajo social realizo la tarea administrativa de registro de seguimiento de la toma diaria de medicación y la pediatra suministro la mediación al paciente en el marco de la indicación de tratamiento directamente observado.

4.3- Coordinación de espacios de salud en relación al paradigma de APS

En cuanto a las coyunturas políticas, pueden establecerse distintos paradigmas respecto a quienes coordinan los espacios de salud. Esto se refleja en la valorización o no de espacios de encuentro e intercambio entre los miembros de los equipos a nivel hospitalario y de atención primaria, ya sea con la modalidad de reunión de equipo, ateneo, etc. Puntualmente en los centros de salud los equipos experimentaron la insistente promoción por parte de la Coordinadora de Atención Primaria para la realización de reuniones en los centros y la desvalorización de este espacio por parte de uno de los secretarios de salud, al considerar prioritario ese tiempo en la sede para la atención de demanda. A pesar de esta última sugerencia, la Coordinadora reafirmo la importancia de

continuar con estos espacios, habiendo participado, en más de una ocasión, en los mismos.

Se reflexiona acerca de este hecho en virtud de la importancia de las reuniones de equipo y de los ateneos de pediatría como instancias de capacitación continua para garantizar la calidad de la atención de la demanda, intentando evitar lo que comúnmente se denomina “mero despacho de gente” y establecer mecanismos de solidaridad y cuidado entre los profesionales expuestos al “síndrome del quemado”.

> El síndrome de burnout es sinónimo de desgaste profesional, su traducción literal al castellano es “estar quemado”. En1981 Maslach y Jackson definieron el síndrome de burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por un marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría e impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo (Odile Fernández Martínez 2006).

Si bien este fenómeno se presenta más frecuentemente en profesionales de la salud que prestan servicios en las unidades de emergencias hospitalarias, es preciso vigilar cotidianamente las dinámicas de respuestas por parte del equipo de trabajo, a la demanda en atención primaria. El objetivo es promover espacios que prioricen el despliegue de la estrategia de atención primaria con sus mecanismos e instancias propias, y no la lógica del centro de salud como una mera entidad descentralizada del hospital municipal.

Lo expuesto anteriormente, responde al ideal utilitarista de la salud que se denominó APS selectiva, basándose en el enfoque de reforma de los sistemas de salud promovido por el Banco Mundial (1993). Esta redujo la atención primaria, a

un esquema de intervenciones médicas sencillas y costo eficaces, como solo la “primer puerta al sistema de salud”, con énfasis en la intervención biomédica e individual de la enfermedad, el control del acceso a los servicios de salud y de sus costos (Román Vega Romero 2009).

Se evalúa como factor que incide en la desvalorización de instancias de capacitación el hecho de que el Hospital Municipal de Villa Gesell no se rija por un sistema de admisión basado en un régimen de Carrera Profesional Hospitalaria, regulada por Ley Provincial 10471. Según esta normativa, aquellos profesionales que aspiran a acceder a algún cargo deben cumplir con ciertos requisitos académicos (Art. 4), los cuales se evalúan en un sistema de concursos (Art. 5). A la vez que durante el desempeño de los mismos, se adjudica un sistema de puntajes para todos los títulos que se van adquiriendo. Este régimen regula también las condiciones laborales que protegen al personal:

Capitulo III: Régimen de trabajo

Capitulo IV: Régimen de sueldos

Capítulo V: Derechos

Capítulo VI: De la disciplina

La situación actual de nombramientos de cargos directivos y del personal en el sistema hospitalario de la localidad geselina, están condicionados por decisión unilateral del cargo ejecutivo político de turno.

4.4- Mirada epidemiológica en contextos de APS

La epidemiología es el estudio que se efectúa sobre el pueblo o la comunidad, en lo referente a los procesos de salud y enfermedad (Médicos Comunitarios). Su aplicación está relacionada a la definición que cada sociedad construye de salud. En nuestra sociedad, este concepto es considerado un derecho al cual debe acceder toda la población, adjudicándoles la responsabilidad de garantizarlo al estado.

Profundizando esta idea, se hace referencia a que el paradigma de APS contempla esta disciplina para la atención de la salud de la población. Siendo estratégica para el despliegue de dicho enfoque, promoviendo la realización de diagnósticos, planificación de estrategias y actuaciones con una mirada de salud colectiva. Generando a su vez, procesos de articulación institucional para resolver las problemáticas que se presentan.

En el siguiente ejemplo puede evidenciarse esta impronta en el equipo de trabajo correspondiente al centro de salud B:

> Una Joven de 24 años de nacionalidad paraguaya concurre al centro de salud a consulta con pediatría por diarreas recurrentes en dos de sus tres niñas. Luego de diferentes cambios en la dieta de las niñas, estudios de laboratorio que descartaron diagnóstico de parasitosis, evaluación positiva de las condiciones habitacionales y de higiene de la vivienda, el equipo considera la hipótesis de que el grupo familiar este consumiendo agua en condiciones deficientes de potabilidad. Se hace más fuerte esta conjetura al presentarse simultáneamente otra familia cercana, con pacientes pediátricos, con el mismo diagnóstico. Se evalúa esta posibilidad teniendo en cuenta las características del barrio al cual pertenecen las familias. El mismo es un asentamiento, en el cual se accede a servicios de luz y agua a través de conexiones precarias. No pudiéndose garantizar así, la potabilidad del agua que consumen las familias. Es por ello que se solicita al área de Bromatología del municipio,

el estudio de muestras de agua que serán recolectadas por algunos miembros del equipo de salud y pacientes implicados, de cuatro familias cercanas una de la otra. Una vez obtenidos los resultados, se solicitara al municipio que garantice al acceso a condiciones mínimas de potabilidad del agua.

Se destaca que en el abordaje de esta problemática se realizó desde la participación activa en el diagnóstico, planificación y ejecución de las actividades de diversos miembros del equipo (médico generalista, pediatra, trabajador social, enfermera, administrativa) y los propios sujetos implicados en la problemática.

4.5- Dinámicas expulsivas como obstáculos para el despliegue de contextos de APS

Si se entiende a los contextos de APS como espacios de salud, lo que se prioriza es la promoción de la salud, más allá de la atención de enfermedades. Los centros de salud fueron comprendidos en nuestro país en el marco de una política sanitaria que pretendía “los hospitales vacíos” y en el marco de una reorganización del sistema de salud, donde esas entidades descentralizadas de los hospicios sean “verdaderos espacios de salud” (Carrillo 1947). Esta impronta se relaciona a la idea de salud como proceso en el cual actúan determinantes varios, no solo la ausencia de enfermedad, y por ende a dinámicas del ámbito de salud que van más allá de la atención del síntoma.

El paradigma de APS promueve dicho enfoque en el marco de la participación de las poblaciones como sujetos de sus propios procesos salud – enfermedad. Para dicho propósito es imprescindible que los centros de APS sean contextos favorables a la participación comunitaria en ellos.

Desde esta mirada, y según los objetivos del presente trabajo, se interpretan como dinámicas expulsivas, a aquellas prácticas que los miembros del equipo despliegan en su quehacer cotidiano que impactan negativamente en la presencia, transito y/o circulación de personas en los espacios de APS.

Las siguientes situaciones dan cuenta de dicha interpretación:

> Una de las mañanas que la estudiante llega a la entidad observa en las paredes de la sala de espera un cartel que decía: la espera para el médico generalista se realiza a partir de las 13, de lo contrario deberá esperar afuera. Al ingresar al espacio que el equipo comparte cotidianamente, la estudiante pregunta a la enfermera a que se refería dicho cartel. La misma responde que junto a la administrativa decidieron esa norma porque debido a la demanda que el medico tenia, los pacientes iban dos horas antes del comienzo de la atención y aguardaban en la sala de espera. Esta situación incomodaba a la administrativa la enfermera ya que no podían sentarse en el escritorio donde está la computadora (el cual se ubica en la sala de espera), porque se sentían "observadas" o tenían que escuchar las conversaciones que se generaban entre los pacientes.

En esta situación se evidencia un perfil expulsivo desde la presencia física de las personas en el interior del centro de salud, dejándolas fueras de la institución generando malestar en muchos pacientes y desaprovechando la sala de espera como un espacio para la realización de talleres, el suministro de herramientas de investigación (encuesta) o la observación participante y la escucha activa, estableciendo pautas de alarma en relación a conductas de riesgo, grupos vulnerables, prevención de enfermedades, etc.

> La sala de espera y la cocina donde los miembros del equipo conviven cotidianamente está separada por una arcada cubierta por una cortina de tela con un bordado que permite visualizar desde el office si alguien entra a la entidad. En algunas oportunidades esta cortina es recogida para facilitar el tránsito de un espacio a otro a los miembros del equipo o al personal de limpieza. Se observó que tanto la enfermera como la administrativa continuamente vuelven la cortina a su lugar con el

> argumento de: “chusmean todo lo que hacemos acá, que tienen que mirar para acá adentro”. A su vez, la estudiante también observo que algunas veces la enfermera ha dado indicaciones a los pacientes sentada en el límite entre ambos espacios y detrás de la cortina, generando desconcierto en el paciente que se encontraba en la sala de espera al no poder ver claramente de dónde provenía la voz.

En este caso, se observa cómo algunos elementos de uso cotidiano de los miembros del equipo funcionan como barreras de exclusión hacia las personas que circulan en los espacios del centro de salud, generando malestar en quienes las vivencian y resultando en la expulsión de las mismas y en posibles resistencias futuras en la comunidad.

4.6- Positivismo y APS

A pesar de los cambios y transformaciones que se vienen implementando desde diversas políticas públicas de salud a lo largo de los últimos quince años, es inevitable encontrar prácticas y discursos en los ámbitos de salud con una impronta positivista.

En la actualidad, ciertas políticas sanitarias podrían interpretarse, desde algunas de sus dimensiones, como reproductoras de esta lógica. En el caso del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable se promueven, diversos objetivos:

> **ARTICULO 2°** - Serán objetivos de este programa:
>
> a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
>
> b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;

c) Prevenir embarazos no deseados;

d) Promover la salud sexual de los adolescentes;

e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genitales y mamarias;

f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Como contraposición a dicha propuesta se observa que en las dinámicas cotidianas en los contextos de APS, las prácticas relacionadas bajo dicho programa priorizan el control de la natalidad de la población destinataria. Esta impronta se relacionan al hecho de que a través del programa, se proveen a los centros de atención primaria de métodos hormonales y de barrera, pero no se implementan incentivos que comprometan a todos los agente en dinámicas de promoción de la salud sexual en la comunidad (incentivo económico, de capacitación, etc.).

Ampliando al idea anterior, se hace referencia a que dicho programa promueve entre sus objetivos la inclusión de población femenina y masculina como participe, aunque en los ámbitos de APS las prácticas ejecutadas por los agentes en el marco de dicho programa, se centran en el control del cuerpo femenino. Argumentándose lo dicho en el suministro de anticonceptivos hormonales y de barrera (diu) a la población femenina, mediante la incorporación a un registro en el cual deben aportar nombre apellido y DNI. Involucrando al género masculino de forma pasiva, en políticas de control del embarazo y prevención de enfermedades únicamente en la entrega libre, anónima y gratuita de preservativos. No pudiéndose evidenciar prácticas relacionadas a la

promoción y ejecución de métodos quirúrgicos de planificación familiar y/o anticoncepción como la vasectomía. Estando esta práctica contemplada formalmente en la Ley N° 26.130.

Otro elemento que caracteriza al paradigma positivista es un discurso higienista y moralizante, orientado hacia los sectores más vulnerables de la sociedad. Promoviendo cambio de hábitos en relación a las prácticas de las clases dominantes. Esta impronta es evidenciada en el centro de salud A, a partir del siguiente ejemplo:

> La estudiante de trabajo social ha presenciado números conversaciones entre la pediatra, la enfermera y la administrativa en las cuales expresaban su malestar por los olores que se generaban en los espacios de consulta y en la sala de espera, infiriendo que provenían de las deficientes condiciones de higiene que presentaban los pacientes. Como respuesta a dicha problemática resolvieron la disposición de exigir condiciones e higiene apropiadas, de lo contrario no podrán efectuar los controles de salud. Esto se comunicó a través de un cartel en la sala de espera.

La perspectiva positivista en sus orígenes, en la conformación del estado argentino, se orientó por lógicas de vigilancia y control para prevenir epidemias que pudieran impactar en las elites dominantes. En la actualidad puede interpretarse que los centros de salud reproducen esta lógica, en lo referido a la tuberculosis. El diagnóstico y tratamiento de dicha patología, se establece en organismos de mayor complejidad (en el caso de Villa Gesell es en el hospital Municipal, aunque según su domicilio y si la infectologa lo considera, inicia Tratamiento Directamente Observado en el centro de salud más cercano. Esto implica que la persona debe acudir diariamente a tomar la medicación en

presencia de la enfermera o de algún agente sanitario que pueda corroborar dicha acción. Ante la ausencia en alguna oportunidad o negativa del paciente a la toma de la medicación, se debe dar aviso inmediatamente al Servicio Social del Hospital Municipal.

Otra situación en la que puede observarse esta lógica de vigilancia y control se relaciona a una disposición establecida por el Plan Nacer durante el año 2013, en la cual solicitaba la regularización del calendario de vacunación de niños que no se registraban con la vacunación al día, en dicho sistema. Situación por la cual pueden ser dados de baja de esta prestación de salud y de la Asignación Universal por Hijo. En esta oportunidad se solicitó a algunos agentes de salud (administrativos y promotores de salud) a la búsqueda activa de los pacientes que el Hospital Municipal como prestador del programa, registraba con alguna irregularidad. Dicha acción se ejecutaba a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias en las cuales se solicitaba a los adultos responsables de los niños que se acercaran al centro de salud para que la enfermera revise el calendario de vacunación y corroborar las vacunas al día. De lo contrario se sugería dirigirse al área de vacunación del hospital Municipal para la regularización del mismo.

4.7- Dinámicas migratorias y su impacto en la estrategia de APS.

Ampliando lo que se expuso anteriormente respecto a la dinámica poblacional local, relacionada a los procesos migratorios, es importante profundizar el análisis orientándolo hacia los grupos pertenecientes a países limítrofes y el impacto que estos generan en los espacios de salud locales.

Esta variable se analiza desde diversos aspectos. En términos laborales, ambos grupos actúan como mano de obra en tareas de baja remuneración y generalmente, en condiciones de precariedad. Es por ello, que para la atención de la salud, recurren obligatoriamente al sistema público.

En lo que refiere a la atención de la salud, la mayoría de las consultas se relacionan a la atención de niños y niñas y embarazadas, y en menor medida mujeres. La presencia masculina en los ámbitos de consulta está orientada a la misma, una vez presente alguna molestia o enfermedad. A su vez también la circulación por los espacios de salud está destinada al acceso a recursos distribuidos por diversos programas (caja de leche, anticonceptivos, etc.). Profundizando esta lectura, se hace referencia al incremento de la demanda de atención de la salud, relacionada a pacientes que por su pertenencia a determinada zona actúan como "vehículos" de enfermedades de un alto impacto social.

El primer escenario está relacionado a la tuberculosis y Chagas. Si bien estas enfermedades continúan apareciendo en pacientes nativos de una alta vulnerabilidad social o que viven en zonas puntuales de nuestro país, particularmente en Villa Gesell, durante los últimos tres años se ha notado un incremento de paciente con estos diagnóstico pertenecientes a las comunidades bolivianas en su mayoría, y paraguayas. Estos a su vez, contaban con una corta y reciente residencia en la localidad y estuvieron expuestos a casos índices[7] en su

[7] Se refiere a la persona que contrae la enfermedad y que en un periodo agudo de la misma, la contagia vía oral. Las personas que pertenecen al ámbito cercano del paciente y que conviven más de cuatro horas con él, son denominados contactos.

lugar de origen o estos mantuvieron una estadía en la ciudad y regresaron, contagiando a su grupo familiar.

Otros casos están relacionados a la comunidad paraguaya la cual pertenece a una zona endémica de dengue. Si bien esta enfermedad ha presentado casos en nuestro país, Villa Gesell está declarada como una zona libre del mosquito que la trasmite. A pesar de esto, se han registrado diagnósticos de personas que venían de Paraguay con el objetivo de una residencia plena o transitoria.

En ambos casos se analiza esta situación, desde la perspectiva de la salud como política de Estado. Cuando esta visión está presente, determinadas problemáticas de salud se traducen en problemas sanitarios, propiciando el diseño y la ejecución de políticas públicas para su resolución. La ausencia de esta impronta en los estados paraguayos y bolivianos, se evidencia en la falta de políticas de control, detección, diagnóstico y tratamiento de las patologías mencionadas, destinadas a la población en general.

A su vez, nuestro sistema de salud entiende a la salud como un derecho a ser garantizado más allá de la nacionalidad, a diferencia de los países mencionados donde la salud está limitada a los ámbitos privados no siendo de alcance universal.

Otro factor a considerar se relaciona a que la ciudad de Villa Gesell, por sus características geográficas y urbanas permite un mayor acceso a los centros asistenciales, lo cual influye en la elección de residencia.

Teniendo en cuenta estos aspectos, los procesos migratorios impactan directamente en la dinámica de la estrategia de APS, en lo que hace al incremento

de la demanda de consultas, al seguimiento y a la articulación institucional orientada a estrategias de observación de las dinámicas migratorias de estos grupos, refiriéndose a enfermedades de alto impacto social como el dengue y la tuberculosis. Promoviendo también actividades de prevención no solo en las comunidades mencionadas, sino en el resto de la población local.

Capítulo 5

El trabajo en equipo como estratégico en el enfoque de APS

Una profesión recorta un área de pertenencia, organiza un discurso en torno a su objeto de estudio y construye sus herramientas de abordaje (Fasano 2007) En lo que respecta a la atención de la salud se aborda desde una visión integral como un fenómeno complejo que requiere de la mirada y acción de varias disciplinas, hacia el proceso salud-enfermedad-atención. Para dicho propósito, se promueve como enfoque al trabajo en equipo. El cual, siguiendo a Fasano, puede asumir diversas modalidades:

Multidisciplina: las disciplinas que actúan se yuxtapone y las decisiones se toman unilateralmente. La comunicación es mínima, o se realiza por medio del médico responsable. Solo circunstancialmente los distintos profesionales comparten o intercambian sus conocimientos para fijar estrategias conjuntas de intervención.

> Ejemplo empírico: en centro B la obstétrica considera que la ausencia reiterada de controles de una joven embarazada, requiere de la actuación por parte de la referente de Trabajo Social. Para ello deja una nota a la administrativa al momento de finalizar su horario de consulta, para que sea entregada a la misma, que tiene otros días de atención. Esa nota dice:
> "Para X (referente del trabajo social) XX se ausento al último control. Ausencias reiteradas. Riesgo social. Ir al domicilio y citar para próximo control con fecha x. Gracias"

Se destaca que en este ejemplo, hay ausencia de un encuadre adecuado a la demanda de actuación de otra disciplina, no hay una decisión conjunta respecto a la decisión de ir al domicilio de la joven. Adjudicándole a la trabajadora social, un rol meramente controlador en la solicitud de una acción que podría haber sido ejecutada por la propia obstétrica o algún administrativo (a través de un llamado telefónico a la paciente citándola al próximo encuentro).

Interdisciplina: exige la construcción conceptual común del problema y supone un marco de ideas compartido entre las disciplinas. Requiere apartarse de la certeza

dogmática, dada por la propia disciplina, para construir una instancia nueva, sin perder la especificidad de su propio campo. Es esperable que esta modalidad produzca cambios en las actitudes y percepciones de los profesionales, y que esto se traduzca en acciones concretas. De manera sistemática, los integrantes comparten información para lograr objetivos consensuados. El liderazgo debiera ser dinámico y compartido. La reunión sistemática del equipo forma parte de la esencia interdisciplinaria.

> Ejemplo Empírico: Una paciente de 19 años padece una problemática respiratoria en estudio, tiene a cargo de un hijo de 18 meses, con que acude a consulta reiterada con pediatría presentando el diagnostico de forúnculos que cursan con infección a repetición, debiendo ser internado para su correspondiente tratamiento.
>
> Este caso es expuesto en la reunión de equipo por la pediatra. La misma argumenta que los forúnculos se producen por falta de higiene (la cual es evidente en el niño y en la madre) y por una débil pauta de alarma que la lleva a la consulta tardía. Debido a esto, evalúa actitudes abandonicas por parte de la mama solicitando intervención al Servicio Local.
>
> La referente de Trabajo Social ha realizado numerosas actuaciones con la paciente y otros integrantes del grupo familiar. Reconoce que las condiciones de higiene del niño no son las óptimas, pero que la única referente de cuidado, sigue siendo la madre. No habiendo otro adulto responsable. Anteponiendo a su vez, el complejo estado de salud de la joven, limitante para la realización de actividades cotidianas de cuidado para sí misma y por ende, hacia el niño. Evaluando como positivo el hecho de que la joven acuda a la consulta médica, aunque tardiamente, y que el niño presenta talla, peso y pautas madurativas acorde a la edad.
>
> La médica generalista expresa su preocupación respecto al estado de salud de la paciente, el cual se manifiesta en una dificultad respiratoria, habiéndose descartado varios diagnósticos. También evalúa que la problemática socio familiar de la paciente y algunas instancias administrativas dificultaron el acceso a estudios de alta complejidad. Esto impacto negativamente en el estado general de salud, y en la posibilidad de arribar a un diagnóstico.
>
> La psicóloga ante el relato de la trabajadora social, cuestiona acerca del vínculo. La pediatra responde que en el espacio de consulta, observo que el niño reconoce como referente emocional a su madre. La estudiante de trabajo social afirma esto argumentando varias observaciones que realizo en el domicilio y en la sala de espera. Lo expuesto es evaluado por la

> psicóloga positivamente, a pesar de haber sido un embarazo planificado y expresado por la paciente en espacio de terapia, como no deseado.
>
> Luego de expresar cada profesional su criterio, se concluye en la no solicitud inmediata de intervención al Servicio Local, planificando instancias de acompañamiento y seguimiento del caso que serán llevadas a cabo por todos los miembros del equipo. Se propone citar a la joven y al niño diariamente al centro de salud, una vez egresado del Hospital Municipal, a los fines de evaluar la cicatrización de la herida, realizar la higiene necesaria, junto a la mama, para promover el aprendizaje como una herramienta de cuidado. Tareas que realizaran enfermería y pediatría. Otro de los propósitos es el de garantizar que la joven acuda cotidianamente al centro de salud para abordar las otras dimensiones de salud en estudio, promoviendo la consulta con la médica generalista y la entrevista y seguimiento con la trabajadora para facilitar turnos con especialidades médicas y estudios de alta complejidad.

Transdisciciplina. Se trata de una situación de construcción continua y no un estado superior de la interdisciplina. La analogía que se utiliza es la de una orquesta sinfónica, la cual es un solo producto que contiene la diversidad de los sonidos de cada instrumento (que no se explica simplemente por adición). La sinfonía desparecería una vez concluida la ejecución, eso sería la transdisciplina.

> En relación al caso anteriormente expuesto, a través de la ejecución de las actividades planificadas, se logró que el niño no volviera a presentar el diagnostico mencionado y que la joven pudiera acceder a la realización de estudios de alta complejidad y a resultados de estudios previos que estaban pendientes, descartando presuntos diagnósticos. El seguimiento del caso fue realizado a través de sucesivas reuniones de equipo.

El ejemplo mencionado da cuenta de un intento de transdisciplina, aunque en la experiencia cotidiana de trabajo no es una dinámica habitual. Solo en aquella entidad en donde el equipo realiza sistemáticamente las reuniones de equipo se intenta abordar los casos presentados de una manera interdisciplinaria.

Aunque también se presenta como debilidad, que el liderazgo (asumido y adjudicado por algunos miembros) no sea dinámico y compartido. Presentándose

algunas resistencias por parte de algún miembro, para la realización de las reuniones de equipo ante la ausencia de la pediatra.

> Durante una mañana en la entidad B, la estudiante de Trabajo Social consulta a la administrativa si la reunión de equipo estaba prevista. La misma contesta que era en vano hacer la reunión si la pediatra no estaba. Argumentando: "¿de qué van a hablar?". A lo que la estudiante responde: la pediatra no es la única profesional que trabaja en este centro de salud. Hoy están presentes otros miembros que tienen interés de comentar acerca de algún caso y el seguimiento de varios pacientes se realiza de manera conjunta. Además tengo información acerca de un programa de contención para jóvenes que está en marcha, para compartir con el equipo.

5.1- Impacto de la propuesta de la realización de reuniones de equipo.

Desde que al estudiante de trabajo social ingreso a formar parte de uno de los centros de APS, a través del programa Médicos Comunitarios, la coordinadora sugirió insistentemente la necesidad de realizar reuniones de equipo para mejorar la atención de la salud de la población usuaria y potenciar los espacios de APS.

Se asume al concepto de equipo como una propuesta de trabajo conformada por un conjunto de personas con determinados conocimientos y habilidades, que se comprometen con un propósito común, fijan sus resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro entre todos y todas. Sobre el trabajo en equipo, la Declaración de Alma Ata dice:

> "Se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para

> trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad" (Alma Ata 1978)

Se destaca que la coordinadora cuando se refería a equipo, favorecía la inclusión de todo el personal de salud que pudiera trabajar de manera conjunta para favorecer procesos de salud en la población.

> En ambos entidades los administrativos y el personal de limpieza participan activamente de las reuniones de equipo.

Asumiéndose como un proceso que requiere la construcción cotidiana, en donde la interacción es esencialmente cara a cara y las actividades conjuntas deben poder realizarse periódicamente. El equipo se mueve hacia sus objetivos mediante la reflexión sobre los problemas a resolver y la definición conjunta de estrategias a desarrollar (Médicos Comunitarios 2008).

Centro A

En el centro A la sugerencia de la coordinadora fue aceptada con algún grado de inquietud, en algunos de sus miembros, por motivos de desconocimiento acerca del propósito del espacio y como esto impactaría en la dinámica de trabajo del equipo en general. Al principio del proceso se evidenció este desinterés en la dificultad para acordar un espacio común en el que pudieran participar la mayoría de los profesionales y en la concreción de estos encuentros (tiempo estimado dos meses, desde la propuesta de la coordinación). Si bien los miembros que establecieron día, frecuencia y horario eran los que regularmente coincidían en tiempo y espacio (psicología, pediatría, trabajo social, enfermería, administración), no se procedía con la formalidad de propiciar el marco de reunión (por ejemplo

respetar el horario de comienzo o elaborar un acta en el cuaderno que se seleccionó para esta función). Se asumen estas dinámicas como obstaculizadoras de la propuesta de trabajo en equipo, entendiendo que la visibilización de la tarea compartida, de registro y acuerdo, de asunción de responsabilidades sobre las modificaciones que se buscan en pos de resolver los problemas, es el camino de construcción del equipo por parte de un conjunto de personas singulares que lo integran, en un contexto territorial definido (Médicos Comunitarios 2008).

A pesar de estas dificultades una vez concretado el primer encuentro, los miembros participaron activamente del mismo, ya sea elaborando el acta, presentando casos, aportando posibles soluciones, estableciendo acuerdos respecto a las actuaciones de las disciplinas sobre los mismos. En las sucesivas reuniones, los miembros comenzaron a adherir a la propuesta al valorar como positivo, el abordaje de los casos con una impronta interdisciplinaria y los debates que se generaban a partir de estos, favoreciendo el intercambio de saberes, información institucional, evolución y seguimiento de casos presentados, ideas, estrategias de abordaje.

Centro de Atención Primaria B

El centro de salud B, debido al perfil de trabajo comunitario de los miembros que conforman el equipo, adhirió a la propuesta de reunión como una modalidad más dentro del trabajo cotidiano, con una actitud claramente colaboradora. Se destaca esta impronta como facilitadora del trabajo en equipo haciendo referencia a que no todos los profesionales de la salud que actúan en los centros de atención primaria, están formados con la perspectiva de trabajo comunitario, lo que generaría mayor predisposición a instancias de trabajo que hacen a la estrategia de APS:

> Existen serios problemas concernientes al personal de salud y el trabajo en equipo en la mayoría de los países, el resultado es negativo en este punto. Se señala también que esto es debido a que este personal es formado en un medio hospitalario, orientado hacia las tareas curativas y centralizadas en las grandes ciudades (Alma Ata 1978)

Esta impronta facilitadora, se evidenció en el rápido acuerdo de día, horario y frecuencia para el encuentro del equipo, y en el respeto a este contrato. En el transcurso de las reuniones quiénes asumían los roles de, siguiendo a Pichon Riviere, “portavoces” eran la pediatra y la médica generalista, quienes exponía los casos, promoviendo una dinámica de interdisciplina para el abordaje de los mismos.

A lo largo de los encuentros se debatía acerca de diversas estrategias para el abordaje de situaciones presentadas, aspectos obstaculizadores y facilitadores del sistema hospitalario municipal, experiencias de trabajo previas que ejemplificaban el “deber ser”, respecto a la actuación profesional e institucional en determinadas problemáticas, la importancia de la reunión de equipo como instancia de articulación de saberes, intercambio de información, comunicación entre los miembros, como estratégica en el marco de la atención primaria.

Haciendo referencia a lo anterior, se destaca la valorización que la médica generalista hizo de la reunión de equipo, manifestada en actitudes de promoción y defensa de dicho espacio. En uno de los encuentros se debatía acerca de la importancia, a propósito de la sugerencia del secretario de salud de que las reuniones quitaban tiempo a la atención de la demanda de la población, y la pediatra y la médica generalista contradecían esta moción, afirmando que la reunión de equipo es estratégica en el marco de la atención primaria.

5.2- Construcción del espacio de reunión de equipo como refuerzo de la estrategia de atención primaria.

El tiempo es una variable que diferencia la modalidad de atención de la demanda en contraste con una guardia hospitalaria. Los servicios de urgencias hospitalarias tienen como objetivo resolver la emergencia y el control del daño en el lugar. Se entiende por emergencia a pacientes críticos con inminencia de muerte y atención de la salud y urgencias para el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad pero sin muerte inminente por la misma (Ministerio de Salud de la Nación 2001). Si bien los centros de salud pueden recepcionar la emergencia, no cuentan con el equipamiento y la infraestructura necesaria para resolverla, por lo tanto su función, es hacer la derivación pertinente al servicio de guardia hospitalaria.

Veamos a través de la descripción de una escena registrada en el cuaderno de campo, la tensión generada entre los actores del equipo de salud, la demanda de la población y las distintas concepciones de "urgencia" contrapuestas a los objetivos de la APS:

> En el transcurso de uno de los encuentro, la administrativa interrumpe dos veces para solicitarle a la enfermera que le tome la presión a una paciente que estaba en la sala de espera. En la tercera interrupción es la médica generalista la que verbalmente frena la enfermera, la cual se levantó para ir a la sala de espera, debido la insistencia de la administrativa. Argumentando a su vez, que "la señora puede esperar, que no era una guardia de un hospital, sino un centro de salud, y que las reuniones de equipo estaban planificadas para que todo aquel que asista al centro de salud de forma espontánea en ese momento, sepa que los profesionales debían concluir dicho espacio para continuar con la atención". Esto genero un momento de tensión en el que el resto del equipo se quedó callado, excepto la estudiante de trabajo social que pregunta: "¿y qué pasaba si la enfermera salía un momento a tomar la

> presión y regresaba? Ante esta inquietud, la médica generalista contesta que si los miembros del equipo no respetaban el espacio de las reuniones, nadie lo iba a hacer, y que la interrupción por parte de la administrativa tenía que ver con no adherir a un acuerdo previo que se comunicó al interior del equipo y a la comunidad. Generar y respetar después el marco que se estableció para la consecución de las reuniones es una forma de valorar o no dicho espacio.

Es importante destacar esta actitud, por dos cuestiones. La primera haciendo referencia al argumento que la médica generalista expuso como valido hacia los participantes, respecto al nivel de urgencia de la consulta. El personal administrativo recepcionó al paciente, el cual solo requería una práctica de rutina en el marco de una enfermedad crónica que es tratada en el centro de salud por la propia médica. Por lo que la espera para la misma o el regreso posterior a la entidad, no implicaría riesgo para su salud.

La segunda se refiere a la importancia de respetar los acuerdos establecidos por los participantes, con el objetivo de generar los marcos adecuado para el despliegue de dinámicas de equipo, y promoviendo el enfoque de la interdisciplina para el trabajo cotidiano en la estrategia de atención primaria:

> Para poder funcionar como equipo es imprescindible la programación sistemática de encuentros. Por ejemplo, forma parte del temario de dichas reuniones discutir la estrategia de inclusión de cualquiera de los integrantes o definir un criterio medico de alta que puede oponerse a una valoración de la trabajadora social a partir de los recurso humanos disponibles en el domicilio. En suma, la reunión sistemática del equipo forma parte de la esencia interdisciplinaria, además de considerarse como parte del tiempo de trabajo (Fasano 2007 pag 12).

Pensar la vida cotidiana implica detenerse en las dimensiones de tiempo y espacio. La temporalidad es una construcción histórica y social que en este trabajo es analizada en términos de un “tiempo personal” que involucra a la espera que

realiza un usuario por el espacio de consulta con algún profesional y también a aquel tiempo “institucional” que la estrategia de atención primaria prevé para dicha definición espacial (Krmpotic; Allen 2003). En este contexto el tiempo es valorado en termino de dialogo y escucha del paciente a partir del cuestionamiento acerca de su historia de vida a los fines de obtener datos que actúen como determinantes del proceso salud enfermedad, a la vez que se aportan herramientas para la construcción de su propio proceso.

Respecto al proceso de atención primaria que la hace inminentemente participativa, se concibe al sujeto desde una participación activa en el cuidado de su salud. La perspectiva de la Medicina Compleja propone a la salud como un proyecto de vida de un grupo humano, la responsabilidad en la planificación, su puesta en práctica y evaluación pertenecen a la comunidad en su conjunto (Briceño Gil 2007). Dicho argumento, fundamenta la opción de los equipos de promover la comprensión por parte de la comunidad, de la importancia de que el equipo se reúna y como esto impacta directamente en la salud de la población. Entendiendo y asumiendo la responsabilidad de comunicar a los usuarios, que el centro de salud es un espacio de múltiples actuaciones que no se limitan al espacio de demanda de atención médica. Previendo a su vez, otras instancias de trabajo, más allá del espacio intramuros de consulta en la relación lineal médico-paciente.

Capítulo 6

Practicas disciplinares presentes en actores del equipo, en relación al paradigma de APS.

A lo largo de este trabajo se han podido observar distintas acciones por parte de los miembros de los equipos, en sus prácticas cotidianas, que permitieron analizarlas en relación al paradigma de atención primaria en el cual se despliegan. Esto llevo a concluir que, en el caso de los profesionales, sumado a las actitudes personales, la formación académica promueven ciertas "lógicas colectivas" (Fernández 2007), que podrían impactar en la promoción de dicho paradigma.

Esta situación se evidencia en la disciplina de Medicina General. En el año 2008, la especialidad fue definida por el Consejo Federal de Salud (COFESA) como una de las especialidades prioritarias en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que el Ministerio Nacional y los jurisdiccionales sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud. La misma constituye una disciplina académica y una especialidad médica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo, su familia y la comunidad (Marco de referencia de la residencia de Medicina General 2010).

Entre los fundamentos de su concepción se destaca la Conferencia de Alma Ata y el Modelo Clínico Centrado en la Persona[8] que, a diferencia de la atención clínica centrada en la enfermedad, toma en cuenta, además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico paciente, e introduce la participación activa del

[8] Para una mayor profundización del concepto se sugiere el artículo de Copollio Fernando Enrique "Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina Familiar". Archivos de medicina familiar y general. Vol 10, Nº 1. Mayo 2013

paciente en la toma de decisiones (Marco de la Residencia en Medicina General 2010).

Se suma a lo dicho anteriormente, la propuesta de Floreal Ferrara cuando expresa que la salud tiene que ver con la la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que se alcance el óptimo vital para vivir en la construcción de la felicidad. Su definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos (Ferrara 2010). Adjudicando un rol protagónico a las personas y no a los médicos en los procesos de salud enfermedad.

Los aspectos antes mencionados dan cuenta de escenarios de formación académica, que intentan promover un actor clave en el proceso de APS, que pueda propiciar contextos favorables para el despliegue de esta estrategia. Los lineamientos básicos asumidos en el perfil para orientar la formación en la especialidad son:

> · Cuidar de manera integral y continua la salud de la comunidad.
>
> · Atender los problemas de salud de abordaje ambulatorio y domiciliario, agudo y crónico, pasivo y activo, de personas, familias y comunidad.
>
> · Trabajar en forma interdisciplinaria y en red, integrándose en el equipo de salud.
>
> · Ser responsable de un área territorial y poblacional.
>
> · Asumir una actitud proactiva.
>
> · Brindar cuidados en todas las etapas del ciclo vital en forma integrada, integral y continua.
>
> · Gestionar los recursos para el acceso oportuno en instancias de interconsulta y/o derivación.

· Participar en la elaboración del perfil epidemiológico, considerando los determinantes sociales de salud de la comunidad (Marco de referencia de la residencia de Medicina General 2010, pág. 9).

Profundizando lo anterior se hace referencia a la actuación de esta disciplina en el escenario de este trabajo. Los profesionales médicos que han participado de los equipos desde esta disciplina, han llevado a delante diversas acciones que se evalúan como facilitadoras del proceso de atención Primaria.

Esto se evidenció en el argumento anteriormente expuesto que aludía la defensa de los espacios de reunión del equipo, a la insistencia para la concreción de la propuesta de reunión de los miembros, la asunción del "rol portavoz" de los encuentros a partir de la exposición de casos que recepcionaba en la consulta, con la posterior evaluación, diagnóstico y planificación desde el aporte de las demás disciplinas.

Otro aspecto facilitador fue la disposición inmediata ante demandas que otras áreas evaluaban como urgentes (trabajo social, psicología, enfermería), así como la participación activa y colaboradora para la resolución de cuestiones que superaban el ámbito del centro de salud y requerían de alguna intervención en otra área de mayor jerarquía (secretaria de salud, dirección del hospital).

El hecho de que la coordinación sea ejecutada por una Medica Generalista y que la misma a su vez, presente valores, creencias, actitudes personales que se atribuyen a la impronta de APS, se asume como un impacto positivo en las dinámicas cotidianas, promotor de prácticas en los miembros del equipo que se relacionan al paradigma de APS. El estilo de coordinación es no autoritario,

propiciando cambios de actitudes a partir del dialogo en intercambio de ideas constante, con los miembros del equipo.

Podría afirmarse que la actuación de la coordinadora se relaciona a lo que en términos de Foucault seria el sujeto productor de enunciado (problematizando acerca del aspecto estratégico de las reuniones de equipo). Reforzando esta concepción en aquellos miembros que tenían una representación similar sobre este concepto, y promoviendo la rápida organización para llevarlas a cabo. Mientras que, la concreción finalmente de los espacios en aquellos equipos donde se presentaba mayor resistencia, se atribuye a la insistencia de la coordinadora y sobre todo a la participación activa en las reuniones del primer equipo, esto la propuso como un sujeto "legitimo" es decir: "creíble.

Otra profesión que se propone como estratégica para el despliegue de contextos de APS es la enfermería. Este es un campo de saber que se ha originado en los ámbitos hospitalarios, pero que ha sido valorizada en su devenir histórico como una herramienta clave para la salud de las poblaciones a partir de la estrategia de APS.

Profundizando esta idea, el código ético de la profesión promueve ciertas actitudes y prácticas que se relacionan al concepto de salud desde una visión holística y superadora del modelo medico hegemónico en salud, ideas que se promulgan, a su vez, desde el paradigma de APS:

> Enfermería como una profesión comprometida en la defensa del Derecho Humano y Social a la Salud y la Vida de las personas, familias y comunidades, cuya responsabilidad fundamental y actuación se centra en la promoción, protección, recuperación y

> rehabilitación de la salud mental, física, social y espiritual de las personas y brinda acompañamiento y alivio del sufrimiento respetando principios éticos y legales. Coordina sus actividades con la de otros grupos afines: profesionales y técnicos. Cuida de sí misma y de aquellos con quienes comparte responsabilidades en el campo disciplinario. (…) El profesional de enfermería participa, con compromiso ético y social en las acciones que promueven la defensa y satisfacción de las necesidades de salud en la región y entiende la atención de la salud como un derecho de todas las personas, en particular de los grupos más vulnerables que representan el mayor porcentaje de la población de la región (Consejo Regional de Enfermería Mercosur)

A partir de lo anteriormente expuesto se problematiza sobre el impacto que esta disciplina puede generar en las dinámicas cotidianas al interior del equipo de trabajo y hacia la salud de la comunidad.

Se le adjudica un rol protagónico en contextos de APS porque es el actor que tiene la mayor carga horaria en las sedes de los centros de salud, aquel que actúa directamente en los espacios de consulta (control de presión arterial, temperatura corporal, etc.) y el que lleva a cabo otras actividades más allá de su especificidad. Esto se evidencia en la realización de tareas que corresponden a la administrativa, pero que por su horario reducido en relación a la del enfermero, es este el que las lleva a cabo (recepción de pacientes, entrega de turnos, carga de datos estadísticos, organización de historias clínicas).

Haciendo referencia a la especificidad de la profesión, se le adjudica desde el imaginario social, la noción de “cuidado”. Concepto que de manera cotidiana y en las prácticas que esta disciplina despliega, se pone de manifiesto. Es el propio colectivo profesional el que asume esta condición:

> El cambio que Enfermería está protagonizando en la perspectiva de su saber hacer, saber ser y saber pensar; se genera a partir de re-definir, re-conocer y re-dimensionar el núcleo que la identifica y que es el cuidado de

> la experiencia o vivencia de la salud humana (A. Aimar, N. Videla, M. Torre pag 7).

Un fenómeno que puede considerarse como una dimensión del concepto de cuidado de la salud de la población, es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, los cuales dan sustento al paradigma de APS. Desde esta perspectiva se puede potenciar al profesional de enfermería hacia el despliegue de prácticas que reproduzcan esta impronta.

Un aspecto que argumenta esta propuesta es la carga horaria asignada. Esta variable impacta positivamente favoreciendo mayores posibilidades de experiencias de contacto cotidiano con la gente que acude a la entidad, trato cotidiano con todos los profesionales que actúan en el centro de salud y la observación de dinámicas vinculares entre los pacientes que realizan la espera a la consulta, entre estos y los profesionales y entre los miembros del equipo.

Es en las instancias antes mencionadas en donde el enfermero puede ejercer prácticas de cuidado a partir de la escucha activa, observación de conductas, gestos, posturas corporales, actitudes ya sea en momentos de contacto cara a cara con algún paciente, o a partir de la observación de la sala de espera.

> En una mañana de invierno durante la atención cotidiana de pediatria, (en el marco de la campaña anual de prevención de bronquiolitis que impulsa en Ministerio de Salud Provincial), una nena de dos años aguarda con su mama en la sala de espera. La enfermera se encuentra en el oficce sin tener acceso visual a la paciente, aunque se alerta ante la escucha de la tos de la niña. Inmediatamente le dice a la estudiante de trabajo social: “¿escuchas como tose? ¿Escuchas que tos fea? A esos sonidos hay que prestarle atención”.

Con el ejemplo anterior se intenta dar cuenta de prácticas esperables del enfermero que actúa en atención primaria y de su relación con el concepto de cuidado de la salud de la población. A partir de la escucha atenta a un síntoma y través de la capacitación para poner en alerta, a otros miembros del equipo, despliega y propone una mirada epidemiológica en todos los agentes de salud, promoviendo que la escucha y activa o la observación participante sean prácticas cotidianas. Como contraposición se expone una situación en la que se evidencia una actitud contraria a la mencionada propuesta:

> Una paciente de quince años llega a la entidad junto a otra joven de la misma edad que la espera en la puerta. La paciente se acerca a la enfermera, que estaba ordenando historias clínicas en la sala de espera, y le solicita el retiro de anticonceptivos orales. La enfermera se dirige al mueble de donde estaba este método y se lo entrega inmediatamente solicitándole que le firme los papeles correspondientes al Programa Remediar. Una vez habiendo firmado, las jóvenes se retiran de la entidad.

En esta oportunidad se evidencia una comunicación burocratizada centrada en la entrega de medicación bajo un programa, y descontextualizada de la estrategia de APS. Un indicador es no cuestionar más allá de la solicitud de la paciente. Esto podría resultar en preguntas acerca del uso de los anticonceptivos en tiempo y forma o si tiene alguna duda respecto a esta cuestión, si utiliza preservativos para prevenir enfermedades de transmisión sexual. También se excluye a su amiga, quien acompaña pasivamente, pudiéndose genera con ambas un espacio de Consejería acerca de temáticas relacionadas a la salud sexual.

Por otro lado, el hecho de que el profesional de enfermería sea el encargado de la apertura y cierre, y que no rote en los diferentes centros de salud,

puede promover sensaciones de pertenencia, no en términos de identidad, sino en la significación de “posesión de los espacios”. Una conducta que da cuenta de esta idea es aquella que denota la toma de decisiones unilaterales respecto a la disposición espacial de mobiliario o elementos de uso común (uso exclusivo y constante de la única computadora del centro de salud por parte de un referente de enfermería, con fines recreativos) o resistencias para la inclusión de otros profesionales al equipo de trabajo.

En la experiencia concreta que encuadra este trabajo, la figura de la pediatra actúa con protagonismo en el despliegue de la estrategia de APS. Esto se puede relacionar a que el mayor número de demanda de consulta se realiza a esto miembros del equipo, dando lugar a otras actuaciones en contextos de derivaciones. Estas a su vez evidencian perfiles distintos en cuanto al modo en que se realiza dicha actuación. Esta puede ser a partir de la indicación por escrito al paciente, en la cual se solicita la interconsulta, o a través de la reunión de equipo en al cual se expone el caso apelando a una evaluación en conjunto.

En ambos equipos de trabajo ejercen y se adjudica cierto liderazgo respecto a diversas actividades que pueden llevar adelante los equipos. Esto puede relacionarse a la atención de la salud de la población (planificación, realización de reuniones de equipo), como a iniciativas para resolver problemas en relación a las condiciones edilicias que impactan en el despliegue cotidiano de los miembros del equipo.

Se destaca que en ambas profesionales se evidencia una impronta en el desempeño cotidiano, que se orienta al paradigma de APS. Esto puede inferirse a partir de los siguientes ejemplos empíricos:

> Centro de salud A: una paciente con retraso mental leve acude a la consulta con su bebe de tres meses. En el control de talla y peso la pediatra advierte cierto grado de desnutrición. Ante la pregunta de cómo es alimentado, la mama responde que debido la imposibilidad de lactancia materna, le preparan mamaderas con leche de “sachet”. La medica explica la importancia de suministrar un alimento acorde a la edad del bebe, debido a que la ingesta de leche de vaca genera desordenes en el metabolismo del bebe, provocando que ese alimento no sea digerido. Alerta a la mamá del grado de desnutrición y solicita ser acompañada por un adulto responsable a la consulta. A su vez, indica la toma exclusiva de leche maternizada, a la vez que explica de forma verbal y por escrito, la fórmula para prepararla personalmente ingredientes que al paciente puede tener en su casa. Una vez finalizada la consulta, la pediatra solicita actuación a referente del servicio social y a la psicóloga. Debido a su evaluación respecto a la evidente dificultad para comprender las indicaciones y a la necesidad de que acuda un adulto responsable, en virtud de garantizar la integridad del bebe.

En este ejemplo la pediatra brinda una alternativa respecto a la compra de leche maternizada teniendo en cuenta la situación económica de la paciente, promoviendo una participación, más activa de la misma, evitando la inminente solicitud de subsidio económico para la compra de la leche. Aunque también reconoce la limitación para que la paciente comprenda las indicaciones, solicitando el acompañamiento por parte de un adulto y la actuación de otros miembros del equipo (trabajo social y psicología) para el abordaje integral de la situación en relación a la búsqueda de un adulto responsable, la evaluación del vínculo madre- hijo y pautas de cuidado.

A continuación vemos otro ejemplo:

> Centro de salud B: una joven de 19 años acude a la consulta con su beba de cuatro meses con diagnóstico de broncoespasmos, por lo que se le solicita tratamiento con puf y nebulizaciones diarias que se realizaran en el centro de salud. La pediatra advierte que la niña no posee DNI y que la joven expresa que hace un mes reside en la localidad, conviviendo con su

> grupo familiar aunque, la relación inestable con el papa de su beba, ha generado inestabilidad para la radicación estable. Teniendo en cuenta el diagnostico, la zona donde la paciente refiere domicilio con eventual riesgo sanitario y habitacional, la situación socio familiar y la ausencia de trámite de dni, solicita actuación a la trabajadora social.

La evaluación de la pediatra advierte determinantes de salud en la situación de la paciente que superan la mirada biologicista puesta en la enfermedad. Teniendo en cuenta que la paciente se mostró colaboradora para la adhesión al tratamiento, la preocupación de la pediatra se orientó hacia el contexto socio familiar, habitacional y a su reciente e indefinida residencia en la localidad.

La estrategia de APS como paradigma, promueve acciones orientadas a la promoción de la salud. Prácticas que tiene como objetivo la detección de poblaciones vulnerables y la prevención de potenciales conductas de riesgo. Esa perspectiva implica la actuación de múltiples actores, en la planificación y ejecución de actividades relacionadas a dicho propósito. En el siguiente ejemplo se intenta dar cuenta de cómo la pediatra, a partir de un espacio de consulta individual, potencia una actividad comunitaria para la promoción de la salud:

> Centro de salud B: una mujer acude a la consulta con su hija de once años a un control de salud. Durante el mismo la pediatra pregunta acerca de cuestiones relacionadas al ciclo menstrual femenino, dando cuenta que la niña no tenía ninguna información acerca de esto. La mama manifiesta que tiene dificultad para hablar de sexualidad con su hija, pero que esperaba que la escuela pudiere brindar charlas en relación a ello. La pediatra le propone a la mama ser ella quién brinde ese asesoramiento, a lo que la mujer responde positivamente, aunque manifiesta no querer estar presente para no incomodar a su hija. La pediatra consulta a la niña para planificar un encuentro en el centro de salud, acordando con la misma. Al salir del espacio de consulta, la profesional pregunta a la referente de trabajo social (la cual estaba realizando talleres sobre la problemática de bullying en la escuela de la comunidad), si era posible organizar alguna charla con la comunidad educativa de esa entidad, debido a que había tenido varias consultas de niñas de entre diez y doce

años, que no tenían información suficiente, respecto a temáticas de salud sexual.

Capítulo 7

Trabajo social en contextos de APS.

7.1- Trabajo social en contextos de APS.

En el campo de salud la especificidad de la actuación profesional debe orientarse hacia la lectura compleja de la realidad que se le presenta a través de la persona afectada por una patología, situándose desde una perspectiva amplia que le permita abordar los diferentes aspectos que hacen a la vida de la persona. Aspectos o dimensiones que se abordan, para dotar a los sujetos involucrados, en procesos que le permitan modificar su situación de vulnerabilidad en relación al derecho a la salud, en sentido amplio. El objeto con el que se actúa estaría relacionado a la persona y su problemática de salud, desde un abordaje integral de la misma. Es poder ir más allá de la necesidad sentida, que en un primer momento es la manifestación de una enfermedad o una necesidad material o económica que el sujeto demanda, a una necesidad detectada, identificándola a partir de la actuación del trabajo social.

A su vez, teniendo en cuenta el paradigma de Atención Primaria, se promueve que los miembros que conforman los equipos desplieguen acciones orientadas a la promoción de la salud, estableciendo para ello actividades diversas con la comunidad.

7.2- Presencia, tránsito y circulación del trabajador social en las dinámicas cotidianas de APS.

Al comienzo del presente trabajo, tres de los cuatro centros de salud contaban con una única Trabajadora Social para satisfacer la totalidad de la demanda. Esta situación generaba que cada entidad tuviera asignada la cantidad

de cuatro horas semanales para este campo profesional. Destacando que el Centro de Salud A, directamente no contaba con este recurso. Al momento de finalización de este trabajo, uno de los centros de salud (no incluido en la presente investigación), incorporo a Partir del Programa Médicos Comunitarios, una profesional para la actuación de esta profesión.

En cuanto al uso de los espacios, en ambos centros de salud, se observa la ausencia de un espacio propio, para el despliegue del profesional. Debiendo solicitar algún consultorio a otro miembro del equipo, cuando es necesario realizar una entrevista. Esta situación también dificulta la confección de registros escritos, al no contar con mobiliario propio.

7.3- Construcción de la demanda de actuación del trabajador social en ámbitos de APS

La demanda para el espacio de trabajo social se genera de forma espontánea a partir de la necesidad de algún paciente, a través de alguna derivación que realiza otro miembro del equipo o la referente del centro comunitario que funciona en el mismo predio que el centro de salud B.

Cuando la demanda es espontanea, suele expresarse como necesidad del paciente vinculada a la incorporación a algún programa de salud o asistencial (material, económico, institucional). También puede requerirse la solicitud de asesoramiento para el abordaje de alguna problemática vincular (por ejemplo violencia de género).

En el caso de las derivaciones que realizan otros miembros del equipo, pueden contextualizarse a partir de las reuniones de equipo, en el cual se presenta un caso y se establece un abordaje conjunto, o a través de dialogo informal en espacios de usos cotidiano (por ejemplo office) o una solicitud por escrito cuando no se comparte día u horario. Esta modalidad de solicitud de actuación es la que continuamente genera demanda al profesional. Siendo necesario, en muchos casos, organizar la misma conjuntamente con el miembro solicitante, a los fines de esclarecer los argumentos de la solicitud y de esa forma evaluar desde el trabajo social, que tipo de actuación es necesaria. Estableciendo así una decisión profesional, desde la propia especificidad del trabajo social.

7.4- Modalidades de actuación en contextos de APS

Las actuaciones que se despliegan en los ámbitos de APS se relacionan a: entrevistas en sede, entrevistas en domicilio, diálogos informales, participación de las reuniones de equipo, entrevistas telefónicas con pacientes u otros profesionales de salud, gestión de turnos en hospital municipal, gestión interinstitucional con otros organismos sanitarios o asistenciales para obtener alguna información de los pacientes en relación a la salud, información relacionada al funcionamiento de algún programa de salud o para facilitar el acceso de las personas, a la entidad en cuestión, respecto a la realización de trámites o gestiones.

En cuanto a la producción de documentos escritos, se solicita desde la coordinación de APS, el registro en la historia clínica de las prácticas efectuadas en cada caso. Esta acción tiene como objetivo que el administrativo pueda cargar estos datos en el sistema del Plan Nacer Sumar, ya que por la misma, el municipio recibe una contraprestación económica.

El siguiente ejemplo da cuenta partir de un caso, de las múltiples actuaciones:

> Una paciente es derivada a interconsulta con Servicio social por la médica generalista, con el objetivo de iniciar trámites de pensión por discapacidad. El diagnostico se expresa con diversas problemáticas: estado depresivo relacionado a la abrupta pérdida de su padre, reciente debut diabético con insulinodependencia, habiendo cursado una descompensación que la llevo a estar internada en el hospital Municipal, bozo difuso en estudio, fibroma con prolongada ausencia de menstruaciones. Se destaca el débil lazo social, debido a la ausencia de referente familiar o social.
> Durante el trascurso de la entrevista en sede la trabajadora social intenta ordenar junto a la paciente las prioridades respecto a la atención de la salud. En ese momento lo que más la impactaba en su cotidianeidad, era el diagnóstico de diabetes. Haciendo hincapié únicamente, en su situación de desocupada y en la falta de ingresos económicos, lo que le impedía acceder a una alimentación adecuada. Estableciendo un orden de prioridades, la trabajadora social propone la inclusión a un bono especial de nutrición para que la paciente pueda acceder a determinados tipos de alimentos, aunque argumenta que para ello se requiere de los controles de salud correspondientes. Se informa acerca de la necesidad de establecer referencia con el centro municipal especializado en diabetes y se comienza a trabajar en la construcción del tejido social para promover la contención ante un posible episodio de descompensación clínico o emocional. En virtud de que la paciente refiere no tener ningún vínculo familiar, se establece una red social personal con el Centro de Salud cercano y una vecina.
> Respecto a la situación económica, que se configuro como necesidad sentida la paciente, se informa acerca de los requisitos para el inicio de los tramites de pensión y del tiempo de espera para que se efectivice. Se establece próximo encuentro en el hospital para la realización de consulta con el propósito de atender a las otras problemáticas de salud y también obtener los estudios necesarios para ser presentados al momento del inicio de la pensión.
> Más allá de todas las gestiones que se realizaron en los ámbitos de salud (municipales y zonales) con el objetivo de facilitar el tránsito y circulación de la paciente en los mismos, se destaca su situación previsional, la cual

dificulto los tramites de pensión y el acceso a prestaciones de programas de salud que exigen esta condición (Por ejemplo PRODIABA).
Cuando la trabajadora social cuestiona acerca de su situación laboral, la paciente expresa que trabajó durante la temporada pero que actualmente está desocupada. Cuando la profesional intenta obtener la negativa de ANSES se encuentra con que la paciente presentaba obra social. Se establece una entrevista telefónica con el referente local de dicha entidad, el cual explica que a pesar de que la persona no realiza actividad laboral, mantiene relación de dependencia con la empresa con la que trabajó en la figura de "reserva de puesto", por lo que se requiere que el empleador establezca la desvinculación. A su vez, aunque no se mantenga esta condición, una vez finalizado el contrato laboral temporario, la obra social tiene la obligación de mantener a la persona durante tres meses.
Una vez realizado el trámite mencionado, se comprueba que la paciente continuaba presentado obra social. Para regularizar esta situación la estudiante de servicio social se acerca a la oficina de la obra social correspondiente. La administrativa de dicha entidad explica que: a pesar de que la paciente presenta obra social, no puede hacer uso de la misma hasta que no haga los trámites de afiliación. Esto perjudica a la paciente en virtud de que no puede acceder a prestaciones de salud por la obra social (al no estar afiliada) ni a través de programas de salud del sistema público (por figurar con obra social). Ante esta situación, la administrativa requiere una nota de la paciente, en la cual solicita ser dada de baja en el sistema de esa obra. Luego de estas gestiones, la paciente pudo acceder a la medicación y tratamiento de distintas problemáticas de salud, e iniciar los trámites de pensión por discapacidad.

En el ejemplo anterior puede evidenciarse la idea de necesidad detectada, en la problematización que la profesional intenta en cada encuentro con la paciente, respecto a las descompensaciones por el diagnostico de diabetes. Haciendo referencia a la necesidad de que la misma adquiera conciencia de enfermedad y pueda iniciar un proceso de cambio de hábitos para un estilo de vida saludable que le permita evitar estos episodios. Para promover dicho proceso es necesario abordar la complejidad de la situación, lo que lleva evaluar diversos factores:

- Económicos (falta de empleo regular)
- Previsional (situación indefinida e inhabilitante para el acceso a programas públicos de salud)

- Institucionales (dificultad para referenciar con espacios de salud de atención primaria u hospitalarios, por cuestiones burocráticas y ansiedad de la paciente).
- Habitacionales (distancia considerable del domicilio de la paciente respecto al centro especializado en diabetes u hospital municipal)
- Emocionales (depresión reactiva)
- Vinculares (ausencia de referente socioemocional

Capítulo 8

Conclusiones

Como ya se mencionó anteriormente, el paradigma de APS contempla como acción relevante para la salud de los pueblos, la promoción de la salud. Sin embargo, en el caso de las entidades abordadas, el profesional se ve acotado a resolver la demanda inmediata. Evidenciándose la ausencia de actividades relacionadas a la promoción de la salud (talleres en la comunidad, participación activa en campañas nacionales de prevención de enfermedades, que se destinan a la localidad, articulación con entidades comunitarias, barriales, etc.).

Esta situación puede relacionarse a actitudes individuales que se orientan a la atención de la salud como la ausencia de enfermedad limitándose a la atención de pacientes que llegan a la entidad con alguna dolencia. Pero también se evalúa como factores obstaculizadores, la falta de incentivo hacia los profesionales respecto a la realización de actividades de promoción, revalorizándose desde ámbitos nacionales, provinciales y municipales la atención individual.

Entendiéndose esto a partir de la contraprestación que se genera desde el denominado Plan Sumar, el cual paga al municipio una cantidad de dinero por práctica que se genera en el ámbito de APS, siendo las practicas mejores pagas aquellas relacionadas a la atención en consultorio o la búsqueda activa de pacientes para control de salud. Ejecutándose dicha política a través del municipio, quién también exige desde las autoridades de salud, un número mínimo de pacientes atendidos. Atribuyendo dichas acciones al cobro de un incentivo económico que se destina a los agentes de salud conjuntamente con la liquidación de los sueldos. Promoviendo así, en los miembros de los equipos, centrarse en la cantidad de prácticas a partir de la demanda individual, y no en los objetivos

orientados a la realización de actividades que prioricen el paradigma de APS. Revitalizándose a su vez, el modelo medico hegemónico que se orienta a la relación medico paciente o profesional paciente para la atención de una dolencia, en detrimento de una visión de la salud con una impronta más participativa y vinculada al objetivo de la promoción de la salud.

Por otro lado, podría identificarse como una debilidad del colectivo profesional del trabajo social, la dificultad para la confección de registro de las actividades que se realizan, sean estas asistenciales en sede o promocionales en sede o terreno. Haciendo visible el impacto cuantitativo de las actividades que se despliegan. También se debe destacar el hecho de que los nomencladores que aporta el sistema de carga del Plan Sumar, no muestran suficientes categorías para describir las diversas acciones, generándose así la dificultad para el administrativo al momento de tener que cargar los datos.

Aunque paralelamente, desde el Ministerio de Salud de la Nación, se destinan recursos humanos para cumplir con los objetivos de APS, siendo los ejecutores los miembros del equipo que participan del Programa Médicos Comunitarios, teniendo como objetivo, la realización de tareas orientadas a la comunidad en el marco del paradigma de APS. Siendo estos auditados de manera sorpresiva, con el objetivo de corroborar horas y tareas asignadas, pudiendo ser dados de baja si no se cumple con algunos de los requisitos.

Más allá de lo antes mencionado, se considera relevante mencionar la cotidiana medicalización de los espacios de APS, actuando esto como contradictorio respecto al paradigma de atención primaria. El cual se constituye como una idea alternativa al modelo medico hegemónico y como este entiende la

salud, intentando superar la concepción reduccionista del concepto desde la mirada médica. En este contexto el discurso médico, sigue siendo el dominante, ejerciendo su voluntad de verdad, condicionando la distribución de poder en los espacios de salud, y puntualmente en los ámbitos de APS. Esta impronta se evidencia a partir de que, diversas prácticas que forman parte de la dinámica cotidiana de los espacios de APS, se impulsan y se dinamizan a partir de la convocatoria, la demanda y la conducción del médico.

- Se mencionan aquellas que se refieren a la dinámica puntual del equipo de trabajo. Estas acciones se relacionan a la ejecución de la propuesta de reuniones de equipo, la planificación de estrategias de abordaje de ciertos casos a partir de la demanda que se genera en espacios de consulta médica.
- El requisito del certificado médico, funciona como el enunciado (Foucault 1970), que contiene acreditación necesaria para el acceso o solicitud de diversas prácticas médicas o asistenciales, como por ejemplo una interconsulta con otra disciplina o la inclusión al programa de asistencia nutricional.
- Se resignifica la idea de discurso dominante presente en la representación de algunos agentes de APS, en la injustificada necesidad de que sea el medico quién pueda informar sobre cuestiones, que si bien pueden contener aspectos clínicos, son propicias de ser abordada por otros agentes capacitados (por ejemplo los talleres sobre salud sexual y reproductiva).

- La mejora de los espacios de uso cotidiano con la argumentación de garantizar la mejora de la atención en la consulta médica.
- El programa del Ministerio de Salud que se propone como promotor del paradigma de APS contradictoriamente se denomina “Médicos Comunitarios” otorgando así, un rol protagónico a esta disciplina.

Haciendo referencia al campo profesional del trabajo social, se hace mención a que no está excluido del propósito de APS. Sin embargo, también se observa que se trabaja sobre la demanda, sea esta de forma espontanea de algún paciente o a partir de alguna derivación de otro miembro del equipo. Destacándose que la mayoría de las veces, la agenda del día, siempre es generada por algún tercero para resolver una situación problema. Esta dinámica también forma parte de la representación social de la profesión que circula en los espacios de salud y en los contextos de APS.

Esta particularidad fue supervisada en diversas reuniones, que los referentes del servicio social de las entidades de atención primaria realizaron, concluyendo que se trabaja cotidianamente “sobre lo emergente”. A la vez que se hace necesario redefinir permanentemente nuestra profesión, sobre aquello que otro miembro del equipo considera pertinente de nuestra actuación. Proponiendo la revisión constante de las representaciones que circulan en los espacios de APS, respecto a la profesión en la asunción de tareas que los otros campos requieren como “encargo” para el trabajo social.

Profundizando esta mirada se hace necesario mencionar la actuación del Trabajo Social como agente involucrado en la disminución de obstáculos y

barreras que impiden el acceso a la salud como derecho ciudadano. Dichas acciones se configuran a partir de una demanda que otro agente hace, pero que también puede coincidir con la propia especificidad de la profesión, la cual se orienta hacia el despliegue de estrategias que le permitan al paciente acceder al ejercicio pleno de sus derechos, específicamente en este caso, el de la salud.

La controversia de el “como” se lleva adelante dicho objetivo se centra en la diversidad de acciones que el profesional puede desempeñar para la concreción de dicho propósito, abordando la problemática desde una mirada compleja, estableciendo para ello distintas estrategias de acción que intenten atender la multiplicidad de factores actuantes. Esta dinámica, no se presenta en la disciplina médica, la cual aborda al paciente desde lo clínico, aunque dependiendo de cada profesional puede desplegar una mirada de la problemática más amplia.

El ejercicio pleno del derecho a la salud de un paciente, no depende exclusivamente del trabajador social. Este es una agente más, dentro de un sistema que debería garantizar mecanismos que posibiliten el acceso a la salud. Las contradicciones que este presenta, los agentes que lo conforman, junto a otras variables que actúan en la vida de la persona, configuran el escenario en donde el trabajador social despliega su especificidad.

Profundizando esta idea se hace mención a las tensiones que se manifiestan en el campo de la salud a partir de la tendencia a la especificidad de cada disciplina, en detrimento de las intervenciones interdisciplinarias y transdciplinarias. Haciendo mención a dicha propuesta como el abordaje cotidiano con el objetivo de una construcción conceptual común de una situación problema.

Esto puede evidenciarse en los pedidos de interconsulta o derivación de distintos miembros del equipo a otros miembros, sin una puesta en común previa que permita establecer los criterios para fundamentar dicho pedido y posteriormente proponer estrategias de abordaje en conjunto. Exceptuándose los casos mencionados en este trabajo, generalmente el abordaje de las situaciones problemas que se van presentando en al dinámica cotidiana se abordan desde dos o tres enfoques, dependiendo del caso, y de forma paralela. Quedando pendiente una propuesta de trabajo orientada hacia la interdisciplina, que permita el abordaje de las problemática desde una mirada compleja hacia la misma, asumiéndose dicha complejidad en los contextos de APS donde se configuran.

En otro sentido, se hace necesario mencionar la ausencia de mecanismos participativos en los contextos de APS, que permitan desplegar este paradigma como un modelo sanitario en el cual la comunidad se convierta en actor protagónico de su propio proceso salud enfermedad.

Entendiéndose a dicho aporte como una propuesta que permitiría configurar a los pacientes que concurren a los centros de salud o aquellos vecinos que forman parte de la comunidad pero no acceden a los mismos, en grupos de referencia, más que como vecinos o pacientes que concurren eventualmente a la entidad. Constituyéndose el espacio del centro de salud en un ámbito de pertenencia que permita el despliegue de dinámicas participativas.

Se evalúa como factores obstaculizadores de esta propuesta distintos perfiles que presentan los agentes de salud que limitan el despliegue de estrategias participativas. Acciones que van desde la comunicación cara cara con el paciente que pueden evaluarse como expulsivas, o que tienden a

desaprovechar espacios de intercambio como la sala de espera, hasta la falta formación para la coordinación de grupos.

Otros factores que se evalúan como obstaculizadores son: la falta de espacio físico que impide la realización de talleres, la ausencia de organizaciones comunitarias representativas que demanden distintas acciones, la falta de algunas prestaciones medica básicas como por ejemplo ginecología o de recursos humanos como el de enfermería, que limita la atención de los pacientes y genera que los mismos accedan a otras entidades y el trazado de la línea de micros locales que no permiten el fácil acceso por este medio de transporte a las entidades.

Sin embargo, es preciso destacar que, al interior del sistema de salud y en comparación con el ámbito hospitalario, los espacios de APS siguen configurándose como aquellos contextos en los cuales se presentan mayores condiciones de acercamiento "cara a cara"[9] entre los miembros del equipo de salud y las personas que acceden al recinto. Esto permitiría el despliegue de prácticas en las cuales pueden abordarse las subjetividades de los pacientes, así como el conocimiento de dinámicas de la comunidad en la cual el centro de salud se ubica. Promoviendo así el despliegue del paradigma de APS en lo referido a la atención de la salud de las personas, y generando la posibilidad hacia el miembro del equipo de implicarse, a partir del ejercicio de un rol más activo, en la demanda del paciente.

[9] Este concepto es utilizado a partir del aporte de Berger y Luckman haciendo referencia a un prototipo de interacción social en la vida cotidiana, en el cual el "otro" se me aparece en un presente vivido que ambos compartimos. Berger y Luckman "La construcción social del conocimiento" Amorrortu editores. Buenos Aires 2001

Lo dicho anteriormente se argumenta según diversos factores:

- La cantidad de pacientes, generalmente menor, a los que se atienden en el ámbito hospitalario y al tiempo que se destina la consulta o atención.
- La organización administrativa que permite la solicitud de turnos de forma inmediata o con mínimos requisitos, hace que el centro de salud sea una opción más accesible, en comparación con el hospital municipal.
- El centro de salud cuenta con una red de entrega de medicación (entre ella anticonceptivos) y es el encargado de suministrar leche en polvo a quienes están bajo dicho programa. Esto implica el acceso y tránsito frecuente de personas en dicho contexto, pudiéndose promover otras actuaciones de los miembros del equipo, más allá de la entrega de la prestación, a partir de la identificación de personas en contextos de vulnerabilidad.
- La disposición espacial posibilita un contacto directo entre los administrativos, primero y luego los demás miembros del equipo y los pacientes.
- La ubicación geográfica del centro de salud permite un mejor acceso a la entidad, en relación al hospital municipal.
- Miembros del equipo de salud formados desde alguna orientación en APS, facilitando el despliegue de prácticas que promueven dicho paradigma.

Haciendo hincapié en el objetivo de este trabajo, se concluye que los agentes involucrados en esta experiencia han expresado ciertos consensos.

En primer lugar, se concibe a la salud pública y por ende, la atención primaria de la salud, como de uso exclusivo de las poblaciones vulnerables en términos económicos. Esto pone de manifiesto la contradicción en la concepción del derecho a la salud como un bien digno de ser garantizado a la población en general, excluyendo o reprochando el uso de las prestaciones que ofrece la salud pública, a aquella población con cierto poder adquisitivo, que elije atenderse en estas entidades. Esta mirada, refuerza la visión utilitarista de la salud, la cual se limita la responsabilidad del estado a atender las necesidades de salud de los sectores más desfavorecidos, delegando al sector privado a aquellas poblaciones incluidas en el mercado laboral.

Otra concepción acerca de la atención primaria y de los centros de atención primaria como aquellos dispositivos que intentan ejecutarla, se relacionan a la idea de que estos espacios deben cumplir con el objetivo de descomprimir la demanda en hospital local y de esta manera descentralizar la atención. Esta es una lógica que circula en agentes hospitalarios con cargos ejecutivos, manifestándose a partir de la directiva de descomprimir la demanda en guardia y en consultorios externos. Interpretándose esto a través de prácticas como: derivación a consulta a los centros de salud a partir de prácticas de medicina general, obstetricia, etc., la no entrega de medicación en el sector de farmacia, argumentando esto en la orden de que esa medicación sea retirada en el centro de salud que se le adjudica por tener cierto domicilio. La puesta en valor de espacios físicos y ajuste en los horarios de los profesionales, en los centros de salud, con el objetivo de priorizar

la atención de consultas pediátricas y clínicas (con un alto número de demanda en el ámbito hospitalario) en detrimento de otras áreas que no se consideran esenciales como por ejemplo psicología.

A su vez, también puede verificarse cierta lógica en la mayoría de los agentes, que concibe a los contextos de APS como únicamente espacios de consulta médica o profesional, no revalorizándose a la entidad como un potencial espacio de uso comunitario, que pueda permitir el tránsito y circulación de personas que no sean eventualmente pacientes, o que siéndolo puedan desplegar otras prácticas que no se limiten a la consulta. Esta impronta se ha argumentado en este trabajo a partir de la exposición de las practicas que se evalúan como expulsivas.

Por otro lado, la presencia de las personas al interior de la entidad y la relación con los miembros del equipo, está valorada en términos de una lógica de intercambio de bienes y servicios. Los pacientes son quienes demandan algún tipo de atención o prestación por parte de algún miembro del equipo y estos se ven en la obligación de satisfacer esa demanda, culminando la interacción una vez finalizada la transacción. Viéndose resistencias ante la presencia injustificada, en relación a esta lógica, de personas en la entidad, incomodando a algunos agentes.

En relación al concepto de lógicas colectivas, se hace referencia a que en los contextos investigados, laten diversos núcleos de significaciones (Fernández 2007). Evaluándose alguna de esas significaciones como promotoras del paradigma de APS, asumiendo una actitud revolucionaria (Bourdie 2000) que intenta superar la mirada del modelo medico hegemónico. Y otras como obstaculizadoras de dicho paradigma, más cercana a un modelo medico

positivista. Estas significaciones se han interpretado a partir de distintas prácticas discursivas en distinto agentes y aun, en un mismo agente al mismo tiempo. Podría interpretarse que ese magma de significaciones (Castoriadis 2007) oscila entre lo nuevo (paradigma de APS) y lo viejo (modelo medico). Ese dinamismo cotidiano promueve a los contextos de APS como espacios en construcción, resignificando la singularidad de cada contexto.

Sin embargo, a pesar de las diferencias que se observan en torno a las distintas concepciones de la APS, se observan atravesamientos identificatorios (Fernández 2007). Haciendo mención a un colectivo de agrupamiento no en términos de una lógica de actuación común orientada puntualmente al modelo de APS. Sino en relación a un espacio organizacional de dinámicas cotidianas que se asumen como distintas del ámbito hospitalario. Valorizándose la modalidad de relación entre los miembros del equipo que tiende a generar mayor afinidad entre estos, por la proximidad en el acercamiento y trato cotidiano. A la vez que es posible, observar ciertas prácticas corporativas de ese colectivo, en relación a alguna disposición del ámbito hospitalario que puede interpretarse como ofensiva.

En este sentido, es posible preguntarnos si la representación social construida en relación a la APS, ha sido vinculada a la simple reducción de una práctica destinada a los más vulnerables, cuyo eje central se basa en la descentralización territorial de un modelo médico hegemónico. Esta pregunta que surge de este estudio exploratorio deja en evidencia, los límites para la consolidación del derecho a la salud, como un derecho vinculado a la ciudadanía plena. En la que necesariamente, se incluye a la población más vulnerable en términos económicos, y todos los que, como personas sujeto de derecho, deben

considerarse en la tarea de promoción de la salud. Otorgando un rol protagónico al Estado, en el despliegue de dicha impronta.

BIBLIOGRAFIA

Abed, Luís Cesar 2007 “Determinantes del Proceso de salud/enfermedad” en Plan Federal de Salud- Modulo 1 Salud y Sociedad. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina Posgrado en Salud Social y Comunitaria.

ABRIC, Jean Claude, 2005, Méthodes d´etude des representations social, París: Éditions Eres.

Aimar, N. Videla, M. Torre 2006 “Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera” Enfermería global. Vol 5, Núm 2. Ediciones de la Universidad de Murcia.

Álvarez Adriana, Carbonetti Adrian (eds) 2008 “Saberes y prácticas médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Berguer L. Peter, Luckman Thomas 2001 “La construcción social de la realidad”. Amorrortu editores. Buenos Aires

Barragán, Horacio Luis 2007. “Fundamentos de la Salud Publica”. Universidad Nacional de la Plata. EUDEM

Briceño Gil, Miguel A. 2005 “Epistemología y Medicina Compleja”. MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica. http://medicrit.com/

Castoriadis Cornelius 2007 (1983, vol.1; 1989, vol.2) “La institución imaginaria de la sociedad” Buenos Aires: Ensayo Tus Quets Editores.

Castro, Edgardo; 2011, *Diccionario Foucault. Temas conceptos y autores.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Carballeda, Alfredo 2004 “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad” Editorial Espacio. Buenos Aires.

Carballeda Alfredo 2008 “La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social” Revisa Margen. Edición N° 48 http://www.margen.org/s

Cazzaniga Susana “El abordaje desde la singularidad”. Desde el fondo. Cuadernillo temático n° 22. Ficha de cátedra Trabajo Social V. Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Año 1997

Consejo Regional de Enfermería Mercosur (C. R. E. M.) RESOLUCIÓN CREM Nº 2. Declaración de Principios Éticos para el Ejercicio de Enfermería en la región. Montevideo 25 de abril de 2003

Cecchetto Sergio; 2008. “La biología contra la democracia. Eugenesia, herencia y prejuicio en Argentina, 1880-1940”. Universidad Nacional de Mar del Plata. EUDEM

Cesilini Gabriela, Guerrini Maria Eugenia; Novoa Patricia del Lujan 2007 “La nueva Pobreza en el ámbito Hospitalario”. Editorial Espacio. Bs. As.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Copolillo Fernando E. 2013 “Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar”. Archivos de Medicina Familiar y General. http://archivos.famfyg.org/

Czeresnia, Dina; Machado de Freitas Carlos. 2008 “Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias”. Editorial Lugar. Buenos Aires.

Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ambiente Ciencia y Tecnología

Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C. , Tapia A., Moreno Suárez S. 2007 “Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias”

Medicina familiar y comunitaria. Hospital Virgen de las Nieves. Granada http: www.semes.org/.../burnout-en-medicos-residentes-que-realizan-guardias

Ferrara Pedro, Echazú Liliana, Mertehikian Alida, Fasano Cecilia, González Takieldin María de los Ángeles, Morí María de los Ángeles, Castell Fernanda, Jara Ana Valeria, Jaschek Cecilia, Giussi Juan, Barrera Zulma, Dárcangel Silvina. "Medicina Paliativa. Interdisciplina y cuidados domiciliarios". Publicación del Equipo Interdisciplinario del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Rossi de La Plata. MEDPAL. Año 01 N° 1 1 Diciembre 2007. La Plata. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Ferrara Floreal 2010 "La salud es la solución del conflicto". Entrevista a Floreal Ferrara. Debates Pendientes en Salud http://www.centrocultural.coop/

Foucault Michel 2011 (1969) "La Arqueología del Saber" Editorial Siglo XXI .Buenos Aires

Foucault Michel 1996 (1970) "El orden del discurso". Las Ediciones de la Piqueta. Madrid

González Saibene Alicia 2007 (2005) El objeto de intervención profesional, un mito del Trabajo Social, Rosario: Editorial Futuro Solidario- CIAPP.

Guber Rosana “El salvaje metropolitano. Reconstrucción del concepto social en el trabajo de campo”. Ed Paidós. Buenos aires 2004.

Gutierrez Alicia “Poder y representaciones: elementos para la construcción del campo político en la teoría de Bourdieu” Revista Complutense de Educación Vol. 16 Núm. 2. Año 2005

Kosic Karol, “Dialéctica de lo concreto”. Colección Enlace, Ed. Grigalbo .México, 1967

Krmpotic Claudia, Allen Ivonne 2003. “Trayectoria familiar, ciclos políticos y bienestar”. Editorial Espacio Buenos Aires

Marco de Referencia para la Formación de Residencias Médicas especialidad Medicina General y/o familiar. Subsecretaria de regulación, fiscalización,. Secretaria de políticas, regulación e institutos. Año 2010. Sistema nacional de residencias del equipo de salud. Dirección Nacional de capital humano y salud ocupacional. Ministerio de Salud de la Nación

Marradi Alberto Archenti Nélida, Piovani Juan Ignacio 2007 “Metodología de las ciencias sociales” Emece Editores Buenos Aires

Ministerio de Salud. Plan Federal de Salud en www.msal.gov.ar

Najmanovich Denise “La complejidad: de los paradigmas a las figuras del pensar” COMPLEXUS Revista de Complejidad, Ciencia y Estética Universidad CAECE, Buenos Aires Año 2005

Resolución 428/2001
NORMA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES. Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Perrone Néstor, Teixedo Lucrecia 2005. “Estado y salud en la Argentina” Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 · Año 5- Nº 10 · Diciembre 2007

Román Vega Romero, Naydú Acosta Ramírez, Paola Andrea Mosquera Méndez Ofelia Restrepo Vélez. “Atención Primaria Integral de Salud Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud”. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud Pontificia Universidad Javeriana Primera edición: mayo de 2009. Bogotá D. C., Colombia, 2009

Rovere Mario. “Salud para todos. Una meta posible”. Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos en un Nuevo Contexto Global. Año 2009

Vélez Restrepo, Olga Lucia, “Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”. Pág. 54-58. Ed. Espacio. Buenos Aires. Año 2003

Wilner Alejandro, Stolkiner Alicia 2007 "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. http://salud.ciee.flacso.org.ar/

Quevedo E, Hernández M, Cortés C, Eslava JC. Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. Revista Ciencias de la Salud 2013; 11(3):295-321

Radicaciones resueltas permanentes Delegación Villa Gesell periodo 2004-2014: 2698. Fuente: Dirección Nacional de Migraciones http://www.migraciones.gov.ar/

Tobar Federico 2001 “Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina” http://es.scribd.com/