

2016

¿De qué hablamos cuando hablamos de equipo? : Las representaciones sociales de los profesionales de la salud en Atención Primaria de la Salud

Galassi, Julieta

Galassi, Julieta

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/141>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

¿ DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE EQUIPO ?

Las **representaciones sociales** de los profesionales de la salud en Atención Primaria de la Salud ◀

TEMA.

“**Representaciones sociales** de los profesionales de la salud sobre el **trabajo en equipo** en Atención Primaria de la Salud”

Experiencia de Formación Profesional en el Centro de Salud “Alto Camet”

DIRECTORA.

VIRGINIA **MATÉ**

CO-DIRECTORA.

STELLA MARIS **COLOMBO**

AUTORAS.

JULIETA **GALASSI**

Mat. N° 10533/09

E-mail: julygala@hotmail.com

&

SILVINA **IPARRAGUIRRE**

Mat. N° 8326/04

E-mail: silvinaiparraguirre@hotmail.com

*“Mucha gente pequeña,
en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas,
pueden cambiar el mundo”*

*“Ojalá podamos ser tan porfiados
para seguir creyendo, contra toda evidencia,
que la condición humana vale la pena,
porque hemos sido mal hechos,
pero no estamos terminados”*

Eduardo Galeano

AGRADECIMIENTOS

Consideramos importante agradecer a nuestra Directora de tesis, Virginia Maté, en primera instancia por la predisposición y enseñanza proporcionada en la práctica de formación profesional en el Centro de Salud “Alto Camet” y, además, por aceptar ser parte de nuestro trabajo final, transmitiéndonos siempre seguridad y confianza.

A nuestra Co-Directora, Stella Maris Colombo, por sus sugerencias y compromiso con el proceso de investigación.

A Enrique Andriotti Romanin, por su colaboración y consejos transmitidos.

A Magdalena Caveda Pirro, por ayudarnos con el diseño de este trabajo.

Al equipo de profesionales del Centro de Salud “Alto Camet”, por haber compartido su tiempo y sus saberes para que logremos cumplir con los objetivos de esta investigación.

Julieta & Silvina

Quiero agradecer principalmente a mi papá, mi mamá y mi hermana, que me apoyaron incondicionalmente siempre, estando presentes y acompañándome durante toda esta etapa y la vida en general; a mis amigas, tanto las de Lobería como las conocidas en la facultad, por su apoyo y comprensión, no solo en este proceso sino también a lo largo de todos estos años en Mar del Plata; y finalmente a Silvina: gracias por hacer que este último tramo de la carrera fuera mucho más fácil y llevadero.

Julieta

A mi mamá y a mi papá, a mi familia, a mi compañero de vida, a mis amigas infinitas, a mis hermanos por elección, a mi eterno Coro Soles, a mis compañeros de trabajo, a las profesoras y compañeras de este camino compartido y a Julieta Galassi: gracias, gracias por confiar en mí siempre, por festejar cada paso dado y alentarme para llegar a la meta.

Más de una vez imaginé este día, pero nunca que ella no esté para darme su abrazo. Romina: sin dudas esto es para vos, gracias por acompañarme siempre. ¡Sigo por vos!

Silvina

CAPÍTULO 1

1.1. Introducción	7
1.2. Fundamentación	8
1.3. Estado del Arte	10
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos	11
1.4.3. Variables y conceptualización	11
1.5. Metodología	12
1.5.1. Unidad de Análisis y Muestra	13
1.5.2. Técnicas de recolección de datos	13

CAPÍTULO 2

2.1. Salud	16
2.1.1. Un poco de historia	16
2.1.2. Estructura del Sistema de Salud Argentino	18
2.1.3. Atención Primaria de la Salud (APS)	21
2.1.4. APS en el Partido de General Pueyrredón	25
2.1.5. CAPS “Alto Camet”	27
2.2. Trabajo en equipo y representaciones sociales	31
2.2.1. Trabajo en equipo	31

2.2.2.	Momentos y etapas de un equipo	33
2.2.3.	Modalidades de trabajo en equipo	34
2.2.4.	Equipo de salud y su importancia en APS	36
2.2.5.	Representaciones sociales	39
2.2.6.	Procesos “objetivación” y “anclaje”	40
2.2.7.	Tres esferas de pertenencia de las representaciones sociales	41
2.3.	Trabajo Social	42

CAPÍTULO 3

3.1.	Presentación y análisis de los datos recolectados	48
3.1.1.	Presentación de los datos obtenidos	48
3.1.2.	Análisis de los datos	55

CONCLUSIONES	60
---------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	64
---------------------	-----------

ANEXOS	73
---------------	-----------



CAPÍTULO

1

1.1. Introducción

El presente trabajo, denominado “**¿De qué hablamos cuando hablamos de equipo?: las representaciones sociales de los profesionales de la salud en atención primaria de la salud**” tiene por finalidad llevar a cabo una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria del tema mencionado. Este interrogante surgió durante el proceso de práctica de formación profesional efectuado en el Centro de Salud “Alto Camet” en el período Junio-Diciembre de 2014.

La estructura de este trabajo consta de tres capítulos. El primero de ellos incluye esta introducción, la fundamentación, que responde a la motivación generada para la elección de la temática planteada, seguida por el Estado del Arte, los objetivos a alcanzar, una descripción de la metodología a utilizar, que incluye, entre otros conceptos, la investigación y la modalidad específica seleccionada para este trabajo, la muestra y la unidad de análisis elegidas para la concreción de los objetivos planteados y, por último, las técnicas de recolección de datos.

El segundo capítulo refiere al marco teórico, el cual está constituido por conceptos claves que permiten contextualizar teóricamente esta investigación.

Por su parte, el tercero alude al trabajo de campo a realizar, donde se efectuará una presentación y el análisis de los datos obtenidos.

Y, finalmente, se darán a conocer las conclusiones, la bibliografía utilizada y los anexos.

1.2. Fundamentación

En este trabajo se propone llevar a cabo una investigación referida a las representaciones sociales de los profesionales de la salud en relación al trabajo en equipo en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) “Alto Camet”, en el período comprendido entre los meses de Junio-Diciembre de 2014.

A partir de la práctica de formación profesional es que surge la motivación de realizar esta temática como trabajo final, debido a que se pudo visualizar cómo se incorporaba la Trabajadora Social en las actividades de tipo preventivas y promocionales dentro del CAPS, así como también por fuera de éste.

Es así que se comenzó a observar las distintas modalidades de trabajo en equipo, como también las diferentes maneras de incorporarse, por profesión, a las actividades planificadas. Es decir, teniendo en cuenta las diversas profesiones que integran el equipo de salud del CAPS “Alto Camet” se plantea como problema de esta investigación el siguiente interrogante: **¿Qué significa el trabajo en equipo para estos profesionales de la salud?**

Se pudo observar que los miembros del equipo de salud cuentan con diferentes saberes y que los modos de pensar, analizar un problema y diseñar una estrategia de “actuación”¹, son distintas entre ellos.

Entonces, teniendo en cuenta el problema planteado, se alude a que el trabajo en equipo puede ser interpretado desde diferentes perspectivas, como por ejemplo teniendo en cuenta las diversas profesiones que integran el CAPS, la trayectoria laboral y su experiencia acumulada, y la formación académica de cada profesional. Allí surgirán las representaciones sociales que poseen en relación al trabajo en equipo y a la manera en que cada uno de ellos lleva a cabo su labor, siendo una cuestión, también, subjetiva y/o personal.

¹ Vélez Retrepo (2003) propone el cuestionamiento y remoción del término “intervención” por su marcada connotación positivista, reemplazándolo por el de “actuación”, entendiéndola como “un conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales 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”.

Es por esto que se considera importante la realización de esta investigación para poder obtener un mayor conocimiento sobre las concepciones con respecto al trabajo en equipo que tiene cada profesional de la salud que integra el CAPS.

Además, este escrito tiene la finalidad de generar un aporte al trabajo diario que se realiza en dicho Centro de Salud.

1.3. Estado del Arte

Se cree necesario hacer mención al Estado del Arte antes comenzar este trabajo de investigación. Se retomarán las discusiones propuestas por Stolkiner (1999) y Eruñu (2003) en relación a la temática de trabajos interdisciplinarios, quienes han aportado información relevante para la realización de esta investigación. Stolkiner ha llevado a cabo una importante labor en relación a los equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios, mientras que Eruñu ha aportado sobre el trabajo en red y la interdisciplina. Asimismo, se cree importante destacar uno de los trabajos explicitados en el Estado del Arte del plan de tesis entregado.

Stolkiner (1999) plantea una perspectiva distinta de lo transdisciplinario, aludiendo que es un momento y un producto de lo interdisciplinario, una etapa del desarrollo del conocimiento en la que se borrarían las barreras disciplinarias para lograr la construcción de un saber mega-explicativo.

Por su parte, Eruñu (2003) alude a que el trabajo en red abre la posibilidad de intervención involucrando a la mayor parte de personas, organizaciones e instituciones. Cuando se habla de este modelo, se refiere a una forma de percibir toda la trama de relaciones que se han establecido en una determinada situación. Además, hace referencia a lo interdisciplinario como una forma de articulación que posibilita la comprensión de la realidad compleja y el reconocimiento de los recursos disponibles.

Viñas Maestre y Castel Simón (2000), cuyo estudio fue descrito en el plan de tesis entregado, plantean que el objetivo de su trabajo fue conocer la opinión de los profesionales que trabajan en el Centro de Atención Primaria de la Salud en relación al trabajo en equipo en la ciudad de Barcelona. Si bien no es una labor ejecutada en nuestro país, se toma como referencia debido a su estrecha vinculación con la temática de esta investigación, basada en conocer las representaciones sociales que los profesionales del Centro de Salud “Alto Camet” tienen sobre el trabajo en equipo.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Conocer las Representaciones Sociales que los profesionales del Centro de Salud “Alto Camel”, tienen sobre el trabajo en equipo.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar las diversas modalidades de trabajo en equipo que adoptan los profesionales de la salud para llevar a cabo su labor.

2. Reconocer y caracterizar la forma de efectuar ese trabajo en equipo de acuerdo a la formación y trayectoria laboral de cada profesional del CAPS.

3. Conocer las concepciones que poseen los profesionales de la salud del CAPS, con respecto al lugar que ocupa el Trabajador Social en el equipo de salud.

1.4.3. Variables y conceptualización

1. *Modalidades de trabajo en equipo*: diferentes maneras/modos de trabajar en equipo.

2. *Caracterización de trabajo en equipo*: es la determinación concreta de ciertas particularidades que existen en las distintas formas de efectuar un trabajo en equipo.

3. *Concepciones sobre el lugar del Trabajador Social en el equipo de salud*: conjunto de ideas que se forman sobre una determinada persona o situación.

1.5. Metodología

Se llevará a cabo una investigación cualitativa de tipo descriptiva y exploratoria. Se puede entender que la misma se basa en “la comprensión e interpretación de la realidad humana y social. Los estudios cualitativos pretenden llegar a comprender la singularidad de las personas y las comunidades, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto histórico-cultural. Se busca entender la realidad como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores”. (Martínez Rodríguez, 2011).

Se la concibe, también, “como una manera de comprender la relación entre el problema y el método” (Flick, 2004), “como un enfoque de producción de conocimientos” (Tójar Hurtado, 2006). Continuando con este último autor, la investigación cualitativa es utilizada para comprender e interpretar la realidad, para transformarla identificando sus potencialidades y aspirando a futuros cambios.

La investigación es descriptiva, ya que se basa en caracterizar una realidad dada, y es exploratoria, pues trata de incrementar el grado de conocimiento con respecto a una problemática específica.

Es a partir de la interacción con los individuos en su propio contexto social que se intenta captar, reflexionar e interpretar el significado y el conocimiento que tienen de sí mismos, de la realidad y de la temática a trabajar. Se trata de generar una aproximación a las situaciones sociales y a los fenómenos humanos con el propósito de explorarlos, describirlos y comprenderlos a partir de un proceso de interpretación y construcción teórica.

Para esta investigación se realizará un trabajo de campo consistente en recabar información y material empírico que permita especificar problemáticas teóricas (lo general en su singularidad), reconstruir la organización y la lógica propia de los grupos sociales (la perspectiva del actor como expresión de la diversidad), y reformular el propio modelo teórico, a partir de la lógica reconstruida de lo social.

Se entiende por campo de una investigación a “la porción de lo real que se desea conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen. (...) el campo es una cierta conjunción entre el ámbito físico, actores y actividades” (Guber, 2004). Es un recorte de lo real que “queda circunscrito por el horizonte de las interacciones cotidianas, personales y posibles entre el investigador y los informantes” (Rockwell, 1986). Pero este recorte no está dado, sino que es construido activamente en la relación entre el investigador y los actores sociales. Lo real se compone de fenómenos observables y de la significación que los actores le asignan a su entorno y a la trama de acciones que los involucra; en él se integran prácticas y nociones, conductas y representaciones.

Esta porción de lo real que se desea conocer quedará explicada y detallada en el ítem a continuación.

1.5.1. Unidad de Análisis y Muestra

El universo o población de esta investigación son los profesionales de la salud que desarrollan su actividad laboral en el Centro de Atención Primaria de la Salud “Alto Camet”.

Para poder hacer factible este trabajo se seleccionará una muestra, entendida ésta, según Cortazzo (2001), como una parte convenientemente seleccionada de una población o como el subconjunto del universo, con la cual se debe lograr una cierta representatividad, conformada, en este caso, por un profesional de cada especialidad: Pediatría, Enfermería, Clínica Médica, Medicina General, Obstetricia, Ginecología, Terapia Ocupacional, Psicología, Odontología, Nutrición, Psiquiatría, Fonoaudiología, Psicopedagogía y Servicio Social.

1.5.2. Técnicas de recolección de datos

- Encuestas autoadministradas a un profesional por cada especialidad, con preguntas abiertas y cerradas.

- Análisis documental:
 - Información registrada en la práctica de formación profesional.
 - Investigación bibliográfica.

Es a través de las distintas fuentes, tanto primarias como secundarias, que se aspirará, por un lado, a obtener conocimientos de la temática a trabajar, haciendo alusión, principalmente, a cómo es considerado y llevado a cabo ese trabajo en equipo por los profesionales de la salud y a las representaciones sociales que se tienen con respecto al mismo; y, por otro, a conocer las concepciones que se poseen con respecto al lugar que ocupa el Trabajador Social dentro del equipo.



CAPÍTULO
2

2.1. Salud

2.1.1. Un poco de historia

Se considera importante conceptualizar el término salud, ya que es el área que se tiene como referencia para la realización de este trabajo de investigación, entendiéndola como una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multi-determinado. Este concepto ha variado a lo largo del tiempo y adquiere diferentes connotaciones y significados según los distintos contextos y grupos sociales en donde es atravesada. Por esto, es necesario precisar que en los distintos momentos históricos y en todas las sociedades existen concepciones hegemónicas o dominantes de la salud.

“A partir del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones de salud: uno ocurre en la primera mitad del siglo, cuando la medicina se subordina a la biología (modelo biomédico), mientras que el otro corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, destacando entonces, la influencia de los factores históricos, políticos, económicos, y sociales (modelo biopsicosocial)” (Programa Médicos Comunitarios PMC, 2007).

El primer modelo tuvo un rápido desarrollo y prestigio basado en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales sobre la base del llamado “Método Científico”, el diseño experimental y sus rápidas aplicaciones en la práctica médica de las instituciones hospitalarias. Entre sus características pueden señalarse las siguientes:

- Se basa centralmente en hallazgos clínicos, con datos obtenidos en experiencias de laboratorio y con el predominio de la anatomía patológica.
- El modelo de enfermedad que subyace es el de las enfermedades infecciosas. En este modelo se requiere la identificación de un agente causal específico y sobre el cual es posible intervenir rompiendo la cadena de transmisión de la enfermedad.

- Hay un predominio de la unicausalidad: la enfermedad es producida por una causa específica.
- El individuo se considera ahistórico y asocial.

Con el pretendido objetivismo del método científico, se piensa al individuo como un cuerpo, cuyo organismo tiene reglas de funcionamiento universales. De este modo, no se considera la forma en que el contexto social e histórico determina y condiciona la salud y, por el contrario, se trata de aislar las variables sociales porque se establece que empañan la objetividad científica.

A mediados del siglo XX aparece el segundo modelo, que define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1945). Se incluye el aspecto subjetivo del “bienestar”, concepto que toma a la persona como un ser biopsicosocial. Si bien esta definición es más integral que la anterior e incluye distintas dimensiones de la salud, tiene algunas limitaciones, tales como mostrar a la salud como un “estado”.

Es importante remarcar que la salud es un proceso de continuo cambio y no un estado. No es algo que se alcanza hoy y para siempre, sino que está influenciado por distintos determinantes sociales, biológicos, ambientales y culturales. Requiere así una constante adaptación y transformación del individuo a su medio.

Es de real importancia pensar, entonces, al binomio salud-enfermedad no como puntos extremos de una recta, sino considerarlos como diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, sus modos y estilos de vida. Es por este constante cambio y dinamismo que se habla de proceso salud-enfermedad.

“La cultura es el escenario desde el cual miramos y concebimos la salud, por eso se afirma que es un concepto socialmente construido” (Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, s.f.).

Asimismo, “La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social” (Ferrara, 1985).

Con estas concepciones, y tomando como referencia a Cesilini, Guerrini y Novoa (2007), se entiende que se rompe con el equilibrio que plantea la OMS, entendiendo a la salud como un proceso histórico y social, que está condicionado por la sociedad y que se expresa en lo colectivo. Hoy, la enfermedad no puede ser entendida desde la perspectiva unicausal como lo fue anteriormente.

Esta definición permite comprender que la misma está vinculada con las formas de vivir y morir del ser humano. Tanto la salud como la enfermedad son parte de este proceso multidimensional, carácter que comprende distintas dimensiones (física, social, psíquica y cultural), y estas dimensiones están relacionadas, interactúan permanentemente y permanecen en constante tensión.

Finalizando, se considera fundamental presentar dicho concepto desde un enfoque que contemple los Derechos Humanos, entendiendo a la salud como uno de ellos: “Se puede sostener que la salud es una necesidad humana básica, en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debe tener acceso a la salud, derecho que corresponde ser garantizado mediante la acción pública” (Programa de Salud Pública y Comunitaria CIEE y FLACSO, s.f.).

2.1.2. Estructura del Sistema de Salud Argentino

Una vez conceptualizado y contextualizado el término de salud, es importante mencionar y describir el Sistema de Salud Argentino². Éste se encuentra estructurado en tres subsistemas particulares: el de obras sociales, el privado y el público (nacional, provincial y municipal). Cada uno de estos subsectores presenta características propias.

En nuestro país, el primer subsector (el sistema de obras sociales) se consolidó como tal en el año 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores

² El Sistema de Salud es entendido como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria. Según López (2006), se trata de un modelo de organización social originado para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

en relación de dependencia (sobre todo a partir de obras sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos), cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

El segundo subsector, el privado, posee una gran diversidad organizacional, distinguiéndose dos grupos: por un lado, el trabajo de los profesionales en su ejercicio privado, ya sea en los consultorios o laboratorios propios; y, por el otro, las actividades institucionalizadas empresariales, desarrolladas en clínicas y sanatorios con internación, institutos especializados, centros ambulatorios de diagnóstico y/o de atención, de muy diversas complejidades.

Por último, el tercer subsector, el público, provee servicios de salud a toda la población, a través de hospitales públicos y centros de salud. Está compuesto por tres niveles de atención³:

Primer nivel de atención: haciendo alusión a lo mencionado en el Programa Médicos Comunitarios (2007), en este nivel se realizan acciones de promoción y prevención de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención a todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta. Además, comprende la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud, tratándose, habitualmente, de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Dentro de este nivel se encuentran los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En el caso de General Pueyrredón, son 33 los CAPS distribuidos a lo largo de todo el Partido. (*Ver listado de CAPS en Anexo I, página 74*). A ellos se accede solicitando un turno mediante una llamada gratuita al 147 o presentándose espontáneamente ante un problema de salud.

³ La clasificación por niveles es una concepción de tipo técnica y administrativa. Se definen objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particularidades que ha desarrollado. Constituyen un conjunto de establecimientos de salud, con diferentes niveles de complejidad, para responder de manera adecuada a las diversas demandas. (OMS, 2005).

Segundo nivel de atención: en este nivel, la labor está orientada a un segmento menor de la población, enfocándose principalmente en la promoción, prevención y diagnóstico de la salud, brindando acciones y servicios de atención ambulatoria de diferentes especialidades.

Se trata del lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención y que, por el problema de salud que presentan, requieren una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

En el Partido de General Pueyrredón este segundo nivel de la atención se encuentra constituido por el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA) dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. El mismo brinda atención a pacientes derivados desde los centros de atención primaria. Se accede a él por turno programado mediante la derivación de los CAPS.

Tercer nivel de atención: comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y aparatología.

Éstas poseen salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas, infraestructura adecuada para la realización de estudios complejos, unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Articulando con derivaciones del segundo nivel de atención, pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada.

En este nivel de atención se ubican los hospitales especializados (Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, de Quemado, de Ojos, de Rehabilitación Psicofísica). En el Partido de General Pueyrredón se encuentran el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otímio Tesone” (INaRePS) y el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”, que dependen del estado nacional; el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (HIGA) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Dr. Victorio Tetamanti” (HIEMI), que dependen del Gobierno de la

Provincia de Buenos Aires. A ellos se accede por presentación espontánea ante una emergencia o por turno programado mediante derivación de los CAPS y del CEMA.

2.1.3. Atención Primaria de la Salud (APS)

Se considera importante poder contextualizar y definir de manera más amplia el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), que corresponde al primer nivel mencionado anteriormente, ya que es el área en la cual desarrollamos nuestra práctica de formación profesional y el ámbito específico desde donde se genera la motivación de realizar esta investigación.

La APS fue concebida en Alma-Ata en los años 70, en donde la OMS promovió una serie de conferencias regionales e internacionales sobre este nivel de la atención en salud, bajo la dirección de Dr. Hafdan Mahler.

Específicamente el día 12 de septiembre de 1978 en la ciudad de Alma-Ata, Kazajistán, se firma el documento llamado “Declaración de Alma-Ata”, en el cual se establecen principios básicos fundacionales de lo que hoy se llama Atención Primaria de la Salud integral, comprensiva, universal e incluyente.

Esta declaración define a la APS como “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata, 1978).

Se establece que es obligación de los gobiernos cuidar de la salud de sus pueblos y adoptar medidas sanitarias y sociales adecuadas, con el objetivo de que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Alma-Ata propone algo superador: que todas las políticas globales, no solo las de salud, se centren en la imagen de un mundo en que todos los pueblos gocen del mayor nivel de salud posible, bajo el lema “salud para todos en el 2000”.

Según Testa (2006), se trata del eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica y se

orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema.

La APS propone dar una respuesta integral a los problemas de salud, y esta integralidad implica potenciar acciones que tiendan al alivio del sufrimiento cotidiano de las personas y los aspectos de prevención y promoción de la salud específicamente.

Según el Sznajder (2006), la APS puede ser analizada y concebida desde tres perspectivas: como estrategia, como programa y como nivel de atención. La amplitud y ambigüedad de su definición permiten entenderla de distintas maneras.

APS como estrategia: el logro de la meta “salud para todos en el año 2000”, mediante la cual la APS implicó una reorganización del sistema de salud en su conjunto, al ubicar como foco de atención a la propia comunidad y sus problemas. Pilares fundamentales: mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud, sostener la oferta de servicios, adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población, y estimular el uso de los servicios básicos de salud, apoyándose en las conductas de autocuidado.

APS como nivel de asistencia: es el primer nivel de la atención, lo que se traduce habitualmente como la “puerta de entrada al sistema”, es decir, la zona de contacto inicial de individuos y comunidades con el sistema de salud, cuyo carácter está destinado a aumentar las posibilidades de acceso a la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria. Esta zona inicial implica establecer una comunicación continua y sistemática con la población cubierta, así como también con referentes ubicados en otros niveles del sistema, para efectuar su adecuada derivación.

APS como programa de actividades: la APS sostiene que, si bien las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad en el acceso a los servicios básicos de salud, es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obligan a satisfacer prioritariamente sus

necesidades. Esto no implica que la atención deba limitarse solamente a grupos focalizados mediante el suministro de determinados servicios, sino que es necesario ampliar o extender la cobertura de los programas y servicios de salud.

Desde 1978 hasta la fecha se han realizado diversas revisiones sobre el concepto y desarrollo de la APS; un ejemplo de ello fue que en julio de 2005, en la ciudad de Montevideo, se desarrolló una consulta regional sobre la renovación de la APS en las Américas. En esta reunión se definieron los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS. El mismo parte de reconocer a la salud como una capacidad humana básica, un prerrequisito que le permite a las personas realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de sociedades democráticas y un derecho humano fundamental.

El propósito de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

En los objetivos específicos de este nivel de atención se hace principal hincapié en la promoción y la prevención de la salud, así como también se trabaja abordando la situación de manera integral con la persona o familia, teniendo conocimiento sobre los distintos periodos evolutivos o los diversos momentos de su problemática, obtenidos a través del seguimiento del caso. Este abordaje, entonces, también está basado en la recuperación y en la rehabilitación debido a que la APS es un proceso dinámico y dialéctico. Se actúa de manera interrelacionada, ya que estos dos últimos aspectos no son específicos de la APS, sino que pertenecen al segundo y al tercer nivel de la atención.

Promoción: la promoción de la salud “se dirige a la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones de los sujetos, para que sean propicios y así mejorar su calidad de vida y su salud. Se orienta al conjunto de acciones colectivas que puedan favorecer la salud y mejorar el bienestar de las

personas” (Gutiérrez, 1997). Se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad, como lo hace la prevención, pero que sirven para aumentar la salud. Las estrategias que implementa se basan en la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman los problemas de salud, realizando un abordaje intersectorial. Se trata, también, de poder fortalecer las capacidades individuales y colectivas de los individuos.

Prevención: según Czeresnia (2003), la prevención de la salud está orientada hacia acciones de detección, control y debilitamiento de los factores de riesgo o causantes de un conjunto de enfermedades o de una enfermedad específica. Su base es la enfermedad y los mecanismos para poder combatirla.

Tomando como referencia a Escoda, Guy y Moyano (2013), la prevención se clasifica en tres niveles:

- *Prevención primaria*: es el conjunto de medidas orientadas a prevenir la enfermedad. Tiene como objetivo disminuir la incidencia de los problemas de salud en la población, detectando y equilibrando las condiciones que implican el riesgo.
- *Prevención secundaria*: se basa en un conjunto de actividades destinadas a reducir la incidencia de un problema de salud por medio de su diagnóstico precoz y una intervención segura, restringiendo las consecuencias que trae consigo la enfermedad.
- *Prevención terciaria*: se refiere a un conjunto de medidas y actividades que tienen como objetivo evitar consecuencias de los problemas de salud sufridos, centrándose principalmente en la rehabilitación e integración a la comunidad de las personas.

Recuperación: son todas aquellas acciones y medidas llevadas a cabo para recuperar la salud cuando se presenta una enfermedad determinada. Todo el sistema de hospitales, clínicas, centros de atención primaria de la salud y consultorios, están orientados a este fin.

Rehabilitación: es considerada como un conjunto de técnicas y métodos cuya finalidad es la recuperación de las funciones y capacidades perdidas por una persona a causa de una enfermedad o accidente.

2.1.4. APS en el Partido de General Pueyrredón

Su surgimiento estuvo signado por el crecimiento de la población y de su inserción laboral en el ámbito urbano, lo que conllevó a que surgieran los primeros conflictos con respecto a la atención sanitaria de los habitantes dentro de la ciudad. A esto se le sumó la presencia de una importante población estacional en las temporadas de verano, por lo que la cobertura sanitaria necesitó ampliarse.

Los principales cambios políticos producidos por el acceso en 1915 de los socialistas al Gobierno Municipal iniciaron los replanteos del cuidado de la salud de la población. La irrupción de las nuevas ideas y prácticas políticas provocó conflictos entre los distintos conceptos de sanidad que por ese entonces había en la ciudad. Hasta ese momento, no existía en la zona una asistencia pública y gratuita, así como tampoco una política que buscara ampliar los servicios de salud hacia los barrios obreros y populares.

Álvarez y Reynoso (1995) exponen la necesidad de propagar una medicina social que alcanzara a todos los sectores de la población. En este punto, los socialistas impulsaron la expansión de los servicios de asistencia pública hacia los naciotes barrios obreros; era una realidad que la vida en la periferia de la ciudad era precaria, ya que estaban dadas todas las condiciones para la insalubridad, razón por la cual se hizo indispensable extender los servicios hacia los barrios populares, que estaban en proceso de conformación y extensión. A ello se debió la creación de una sala asistencial en el barrio Puerto.

En 1932 se reglamentó la asistencia pública del Partido de General Pueyrredón, en donde se organizaron los servicios, la medicación y la gratuidad, entre otras cosas.

Entre los años 1958 y 1963 se crearon las primeras Unidades Sanitarias, las que en su comienzo fueron tres y fueron ubicadas en los barrios El Martillo, Villa Lourdes y Batán. A medida que Mar del Plata se extendió y dio lugar al surgimiento de nuevos barrios, la asistencia municipal también procuró seguir el mismo proyecto.

En 1968, a través de la Ordenanza Municipal N°32, se intentó adecuar, ordenar y racionalizar los sistemas de salud municipal, ya que se había iniciado en ese año la regionalización sanitaria.

Teniendo en cuenta lo planteado en el Programa de Servicios Sociales (2000), en el año 1985 se estableció un convenio con el Instituto Nacional de Epidemiología (INE), el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INaRePS) y la Región Sanitaria VIII, para implementar un Plan de Atención Médica Primaria a fin de integrar los recursos de las áreas provinciales y municipales. Para esa época ya se contaba con 26 centros de salud.

En la ciudad de Mar del Plata, el primer nivel de atención de la salud depende de la Municipalidad de General Pueyrredón, a cargo de la Secretaría de Salud, y se encuentra conformado por 33 CAPS con equipos interdisciplinarios y áreas programáticas establecidas. *(Ver listado de áreas programáticas de los CAPS en Anexo II, página 75).*

El centro de salud es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de APS, de forma coordinada, integral, continuada y permanente, basada en el trabajo en equipo y la participación de los actores sociales, y asumiendo la responsabilidad de la atención a la comunidad.

Los CAPS se encuentran conformados por personal administrativo y profesional. Cada uno de ellos se encuentra organizado por un equipo de personas con diferentes especialidades, según la demanda poblacional, la complejidad y la estructura de cada CAPS.

Cabe destacar que el primer nivel de atención posee una especificidad que procura trabajar en equipo y pensar críticamente sobre el “hacer” cotidiano.

La APS forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

La política de atención de la salud pública ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, y es por ese motivo que existen diversos programas dirigidos a grupos de niños, adultos y ancianos.

2.1.5. CAPS “Alto Camet”

El CAPS “Alto Camet” fue creado bajo el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) de la provincia de Buenos Aires, el 26 de marzo de 1998, durante la gobernación del Dr. Eduardo Alberto Duhalde y la intendencia del Prof. Elio Aprile. Esta institución depende de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

La misma asume la responsabilidad de la atención a la comunidad y en sus actividades deben estar incluidos los aspectos preventivos, promocionales y de asistencia.

Este CAPS se encuentra localizado en el barrio Las Dalias, específicamente en la calle Cura Brochero al 7100, en la zona norte de la ciudad de Mar del Plata. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7 a 17 horas, mientras que sábados y domingos cuenta con una guardia médica y de enfermería de 10 a 17 horas.

El área total de influencia del mismo abarca la superficie comprendida entre Av. Félix U. Camet, Av. Constitución, Carballo, Arroyo La Tapera, Gandhi, Vuelta de Obligado y su imaginaria. Dentro de la zona se encuentran los barrios Constitución, Caisamar, Estrada, Zacagnini, El Grosellar, Montemar, Alto Camet, Parque Camet, Parque Peña y Las Dalias hasta el límite norte del partido General Pueyrredón. *(Ver mapa en Anexo III, página 79).*

En relación a la accesibilidad geográfica, se puede llegar a través de 3 líneas de colectivos (541, 563 y 581), que a su vez permiten el traslado a los dos hospitales interzonales -el Instituto Dr. Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (IREMI) y el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O Alende (HIGA)-, así como también al Instituto Nacional de Epidemiología (INE), al Centro N°1 y al Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA).

Según el último censo, realizado en el año 2010, la población total del área programática de barrio Alto Camet es de 30.668 habitantes.

Se observan migraciones internas, es decir, habitantes que se trasladan dentro de la ciudad o provienen de otros lugares (Santa Fe, Mendoza, Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, entre otros), y también familias procedentes de países de América Latina como Bolivia, Perú y Paraguay.

En esta zona existen diversos asentamientos, como la zona denominada “Las Chancherías” y la zona que rodea al arroyo La Tapera. En esta área las viviendas son, en general, construidas con material de desecho (chapa, cartón y madera) y cuentan con escasos servicios públicos.

En cuanto al acceso a los servicios públicos, se puede decir que existe una diferencia según la zona donde se asienten las viviendas. En los siete años transcurridos desde que se inició el “Programa Agua más Trabajo” en 2009, se han realizado obras de agua, gas y cloacas en algunos de estos barrios, quedando excluidos los sectores más vulnerables de Alto Camet y la totalidad de Parque Camet y Parque Peña.

La tenencia de los terrenos, por su parte, se realiza a través de boletos de compra y venta. Estas transacciones se realizan de manera irregular, ya que nunca se puede concretar de forma legal la posesión de los mismos.

El CAPS “Alto Camet” desarrolla sus actividades a partir de un equipo de profesionales conformado por: cuatro Pediatras, tres Enfermeras, dos Médicos Clínicos, un Médico Generalista, tres Obstetras, un Ginecólogo, una Terapista Ocupacional, dos Psicólogos, dos Odontólogos, una Nutricionista, un Psiquiatra, una Fonoaudióloga, una Psicopedagoga, dos Trabajadoras Sociales y dos Administrativas.

Este equipo implementó diversos planes, programas y proyectos agrupados en diferentes instancias: nacional, provincial y municipal.

Nacional:

Salud sexual y procreación responsable: este programa nacional tiene como objetivo alcanzar, para la población, el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias, garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud. Las actividades que se llevan a cabo en el CAPS “Alto

Camet” son las de consejería, entrega de anticonceptivos (orales e inyectables), preservativos y colocación de DIU, talleres de salud sexual en escuelas primarias y secundarias del área programática, enmarcados dentro de la Ley 25.673.

Plan Sumar: impulsado por el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, como una ampliación del “Plan Nacer”, que en el año 2005 inició un camino innovador en la gestión sanitaria en Argentina, consolidando políticas públicas, más inclusivas y equitativas. La población que recibirá cobertura de salud son los niños y niñas de 0 a 5 años, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años, mujeres embarazadas y mujeres de 20 a 64 años.

Programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero: realización de PAP. El Ministerio de Salud participó en la elaboración del proyecto para el mejoramiento del “Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino”, con la misión de establecer un diagnóstico situacional sobre la enfermedad en todo el territorio nacional. Esta planificación se constituye como una herramienta fundamental para la promoción e implementación de estrategias de prevención que tiene como objetivo disminuir la incidencia y la mortalidad causada por el cáncer cérvico-uterino.

Programa Nacional de Inmunizaciones: calendario de vacunación.

Programa Remediar: es un proyecto nacional que garantiza la provisión de medicamentos a través del envío de botiquines y otros insumos para centros de salud; impulsa propuestas en las provincias para consolidar redes de salud provinciales y promueve la capacitación permanente de los recursos humanos en salud. Todo esto con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención de todas las provincias.

Provincial:

PRODIABA: es el “Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético”. Está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tenga cobertura de obra social.

Municipal:

Programa Integral de Desarrollo Infantil (PIDI): promueve la articulación de forma transversal de todas las intervenciones y dispositivos existentes en la comunidad, ya sea de orden institucional, como no institucional, formal y no formal, cuyos destinatarios directos sean las mujeres durante la gestación, puérperas y niños de 0-6 años de edad.

El mismo impulsa la accesibilidad al sistema público de salud del Partido de General Pueyrredón, a través de considerar a los niños y a las niñas como sujetos de derecho. Este propósito se logra mediante la implementación de acciones tendientes a asegurar una atención pre-concepcional, durante el embarazo, parto y puerperio, así como el abordaje del entorno familiar.

En lo que respecta al CAPS “Alto Camet”, en él se realiza una atención integral (entrevistas a embarazadas desde el Servicio Social y Psicología, taller de pre-parto, entrevistas a familiares de recién nacidos, talleres de crianza, talleres para padres en jardines de infantes).

Programa Alimentario: se trata de la gestión de la tarjeta de complemento alimentario familiar (CAF), donde los usuarios pueden comprar todo tipo de alimentos que fortalezcan la nutrición de la familia, pudiendo elegir libremente dónde y qué insumos adquirir.

Fondo Solidario para la vivienda: es un programa integrado por la Secretaría de Desarrollo Social y Salud del Municipio de General Pueyrredón, Cáritas y el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires, los referentes barriales y las familias interesadas. Se trata de un proyecto social con destino a la mejora de la vivienda mediante un sistema de microcréditos sociales.

Además, este equipo de profesionales realiza un trabajo en red, denominado Red “Juntos por Camet”, conformado por diversos referentes institucionales del área programática que pueden utilizarse como aliados para realizar una labor articulada con el CAPS “Alto Camet”. *(Pueden visualizarse las instituciones en el Anexo IV, página 80).*

2.2. Trabajo en equipo y representaciones sociales

Una vez descripto el funcionamiento del sistema de salud argentino, de la APS en el Partido de General Pueyrredón y del CAPS “Alto Camet”, se vuelve necesario conceptualizar los términos de representaciones sociales y trabajo en equipo, por tratarse de real importancia para el desarrollo de este trabajo.

2.2.1. Trabajo en equipo

La creciente complejización de las situaciones humanas ha llevado a los profesionales de la salud a buscar nuevas perspectivas en las distintas disciplinas y sectores para dar respuesta a las demandas actuales en salud. Por ello, Stolkiner (1999) afirma que esta complejización de los problemas ha “incitado a los profesionales de la salud a trabajar en equipos interdisciplinarios como así también a favorecer la participación comunitaria y el trabajo intersectorial”.

Muchas veces tienden a confundirse los conceptos de grupo y equipo, es por esto que se cree necesario establecer su distinción.

Fainstein (1994) denomina grupo a “las personas que interactúan para compartir información y tomar decisiones, desempeñando mejor sus tareas individuales”.

En el equipo, en cambio, sus miembros generan un espíritu común, buscan un desempeño colectivo. La responsabilidad sobre las tareas es tanto individual como colectiva permitiendo el establecimiento de actuaciones eficientes y eficaces. Es un “conjunto de personas, con conocimientos y habilidades específicas, donde se produce el establecimiento de objetivos comunes, definiendo los logros esperados y el desarrollo de estrategias para alcanzarlos” (Sznajder, 2006). Lo que define a un equipo es un conjunto de personas articuladas entre sí, con roles definidos para resolver una determinada tarea o situación.

La esencia es la búsqueda de resultados. “Estos resultados son producto de la tarea, pero esa tarea no es lineal, sino un camino sinuoso donde las personas ponen en juego aspectos que la movilizan y otros que la obstaculizan” (Fainstein, 1994). La conquista de lograr objetivos comunes y el reconocimiento de las habilidades mutuas, ayudan en la solución de problemas y de conflictos en el propio equipo.

Teniendo en cuenta lo expuesto por Motta (2001), los equipos deben tener una misión u objetivo común y construirlo a partir de las diversas miradas de los integrantes del mismo. Es el propósito final que justifica el equipo. Esa misión debe ser definida claramente, de manera que enuncie una acción y que incluya los modos, escenarios y valores que sostienen al equipo. A partir de ella, el equipo podrá definir estrategias de acción.

Se presenta a continuación un cuadro comparativo que explica la diferencia entre grupo y equipo para esclarecer lo dicho anteriormente, tomando como referencia lo expuesto por Fainstein (1994).

GRUPO	EQUIPO
La comunicación no tiene que tener necesariamente una direccionalidad.	La direccionalidad de la comunicación es una de las características más relevantes.
La comunicación no necesariamente se orienta a establecer un diálogo en búsqueda del consenso.	Salvo en casos muy puntuales la comunicación está orientada a diálogos en búsqueda del consenso.
Su constitución no se orienta al logro de resultados.	Se constituye para el logro de resultados.
La sensación de <i>pertenencia</i> ⁴ (con referencia a sí mismos y a otros grupos) puede ser muy baja o alta.	Según la posibilidad que tenga el equipo se estimula la sensación de pertenencia. Favorece la integración y la orientación de resultados.
La <i>pertinencia</i> ⁵ en relación con la tarea puede ser baja. El estilo de intervención del coordinador puede favorecer su desarrollo o no.	La pertinencia en relación con la tarea tiene que ser elevada. El equipo se constituye y tiene su sentido por y en la tarea.

⁴ Pichón Riviere (1982). Sentirse pertenecientes, en otras palabras, que cada integrante del grupo tenga una representación de cada uno de los integrantes.

⁵ Pichón Riviere (1982). Directamente vinculado con la tarea: pertinencia con respecto al acercamiento que se da hacia la tarea, producir en función de la tarea explícita.

En algunos casos tiene un coordinador.	Salvo en el caso de la gestión de equipos denominados auto-dirigidos, estos tienen alguien que los conduce o dirige.
Salvo la función del coordinador no hay funciones definidas.	Aunque sean interdisciplinarios una clara definición de funciones es característica de la operatividad de los equipos.
Desarrolla estrategias, tácticas y técnicas en forma explícita y ocasional para la realizar la tarea y lograr resultados.	Los roles varían en los integrantes del equipo. En ciertos grupos favorece la rotación de roles.
La competencia se advierte en muchas oportunidades como perjudicial para la operatoria del grupo.	La competencia es fomentada en el desarrollo del potencial del equipo. Esta se entiende como "ser competente".
Existe un proceso de reflexión sobre el acontecer y los vínculos en el grupo.	En algunos casos existe un proceso de reflexión sobre el acontecer y los vínculos en el equipo.

2.2.2. Momentos y etapas de un equipo

Todos los equipos de trabajo poseen una historia que los constituye. Tienen un comienzo, un desarrollo, se modifican y a veces concluyen. Esto tiene explicación porque cada vez que se integran nuevos miembros, cierto proceso de reconstrucción recomienza, ya que lo que caracteriza a un equipo es su dinámica en permanente cambio.

Tomando como referencia lo expresado por Sznajder (2006), se puede considerar que existen distintas etapas por las cuales atraviesa un equipo de trabajo, sin que necesariamente se cumplan todas.

En la etapa de creación o de formación lo que se intenta es generar cierta confianza con los otros, así como también la autoconfianza. Se comienzan a detectar las fortalezas y debilidades y se desarrollan la comunicación y la cooperación. Se trata de la construcción de vínculos y del establecimiento de una tarea.

En la etapa de normalización se define la misión que tendrá el equipo, es decir, sus objetivos. Se designan las funciones de cada integrante, se imponen ciertas reglas, se elaboran estrategias de acción y se va construyendo un estilo de trabajo.

Finalmente, la etapa de fijación del desempeño, que se refiere a la madurez alcanzada por el equipo. Es aquella donde la confianza con los otros está fortalecida. Es función de esta etapa analizar los problemas de la actividad realizada, instalar mecanismos de ajuste, de planificación y de las funciones que cada uno ejecuta. En esta fase el equipo se centra en llevar a cabo sus actuaciones para la resolución de una situación planteada, alcanzar sus objetivos y evaluar los resultados.

Es fundamental la conformación y cohesión del equipo, permitiendo la interacción cara a cara y la posibilidad de realizar actividades colectivas de manera periódica en las cuales se reflexione conjuntamente acerca de la situación a trabajar.

2.2.3. Modalidades de trabajo en equipo

El trabajo en equipo puede ser llevado a cabo a través de distintas modalidades, a saber:

1. Multidisciplina
2. Interdisciplina
3. Transdisciplina

Pero para comprenderlas es importante considerar lo que se denomina como disciplina. Ésta es considerada por Fasano (2007) como un área de pertenencia que genera un discurso con respecto a un objeto de estudio, y es a partir de ella que elabora sus estrategias de actuación.

Tomando como referencia al autor mencionado anteriormente se entiende como multidisciplina a aquella en la cual intervienen varias disciplinas en una tarea, sin que exista la cooperación entre ellas. Cada integrante maneja conocimientos que son específicos de su marco teórico, así como también posee una experiencia que le es propia. Es así que cada uno es responsable de las decisiones que implementa. La comunicación entre ellos es mínima, y solo en determinadas ocasiones intercambian sus conocimientos para fijar estrategias conjuntas de actuación.

La integración de un equipo multidisciplinario trae aparejado el problema de la complejidad metodológica. Este “es un problema que enfrenta en la

actualidad la problemática del conocimiento científico. El método del equipo interdisciplinario no puede proponer problemas de jerarquía entre los integrantes sino, quizás, pensar en grados de saber, respetando la pluralidad. Para que un equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en compartimientos estancos sino formando una red y construyan entre todos un saber compartido” (Allegro y Cols., 2007).

En lo que respecta a la insterdisciplina, ésta exige una construcción conceptual común de la situación a tratar y supone un marco de ideas compartido entre las disciplinas intervinientes. Requiere apartarse de la certeza de la propia disciplina para construir una instancia nueva, sin perder la especificidad del propio campo profesional. Se trata, también, del establecimiento de cierto grado de tolerancia frente a las diferencias con las otras disciplinas. Al tener cada una de ellas diferentes lenguajes y maneras de abordar la problemática a tratar, se tiene que estar advertido para que esto no constituya un obstáculo en la elaboración de estrategias conjuntas.

Se considera relevante agregar que esta interdisciplinaria “incluye intercambios disciplinarios que producen un enriquecimiento y transformación mutua. Estas reciprocidades disciplinarias incluyen, además, interacción, cooperación y circulación de información, instrumentos, métodos, técnicas” (Elichiry, 1987). En síntesis, es necesario constituir espacios interdisciplinarios para lograr abordar las situaciones que se presentan de manera compleja y no sometida a fronteras disciplinarias.

Continuando con este análisis, el último ítem mencionado, la transdisciplina, supone un sistema total que integra las diversas disciplinas a través de un marco conceptual común. El planteo consiste, específicamente, en salir del aislacionismo vigente y abocarse en generar un trabajo en equipo, sin saberes absolutos. Cada disciplina se desliza de su lugar central para ser ocupada por el tema o problema que reclama el abordaje específico. Se trata de establecer una búsqueda de modelos teóricos comunes que permitan abordar las situaciones problemáticas de la realidad. El desafío parece estar en el diseño de estrategias de convergencia e integración que superen la multidisciplinaria (Coria, 2005).

Se considera importante mencionar lo expresado por Stolkiner (1999) sobre este último ítem, quien alude que existen diversas vertientes teóricas desde donde se aborda lo interdisciplinario. Algunas incorporan la transdisciplina como una instancia o escalón superador de la interdisciplina, como una etapa del desarrollo del conocimiento en la que se borrarían las barreras disciplinarias para lograr la construcción de un saber mega-explicativo. “Por mi parte, prefiero mantener una cierta cautela al respecto, sobre todo a los fines de funcionalizar la idea y de coordinar equipos. A mi gusto, lo transdisciplinario es un momento, un producto siempre puntual de lo interdisciplinario” (Stolkiner, 1999).

Para que se lleven a cabo acciones en equipo se hace necesario establecer reuniones para generar el trabajo en conjunto. La reunión de equipo es una actividad que se genera con un grupo de personas, en un momento y espacio determinado y que tiene un objetivo específico. (Definición ABC, 2007-2016).

Puede llevarse a cabo de manera organizada y planificada, con un objetivo delimitado y con un tiempo de duración planeado. Para ello se establece el rol del coordinador, quien está a cargo de orientar la reunión hacia los objetivos establecidos en el tiempo estipulado para la misma. Todas las temáticas desarrolladas deben ser registradas por una persona que es la designada para esta tarea. Dichos temas están incluidos dentro de un orden del día, es decir, un listado de cuestiones a tratar en el encuentro.

Sus propósitos suelen ser diversos: para intercambiar/socializar información, para llegar a acuerdos sobre situaciones determinadas, para planear nuevas actividades en conjunto, para generar evaluaciones sobre lo realizado, entre otras.

2.2.4. Equipo de salud y su importancia en APS

Con respecto al equipo de salud, se lo considera como aquel conjunto de personas con diferentes conocimientos y con una formación también distinta, que comparten objetivos comunes y elaboran determinadas estrategias para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad del trabajo en forma conjunta.

En lo que respecta a la actuación de los profesionales en esta área de trabajo específicamente, es fundamental conocer las características del contexto socio-cultural en el cual desarrollan su labor, y de este modo lograr comprender la realidad de la población, así como también interpretar sus demandas.

La esencia del equipo es la búsqueda conjunta y compartida de los resultados. Esos resultados son producto de la tarea y el desempeño de funciones que superan el trabajo individual. “La tarea muchas veces se presenta como un camino sinuoso donde se ponen en juego obstáculos, pero también se presentan oportunidades” (Biaggini y Gygli, 2006).

Rápidamente “aparecen las diferencias, producto de las múltiples formaciones de grado, de las diferentes funciones de profesionales o de no profesionales, de los diversos saberes que posee cada uno, de las experiencias de trabajo, una gran parte con mayor énfasis en la medicalización y la atención individual dentro del efector, y otras con mayor énfasis hacia el trabajo con la comunidad, extramuros. Todas estas diferencias devienen de distintos modos de pensar la salud y también de diversos posibles modos de atender las necesidades de salud” (Biaggini y Gygli, 2006).

Actualmente se le da una importancia fundamental a la conformación de equipos pluridisciplinarios en los CAPS, debido a que la presencia de diversas profesiones permite atender a la demanda comunitaria del área programática determinada. Se trata de sumar las distintas perspectivas, los diversos modelos de actuación y práctica, y garantizar un mejor servicio de salud a la población.

“El modelo teórico con el que los profesionales de la salud han sido formados es, muchas veces, el único dispositivo con el que cuentan para abordar y tratar a sus objetos de estudio. Por lo tanto, delimitar problemas intentando superar la mirada sobre la unidad de estudio es un desafío” (Sznajder, 2006).

¿Por qué es importante conformar equipos de salud? Según el Programa Médicos Comunitarios (PMC), gran parte de las demandas y consultas que llegan a un equipo de salud, en el primer nivel de atención, muestran solo un aspecto de la compleja realidad de un barrio o comunidad

determinado donde las personas van desarrollando diferentes procesos salud-enfermedad.

También existe el grupo de personas que “nunca llega” al centro de salud y que constituyen una demanda, muchas veces invisible, pero que pertenece al área de responsabilidad del CAPS.

Se entiende que el trabajo en equipo es una herramienta imprescindible para comprender la situación de salud de un barrio, para pensar acciones conjuntas y novedosas para la atención, para completar el aporte individual y resolver grupalmente problemas complejos de salud.

El trabajo en equipo es una estrategia que debe plantearse el grupo de personas que se desempeña en el centro de salud e implica que sus integrantes coordinen sus esfuerzos, aporten ideas y conocimientos, transfieran habilidades y tomen decisiones de pleno consenso.

Gavilán (2009) hace referencia a que el trabajo en equipo está basado en las siguientes cinco acciones:

Complementariedad: significa reconocer que cada miembro del equipo posee un cúmulo de saberes y prácticas determinadas, y todos ellos son necesarios para poder atender integralmente la salud de la población.

Coordinación: llevar a cabo una actividad de manera coordinada requiere del establecimiento de pautas de trabajo y acuerdos que permitan la ejecución de la tarea.

Comunicación: se basa en la circulación de información, la comunicación abierta entre los miembros del equipo y la creación de espacios de encuentro para garantizarla.

Confianza: se trata de la confianza que se genera entre los integrantes del equipo, en sus habilidades, en su labor profesional. Esto es esencial para la realización de la tarea y el cumplimiento de los objetivos.

Compromiso: se basa en el compromiso que tienen los integrantes del equipo de salud para con la tarea. Se lo entiende también como un indicador de participación.

2.2.5. Representaciones sociales

Se considera que el trabajo en equipo puede ser interpretado de diferentes maneras de acuerdo a las diversas disciplinas y profesiones que integran el CAPS, la trayectoria laboral y la experiencia acumulada a lo largo del tiempo. Cada integrante va a poseer su representación social con respecto al trabajo en equipo y a su labor desarrollada dentro del CAPS.

Es así que se alude a que las representaciones sociales, tomando como referencia a Carballada (2007), tienen origen en el ámbito de la sociología, donde es posible ubicarlas en la obra de Durkheim, quien las nombra como “representaciones colectivas”, en tanto categorías abstractas que se construyen en forma colectiva. Finalmente, en los años 60 llegan a la psicología con los trabajos de Moscovici y Jodelet, quienes amplían esta visión. Así, se basan en la articulación entre la comprensión de la propia experiencia, de la realidad y el sistema cultural donde se despliegan.

Lo colectivo se refiere a aquello que se comparte por un grupo social, y lo social abarca a la sociedad en general.

Las representaciones sociales pueden adoptar distintas formas: pueden ser consideradas como “imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia para interpretar lo que nos sucede, categorías para clasificar las circunstancias, fenómenos e individuos con quienes debemos tratar, teorías para establecer hechos sobre ellos, etc. La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se articula lo psicológico con lo social” (Jodelet, 1993). Este concepto designa una forma de conocimiento específico que se basa en el saber del sentido común (no científico), cuyos contenidos manifiestan procesos socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales son también construcciones mentales, individuales, que están sostenidas por la historia de vida de la persona, su trayectoria, sus vivencias, su forma de comprender y explicar el mundo en que vive.

La representación social, continúa Jodelet (1993), “no es un duplicado de lo real o de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto: es la ‘relación’ del hombre con las cosas y los demás hombres”.

Las representaciones sociales comprenden diversas características:

- Siempre es la representación de un objeto, persona, acontecimiento, idea, etc.
- La forma de representarnos ese objeto, persona, etc. es a través de una imagen de ella.
- Tiene un carácter simbólico, constructivo, autónomo, social y creativo.

Una representación social se construye en función del contexto, de los estímulos que se reciben del medio, así como también en base a los valores, creencias e ideologías del grupo de pertenencia.

Al ser la persona un sujeto de sentido, expresa a su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. Se construye como una forma de lenguaje, de discurso que se establece en cada sociedad y en cada grupo social. El sujeto produce una representación social en función de las normas institucionales derivadas de su posición en la sociedad, de las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa dentro de ella, así como también las constituidas personalmente.

2.2.6. Procesos “objetivación” y “anclaje”

Estos dos procesos explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación, y cómo esa representación transforma lo social.

La objetivación puede definirse como “una operación formadora de imágenes. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas” (Peimbert, 2008). Esto explica la transformación del conocimiento en una representación.

El anclaje se refiere al enraizamiento social, así como también en el pensamiento, que tiene la representación social. Ésta siempre se inserta en un sistema previo de pensamientos latentes. Este proceso manifiesta cómo esa representación se contextualiza en lo social.

2.2.7. Tres esferas de pertenencia de las representaciones sociales

Para entender las representaciones sociales de los individuos y de los grupos localizados en espacios concretos de la realidad, se propone el esquema a continuación.

Las representaciones sociales pueden ser referidas a tres esferas de pertenencia: la de la subjetividad, la de la inter-subjetividad y la de la trans-subjetividad.

La noción de subjetividad remite a la idea de considerar los procesos que influyen en las personas, que corresponde a las causas por las cuales el sujeto se apropia y construye tales representaciones. Estas causas pueden responder a experiencias propias en el mundo social. Desde este punto de vista conviene distinguir las “representaciones que el individuo elabora activamente de las que el mismo integra pasivamente, en el marco de las rutinas de vida o bajo la presión de la tradición o de la influencia social” (Peimbert, 2008).

La inter-subjetividad se basa en el cuerpo, no existe pensamiento que esté flotando en el aire. Tiene que ver con el lugar que ocupa ese cuerpo en la sociedad, las connotaciones de representaciones sociales que se tendrán, en función de la pertenencia social. (Abric, 1994).

La investigación sobre las representaciones sociales permite acceder a los significados que los individuos individuales o colectivos le atribuyen a un objeto localizado en su entorno social y material, y comprender cómo esos significados están relacionados a sus intereses, deseos y emociones.

La trans-subjetividad, por su parte, atraviesa aspectos tanto subjetivos como inter-subjetivos, abarcando tanto a individuos como a grupos de individuos, y a los contextos de interacción como a las producciones e intercambios verbales. Es común a todos, y se refiere a aspectos de índole cultural para la interpretación de esa realidad, que sirve para construir significados compartidos.

2.3. Trabajo Social

En relación a este apartado y al tercer objetivo específico de esta investigación, es importante hacer mención al Trabajo Social como profesión, a las funciones y al lugar que ocupa en el ámbito de la salud, específicamente en el primer nivel de la atención, así como también en los equipos de salud.

“Las profesiones son producto del movimiento modernizador de las sociedades. La complejización de la vida social, fundamentalmente en el marco de los sistemas capitalistas, trae aparejado, entre muchos nuevos fenómenos, la necesidad de la racionalización del saber de las prácticas sociales. Estas profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención. En torno a ellas se constituye, además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción” (Cazzaniga, 2002).

Así, tanto el Trabajo Social como las demás disciplinas que intervienen en lo social, “se orientan en el contexto, en la preponderancia de paradigmas propios o que provienen de diferentes campos de conocimiento, es decir, en las distintas formas de comprender y explicar los problemas sociales” (Carballeda, 2000). Es por esto que se considera que el trabajo en equipo, siendo el tema específico de este escrito, puede ser interpretado desde diferentes perspectivas de acuerdo a las diversas profesiones, trayectorias laborales, experiencias acumuladas, entre otras cosas, como se menciona en varios apartados de esta investigación. (*Ver en Fundamentación y Conclusiones*).

La incorporación del Trabajador Social específicamente en el ámbito de la salud en los inicios del siglo XX, estuvo basada en una profesión capaz de abordar lo que podría denominarse la “dimensión social” de los problemas de salud. Esa incorporación se realizó “ofreciendo a los Trabajadores Sociales un papel secundario y accesorio de meros auxiliares. Se los llamó ‘Visitadores Sociales’ y las funciones que les asignaban se basaban en los denominados ‘brazos extendidos u ojos prolongados de los médicos’. Se los considera como

ayudantes capaces de controlar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito por el médico, de dar 'normas de higiene', de saber algunas 'destrezas de medicina menor' (dar inyecciones, lavajes de estómago, etc.), de 'cuidar bebés', de 'visitar a los pacientes en sus domicilios'" (Ander-Egg, 2009).

Actualmente, la incorporación del Trabajo Social concretamente en Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo generar actuaciones conjuntas con el equipo de salud, la comunidad y las instituciones del área programática, desde una perspectiva holística, donde con ese otro (persona-sujeto-actor) se pueda "coadyuvar a generar transformaciones sociales mediante una tarea de organización y de realización de proyectos específicos, en un marco de participación popular" (Kisnerman, 1978).

Es importante mencionar el marco desde el cual se entiende a la profesión, es decir, dentro de "un encuadre donde la defensa de los Derechos Humanos son el eje transversal de la intervención, ya que el Trabajo Social surge como una lucha en búsqueda de la dignidad humana, brindando su aporte con compromiso humanista a procesos de reforma y transformación social" (Kisnerman, 1998); como una labor que se ocupa de acciones relacionadas con el cumplimiento de los derechos, así como también con la construcción de espacios para el ejercicio de la ciudadanía en sectores específicos de la sociedad.

En cuanto a las funciones a efectuar por un Trabajador Social en este ámbito, el Programa de la División de Servicio Social en Salud dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón (2001), refiere que debe estar orientada hacia el cumplimiento de los objetivos de la APS que son: promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud de las personas. El mismo plantea las siguientes directrices:

- La promoción debe estar basada en la elaboración, ejecución y evaluación de programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, en suministrar información sobre los recursos existentes en la comunidad, y en educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

- La prevención debe orientarse a analizar qué factores benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud, cuál es la incidencia de las

variables socioeconómicas y culturales que atraviesan los problemas de salud, y a orientar a la población sobre el uso de recursos institucionales y/o comunitarios que pueden contribuir a que los individuos puedan mejorar su calidad de vida.

- La recuperación debe estar basada en contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la problemática, y en acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.

- La rehabilitación, por último, se basa en estimular a toda persona para que pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.

Para realizar dichas funciones el Trabajador Social llevará a cabo la detección de determinadas problemáticas sociales identificadas tanto por él mismo como por algún integrante del equipo de salud; participará de actividades de promoción y/o prevención realizadas en equipo con la incorporación y participación de la comunidad; realizará seguimiento, orientación y acompañamiento a determinadas familias; gestionará recursos; realizará diagnósticos preliminares de la comunidad, así como también formará parte de la tarea, según el Programa de Servicio Social en Salud de la División de Servicio Social en Salud, de efectuar una atención individual, familiar y grupal, participar en reuniones de equipo interdisciplinario, participar en los programas que se lleven a cabo en el centro de salud, realizar el registro de todas las actuaciones profesionales, sistematizar la tarea profesional y elaborar propuestas que surjan de evaluaciones de la tarea sistematizada.

Es por esto que la actuación profesional en el campo de la salud requiere de una permanente contextualización de lo que ocurre en la realidad social específica, es decir, de cómo son percibidas las prácticas en esa área, cuáles son las demandas, las condiciones sociales, económicas y políticas imperantes.

Y por último, en relación al lugar que ocupa el Trabajador Social en el equipo de salud, se puede decir que ese “lugar” va a estar atravesado por la cultura, por el momento histórico, por experiencias de trabajo anteriores, entre otras, que pueden ir modificándose a lo largo del tiempo. Es por esto que el

mismo debe ser flexible para poder cambiar frente a los nuevos escenarios que se presenten en la realidad.

Según Lagos (2006), el Trabajador Social puede desarrollar los siguientes roles/lugares:

Educador: el profesional debe brindar a las personas de la comunidad las herramientas necesarias y suficientes para crear distintas destrezas y habilidades, con la finalidad de que cada individuo pueda resolver sus propios problemas y dificultades. Las estrategias más empleadas son charlas, talleres y entrevistas. Esto conlleva a generar una participación activa de la comunidad, pensando siempre que el fin es lograr que cada individuo haga uso de sus potencialidades y conocimientos, para que pueda por sí mismo, y en el momento que lo requiera, resolver las dificultades. Los Trabajadores Sociales son educadores sociales en el sentido de alentar intencionadamente a los actores con quienes trabaja, a un proceso que conduzca a la reflexión sobre determinadas situaciones para luego generar su propio proyecto. Se valoriza este aspecto educativo como un elemento principal para generar el cambio, para lograr desarrollar actitudes de cooperación, ayuda mutua, convivencia democrática, desarrollo personal y social en las personas con las cuales trabaja.

Coordinador: el Trabajador Social cumple la función de coordinar actividades, contactos con otros profesionales que brindan ayuda a las mismas y es el intermediario entre la comunidad y las instituciones involucradas en ella.

Asesor - Orientador - Consultor: es buscar distintas alternativas que permitan generar la capacidad de autogestión sobre diversas problemáticas. El Trabajador Social tiene la misión de trabajar en conjunto con la comunidad para que puedan utilizar las redes sociales que le permitan salir de esa situación inicial. Asesorar y orientar significa gestionar la participación de las personas utilizando adecuadamente los servicios existentes para la resolución de sus problemas.

Planificador: se basa en la formulación conjunta de planes, programas y proyectos dirigidos a dar respuesta a una problemática social existente.

Mediador: el Trabajador Social puede y debe intervenir como mediador, ya sea en el equipo de salud como en la comunidad. Actúa a través de la actitud, la acción y la disposición frente a situaciones de conflicto. De esta forma, permite reforzar las relaciones existentes. Ejerce la capacidad de solucionar situaciones muchas veces no resueltas por las personas. La mediación no es más que encontrar el mejor acuerdo entre las partes involucradas en una situación problema.

Gestor: es un rol que tiene estrecha relación con la utilización adecuada de recursos por parte de los individuos que requieran de ellos. Se trata de gestionar la ayuda por medio de diversos organismos, actuando como intermediario.

Ejecutor: es la puesta en marcha de las acciones ya planificadas, luego de haber tomado conocimiento de las situaciones que son de interés para la comunidad y a las cuales las personas les darán importancia. De esta manera, el Trabajador Social fomenta una mayor participación de la población involucrada. Como profesionales, no es posible arribar a la comunidad para implementar un programa determinado, sino que se necesita de la elaboración de un diagnóstico preliminar correspondiente, que demuestre que el tema es de gran importancia para esa comunidad y así llevar a cabo la creación y puesta en marcha, en conjunto, de un proyecto específico.

Es por todo esto que se concluye que el Trabajador Social tiene “un lugar fundamental a la hora de diseñar, organizar, ejecutar y evaluar acciones preventivas y promocionales, ya que a través de ellas, se intenta generar la transformación de la realidad social de las personas y la comunidad en general” (Escoda y Cols., 2013).

Los roles/lugares recién mencionados que puede ocupar el Trabajador Social en su quehacer profesional se pueden combinar y/o cambiar de acuerdo a la situación específica, para promover conjuntamente con las personas el cambio social.



CAPÍTULO
3

3.1. Presentación y análisis de los datos recolectados

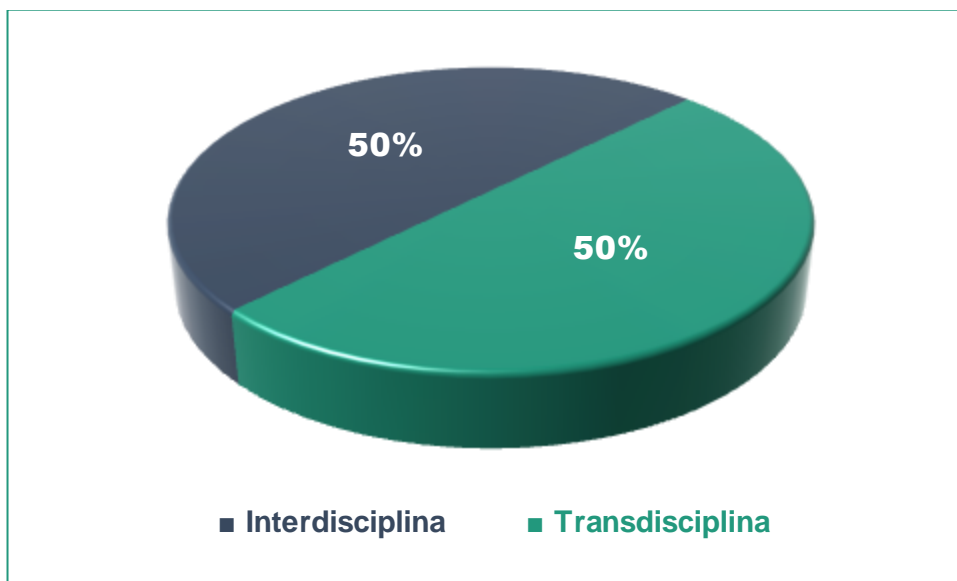
3.1.1. Presentación de los datos obtenidos

En este capítulo se realizará la presentación y el análisis de la información obtenida a través de las técnicas de recolección de datos seleccionadas. Vale recordar que las mismas se basaron en encuestas autoadministradas a un profesional por cada especialidad y en el análisis documental (información registrada en la práctica y la investigación bibliográfica seleccionada como marco teórico de referencia).

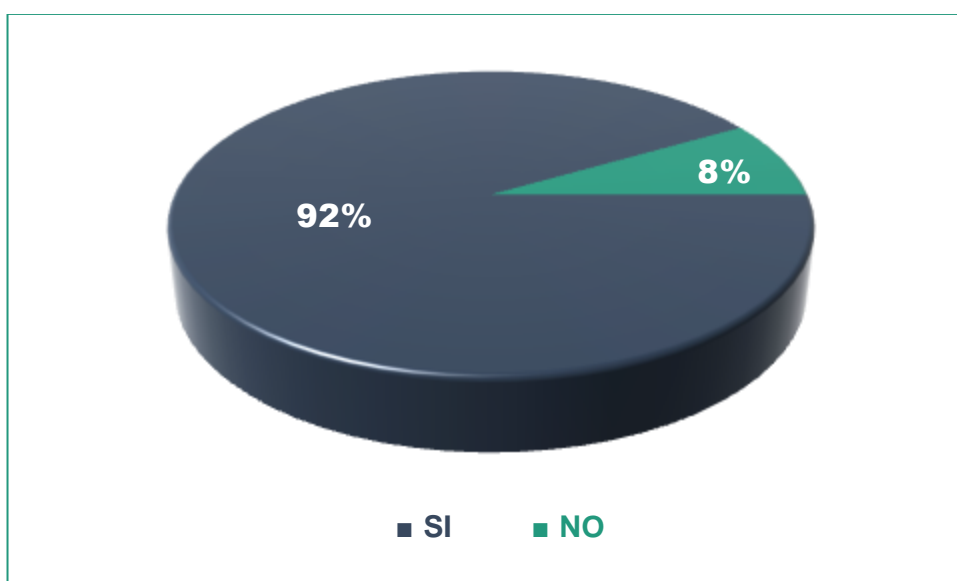
Cabe reiterar, como se mencionó anteriormente, que el equipo de profesionales que integra el CAPS son: cuatro Pediatras, tres Enfermeras, dos Médicos Clínicos, un Médico Generalista, tres Obstetras, un Ginecólogo, una Terapeuta Ocupacional, dos Psicólogos, dos Odontólogos, una Nutricionista, un Psiquiatra, una Fonoaudióloga, una Psicopedagoga, dos Trabajadoras Sociales y dos administrativas.

A partir de ello se realizaron doce (12) encuestas a los profesionales de la salud del CAPS “Alto Camet”, considerando uno por cada especialidad, a partir de las cuales se abordaron los siguientes tópicos: trabajo en equipo, reuniones de equipo, talleres, actividades preventivas y promocionales realizadas dentro del CAPS “Alto Camet” así como también por fuera de éste y, por último, el lugar que ocupa el Trabajador Social en el equipo de salud. (*Ver modelo de encuesta autoadministrada en Anexo V, página 84*).

Con respecto a la primera pregunta realizada en la encuesta “**¿Qué es para usted trabajar en equipo?**”, la mitad de los encuestados (Obstetricia, Medicina General, Medicina Clínica, Servicio Social, Psicología y Fonoaudiología) respondieron la opción B, que corresponde a una concepción interdisciplinaria, es decir, cuando se establece un marco de ideas compartido entre las disciplinas intervinientes. La otra parte de los encuestados (Administración, Nutrición, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Ginecología) seleccionaron el ítem C, correspondiente a una concepción transdisciplinaria, basada en un sistema total que integra las diversas disciplinas a través de un marco conceptual común.

Gráfico N°1: Concepción del trabajo en equipo

Haciendo alusión a la segunda pregunta “**Desde el concepto elegido, ¿considera que en el CAPS se logra trabajar en equipo?**”, se puede visualizar que once profesionales (lo que significa el 91,66% de los encuestados) respondieron que **SÍ** consideran que se logra trabajar en equipo en el CAPS “Alto Camet”. Sin embargo, un integrante del grupo encuestado (que representa el 8,33% restante) aludió a que este trabajo **NO** se lleva a cabo.

Gráfico N°2: Trabajo en equipo dentro del CAPS

Haciendo alusión al “¿Por qué?” de esta misma pregunta, puede observarse que los profesionales que eligieron la opción B, es decir, el ítem que alude a la interdisciplina como forma de trabajo en equipo, presentan coherencia entre la respuesta brindada y la opción seleccionada. Algunas contestaciones obtenidas son:

“En muchas ocasiones logramos realizar intervenciones pensadas en grupo, mucho depende de la subjetividad de cada profesional”.

“Porque algunos profesionales no solo derivan casos sino que se trabaja en conjunto con aquellos que compartimos un marco de intervención similar”.

En relación a los profesionales que en la primera pregunta eligieron la opción C, o sea que apuntaron a la elección de un trabajo en equipo desde la concepción transdisciplinaria propuesta, se puede decir que sus respuestas no coinciden con la visión o concepto seleccionado, ya que las mismas están más vinculadas a un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario. Esto se puede evidenciar en las siguientes respuestas:

“Intercambiamos información e ideas acerca de cómo mejorar la situación de un paciente y/o familia en particular”.

“Se integran diversas disciplinas donde cada uno realiza sus aportes desde su formación con una mirada en común”.

“Pese a las barreras impuestas desde el sistema, como diferentes horarios, días de trabajo, logramos mantener una comunicación y coordinación de acciones”.

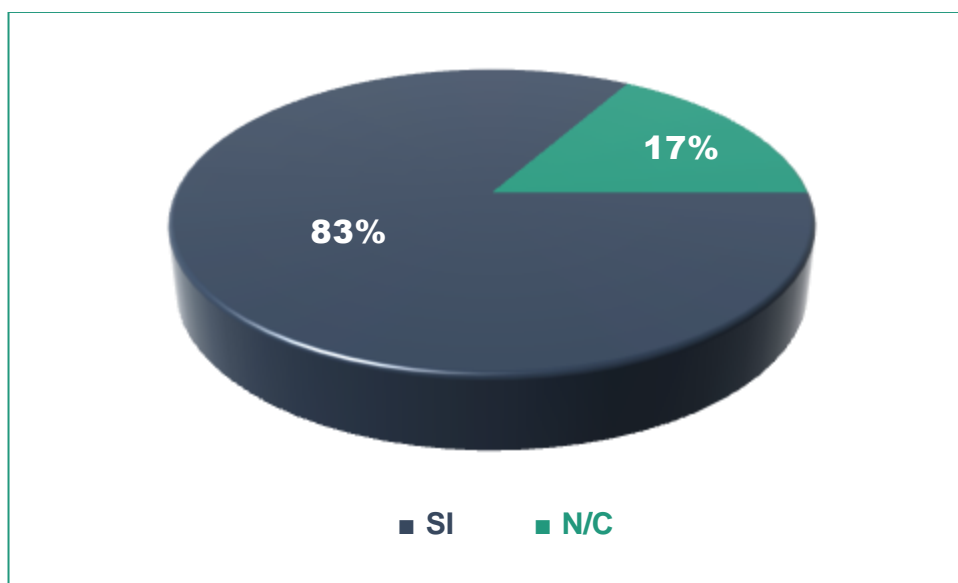
Es importante mencionar que otro de los profesionales (Ginecólogo) eligió la transdisciplina como su concepción de trabajo en equipo, pero consideró que esta no se lleva a cabo en el CAPS.

En relación a la tercera pregunta “¿Sabe qué actividades se abordan en equipo?”, se puede observar, en primera instancia, que hubo profesionales del área de la medicina (Médico Clínico y Ginecólogo) que no contestaron a esta pregunta.

Por otra parte, los demás aludieron a que se efectúan charlas, talleres, reuniones, entrevistas de diversas temáticas y que llevan un registro de los mismos. Según los datos recolectados las actividades mencionadas fueron:

talleres de sexualidad y procreación responsable, taller de parto, charla de planificación familiar, taller de pautas de alimentación saludable, taller de crianza, taller de límites, entrevistas, entrevistas domiciliarias y talleres para padres.

Gráfico N°3: *Conocimiento de las actividades que se abordan en equipo*



Con respecto a la cuarta pregunta **“De acuerdo a su formación profesional y a los objetivos de la APS, ¿cree que es necesario el trabajo en equipo?”**, la totalidad de los profesionales de salud aludieron a que es de real importancia llevar a cabo un trabajo en equipo. Algunas de las respuestas obtenidas fueron:

“Porque permite abordar la problemática desde el punto de vista psico-social y físico de las pacientes”.

“Porque creo que afianza la relación entre las diversas disciplinas o especialidades y se toman decisiones en conjunto”.

“Porque es uno de los pilares fundamentales para un abordaje exitoso donde integralmente intervienen distintas disciplinas”.

“Porque, desde mi disciplina, el trabajo en equipo es la única manera de lograr objetivos a corto y largo plazo que se traduzcan en una mejor calidad de vida de los pacientes”.

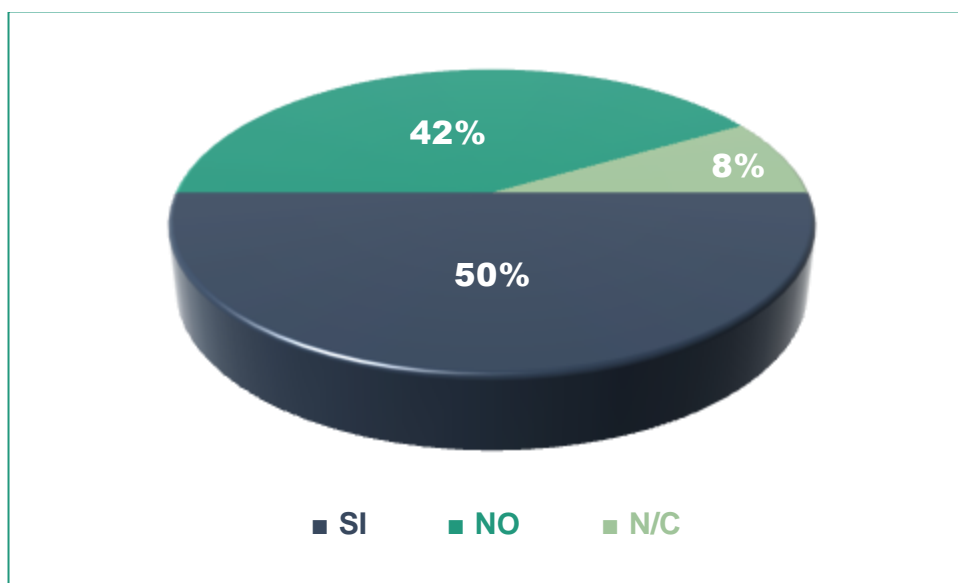
En cuanto a la quinta pregunta “**¿Participa de las actividades preventivas y promocionales del CAPS?**”, puede decirse que:

- De los profesionales que NO participan de las actividades preventivas y promocionales del CAPS (50%), algunos explicaron que se debe al escaso módulo horario que tienen destinado al servicio.

- Aquellos que respondieron que SÍ (41,66%), aludieron también a que participan de la planificación de las mismas trabajando en conjunto con: Obstetricia, Pediatría, Terapia Ocupacional, Servicio Social, Psicología y Enfermería. Es de destacar la coincidencia de que todas las actividades son planificadas con Servicio Social.

- El profesional que NO CONTESTA (Médico Clínico) representa el 8,33% del total de los encuestados.

Gráfico N°4: *Participación en actividades preventivas y promocionales*

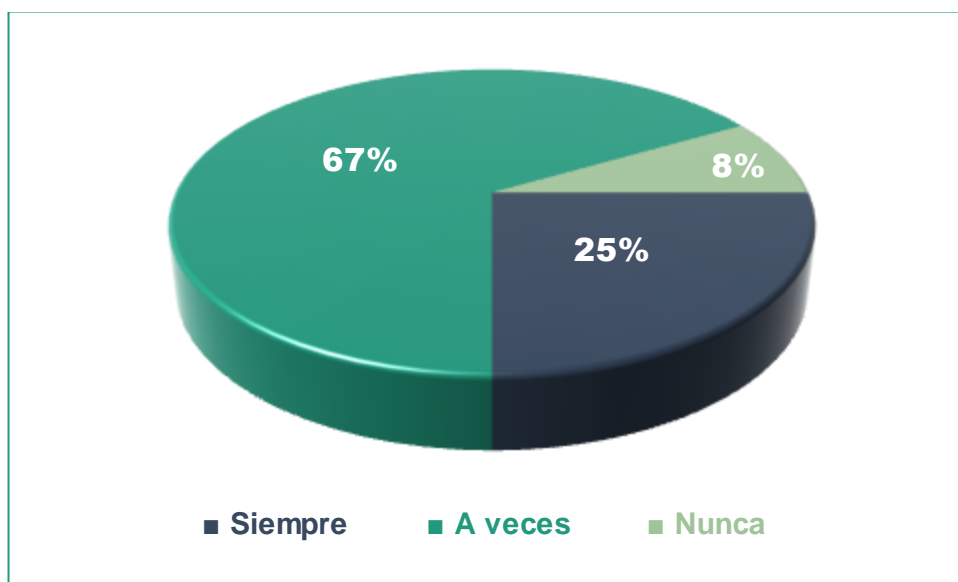


Haciendo alusión a la sexta pregunta “**Reuniones de equipo: ¿Se realizan en el CAPS?, ¿participa?**”, se puede decir que, respecto a la primera pregunta, se observa que once profesionales de la salud dan cuenta de que SÍ se realizan reuniones de equipo en el CAPS, pero se visualiza que un integrante contesta que NO se llevan a cabo (Trabajadora Social).

En cuanto a la segunda pregunta mencionada, puede decirse que el 25% de los profesionales de la salud “siempre” participa de las reuniones de

equipo llevadas a cabo en el CAPS, mientras que el 66,66% alude que “a veces” participa, y el 8,33% restante expresa que “nunca” participa.

Gráfico N°5: Participación en las reuniones de equipo



Por último, con respecto a la séptima pregunta “**¿Qué lugar ocupa el Trabajador Social dentro del equipo de salud?**”, algunas de las respuestas obtenidas fueron:

“Lo que caracteriza a los Trabajadores Sociales es su mirada sobre las causas del proceso salud-enfermedad, los determinantes socio-ambientales. Esta característica enriquece al equipo de salud y los posiciona en un lugar estratégico, ya que muchos integrantes del equipo carecen de esa mirada: el conocimiento de la comunidad, del barrio, de sus instituciones, de las familias, etc. Favorece a que sea el nexo con la comunidad” (Médico Generalista).

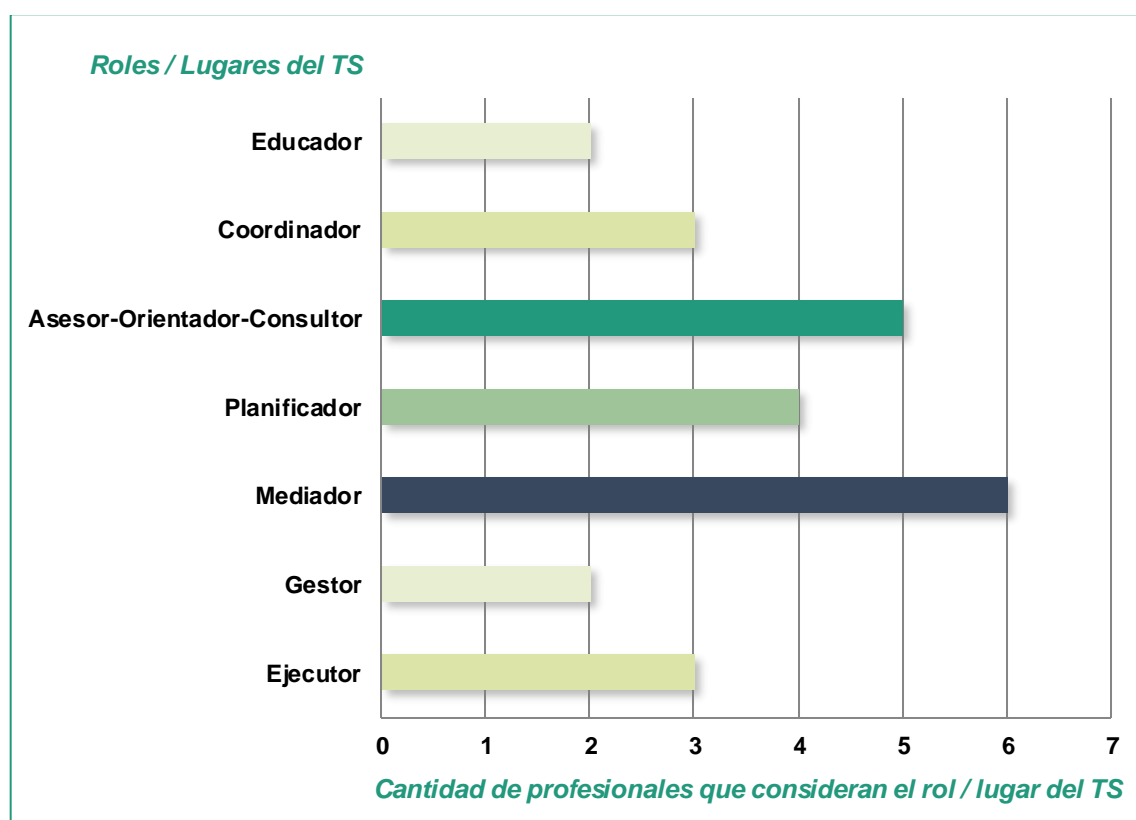
“El Trabajador Social es el articulador dentro del equipo de salud. Es el nexo entre los profesionales y entre los profesionales y los pacientes. Es la persona que descubre una situación de riesgo en los pacientes, la evalúa y tiene los métodos para resolverlo” (Odontólogo).

“Para mí como Terapeuta Ocupacional, el Trabajador Social es fundamental para la población con la cual atiendo y las problemáticas familiares que surgen. Siempre consulto al Servicio Social por diversos casos, atendiendo conjuntamente y coordinando distintos talleres o charlas pensando

interdisciplinariamente posibles estrategias para su abordaje e intervención” (Terapista Ocupacional).

“Como Psicólogo y Coordinador considero al Servicio Social uno de los pilares para poder trabajar en equipo, dado que en un gran porcentaje de situaciones trabajadas en el CAPS, por no decir todas, están atravesadas por múltiples factores (...)” (Psicólogo).

El siguiente gráfico representa el total de las respuestas obtenidas por los profesionales de la salud encuestados, agrupadas según concepciones teóricas ya mencionadas en el marco de referencia y descritas en el siguiente análisis:



Ejecutor: Odontólogo, Psicopedagoga y Fonoaudióloga.

Gestor: Odontólogo y Psicopedagoga.

Mediador: Nutricionista, Médico Generalista, Odontólogo, Administrativa, Psicopedagoga y Trabajadora Social.

Planificador: Trabajadora Social, Nutricionista, Terapista Ocupacional y Psicólogo.

Asesor-Orientador-Consultor: Administrativa, Obstetra, Médico Generalista, Psicopedagoga y Ginecólogo.

Coordinador: Trabajadora Social, Terapista Ocupacional y Enfermera.

Educador: Terapista Ocupacional y Trabajadora Social.

3.1.2. Análisis de los datos

Es a partir de estos datos recolectados que se puede observar que, si bien los profesionales aluden a una concepción de trabajo en equipo desde la interdisciplina y transdisciplina, en su quehacer profesional dentro del CAPS puede evidenciarse una labor multidisciplinar/interdisciplinar, no aludiendo ninguno de ellos a la multidisciplina como su representación social con respecto a este tema. Entonces, puede interpretarse que **existe una distancia entre el “deber hacer” y el “querer hacer”, con el “hacer” en sí mismo.**

Este “**deber hacer**” se sustenta en los *objetivos de la APS*, así como también en las *políticas de salud* llevadas a cabo por los profesionales que integran el equipo. Con respecto a los objetivos, hacen hincapié en la promoción y en la prevención de la salud, abordando las situaciones de manera integral. Asimismo, están basados en la recuperación y en la rehabilitación, entendiendo a la APS como un proceso dinámico y dialéctico. Haciendo alusión a las políticas de salud, estas son políticas públicas que representan una serie de valores entre los cuales se encuentran la equidad, la eficiencia y la solidaridad y sobre estos se asignan recursos para satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad.

Para operativizar cualquier tipo de política de salud, es necesario establecer diferentes planes, programas y proyectos. La diferencia entre ellos radica en que el *plan* corresponde a un conjunto de disposiciones que se realizan para alcanzar determinado fin en plazos determinados y etapas definidas; el *programa* concierne a un conjunto de actuaciones que se desean emprender en un tiempo concreto y en un área específica para lograr los objetivos planteados de antemano, y el proyecto, por último, se basa en una serie de actividades que combinan recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, realizados con el propósito de lograr objetivos determinados. (*Ver planes, programas y proyectos implementados en el CAPS en página 28*).

Es a través de los objetivos de APS y de los planes, programas y proyectos implementados, que se conforma la base para la realización del trabajo en equipo entre los profesionales del Centro de Salud.

Con respecto al **“querer hacer”** se puede decir que se basa en el ideal de trabajo en equipo que tienen los miembros del CAPS. Sin embargo, según los datos recolectados a través de las encuestas, éste no se efectúa debido a ciertas cuestiones, tanto institucionales (escaso módulo horario) como a aspectos relacionados con el quehacer profesional, o sea, el **“hacer en sí mismo”**. Es decir que los miembros del equipo de salud cuentan con diferentes saberes y que los modos de pensar, analizar un problema y diseñar una estrategia de actuación, son diferentes entre ellos.

Este proceso dialéctico es considerado como el hallazgo de esta investigación, ya que no fue considerado a priori, sino que fue descubierto a través del análisis de lo descrito en las encuestas efectuadas a los profesionales de la salud, así como también por la práctica de formación profesional vivenciada en el período de junio a diciembre del año 2014.

Se entiende que esta dialéctica **“deber, querer y hacer”** constituye una representación social, ya que se construye por los estímulos del medio social, por los valores, creencias, cultura, ideologías, trayectoria laboral, formación académica y experiencia acumulada de cada profesional. Esta representación es elaborada activamente por la persona, o ésta la integra de forma pasiva a través de la influencia social o bajo presión de la cultura, generando la construcción de significados compartidos. Tiene relación con el lugar que ocupa ese “cuerpo” (profesión) en la sociedad y las connotaciones que se tienen en función de su pertenencia social. Es en referencia a esa representación constituida y a los factores que la atraviesan que cada profesional alude a una modalidad de trabajo en equipo.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, es importante destacar en este análisis que profesiones del área de la medicina específicamente, como Obstetricia, Medicina Clínica y Medicina General, consideran que se logra y es necesario para este nivel de atención realizar un trabajo en equipo interdisciplinariamente pero, sin embargo, no participan de las actividades realizadas en conjunto por el resto de los profesionales del CAPS (distancia entre el “querer hacer y el hacer en sí mismo”). Esto puede deberse al poco tiempo de su presencia en el CAPS (por ejemplo, el Médico Generalista, que al

momento de la consulta solo lleva un mes de trabajo en el lugar), como así también al escaso módulo horario destinado al servicio.

Otra de las cuestiones a mencionar es que el 91,67% de los profesionales de la salud manifestaron que se llevan a cabo reuniones de equipo en el CAPS pero, sin embargo, unas de las Trabajadoras Sociales expresó que las mismas no son realizadas. Es de destacar que en el transcurso de la práctica de formación profesional no se pudo vivenciar ninguna reunión de equipo.

Entonces, a partir de este análisis queda como interrogante: “¿Qué son las reuniones de equipo para las demás disciplinas intervinientes?: ¿Charlas informales en el espacio de la cocina? ¿Acuerdos de pasillo? ¿Existe una diferencia entre la manera de concebir el trabajo en equipo desde el Servicio Social con las demás disciplinas?”. En referencia a esto, se considera que existe una distancia entre la concepción de las reuniones de equipo desde el Servicio Social y las demás disciplinas, lo que puede deberse a la formación académica específica de cada profesional, así como también a la trayectoria laboral y la experiencia acumulada de cada uno de ellos, es decir, a la representación social que han construido.

Con respecto al **lugar que ocupa el Trabajador Social en el equipo de salud** para los encuestados de esta investigación, teniendo en cuenta el material teórico de referencia descripto anteriormente, Lagos (2006) prepondera el lugar de *mediador*, mencionado en sus argumentos como “nexo”, entendiéndolo a este como un intermediario, ya sea en el equipo de salud, en la comunidad, como así también entre ellos, buscando el mejor acuerdo entre las partes involucradas en una situación problema. Respecto a este rol o lugar, las siguientes son algunas de las respuestas brindadas por los diferentes profesionales (Trabajadora Social, Odontólogo, Psicopedagoga, Nutricionista y Médico Generalista):

“El Trabajador Social ocupa un lugar de nexo entre diferentes profesiones (...)” (Trabajadora Social).

“El Trabajador Social es un nexo fundamental entre los diferentes servicios y la comunidad (...)” (Psicopedagoga).

“(...) favorece a que sea el nexo con la comunidad” (Médico Generalista).

“El Trabajador Social es el articulador del equipo de salud, es el nexo entre los profesionales y entre los profesionales y los pacientes”. (Odontólogo).

Teniendo en cuenta a los profesionales que ubican al Trabajador Social en el lugar de mediador, éstos también coinciden situándolo, además, como *Ejecutor, Gestor, Planificador, y Asesor-Orientador-Consultor*. Esto puede evidenciarse en las siguientes respuestas:

“(...) es la persona que descubre una situación de riesgo en los pacientes, la evalúa y tiene los métodos para resolverlos” (Ejecutor; Odontólogo). Entendiendo a la ejecución como la puesta en marcha de acciones ya planificadas.

“(...) identificando factores de riesgo socioeconómicos que puedan impedir la adherencia a un tratamiento o el desarrollo pleno de su derecho a la salud” (Gestor; Nutricionista). En relación a lo expresado por la Licenciada en Nutrición, el gestor se vincula con la utilización adecuada de los recursos para realizar el tratamiento de salud o el cumplimiento de los derechos.

“(...) como coordinador de actividades extramuros, planificador de acciones con el equipo de salud” (Planificador; Trabajadora Social). Basado en la construcción conjunta de planes, programas o proyectos para abordar diversas situaciones.

“(...) realiza seguimiento y ayuda en consejería y guía en casos sociales problemáticos” (Asesor-Orientador-Consultor; Médico Ginecólogo).

“(...) Brinda un aporte significativo en los procesos de comunicación, orientación y resolución de problemáticas de la comunidad” (Asesor-Orientador-Consultor; Psicopedagoga). Refiere a que el Trabajador Social trabaja conjuntamente con la comunidad utilizando sus redes sociales para abordar una situación específica.

Por otra parte, se puede visualizar que del total de los encuestados, solo la Trabajadora Social y la Terapeuta Ocupacional le asignan el lugar de *educador*, mencionando la utilización de estrategias como charlas, talleres y entrevistas, lo que conlleva a generar la participación activa de la comunidad para que cada persona utilice sus potencialidades y conocimientos y así

resolver sus dificultades. Asimismo, lo consideraron como el *coordinador* de éstas, estableciendo contactos con otros profesionales que colaboran con la realización de las mismas. Esto se corresponde con lo vivenciado en la práctica de formación profesional realizada, ya que se logró formar parte de estas actividades. Las mismas fueron coordinadas por la Trabajadora Social y llevadas a cabo en conjunto con otros miembros del equipo de salud. (*Ver talleres llevados a cabo durante la práctica profesional en Anexo VI, página 86*).

Finalmente, teniendo en cuenta la información recabada, se puede decir que los profesionales de la salud le otorgan al Trabajador Social el lugar de:

- “(...) quien termina de completar el diagnóstico del paciente aportando datos acerca de la familia, historia, vivienda, interacción con otras instituciones (...)”.
- “(...) de nexo entre los profesionales y los profesionales y los pacientes”.
- “(...) de guía y consejería en casos sociales problemáticos”.
- “(...) coordinador y planificador de acciones”.

Además, vale decir que se pudo visualizar a través de estas encuestas ejecutadas que ninguno de los profesionales que integra el equipo de salud del CAPS “Alto Camet” consideró al Trabajador Social desde la concepción benéfico-asistencial, basada en acciones destinadas a atender situaciones de necesidad de la población, ni desde el servicio a la sociedad donde, antiguamente, el profesional establecía cierta distancia y carecía de conexión con las personas con las cuales trabajaba. Por el contrario, sus respuestas evidenciaron una labor conjunta con la persona-sujeto-actor, otorgándole al Trabajador Social “un lugar fundamental y estratégico, ya que posee conocimientos sobre los determinantes socioambientales, las características de la comunidad, instituciones públicas y privadas, familias, referentes barriales, entre otros”⁶.

⁶ Fragmento construido a partir de las diversas respuestas otorgadas por los profesionales encuestados de esta investigación.



CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el tema de este trabajo de investigación “**¿De qué hablamos cuando hablamos de equipo?: las representaciones sociales de los profesionales de la salud en atención primaria de la salud**”, así como también los objetivos planteados, se considera que se pudo avanzar en el conocimiento de las representaciones sociales que los profesionales del Centro de Salud “Alto Camet” tienen sobre el trabajo en equipo. Se consiguió identificar las modalidades de trabajo en equipo deseadas y realizadas; se pudo reconocer la forma de efectuar ese trabajo en equipo de acuerdo a la formación y trayectoria laboral de cada profesional, como así también se logró identificar el reconocimiento hacia la labor y el lugar del Trabajador Social en los equipos de salud.

En primera instancia se puede decir que no existe una única representación con respecto a la forma de llevar a cabo el trabajo en equipo. Esto quiere decir que, si bien los profesionales tuvieron una inclinación hacia un trabajo interdisciplinario y/o transdisciplinario, ésta se ve atravesada por la subjetividad de cada miembro del equipo de salud. Esto refiere a las llamadas representaciones sociales, es decir, a las construcciones mentales individuales sostenidas por la historia de vida del profesional, su trayectoria, sus vivencias y sus formas de comprender y explicar la realidad, teniendo un carácter simbólico, constructivo y autónomo también social y creativo.

Es así que, si bien se reconoce una tendencia hacia un trabajo interdisciplinario y/o transdisciplinario, en el transcurso de la práctica de formación profesional se pudo observar que la labor realizada en equipo fue multidisciplinar, donde se establecen acuerdos e intercambio de información y, en algunas situaciones, también se vivenció una labor en conjunto con algunos profesionales del CAPS (Terapia Ocupacional, Psicología, Pediatría, Enfermería).

Otra cuestión a mencionar en estas conclusiones, también descrita en el análisis de esta investigación, es que se pudo visualizar que existe una distancia entre lo que consideran que es el trabajo en equipo y lo que verdaderamente llevan a cabo, es decir, la práctica en sí misma. O sea que existe una distancia entre el “deber hacer” y el “querer hacer”, con el “hacer” en sí mismo.

También es importante destacar que existe un reconocimiento, por parte de los profesionales de la salud del CAPS “Alto Camet”, hacia el lugar que ocupa el Trabajador Social como parte del equipo planificador para la realización de las actividades preventivas y promocionales que se llevan a cabo. El mismo se inserta dentro del equipo con una mirada integral, valorando la salud de las personas, teniendo en cuenta sus costumbres, creencias y formas de vida, como así también involucrando a los mismos en la toma de sus propias decisiones y acciones a realizar.

Desde nuestra perspectiva, se reconoce al Trabajador Social como un profesional fundamental que brinda aportes significativos a una situación dada, teniendo las herramientas teóricas y prácticas para poder llevar a cabo una labor intencionada, científica, racional y organizada, basada en una actuación conjunta con una persona-sujeto-actor, haciéndolos protagonistas de sus propias iniciativas y transformaciones. El Trabajo Social es reconocido, entonces, como una profesión que promueve el cambio social, el desarrollo social y la cohesión social, basada en principios fundamentales como la justicia social, los derechos humanos y la responsabilidad colectiva: una profesión que contribuye al desarrollo de las potencialidades de las personas a partir de la interacción y el diálogo.

En síntesis, se entiende que la realización de esta investigación propició una mirada más integral y crítica sobre la manera de efectuar el trabajo en equipo por las distintas profesiones que integran el CAPS, ya que antes de realizar este trabajo no se consideraban cuestiones como:

- el escaso módulo horario destinado al servicio, lo que constituye un obstáculo para la realización de otras actividades a nivel grupal;
- la formación académica, las trayectorias laborales y las experiencias acumuladas por cada profesional,
- y la distancia existente entre el “deber, el querer y el hacer en sí mismo”.

Este análisis permitió ampliar nuestra visión con respecto a las representaciones sociales que tienen los profesionales de la salud con respecto al trabajo en equipo y a partir del mismo comprender su accionar dentro del CAPS.

Por último, se considera como novedoso el carácter de las respuestas obtenidas por parte de los profesionales encuestados con respecto al lugar del Trabajador Social en el equipo, ya que *a priori* se creía, por lo vivenciado en la práctica de formación profesional, que las mismas rondarían en concepciones de origen benéfico-asistencial o de servicio. Sin embargo, se pudo destacar en todas las respuestas un reconocimiento al Trabajo Social como profesión fundamental en el equipo de salud, otorgándole un lugar estratégico, ya que aporta conocimientos sobre los determinantes sociales de la comunidad, de sus instituciones y de las familias, y sobre las situaciones de riesgo, entre otras cosas, constituyéndose como el nexo entre la comunidad y el Centro de Salud. Además, porque se encarga de la coordinación y planificación de actividades preventivas y promocionales, y porque genera un aporte significativo en los procesos de comunicación, orientación, seguimiento, ayuda y resolución de problemáticas de la comunidad.

Es a partir de esto que se pudo repensar y problematizar esa representación construida durante ese período de práctica.

Se espera que este trabajo de investigación constituya un aporte al trabajo en equipo que se realiza a diario en la institución y que enriquezca los procesos de comunicación dentro de la misma, y que asimismo sea útil para que pueda llevarse a cabo una mejor atención a la comunidad del área programática del CAPS “Alto Camet”.



BIBLIOGRAFÍA

Abric, C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.

Acuña, C., Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Argentina: Universidad de San Andrés.

Alayón, N. (1987). *Definiendo al Trabajo Social*. Buenos Aires: HVMANITAS.

Alayón, N., Barreix, J. y Cassineri, E. (1971). *ABC del Trabajo Social Latinoamericano*. Buenos Aires: ECRO.

Álvarez, A. y Reynoso, D. (1995). *Médicos e Instituciones de Salud Mar del Plata 1870-1960*. Buenos Aires: Naimo Artes Gráficas.

Ander-Egg, E. (1984). *Apuntes para una historia de Trabajo Social*. Buenos Aires: HVMANITAS.

Ander-Egg, E. (2009). *Diccionario del Trabajo Social*. Córdoba: Brujas.

Barreix, J. (2003). *La reconceptualización hoy: Trabajo Social como utopía de la esperanza*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000202.pdf>

Biaggini, G. y Gygli, S. (2010). Trabajo en equipo, redes y participación. En *Curso en Salud Social y Comunitaria* (Módulo 4). Buenos Aires: Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

Cáceres, L., Oblitas, B. y Parra, L. (2000). *La Entrevista en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

- Carballeda, A. (2000). *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Carballeda, A. (2007). *Escuchar las prácticas: la supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social*. Buenos Aires:Espacio.
- Cazzaniga, S. (1997). *El abordaje desde la singularidad*. Recuperado de <http://catedras.fsoc.uba.ar/heler/cazzaniga.%20el%20abodaje%20de%20Ia%20singularidad.doc>
- Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (27a ed.). Entre Ríos: Margen.
- Cesilini, G., Guerrini, M. y Novoa, P. (2007). *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario*. Buenos Aires: Espacio.
- Consejo General del Trabajo Social. (2016). *Portal del Consejo General del Trabajo Social - Internacional - Definición Trabajo Social*. [online] Recuperado de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Coria, K. (2005). *Significados y sentidos de la interdisciplinariedad: claves para la práctica investigativa (parte 1)*. Recuperado de <http://www.sai.com.ar/KUCORIA/escritos.html>
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas C. (2003). *Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar.

- Definición ABC. (2016). *Definición de Reunión*. [online] Recuperado de <http://www.definicionabc.com/general/reunion.php>
- Di Bello, K. y Maté, V. (2014). *Aproximación diagnóstica Centro de Atención Primaria de la Salud "Alto Camet"*. Mar del Plata.
- Dicarlo, E. y San Giacomo, O. (2004). *Una introducción al Trabajo Social: algunas cuestiones básicas* (2a ed.). Mar del Plata: Fundación PAIDEIA, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *El niño y la escuela*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Equipo de Profesionales de la División Servicio Social en Salud. (2012). *Portafolio*. Mar del Plata: Secretaría de Salud. Municipio de General Pueyrredón.
- Equipo Técnico Interdisciplinario. (2010). *Plan Integral Desarrollo Infantil*. Mar del Plata: Secretaría de Salud. Municipio de General Pueyrredón.
- Ereñu, N. (2003). *La atención primaria hoy dentro de una crisis del Estado. Interdisciplina y redes*. Recuperado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wfnCAfEGSZ8J:https://cursospaíses.campusvirtuales.org/pluginfile.php/6203/mod_folder/content/0/Interdisciplina_y_redes_en_APS.doc%3Fforcedownload%3D1+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar

Escoda, C., Guy, P. y Moyano, I. (2013). *Todos para uno y uno para todos. Sistematización del Rol del Trabajador Social en el Centro de Salud N° 2 Dr. Arturo Oñativia y la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Ciudad de Buenos Aires). (s. f.). *El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepiones actuales*. Recuperado de <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>

Fainstein, H. N. (1994). El modo o la moda de trabajar en equipo. En *Revista Alta Gerencia*. Recuperado de <http://www.grandespymes.com.ar/2011/06/02/la-moda-de-trabajar-en-equipo-o-el-modo-de-trabajar-en-equipo-2/>

Fainstein, H. N. (1999). *El trabajo en equipo en las organizaciones*. Buenos Aires: Eudeba.

Fasano, C. (2007). *Interdisciplina y domicilio*. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8451/Documento%20completo.pdf?sequence=1>

Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.

Gavilán, E. (2009). Tu equipo, el equipo de Atención Primaria. En *Curso de Introducción a la Medicina Familiar*. Badajoz: Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Extremadura.

Gibeaud, D. y Medevescig, F. (2011). *Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud: Sistematización de una práctica pre-profesional supervisada*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

González García, G. y Torres, R. (2007). Políticas de salud. En *Programa Médicos Comunitarios* (Módulo 5). Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

Guber, R. (2004). *El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento*. Buenos Aires: Paidós.

Iamamoto, M. (2003). O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas. En *Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social*. Buenos Aires: Espacio.

Kisnerman, N. (1978). *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires: HVMANITAS.

Lagos, G. (2006). *Rol del Asistente Social en el ámbito local*. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.1.htm>

López, S. (2006). *El sistema de salud argentino*. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__el_sistema_de_salud_argentino_.%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf

Marchiori Buss, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2008). *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar.

- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: GEDISA.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Municipalidad de General Pueyrredón. (2016). *CAPS | MGP*. [online] Recuperado de <http://www.mardelplata.gob.ar/2097030000>
- Municipalidad de General Pueyrredón. (2016). *El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), nace como idea en | MGP*. [online] Recuperado de <http://www.mardelplata.gob.ar/cema>
- Municipalidad de General Pueyrredón. (2016). *Sistema de Salud | MGP*. [online] Recuperado de <http://www.mardelplata.gob.ar/salud/sistema-de-salud>
- Najmanovich, D. (2001). *Metamorfosis de fin de siglo: Crisis, Cambio y Complejidad. Conociendo el conocimiento del conocimiento*. Recuperado de <http://www.denisenajmanovich.com.ar>
- Najmanovich, D. y Lennie, V. (2001). *Pasos hacia un pensamiento complejo en salud*. Informe del Primer Seminario Bienal de Implicaciones Filosóficas de las Ciencias de la Complejidad. La Habana. Recuperado de <http://www.denisenajmanovich.com.ar>
- OPS - OMS (2005). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. [Documento de posición] Washington: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

- Parra, G. (2001). *Aproximaciones al desarrollo del Movimiento de la Reconceptualización en América Latina. Aportes a la comprensión de la contemporaneidad del Trabajo Social*. Universidad Nacional de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social.
- Peimbert, G. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5). Universidad Nacional de México, Delegación Coyoacán.
- Pichón Riviere, E. (1982). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sonis, A., Bello, J. N. y De Lellis, M. (2007). Salud y sociedad. En *Curso en Salud Social y Comunitaria* (Módulo 1). Buenos Aires: Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Stolkiner, A. (1999). Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto. En *El Campo Psi. Revista de Información Especializada*, 3(11). Rosario. Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar>
- Sznajder, A. (2007). Trabajo en equipo en salud. En *Programa Médicos Comunitarios* (Módulo 8). Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Testa, M. (1996). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Trabajosocial.unam.mx. (2016). *Qué es el T. S.* [online] Recuperado de <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>

Tonon, G. (2005). *Las técnicas de actuación profesional del trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.

Ubiobio.cl. (2016). *Rol del Asistente Social en el ámbito local*. [online]
Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.1.htm>

Vélez Restrepo, O. (2003). *Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires: Espacio.



ANEXOS

Anexo I

Listado de CAPS del Partido de General Pueyrredón

1	Asociación Pro-Ayuda a la Niñez Desamparada (APAND)		
2	Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia IREMI		
3	Centro Nº1	<i>Cuentan con guardia las 24 horas</i>	
4	Centro Nº2		
5	CAPS Ameghino		
6	CAPS Batán		
7	CAPS La Peregrina		
8	CAPS Playas del Sur		
9	CAPS 2 de Abril	22	CAPS Faro Norte
10	CAPS 9 de Julio	23	CAPS Félix U. Camet
11	CAPS Aeroparque	24	CAPS Las Américas
12	CAPS Alto Camet	25	CAPS Las Heras
13	CAPS Antártida Argentina	26	CAPS Libertad
14	CAPS Belgrano	27	CAPS Martillo
15	CAPS Centenario	28	CAPS Meyrelles
16	CAPS Colonia Barragán	29	CAPS Nando Miconi Parque Independencia
17	CAPS Colonia Chapadmalal	30	CAPS Newbery
18	CAPS Don Emilio	31	CAPS Parque Hermoso
19	CAPS El Boquerón	32	CAPS San Carlos
20	CAPS Estación Camet	33	CAPS Santa Rita
21	CAPS Estación Chapadmalal		

Anexo II

Áreas programáticas de los CAPS del Partido de General Pueyrredón

CAPS	Barrios de influencia	Áreas programáticas	Medios de transporte
CAPS 9 de Julio	San Cayetano Malvinas Argentinas 9 de julio	de Av. Champagnat y Av. Colón por: Av. Colón / J. F. Czetz / Bradley / Vías FF.CC / Ituzaingó / Av. Champagnat y Av. Colón	511/512 522 531/532 563
CAPS Meyrelles	Juramento Nuevo Golf San Martín Santa Celina Termas Huinco	de Av. Edison y Arana y Goiri por: Arana y Goiri / L. Dellepiane / Av. F. de la Plaza / Talcahuano, su continuación Av. 10 de Febrero / F. Parravicini / Av. Antártida Argentina / Límite del Partido de Gral. Pueyrredon / Av. J. Newbery / Av. Edison y Arana y Goiri	523 551/552/553
Centro de Salud N°1	Terminal y Centro	de Bvard. Marítimo P. Peralta Ramos y Av. J. B. Justo por: Av. J. B. Justo / L. N. Alem / Av J. J. Paso / Tucumán / Av. J. B. Justo / Neuquén / Libertad / San Juan / Río Negro / Bvard. Marítimo P. Peralta Ramos y Av. J. B. Justo	552 562 571/572/573 591/592/593 715 720
CAPS Ameghino	Ameghino San Jorge La Herradura Hipódromo	de Av. J. B. Justo y Av. F. Errea por: Av. F. Errea / Av. Colón / Colombia / Av. Libertad / Sandino / Av. P. Luro, su continuación Ruta 226 / S. Viva / E. Antunez / Ayolas / Quinteros / Av. J. B. Justo y Av. F. Errea	511/512/512B 717 (por Av. Luro)
CAPS Playas del Sur	Playas del Sur Alfar San Patricio	de Ruta 11 y Diag. Estados Unidos por: Diag. Estados Unidos / Mangore / Los Mapuches / Arturo Peralta Ramos / Los Chañares / Las Dalias / El Pirincho / Av. J. Newbery / Límite del Partido de Gral. Pueyrredon / Ruta 11 y Diag. Estados Unidos	511 (Acantilados) 221
CAPS Batán	Batán	Ciudad de Batán / Ruta 88 (a 12 Km de Mar del Plata)	715/720

CAPS Las Américas	Las Américas José Hernández Regional	de Av. Centenario y Av. Champagnat por: Av. Champagnat / Alberti / Termas de Río Hondo / Av. J. B. Justo / Continuación Calle 298 (Bº Autódromo) / Calle 258 / San Salvador / Av. Centenario y Av. Champagnat	512B 542/543 563 571/572/573
CAPS Parque Hermoso	Valle Hermoso Parque Palermo	de Av. Antártida Argentina y Cacique Chuyantuya por: Cacique Chuyantuyá / Pehuajó / S. Tohel / Imaginaria de Av. C. Gardel / Av. C. Gardel / Calle 13 (Valle Hermoso), su continuación Calle 13 / Av. A. Argentina y Cacique Chuyantuyá	525
CAPS General Belgrano	Belgrano Autódromo Don Emilio	de Av. Centenario y San Salvador por: San Salvador / Calle 298 (Bº Autódromo), su continuación imaginaria hasta Ruta 88 / Av. Centenario y San Salvador	571/572/573
CAPS Chapadmalal	Estación Chapadmalal	Zona Estación Chapadmalal por Ruta 88	715
CAPS Alto Camet	Constitución Caisamar Estrada Alto Camet Las Dalías Felix U. Camet Zacagnini Parque Peña	de Av. F. U. Camet y Av. Constitución por: Av. Constitución / Av. Ing. Della Paolera / Arroyo La Tapera / Ghandi / Vuelta de Obligado / Límite urbano de los barrios Las Dalías, Parque Camet y Félix U. Camet / Límite del Partido de Gral. Pueyrredon / Félix U. Camet y Av. Constitución	541 (Williams) 221
CAPS El Martillo	El Martillo Florencio Sánchez Gral. Pueyrredón SOIP Cementerio Parque Peralta Ramos (Oeste)	de L. Dellepiane y Tripulantes del Fournier por: Tripulantes del Fournier / Rep. de Cuba / Av. F. de la Plaza / Av. Polonia / C. Catriel / Brumana / S. Tohel / Pehuajó / Cacique Chuyantuyá / Av. 10 de Febrero / Av. F. de la Plaza / L. Dellepiane y Tripulantes del Fournier	552 591
Centro de Salud Nº2	Cerrito San Salvador V. Lurdes Las Avenidas El progreso Fortunato de la Plaza Punta Mogotes Puerto	de Av. M. de Hoz y Av. J. B. Justo por: Av. J. B. Justo / L. N. Alem / Av. J. J. Paso / Tucumán / Av. J. B. Justo / Av. J. Peralta Ramos / Tripulantes del Fournier / L. Dellepiane / Arana y Goiri / Av. Edison, su continuación Av. J. Newbery / El Pirincho / Las Dalías / Los Chañares / Arturo Peralta Ramos / Av. Mario Bravo / Av. M. de Hoz y Av. J. B. Justo	523 551/552 593

CAPS Santa Rita	Peralta Ramos Oeste Bosque Grande El Gaucho San Antonio Santa Rita	de Av. J. Peralta Ramos y Tripulantes del Fournier por: Tripulantes del Fournier / Rep. de Cuba / Av. F. de la Plaza / Vía FF.CC / Reforma Universitaria / Av. F. de la Plaza / Av. Centenario / Av. J. B. Justo / Av. J. Peralta Ramos y Tripulantes del Fournier	554
CAPS Las Heras	Las Heras Las dos Marías Parque Palermo Bosque Grande	de Av. Polonia y las Vías FF.CC por: Vías FF.CC / Reforma Universitaria / Av. F. de la Plaza / Ruta 88 / Juan de Dios Filiberto, su continuación / S. Tohel / Continuación de Av. Polonia / Av. Polonia y las Vías FF.CC	591
CAPS Estación Camet	Estación Camet	Zona Estación Camet por Ruta 2	542 De larga distancia por Ruta 2
CAPS Libertad	Libertad Virgen de Luján	de Av. P. Luro y Bradley por: Bradley / Vías FF.CC / Reducción N. S. del Pilar / C. Arenal / Guglielmotti / F. Acosta / T. Stegagnini / Plus Ultra / Arroyo La Tapera / Sandino / Av. Libertad / Colombia / 11 de Septiembre / Leguizamón / Av. P. Luro y Bradley	522 531/532
CAPS APAND	APAND V. Primera La Florida Los Tilos López de Gomara Aeroparque Los Pinares Parque Luro Pompeya	de Acceso Norte R. Inda y Río Negro por: Río Negro / San Juan / Av. Libertad / Av. Champagnat / Itzaingó / Vías FF.CC / Reducción N. S. del Pilar / C. Arenal / Guglielmotti / F. Acosta / Stegagnini / Plus Ultra / Manuwal / Ruta 2 / Arroyo La Tapera / Av. Ing. Della Paolera / Av. Constitución / Acceso Norte Rufino Inda y Río Negro	542/544 563
CAPS Jorge Newbery	Belisario Roldán Coronel Dorrego	de Av. Champagnat y Av. Colón por: Av. Colón / J. F. Czet / Av. P. Luro / Leguizamón / 11 de Septiembre / Colombia / Av. Colón / Av. F. Errea / Av. J. B. Justo / Termas de Río Hondo / Alberti / Av. Champagnat y Av. Colón	511/512 521 561/562
CAPS Colonia Chapadmalal	Colonia Chapadmalal	Barrios: San Eduardo de Chapadmalal, San Eduardo del Mar, Arroyo Chapadmalal	221

CAPS Colonia Barragán	Ruta 2	Zona Rural	Sin datos
CAPS La Peregrina	Sierra de los Padres Laguna de los Padres Santa Paula	Zona La Peregrina, La Gloria de la Peregrina, Sierra de los Padres, Laguna de los Padres, Colinas Verdes, Santa Paula, parte del Coyunco	717 De larga distancia por Ruta 226
CAPS El Boquerón	El Boquerón	Paraje El Boquerón, Zona Rural	Rápido de Sud
Instituto Rómulo Etcheverry I.R.E.M.I.	Centro	de Bvard. Marítimo P. Peralta Ramos y Av. J. B. Justo por: Av. J. B. Justo / L. N. Alem / Av. J. J. Paso / Tucumán / Av. J. B. Justo / Neuquén / Libertad / San Juan / Río Negro / Bvard. Marítimo P. Peralta Ramos y Av. J. B. Justo	511/512 521/522 551/552/553 541 717
CAPS Faro Norte	Faro Norte Punta Mogotes	de Arturo Peralta Ramos y Av. Mario Bravo por: Av. Mario Bravo / Av. M. Martínez de Hoz / Ruta 11 / Diag. Estados Unidos / Mangore / Los Mapuches / Arturo Peralta Ramos	511 523 221
CAPS 2 de Abril	2 de Abril	Barrio 2 de Abril. Ruta 2 Km. 396	542 De larga distancia por Ruta 2
CAPS Centenario	Centenario Los Andes Rivadavia Kennedy Don Bosco Sarmiento	de Neuquén y Av. J. B. Justo por: Av. J. B. Justo / Av. Champagnat / Av. Libertad / Neuquén y Av. J. B. Justo	571/572/573
CAPS Aeroparque	<i>(sin información momentáneamente)</i>	desde Av. Constitución y M. Carballo hasta Autovía 2, por ésta hasta Arroyo La Tapera, por éste hasta M. Carballo y de allí nuevamente hasta Av. Constitución	542/551/552/553 /554
CAPS Antártida Argentina	<i>(sin información momentáneamente)</i>	Por Pehuajó y continuación imaginaria hasta Calle 515 (camino de enlace a ruta). Por ésta hasta Av. J. Newvery, hasta la Calle 42. Continuando por Santiago Daneris, pasando por el límite Sudoeste del Cementerio Parque y su imaginaria hasta Pehuajó	555

Anexo IV

Instituciones del área programática que participan de la Red “Juntos por Camet”

La Red “Juntos por Camet” incluye diversos barrios como Constitución, Caisamar, Estrada, Zacagnini, Montemar, Alto Camet, Parque Peña, Las Dalias, Grosellar, Aeroparque y Félix U. Camet. En la misma participan referentes de diversas instituciones. Las mismas son:

- ***Centro de Jubilados “Siempre Juntos”***

Urquiza 4564

- ***Defensoría General Departamental***

- ***Biblioteca Nicolás Avellaneda***

Joaquín V. González y Storni, Plaza Espora, Barrio Caisamar

Consultas e inscripción al teléfono (0223) 471-1309

De lunes a viernes de 8 a 17 horas

Actividad: Taller de Biblioteca. Gratuito.

Actividades de lectura y narración de cuentos, actividades plásticas, juegos.

Para chicos entre 8 y 11 años

Frecuencia: viernes de 14 a 15 horas

Actividad: Taller de lectura compartida. Gratuito.

Lectura de textos literarios, cuentos y novelas, compartidas y comentadas.

Para adultos sin restricción de edad

Frecuencia: martes de 14 a 15 horas

Actividad: Vení que te cuento. Gratuito.

Actividades de lectura y narración de cuentos, actividades plásticas, juegos.

Para niños pequeños a partir de los 3 años / grupos espontáneos sin inscripción previa

Frecuencia: miércoles 15:30 horas

• Centro de Salud “Alto Camet”

Cura Brochero 7100

Teléfonos: (0223) 469-7912 / 469-80217

Taller de pre-parto: lunes de 11 a 12 horas

Entrega de métodos anticonceptivos y preservativos: miércoles 13:30 a 15:30 horas

Admisiones de Psicología: segundo, cuarto y quinto martes de cada mes.
Solicitar turno ese día a las 7 horas

Admisiones a Fonoaudiología: jueves 12 horas

Admisiones a Psicopedagogía: viernes de 8 a 12 horas

Turnos de primera vez de Odontología: llamar al 147

Atención por enfermedad: turnos a partir de las 7 horas

Controles de salud de Pediatría de niños mayores de 4 años: de lunes a viernes a las 7 horas

Guardia médica y de enfermería: sábados y domingos de 10 a 17 horas

Servicios de Ginecología (martes y jueves), Nutrición (lunes y miércoles), Psicología orientada a adicciones (lunes y miércoles de 12 a 17 horas), Psicopedagogía (miércoles de 8 a 13 horas), Fonoaudiología (jueves de 12 a 17 horas), Pediatría, Clínica Médica, Medicina General, Obstetricia, Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería, Servicio Social, Odontología, Odontopediatría y Administración.

• CAPS Felix U. Camet

28 entre Fitz Roy y Olivia

- **Servicio Social Municipal**

- **CEAS (Centro de Estudios y Acción Social)**

Club Estrada | San Francisco de Asís 7297 (y los Juncos)

Teléfono: (0223) 469-8838

Programa de escuelas deportivas: fútbol

Martes y jueves de 14 a 16 horas

Apoyo escolar

Lunes de 14 a 16 horas

- **Escuelas**

- * **Nivel Inicial Provincial**

Jardín de Infantes N°903 “Juanito Bosco”: Estrada 6658

- * **Escuelas Primarias Nivel Municipal**

EP N°11 “Fortunato de la Plaza”: Los Granados 4550 | Barrio Alto Camet

EP N°17 “Emma Gémoli de Oliva”: 18 entre 13 y 15 | Barrio Félix U. Camet

- * **Escuelas Primarias Nivel Provincial**

EP N°22: Estrada 6602

EP N°75: Libres del Sud 1460

EGB N°67 “Francisco Scarpati”: Aragón y Pelayo

- * **Escuelas Secundarias**

EES N°15: Belisario Roldán 2850

ESB N°25 (provincial): Libres del Sud 1460

ESB N°26: Valencia 5160

ESB N°37: Etchegaray 850

- ***Centro de Protección de Derechos de la Niñez***

Av. Constitución 7020

- ***Villa Marista - Centro Educativo Comunitario “San Marcelino”***

Marcos Sastre 2787

Anexo V

Modelo de encuesta autoadministrada

¿QUIÉNES SOMOS? Estudiantes de Trabajo Social: Galassi, Julieta - Iparraguirre, Silvina	
Objetivo de trabajo: <i>Conocer las representaciones sociales que los profesionales del Centro de Salud "Alto Camet" tienen sobre el trabajo en equipo.</i>	
<u>Datos personales:</u> Especifique su profesión:	
Tiempo de trabajo en el CAPS:	
1. ¿Qué es para usted trabajar en equipo?	
a. Cuando intervienen varias disciplinas en una tarea, sin que exista una cooperación entre ellas.	
b. Cuando se establece un marco de ideas compartido entre las disciplinas intervinientes.	
c. Sistema total que integran las diversas disciplinas a través de un marco conceptual común.	
2. Desde el concepto elegido, ¿considera usted que en el CAPS se logra trabajar en equipo?	
SI ____ NO ____	
¿Por qué?	
3. Si la respuesta es sí, ¿sabe que actividades se abordan en equipo?	
¿Cuáles son las temáticas que se abordan?	
¿Llevan un registro de las mismas? SI ____ NO ____ DESCONOZCO ____	

4. De acuerdo a su formación profesional y a los objetivos de la APS, ¿Cree usted que es necesario el trabajo en equipo?

SI ____ NO ____

Explique

.....

.....

.....

5. ¿Participa de las actividades preventivas y promocionales del CAPS?

SI ____ NO ____

¿En cuáles?

.....

.....

¿Por qué?

.....

.....

¿Participa de la planificación de las mimas?

SI ____ NO ____

¿Con quién? (profesión)

.....

6. Reuniones de equipo

¿Se realizan en el CAPS?

SI ____ NO ____

¿Participa?

A VECES ____ SIEMPRE ____ NUNCA ____

7. ¿Qué lugar ocupa el Trabajador Social en el equipo de salud?

.....

.....

.....

Anexo VI

Talleres realizados en equipo durante la práctica de formación profesional

Las temáticas trabajadas en los talleres surgieron a raíz de las demandas de los actores sociales a los profesionales de la salud. Estas actividades están enmarcadas dentro del objetivo principal de APS “Promoción y Prevención de la Salud”. Las mismas se trataron de los siguientes temas:

- La salud sexual y reproductiva de los niños/as, adolescentes y padres con hijos adolescentes

Llevado a cabo en la Escuela Primaria Municipal N°11 y en la Escuela Secundaria Municipal N°207; realizada con pediatra, enfermera, psicólogo, trabajadora social y estudiantes de Trabajo Social.

- Taller de límites, comunicación y autoestima para padres.

Realizado en el Jardín de Infantes Municipal N°18 y en el Jardín Juanito J. Bosco; llevado a cabo por psicóloga, terapeuta ocupacional, trabajador social y estudiantes de Trabajo Social.

Además, se realizaron diversas actividades, dirigidas por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, como la Feria de Talleres, basada en la exposición de algunas de las actividades llevadas a cabo por los estudiantes en la práctica de formación profesional. Se trataba de explicar aquellos talleres llevados a cabo durante ese período de práctica. La presentación de los mismos se realizó a partir de paneles y folletos, lo que puede visualizarse en la imagen a continuación.

FERIA DE TALLERES

mostrando nuestra práctica de APS

OBJETIVO

Socializar la experiencia realizada en APS en terreno o nivel grupal, referido a la promoción y prevención de la salud.

Taller de sexualidad

- **Lugar:** Escuela N°11 y Escuela N°207
- **Temas:** basados en la Ley 25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, y la Ley de Educación Sexual Integral
- **Equipo:** Pediatra, TS, Enfermera, Psicólogo y estudiantes de TS
- **Modalidad:** taller
- **Destinatarios:** niños/as y adolescentes, padres con hijos adolescentes

Taller para padres

- **Lugar:** Jardín Juanito Bosco y Jardín N°18
- **Temas:** autoestima, límites y comunicación
- **Equipo:** TS, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo y estudiantes de TS
- **Modalidad:** taller
- **Destinatarios:** padres y madres con hijos entre 3 y 5 años
- **Encuentros mensuales**

Anexo VII

Fotografías del Centro de Atención Primaria de la Salud “Alto Camet”



Anexo VIII

Fotografías de los talleres realizados durante la práctica de formación profesional









UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

*Facultad de Ciencias de la
Salud y Servicio Social*