

“Dime con quiénes construyes y te diré quién eres”

Problemas complejos, respuestas integrales: una experiencia de trabajo interdisciplinario en un centro de salud

Trabajo inédito.

Tipo de trabajo: Relato de experiencia.

Categoría temática: Gestión/ Administración de servicios.

- Agüero, Lorena Natalia – Jefa de Residentes de Medicina General
- Baldomiro, Sofia – Residente Medicina General
- Cornell, Claudina Ágata – Residente Medicina General
- D’Onofrio, Lucila María – Residente Medicina General
- Duarte, Adriana Romina – Lic. en Obstetricia
- Raskovsky, Mariana Soledad – Residente Medicina General
- Sánchez, María Soledad – Trabajadora Social

CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD N° 3 “EVA PERON”

Miguel Schwartz 876, Villa Concepción, partido de Gral. San Martín, provincia de Buenos Aires. CP 1651.

jefaturacaps3@gmail.com

Teléfono: 01132950607

Octubre 2019

“DIME CON QUIÉNES CONSTRUYES Y TE DIRÉ QUIÉN ERES”

PROBLEMAS COMPLEJOS, RESPUESTAS INTEGRALES: UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN UN CENTRO DE SALUD

Autores: Agüero, Lorena N.; Baldomiro, Sofía; Cornell, Claudina A.; D’Onofrio, Lucila M.; Duarte, Adriana R.; Sánchez, María S.; Raskovsky, Mariana S.

Centro de Salud N°3 “Eva Perón”
Independencia 876, Villa Concepción, San Martín, provincia de Buenos Aires
Tel de contacto: 11-3295-0607
Mail de contacto: jefaturacaps3@gmail.com

Relato de Experiencia

Categoría temática: Gestión /Administración de servicios

Introducción: El presente trabajo reúne la experiencia de conformación de un espacio interdisciplinario para el abordaje de situaciones problemáticas complejas realizado en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la provincia Buenos Aires.

Objetivo general: Describir y analizar el proceso de conformación y desarrollo del dispositivo utilizado para el abordaje de situaciones complejas en un CAPS del conurbano bonaerense desde el año 2015 hasta la actualidad.

Material y métodos: Para la construcción de esta experiencia se utilizaron 22 encuestas, entrevistas a informantes claves y una guía de observación.

Desarrollo: El espacio comenzó a gestarse como la necesidad de un cambio interno, de reestructuración en la forma de trabajo, repensando la práctica y fortaleciendo los vínculos entre lxs profesionales. Con el correr del tiempo fue “formalizándose” hasta adquirir una estructura y un nombre formal: “Sistematización Interdisciplinaria de Personas en Estado de Vulnerabilidad” (SIPEV) -nombre designado por la Secretaría de Salud-.

Conclusiones: observamos que la mayoría de las personas que concurren al espacio SIPEV lo hace por interés propio, de estxs la mayoría considera que siempre aporta herramientas para la resolución de situaciones complejas. De quienes participan de la SIPEV frecuentemente 13 refirieron nunca haber participado de un espacio similar, de ellas, 7 ejercen su profesión hace más de 10 años y se acercaron al espacio por interés propio (es decir, hubieran participado de espacios similares si se hubieran notificado de ellos), lo cual demuestra la necesidad de difusión en la aplicación de esta modalidad de trabajo.

Palabras claves: políticas sociales, complejidad, integralidad, dispositivo, interdisciplina.
Modalidad de presentación: presentación de diapositivas con sistema powerpoint / prezi.
Soporte técnico requerido: cañón multimedia con conexión a computadora portátil, salida de audio y conexión a internet.

Introducción	pág. 3
Palabras claves	pág. 4
Objetivos general	pág. 4
Objetivos específicos	pág. 4
Contexto	pág. 4
Marco teórico	pág. 6
Material y métodos	pág. 12
Desarrollo	pág. 13
Análisis	pág. 17
Conclusiones	pág. 18
Propuestas	pág. 23
Bibliografía	pág. 25
Anexos	pág. 27

Introducción

El presente trabajo reúne la experiencia de conformación de un espacio interdisciplinario para el abordaje de situaciones problemáticas complejas realizado en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la provincia Buenos Aires; describe y analiza aspectos del cambio de organización de la atención y abordaje de estas situaciones.

Este relato de experiencia surge del interés de recuperar y aprender de la experiencia acumulada hasta el momento.

Mediante la sistematización como modalidad de indagación se busca reconstruir, documentar e interpretar la experiencia, favoreciendo la comprensión de los fundamentos implícitos o explícitos que sustentan las prácticas, privilegiando los saberes y el punto de vista de lxs participantes que las desarrollan. Se busca desde una mirada crítica comprender cuales son los procesos que llevaron a la práctica actual y mediante qué intervenciones puede ser mejorada la misma.

Incorporar una mirada integral de los problemas nos convoca a atravesar las fronteras de *"hasta dónde llega mi función, la de mi área o tarea"* y efectuar una operación de reversibilidad. En lugar de que lo central sea la función, el área o el servicio, si concebimos integralmente el problema pondremos a la persona en el centro, con toda su complejidad. La integralidad supone una nueva manera de enfrentar la multidimensionalidad de los problemas sociales, haciendo hincapié en la transformación social y en la relación entre los derechos políticos, sociales, económicos y culturales. El desafío de la integralidad nos impone encontrar otras formas de abordar los problemas, descentralizadas y flexibles.

Entendemos que nuestra acción como trabajadorxs dentro del equipo de salud no debería agotarse en la capacitación y/o enriquecimiento de nuestros saberes y disciplinas, sino que debemos generar espacios de reflexión sistemática de nuestras prácticas diarias. Y de este modo intentar identificar las viejas estructuras, las fallas y los obstáculos que se nos presentan en nuestra labor cotidiana. Identificarlas, cuestionarlas y luego comenzar a cambiarlas, debería ser nuestro mayor desafío. Eso implica, además, documentación y sistematización, porque si no documentamos estos procesos tan intensivos en generación de vínculos y confianza, perdemos su potencialidad de acumulación de experiencias. Hay que reconocer la historia, y saber que estos procesos se dan gradualmente y que siempre hay algo bueno para aprovechar de los procesos anteriores. Como en todo proceso, obviamente

que también hay ciclos de avances y retrocesos, pero es bueno que podamos entenderlos, porque a medida que cambian los actores se puede perder lo acumulado de experiencia si no hay sistematización común.

Palabras claves

Políticas sociales, complejidad, integralidad, dispositivo, interdisciplina.

Objetivo general

Describir y analizar el proceso de conformación y desarrollo del dispositivo utilizado para el abordaje de situaciones complejas en un centro de atención primaria de salud de la provincia de Buenos Aires desde el año 2015 hasta la actualidad.

Objetivos específicos

- Desarrollar el funcionamiento del dispositivo desde sus inicios hasta la actualidad.
- Detectar los obstáculos que se presentan en el desarrollo del mismo.
- Identificar estrategias superadoras para el abordaje de situaciones complejas, a partir del análisis del dispositivo.

Contexto

El CAPS n°3 “Eva Perón” se encuentra ubicado en el Barrio Villa Concepción, Partido de San Martín. El Municipio, integra la Región Sanitaria N° V de la Provincia de Buenos Aires junto a otros 13 partidos y forma parte de la denominada Área Metropolitana. Es un área totalmente urbana, con una población según proyecciones del Instituto Nacional de estadísticas y censos (INDEC) para el año 2017 de 423.153 habitantes y una densidad poblacional de 7.264 habitantes por km².

El sistema de salud municipal está compuesto por el subsector público que consta de una estructura para la atención conformada por establecimientos de todos los niveles de complejidad. Existen diecinueve CAPS, dos Hospitales Locales, un Instituto de Rehabilitación Psicofísica, un Centro de Salud Mental y un Hospital Municipal con complejidad de alto

riesgo con terapia intensiva. Además, en el municipio existen dos hospitales que dependen de la provincia de Buenos Aires con complejidad de alto riesgo.

Cada uno de los establecimientos municipales tiene delimitada un área programática, las que se pueden definir como un ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental (Lemus J. 1994). Es considerado como un concepto operativo, en el cual cada efector debe prestar asistencia en salud y realizar tareas de prevención en el área que tiene bajo su responsabilidad. En este sentido para que cada CAPS pueda definir y planificar sus actividades acorde a la población que tiene a su cargo precisa conocer, entre otras, las características socio-demográficas y económicas de dicha población.

El área programática del CAPS cuenta con un total de 13.419 habitantes (y una población con cobertura pública exclusiva de 6710 habitantes) ¹, representando el 3,2% del total del municipio y la pirámide poblacional presenta características del tipo expansiva, con una predominancia de población adolescente al momento del censo. Al centro de salud concurren habitantes de tres barrios de distintas características. El área programática presenta una gran heterogeneidad socio-cultural, demográfica y habitacional.

El barrio de Villa Concepción, inaugurado en el año 1945 según lo prescripto por la Ley. 9.677 que crea la *comisión nacional de casas baratas*, construyendo 521 viviendas en una fracción de 22 hectáreas. El financiamiento fue otorgado por el Banco Hipotecario Nacional. Este barrio cuenta hasta la actualidad con cloacas, gas envasado y agua provista por un tanque central. En el viven aún hoy muchxs de lxs primerxs habitantes, lo que se refleja en una pirámide poblacional decreciente. Dentro de Villa Concepción hay muchas instituciones barriales como sociedad de fomento, biblioteca, clubes, comedores, centro juvenil, etc.

El Barrio La Rana, clasificado en Argentina como un asentamiento informal, cuenta con una densidad poblacional mayor y una pirámide poblacional más joven. Este barrio no cuenta con cloacas, ni tendido eléctrico, no tiene conexión a gas y lxs habitantes viven en viviendas precarias en un alto grado de hacinamiento.

Actualmente el CAPS cuenta con 58 trabajadorxs, incluyendo administrativxs, personal de maestranza y mantenimiento, enfermeras, técnicxs de radiología y de

¹ 4to. Informe Relevamiento Epidemiológico. Red Perinatal AMBA Documento Técnico No 01/2009. CISAP.

laboratorio, psicopedagogas, psicólogas, trabajadoras sociales, residentes de medicina general, pediatra, médicas generalistas, promotoras de salud, médicas clínicas, Licenciada en obstetricia, odontóloga, fonoaudióloga, traumatólogo y kinesiólogo.

El CAPS es sede de la Residencia de Medicina General, conformada al momento por trece residentes, una jefa de residentes y una instructora quien además es médica de planta.

Marco teórico

La salud es un concepto que ha tenido variaciones a lo largo de la historia. El proceso de salud enfermedad atención y cuidado (PSEAC) es una parte constitutiva de la vida de las personas, que las atraviesa en su subjetividad, y a lo largo de toda su vida, no sólo cuando enferman y llegan al sistema de salud. En este sentido, hablar de salud integral implica conocer la salud física, las actividades cotidianas, acceso a bienes y servicios, actividades educativas y recreativas, la sexualidad, aspectos vinculares y emocionales, preocupaciones e intereses, violencias, la exposición a conductas de riesgo y consumos problemáticos de sustancias, entre otras cuestiones. La salud resulta de un proceso de producción social que expresa la calidad de vida de una población, que se entiende como la condición de la existencia en el cotidiano individual y colectivo (Lauridsen et al., 2009).

En tanto, “se debe brindar una atención no solo interdisciplinaria sino también interinstitucional, que conecte la salud con la satisfacción de otros derechos como la educación, la vivienda, el medio ambiente sano, el acceso a los beneficios de la ciencia y la tecnología, a la información, la libertad de pensamiento y expresión, a la recreación, entre otros.” (UNICEF, 2018).

La política sanitaria como parte de la política social, guarda una relación estrecha con la política económica. (Laurell A. C., 1993). La crisis social y sus efectos económicos y políticos han impulsado la búsqueda de nuevos caminos para salir de ella. La complejidad de la realidad social presente y la radicalidad de los cambios requeridos obligan a hacer propuestas de transformación que engloban todos los aspectos de la vida. Sin embargo, en la discusión de estos proyectos los problemas económicos y políticos han sido dominantes a pesar de la agudización de las condiciones sociales.

La situación social actual se diferencia notablemente de aquella que dio origen y sustento a las políticas sociales del Estado de bienestar, cuyos diferentes regímenes, aun con

variantes en los diversos países, surgieron en sociedades relativamente homogéneas. Hoy estamos ante situaciones sociales en las cuales hay una gran heterogeneidad, donde podemos reconocer que los problemas sociales se diversifican, se cruzan y no se pueden encerrar en una grilla de categorías cerradas.

La garantía del derecho a la salud y del resto de los derechos sociales como responsabilidad de los estados se derivan del derecho a la vida y al bienestar, eje estos últimos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948). Por ello, su formulación normativa coincide con la instauración de los Estados de bienestar en la Europa de posguerra y con la respectiva construcción de los sistemas de Protección social, que pasarían a garantizar el bienestar de las poblaciones.

Cuando se menciona la Protección Social, se puede reconocer dos aspectos del término: como idea de fuerza "...aglutina esfuerzos económicos y sociales para brindar protección integral al ser humano" (Di Tella y otros, 2001, pp.637) otorgándole a las personas, sin distinción alguna, "... los medios económicos, culturales y sociales que le permitan desarrollarse libre y armónicamente..."(ibid, pp.637). Alimento, vestimenta, vivienda, salud, descanso y otros servicios indispensables incluyendo la protección especial en caso de enfermedad, invalidez, viudez, vejez, y desempleo, como condiciones necesarias para el goce de una vida digna (DUDH, 1948). Un segundo aspecto del término se referiría a los sistemas efectivamente vigentes en un momento determinado que tienden a realizar el ideal de protección social a través de la planificación de políticas sociales.

Entendiendo por Política Social a aquellas intervenciones (u omisiones) del estado dirigidas a satisfacer necesidades sociales que producen las condiciones de vida y de reproducción de diferentes sectores y grupos sociales (Danani, 1996). Son en sí acciones constitutivas al modelo de acumulación que rige en nuestras sociedades y operan en la distribución secundaria del ingreso, por lo que se inscriben en el proceso de legitimación del propio orden social. En tales procesos los sujetos no son receptores pasivos de las políticas sociales sino que, como actores sociales, las crean, recrean, reproducen, legitiman, deslegitiman, etc. (ibid, 1996).

Existen muchos y diversos modelos de atención dentro de la salud pública, pero fundamentalmente se pueden diferenciar aquellos que plantean el cuidado de la salud desde una mirada más individualista y fragmentada, que hace foco en la enfermedad y las

causas biológicas como búsqueda de una solución viable, y en contraposición aquellos que intentan alcanzar una mirada más integral de la salud.

Dentro de los primeros se encuentra el modelo médico hegemónico tradicional. Menéndez lo describe refiriendo que “Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.” Esta mirada reduccionista de la salud no reconoce ninguna de las variables sociales e históricas que participan de los procesos salud-enfermedad-atención y reconocen en el saber “médico” la única fuente de comprensión y análisis de dichos procesos, considerando a la medicina como única disciplina capaz de abordar dichas problemáticas.

Las diversas formas de atención que existen en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención. (Menéndez, 2003)

Los modelos de atención considerados integrales contemplan dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas desde un enfoque de derechos y de género que persigue la reducción, neutralización o eliminación de los factores presentes o potenciales que incrementen el riesgo de enfermar o morir. La integralidad en la atención implica superar programas verticales e integrar la atención considerando las especificidades y requerimientos de la población en los diferentes momentos del ciclo vital.

Según Paim los modelos de atención son una “combinación de saberes y técnicas utilizadas para resolver problemas y atender necesidades de salud individual y colectiva”, por lo tanto, no solo una forma de organización de servicios, ni tampoco un modo de administrar un sistema de salud. Los modelos son formas de organización de relaciones entre sujetos, profesionales de salud y usuarios mediadas por tecnologías, no utilizadas en el proceso de trabajo, cuyo propósito es intervenir sobre problemas y necesidades de salud históricamente definidas.

Las críticas a las políticas de salud, a los sistemas y a los modelos de atención que las operativizan son variadas, pero no hay muchos aportes para la solución de los problemas complejos. Desde finales del siglo pasado y comienzos del presente se han hecho propuestas basadas en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además de algunos autores e investigadores independientes, que muestran cómo pueden ser una solución integral en la estrategia de resolución de los sistemas de salud y el ordenamiento de los modelos de prestación y aseguramiento, pero hasta ahora no han tenido la aceptación ni el desarrollo esperado. Este escenario plantea retos importantes en el desarrollo de nuevas estrategias y políticas de salud pública que requieren soluciones multidimensionales para estos problemas complejos.

La palabra complejo se utiliza aquí no en el sentido de “lo complicado” o “lo difícil de resolver”. La etimología del término tiene origen en el latín “complexus” que significa “lo que está tejido junto”. Hablar de sistema significa que “el todo es más que la suma de las partes”, pero hablar de sistema complejo implica algo más: la idea de un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, entre las partes y el todo, y entre el todo y las partes. La *complejidad* (E. Morin, 2011) , supone una trama de eventos, acciones, interacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo y que tiene como característica lo enredado, el desorden, la imprecisión, la ambigüedad, la incertidumbre, la contradicción, lo indeterminado, el azar. La complejidad aparece allí donde el pensamiento simplificador falla e integra en sí mismo todo lo que pone orden, claridad, distinción y precisión en el conocimiento. Según el autor, la complejidad es lo que permite organizar, relacionar, asociar e integrar los objetos de conocimiento, restableciéndolos a su contexto y reinsertándolos en la globalidad a la cual pertenecen. Desde esta perspectiva, aquello que se reconoce del orden de “lo social” respecto a las problemáticas de salud, no será ya contexto sino texto mismo de los fenómenos que se presentan para su abordaje.

La construcción del problema (sistema complejo) en los enfoques interdisciplinarios, supone una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis en vistas a elaborar estrategias integrales.

Alfredo Carballada define “Situaciones problemáticas complejas” como el surgimiento de una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación”. Refiere el mismo autor que también se caracterizan por su movilidad y permanente metamorfosis siendo que de una situación específica por la que una persona pudiera concurrir a un centro de salud, se desprenderán luego interrogantes y urgencias que trascienden la esfera institucional del campo de la salud.

Para su abordaje es necesario un marco teórico e ideológico común, que permita la construcción de “algo nuevo” por la interacción entre las disciplinas, sin que las mismas pierdan su especificidad. Aquello “común” que funciona como base de este enfoque es de mínima la concepción integral del derecho a la salud y el posicionamiento desde la complejidad. Rozas (2002) plantea que la intervención se desarrolla en los procesos sociales producidos cotidianamente, por ello no se concibe como una actividad o varias actividades, ni la ejecución de un proyecto planificado, tampoco son respuestas múltiples y anárquicas al conjunto de necesidades que los actores sociales demandan. Como proceso, es una construcción histórico-social que ocurre en la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. En esta dinámica se construye el objeto de la intervención social. El objeto de intervención no está dado de antemano, pues este se construye y se reconstruye de acuerdo a la dinámica social que se presente. (Bruno 2010. P121-123)

La importancia del enfoque interdisciplinario e intersectorial para el diseño de políticas en salud radica en que permite abordar integralmente las problemáticas, es decir desde todas sus variables o determinaciones, articulando saberes de diferentes disciplinas pero incluyendo también saberes no disciplinares. Cabe destacar que entre los saberes no disciplinares es de vital importancia la inclusión de la perspectiva de las personas que efectivamente serán destinatarias de las políticas.

En el campo de la salud la perspectiva biomédica en el diseño de política en salud podría ser un ejemplo de enfoque unidisciplinar. En algunas ocasiones la perspectiva biomédica incorpora también saberes de otras disciplinas, pero al hacerlo solo secularmente, plantea una modalidad de abordaje que llamaremos multidisciplinar, para diferenciarla de los enfoques interdisciplinarios. Es necesario mencionar que la mera

presencia de diferentes disciplinas en el abordaje de una problemática, no necesariamente constituye un enfoque interdisciplinario. Nora Elichiry se refiere a los enfoques multidisciplinarios como aquellos que funcionan a través de una "...yuxtaposición de áreas de conocimiento en la que cada disciplina se dedica a su especialidad pero sin una relación o sin que se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas." (Elichiry, 1987, pp. 333).

El enfoque interdisciplinar en cambio nos plantea la imposibilidad de fragmentar los fenómenos a abordar y la advertencia de que las disciplinas no son un reflejo, o una "representación" de la realidad sino construcciones socio-históricas y culturales. "Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e intrincadas con cuerpos conceptuales diversos" (Stolkiner, 1987, pp. 62).

Siguiendo a Stolkiner, "La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas -de época- atravesando distintos saberes disciplinarios. (Stolkiner 2005).

Edgar Morin (2005) señala que "la interdisciplinariedad es la clave para entender la complejidad del mundo que nos ha tocado vivir, que no admite explicaciones simplistas...", sosteniendo "que otra forma significativa de enfrentar la crisis de los tiempos actuales es reafirmando la significación de la interdisciplinariedad. El gran avance de corrientes de pensamiento en el siglo XX ha sido posible por esos diálogos profundos que, son fruto del encuentro interpersonal y la apertura..."

Continuando en esta línea, cuando se trabaja para comprender la complejidad, se está trabajando para intervenir en una situación de vulnerabilidad, siguiendo a Carballada, "la vulnerabilidad se encuentra asociada a un riesgo potencial ante la exposición a choques adversos de origen tanto internos como externos".

La vulnerabilidad se asocia a situaciones sociales donde las personas o grupos no están en condiciones, o lo están de modo disminuido, para afrontar, prevenir o resistir circunstancias o eventos desfavorables (Ciappa, 2019). El término vulnerabilidad ha venido

adquiriendo prestigio en los últimos años, haciendo referencia a la condición del sujeto en determinadas circunstancias y la susceptibilidad del mismo a ser herido, dañado, abusado o perjudicado en su persona, en el área emocional o física, dicha condición tiene varios indicadores como son la pobreza, marginación, desintegración familiar, capacidades diferentes, crisis y otras situaciones de índole similar que se pueden detonar por la carencia de políticas de bienestar social; así es posible decir que todos somos vulnerables en menor o mayor grado acorde a nuestras circunstancias de vida.

Es preciso mencionar que las condiciones de vida en todo el mundo se han visto afectadas por las necesidades de muchxs sujetxs. En este sentido, las acciones del sector de la salud, en cuanto a políticas sociales, se insertan en un marco de acción de suponer que una comprensión ampliada de la protección social exige algo más que una simple conexión o agregación de sectores gubernamentales entre sí y de estos con otros sectores. Así, la perspectiva de la integralidad tiende a constituir la base de la intersectorialidad. Al poner a la intersectorialidad en el centro de las nuevas políticas sociales, ofrece una ventana de oportunidad al combate contra las inequidades en salud.

Material y métodos

Para la construcción de esta experiencia de trabajo acerca de la conformación y desarrollo del dispositivo para el abordaje de situaciones problemáticas, se utilizaron una serie de herramientas cualitativas para la recolección de información.

Se realizaron una serie de encuestas y entrevistas a informantes claves cuyos resultados formarán parte del presente trabajo. En las encuestas se indagó la percepción que tienen lxs participantes del espacio, tomando como variables la profesión, tiempo de ejercicio profesional, tiempo en que participa del espacio, motivo de acercamiento, experiencias previas en otros espacios similares, su impacto en el trabajo cotidiano, dinámica del equipo, la comunicación, la articulación para el seguimiento y aportes personales.

La información fue además recopilada a partir de otros instrumentos como una guía de observación, aplicada en cada uno de los últimos encuentros así como el cuaderno de campo. La guía de observación diseñada, permitió encauzar la acción de observar ciertos fenómenos. Se estructuró a través de una serie de variables (el espacio físico, su dinámica, el

encuadre del dispositivo, los roles dentro del equipo y grado de implicación de lxs participantes) facilitando de esta manera la organización de los datos recogidos para el desarrollo del presente trabajo.

Para la sistematización de la información se utilizó una matriz con variables cualitativas de naturaleza nominal y ordinal. Utilizando como programa estadístico el sistema informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para las ciencias sociales.

Desarrollo

El dispositivo del espacio interdisciplinario surge a principios del año 2015, ante la percepción de una de las trabajadoras sociales del CAPS sobre la falta de trabajo en equipo durante las intervenciones que se realizaban con personas que atravesaban situaciones complejas; *“intervenciones aisladas y fragmentadas”* (sic), al mismo tiempo que observaba que lxs distintxs profesionales consultaban a sus compañerxs de manera fraccionada como interconsultores.

En un primer momento, sólo se reunía una de las trabajadoras sociales con la directora del centro de salud, que es médica generalista, para problematizar acerca de las distintas situaciones que se iban presentando y luego se invitó a lxs diferentes profesionales del equipo a conformar y participar del espacio.

Según Barembilit *“un dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventan lo nuevo”*. Cuando se anhelan cambios o el refuerzo de algún comportamiento se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana de los servicios de salud.

El espacio comenzó a gestarse como la necesidad de un cambio interno, de reestructuración en la forma de trabajo, repensando la práctica y fortaleciendo los vínculos entre lxs profesionales y con el correr del tiempo fue *“formalizándose”* cada vez más hasta adquirir una estructura y un nombre formal: *“Sistematización Interdisciplinaria de Personas en Estado de Vulnerabilidad”* (SIPEV) -nombre designado por la Secretaría de Salud-. Incluso, la Secretaría tomó este espacio creado en el CAPS para promoverlo en otros equipos de salud, incorporándolo como estrategia de promoción y habilitando la actividad en la agenda de turnos de lxs profesionales participantes para permitir su desarrollo.

Las reuniones transcurren en la dirección del centro de salud, cuyo espacio físico que si bien es amplio, a veces resulta incómodo para la dinámica de trabajo. La elección de la dirección tiene que ver con un espacio donde ocurren otras reuniones del equipo de salud, por lo cual es habitado y habilitado para este fin. Si bien el horario de comienzo está establecido, el mismo varía según los horarios de llegada de lxs participantes, retrasándose e incluso a veces adelantándose.

Del espacio participan alrededor de 25 profesionales, algunxs de manera intermitente, correspondientes a disciplinas como trabajo social, psicología, medicina, obstetricia. El sentido y las motivaciones a partir de las cuales lxs distintas disciplinas se involucran en este espacio obedecen a intereses diversos. Algunos de los cuales tienen que ver con el compromiso de trabajar en equipo, la ventaja de trabajar en equipo es que cada unx ofrece sus habilidades, experiencias y conocimientos para el provecho de todxs.

La forma de registro en que el dispositivo da cuenta de su funcionamiento, además de quienes participan, es plasmada en el sistema de turnos como SIPEV, lo que implica no otorgar turnos para determinadxs profesionales en ese horario. Esta es la modalidad acordada desde la gestión del centro de salud para la organización del trabajo, pero se presentan excepciones para algunxs de los participantes por lo tanto la agenda se organiza en torno a que puedan permanecer en el espacio de SIPEV al menos una parte de la duración del mismo.

Si bien algunxs profesionales se sumaron desde el comienzo, otrxs nunca participaron; incluso, algunxs miembros tienen una participación esporádica, sólo concurren en aquellos momentos en que tienen que plantear alguna problemática sobre una persona o familia al espacio. Las situaciones complejas que se abordan en este dispositivo están vinculadas, su gran mayoría, a situaciones de vulneración de derechos. Como por ej: situaciones de abuso, violencia de género, maltrato, entre otras.

En cada encuentro diferentes participantes presentan situaciones complejas ya sea de personas o familias que concurren al centro de salud. También se actualizan otras que se encuentran en seguimiento. Hasta el momento no se han puesto en común cuáles serían las “condiciones” o “criterios de inclusión” para que una situación específica se presente al espacio, observamos que muchas veces surge de la necesidad individual de pensar con otrxs las estrategias de abordaje o bien la posibilidad de estar acompañadx por el equipo

debido a la complejidad que la misma presenta. El objetivo es construir una mirada conjunta e integral sobre estas situaciones, acordando lineamientos y planes de acción entre todxs.

Todas las situaciones abordadas en este espacio quedan documentadas en un libro de actas donde se vuelca el nombre de la persona, datos filiatorios como edad y DNI junto a una breve descripción de la situación problemática. Esta tarea de registro es asumida en general por la misma persona. También se deja asentado en la historia clínica de las personas involucradas y en el sistema de turnos. (SIPEV).

Está establecido en la modalidad de presentación que quien trae la situación debe concurrir con la historia clínica de la persona. La presentación de las situaciones no tienen un orden reglado, preestablecido, lo que hace que en cada una se destaquen dimensiones o características diferentes de las mismas, por la subjetividad de cada unx de lxs participantes. Esto genera algunas desprolijidades, por ejemplo que no siempre queda claro cuál es la situación concretamente y por qué fue comentada en el espacio. También ocurre que la utilización del mismo, en ocasiones, se transforma en un “pase” informal o en un espacio de interconsultas aisladas, es decir, el pedido a un profesional en particular sobre alguna cuestión puntual. Se pierde así el objetivo que el espacio tiene, pensar y analizar entre todxs estrategias de resolución y abordaje.

Una vez realizada la presentación se consensuan las acciones a llevar a cabo de acuerdo a la situación, a quién corresponde ejecutarlas y dar seguimiento.

El espacio interdisciplinario abrió el juego para que cada una de las disciplinas de las que forman parte el equipo del centro de salud, fueran experimentando en su cotidianeidad la atención de situaciones complejas. Estas situaciones posicionaron al equipo en el desarrollo de nuevas miradas, nuevas categorías que abran camino para la comprensión y explicación de realidades cada vez más difíciles de abordar desde los esquemas tradicionales. El equipo fue buscando la manera de ampliar el soporte de herramientas teórico prácticas de cada una de las disciplinas para así poder encontrar respuestas, o por lo menos un quehacer profesional más efectivo que vaya mejorando la calidad de sus intervenciones.

Aunque los escenarios de intervención son variados, y en general pequeños (micro espacios barriales) las disciplinas, aisladamente, fueron reconociendo a través del espacio

interdisciplinario cierta incompletud, comenzando a sentir la necesidad de reflexionar sobre las singularidades, las resistencias y los cambios que se dan en las realidades de lxs sujetxs, su familia, su entorno. El espacio exigió repositionarse frente a la realidad, poner en juego el lugar desde dónde mirar y cuál es su significado.

Considerando la complejidad de las problemáticas en su conjunto, además de intervenir interdisciplinariamente, en este espacio se piensan estrategias donde se articula con distintxs actorxs e instituciones (Servicio Local de Protección de Derechos dependiente del municipio, hospitales locales y provinciales, programas sociales del municipio, Centro de protección de derechos , instituciones educativas dentro del área de referencia, etc) para poder dar respuestas a las situaciones que se presentan. El desarrollo de intervenciones intersectoriales, se consideran en el marco del proceso, lo que posibilita contextualizar y describir los principales lineamientos necesarios para lograr un abordaje integral. La integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales, nos remite a un fundamento político por la búsqueda del enfoque de derecho.

La singularidad de cada situación nos marca el tiempo de abordaje y el seguimiento de las mismas. La posibilidad de plantear un trabajo de manera interdisciplinaria nos aporta una visión global e integral para una mejor comprensión del problema. Además implica considerar el aporte de otros campos disciplinares, el intercambio y la construcción de nuevos métodos. Esto requiere de un proceso, una continuidad, una intencionalidad y una corresponsabilidad.

A fin de comprender aún mejor el espacio, este equipo se propone reflexionar acerca del significado de la sigla SIPEV (sistematización de personas en estado de vulnerabilidad). Al ser un “concepto” o “determinación” que forma parte del sistema de turnos de la secretaría de salud municipal es “leído” por varias personas de diferentes instituciones. Por lo tanto analizar su significado ayudaría a la implicancia o no de este espacio en otras instituciones de salud.

La **sistematización** define orden, regla, un parámetro. Es una interpretación crítica de una o de varias experiencias que a partir del ordenamiento descubre la lógica del proceso vivido y los factores que intervinieron. Es con este concepto que se explica un proceso acumulativo de creación de conocimientos a partir de las experiencias de intervención de

una realidad social. Ahí es donde surge la pregunta o tal vez la respuesta de pensar al sujeto de derechos desde su singularidad.

El estado de **vulnerabilidad** es la capacidad disminuida de una **persona** para resistir a los efectos de un peligro en un momento de la vida. La “vulnerabilidad” se podría proponer como herramienta analítica para una mayor aproximación a la diversidad de situaciones. En principio esta vulnerabilidad es entendida como una condición de riesgo, de dificultad, para la satisfacción del bienestar. La propuesta es trabajar la vulnerabilidad de modo que permita, desde la singularidad, realizar un análisis de las diferencias, las heterogeneidades, el grado de fragilidad y/o de riesgo de la persona. Cualquier persona en cualquier momento de la vida puede encontrarse en estado de vulnerabilidad.

Tal como menciona Susana Cazzaniga, el Sujeto es un sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia. Pensar en la singularidad, es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto.

Análisis

Hemos realizado un análisis detallado de las 22 encuestas realizadas. Las encuestas fueron contestadas por participantes de las diferentes disciplinas, compuestas por 17 medicxs, 2 trabajadorxs sociales, 2 psicólogxs y 1 participante de otra disciplina. De ellxs 18 personas participan hace más de un año del espacio interdisciplinario, 3 personas lo hacen desde menos de 1 año y 1 persona participa del mismo hace menos de 1 mes.

Respecto al tiempo de ejercicio profesional 9 de ellxs ejercen hace menos de 5 años, 5 entre 5 y 10 años y 8 ejercen hace más de 10 años.

Al contestar a la pregunta de motivación de acercamiento al espacio, del total de encuestadxs, 14 personas se acercaron por interés propio, y 8 por otras causas, entre las que están quienes se acercan como parte de una rotación, para presentar una situación, para mejorar el trabajo en equipo y sólo 2 de ellxs refirieron acercarse por obligación por formar parte de sus tareas dentro del centro de salud. Nos parece fundamental destacar que sólo 9 de quienes respondieron que se acercaron al espacio por interés propio, consideran que éste siempre aporta herramientas para el abordaje de situaciones problemáticas. Sólo 2

personas respondieron acercarse al espacio para presentar casos puntuales y, ellxs mismxs, manifestaron además que el espacio les aporta herramientas para el abordaje sólo ocasionalmente.

Del total de lxs medicxs encuestadx, 10 de ellxs consideran que sólo a veces el espacio aporta herramientas para el abordaje de situaciones problemáticas, mientras que el resto de lxs encuestadx de otras disciplinas consideran que siempre lo hace.

En relación a si el espacio modificó su práctica profesional, del total de encuestadx 15 de ellxs contestaron que sólo a veces y 7 consideraron que lo hace siempre.

Sobre la pregunta de cuán desafiante es para su trabajo formar parte del espacio 15 personas manifestaron que les resulta muy desafiante y al preguntar qué tan significativo resulta este dispositivo para su trabajo 17 lo consideraron muy significativo.

Ante la pregunta de si lx entrevistadx puede suponer con anticipación al espacio el o los modos en que el trabajo se articulará entre lxs diferentes miembrxs del equipo u otras instituciones, 16 respondieron que sí podrían predecir el resultado de esas intervenciones. En este mismo sentido, al interrogar si se podría inferir quiénes participan de la construcción de las intervenciones, el total de lxs encuestadx respondieron afirmativamente. Así mismo, respecto a la comunicación dentro del espacio, 17 encuestadx respondieron que pueden identificar a miembrxs del equipo que no se comunican con nadie o se comunican con sólo 1 persona y 21 de ellxs pueden reconocer a quiénes se comunican con todxs lxs demás. Sobre el seguimiento de las situaciones abordadas, 19 encuestadx consideran que las mismas son trabajadas y compartidas también por fuera del horario del espacio.

Al preguntar si habían participado alguna vez en un espacio de características similares al espacio SIPEV, 13 personas contestaron que no lo habían hecho, de las cuales 7 ejercen su profesión hace más de 10 años, y todas ellas manifiestan acercarse al espacio por interés propio.

Conclusiones

El trabajo en salud está siempre sujeto a imprevistos. Hay rutinas, patrones que se respetan, tendencias que pueden ser identificadas; pero también se llega a afirmar que

“cada caso es un caso”: otras veces, para enfrentarse a lo inesperado se exige improvisación, creatividad e iniciativa. El trabajo en salud para ser eficaz y dar soluciones a los problemas, dependerá de cierto eficiente de autonomía de lxs agentes responsables, por acciones clínicas o de salud pública; así como la creación de mecanismos que permitan la implicación de todxs lxs participantes de un equipo, con la elaboración de nuevas maneras de hacer funcionar una institución. Además, teniendo en cuenta que las realidades sociales y las problemáticas en salud son cada vez más transversales, multidimensionales, transnacionales y globales, los enfoques desde saberes compartimentados y aislados son cada vez más ineficientes para dar respuesta a tales problemáticas a través de políticas sociales, es decir, son cada vez más ineficaces para la consecución de la garantía de los derechos sociales en general y del derecho a la salud en particular. El desarrollo de nuevos modos de gobernanza intersectorial en salud es complejo, en la medida que la configuración del campo institucional de los servicios de salud está atravesado por fuertes disputas de intereses, valores y concepciones de diferentes actorxs. El proceso de cambio, hacia nuevos enfoques o modos de abordaje, requiere la implementación de procesos políticos, la consolidación de nuevos valores y concepciones que permitan la transformación de la estructura institucional y organizacional de los servicios de salud. Es necesario dentro de este complejo análisis poder diferenciar entonces cuáles son aquellas variables que están dentro del poder de gobernabilidad de los efectores del sistema de salud y plantear así estrategias que devengan en una mejor calidad de atención.

Para concluir este trabajo hay algunas reflexiones que quisiéramos dejar plasmadas, utilizando como mayor referencia la guía de observaciones y las encuestas de autopercepción realizadas.

En primer lugar remarcar, que la mayoría de las personas que concurre a formar parte del espacio SIPEV lo hace por interés propio, es decir, que el espacio se sostiene no por historicidad sino como una demanda de lxs profesionales del centro de salud. Del total de personas que se acerca por interés propio la mayoría considera que siempre aporta herramientas para la resolución de situaciones complejas, mientras que aquéllxs que consideran que no siempre aporta a la resolución de las mismas tienen otras motivaciones para venir, como ser por obligación, como parte de una rotación o para fortalecer el trabajo en equipo. Es decir que lo motivacional pudiera estar influyendo en la mirada que se pone

sobre el trabajo del espacio y nos lleva a preguntarnos si no afecta inclusive en el resultado de las intervenciones, aunque dicha problemática en particular no ha sido abordada como parte del estudio de este trabajo. A través de un análisis más profundo nos permitimos cruzar algunos de los resultados de las encuestas evidenciándose que quienes consideran que **sólo a veces** el espacio aporta herramientas para el abordaje de situaciones complejas son todxs médicxs, el resto de las disciplinas considera que **siempre** aporta a la resolución de las situaciones. Para reflexionar sobre este punto, debemos considerar que el universo que incluye a lxs profesionales médicxs es mayor que el resto de las disciplinas juntas lo cual puede interpretarse como un sesgo, pero aún así no está mal cuestionarse si parte de la formación de grado que continúa siendo verticalista y basada en el modelo médico hegemónico no sigue influenciando la mirada de lxs profesionales de dicha disciplina.

Otra de las preguntas que nos llevó a una reflexión tiene que ver con si el espacio modifica la práctica diaria de quienes participan del mismo. Menos de la mitad considera que siempre, la mayoría que esto es así a veces. ¿Es esta una respuesta con connotación positiva o negativa? Desde un punto de vista, el que no modifique la práctica diaria pudiera interpretarse como ineficiente, es decir, si no la modifica para qué asistir a un espacio con estas características. Sin embargo, puede considerarse también que el tipo de modalidad interdisciplinaria muchas veces genera la apropiación de la mirada de lx otrx en la cotidianeidad. Es decir, el trabajo en equipo y la interdisciplina pueden considerarse aún mejores si aquellas construcciones que se elaboran inicialmente con aportes individuales se hacen parte de la cotidianeidad, al punto que ya no se pueda diferenciarlas o individualizarlas como aportes externos sino como parte de la propia práctica diaria.

La mayoría (16 de lxs encuestadxs) respondió que cuando concurre al espacio SIPEV para presentar una situación, lo hace pudiendo predecir cuál es la forma en que va a accionar el trabajo interdisciplinario/intersectorial. Esto puede entenderse como facilitador a la hora de pensar en las intervenciones, o bien como obstaculizador si quién ya lleva al espacio una intervención pensada no puede correrse de la misma al encontrarse con la mirada de lx otrx.

De acuerdo a la dinámica grupal, 17 refieren poder identificar quienes hablan con una persona o con una parte del equipo. Desde el punto de vista de la observación y por la dinámica que suele tener cada uno de estos encuentros, la comunicación unidireccional

genera un obstáculo funcionando como un factor distractor que deviene en interrupciones, retraso en el relato, la necesidad de que se repitan datos ya otorgados por lx presentadorx de la situación, etc... Hemos podido observar que en algunas oportunidades lxs participantes intervienen en estas circunstancias haciendo notar dicho efecto pero en muchas otras se sigue con la dinámica del espacio tratando de que estos distractores no tengan el peso suficiente para la interrupción. Dentro de la dinámica grupal y siendo parte de las preguntas realizadas en la encuesta, todxs consideran que pueden predecir quiénes participaran de la construcción de las estrategias en el abordaje de las situaciones complejas, y la mayoría refirió poder identificar a lxs integrantes del grupo que se comunican con todxs lxs demás. Es decir, que dentro de la grupalidad y pretendiendo que todxs participen activamente, puede evidenciarse que algunas personas presentan un rol diferenciado como participantes más proactivxs y otrxs con un rol más pasivo.

De las personas que participan del espacio SIPEV frecuentemente, 13 refirieron **nunca** haber participado de un espacio similar, de ellas, 7 ejercen su profesión hace más de 10 años y se acercaron al espacio por interés propio, es decir, hubieran participado de espacios similares si estos hubieran estado disponibles. Esto demuestra la necesidad de difusión en la aplicación de esta modalidad de trabajo. Apoya esta conclusión si tomamos como dato la respuesta de más de $\frac{2}{3}$ del total de encuestadxs que refieren que esta forma de trabajar resulta significativa para su trabajo y muy desafiante a la vez.

Las guías de observación utilizadas para quienes formamos parte de la redacción de este trabajo permiten concluir también que el hecho de que no haya “reglas” establecidas para la participación del SIPEV deviene en que no se respeten los horarios establecidos para el inicio y la finalización del mismo (comenzado a veces antes del horario, y una mayor cantidad de veces más tarde por falta de puntualidad de lxs presentes). El espacio físico no resulta adecuado ya que el creciente número de participantes que asisten al mismo promueve que quienes llegan últimxs ocupen asientos afuera de la oficina destinada para tal fin. Dentro del desarrollo de cada uno de los encuentros ocurren interrupciones prevenibles y no prevenibles. Como se expuso anteriormente, quienes son responsables de relatar una situación deberían concurrir al espacio con los datos filiatorios de las personas/familias, así como la historia clínica que aporta los detalles que puedan ser solicitados por parte del equipo. No podemos saber si estos requisitos están claros para todxs, pero sí podemos

afirmar que esto no ocurre, generando demoras y distracciones ante la necesidad de dejarlo asentado como parte de la sistematización. Durante la primera mitad del desarrollo de cada jornada de sistematización el número de interrupciones es menor que durante la segunda mitad de la misma, siendo principalmente la llegada y salida fuera del tiempo establecido dentro del espacio lo que genera el mayor número de interrupciones. A medida en que el espacio se desarrolla hay ocasiones en que se dan recambios de lxs participantes, debiendo retirarse algunxs antes que el mismo finalice, e incorporándose otrxs que cuentan con espacios acotados en la agenda para la participación del SIPEV. En otras ocasiones, sin embargo, las llegadas y salidas durante el horario del espacio se debe a decisiones personales de algunxs de lxs participantes, ya sea por generarse tareas en el mismo horario o por falta de puntualidad. Durante cada uno de los encuentros puede observarse que algún integrante del equipo, generalmente lx mismx ocupa el lugar de “organizadorx” (aunque no formal), asumiendo la tarea de dar comienzo al espacio, intentar disminuir el número de interrupciones (aunque siendo también algunas veces parte de lxs agentes distractores), generar la secuencialidad de las presentaciones (sin un orden determinado) y dando fin al espacio en las ocasiones en que el mismo se cierra en alguna medida más formalmente (en muchas de las veces no logra hacerse un cierre formal, sino que más bien se va diluyendo la propia actividad). Si bien este rol es cumplido en la mayoría de los encuentros por la directora del centro de salud, cuando la misma se ausenta es asumido por otra de las personas que participa en el espacio.

Con el correr del tiempo el espacio ha atravesado por múltiples transformaciones, y las miradas de quienes forman parte del mismo son muy diversas. Concluimos que establecer algunas normas para el funcionamiento y la dinámica del espacio puede resultar beneficiosas en cuanto a la optimización del tiempo y aprendizaje que se obtiene de cada uno de los encuentros, generando mejoras en la calidad de atención y en las relaciones interpersonales de lxs miembrxs del equipo. Quisiéramos también en este punto destacar que la participación de la sistematización debiera ser exclusivamente por el deseo y la motivación de lxs profesionales y no profesionales, pudiendo generarse un efecto positivo al disminuir los obstáculos que forman parte de la construcción de las intervenciones en esta metodología de trabajo.

La construcción de este espacio de trabajo se establece desde la autocrítica y la crítica; donde la interacción interdisciplinaria es un posicionamiento fuerte, teniendo en cuenta las carencias de cada disciplina, pudiendo potencializarse en el trabajo conjunto. Dentro de este cambio de modelo en atención, la interdisciplina apunta a la renuncia del saber “omnipotente”. Es fundamental que lxs integrantes asumamos una postura flexible, la interdisciplina está ligada al establecimiento de vínculos múltiples, complejos. La misma aparece en escena gracias a la existencia de problemas sociales de magnitudes complejas, requiriendo el intercambio disciplinario para su abordaje, pudiendo ampliar las dimensiones del problema desde distintas visiones.

Desde este equipo de salud consideramos que la realización de este trabajo permitió revalorizar el espacio, no solo como herramienta de intervención sino también como ámbito de (trans)formación. Para ello fue necesaria una reflexión retrospectiva del mismo, encuadrándolo dentro de un marco referencial teórico desde donde nos posicionamos. También nos permitió reevaluar nuestras propias prácticas, impulsándonos a pensar nuevas propuestas.

Entendemos que el proceso de cambio hacia nuevos enfoques o modos de abordaje, requiere la implementación de procesos políticos, la consolidación de nuevos valores y concepciones que permitan la transformación de la estructura institucional y organizacional de los servicios de salud.

“Nos encontramos con la certeza de que no va a existir una respuesta idéntica para todos los barrios, porque cada territorio nos está diciendo cosas diferentes y tiene tiempos diferentes para madurar los procesos”².

Propuestas

Luego del análisis realizado del espacio interdisciplinario para el abordaje de situaciones complejas, del cual formamos parte como participantes activas, identificamos numerosos aspectos a mejorar, por lo cual nos parece oportuno plasmar algunas de las propuestas o sugerencias que enunciamos a continuación:

² fragmento extraído del texto SOLOS NO SE PUEDE (política social, actores y estrategias de gestión).

- Construir una modalidad de presentación de las situaciones que respete una secuencia determinada.
- Establecer reglas comunes que permitan dar un encuadre claro para el desarrollo del espacio.
- Mejorar la sistematización y documentación del mismo: Para el registro en el libro de actas de las situaciones problemáticas, proponemos numerarlas según orden de presentación del día, con los datos filiatorios correspondientes. Debería incluir además el objetivo por el cual esa situación es comentada en el espacio, así como también las intervenciones a llevar a cabo con el nombre de lxs profesionales que se encargaran de ejecutarlas y de quién llevará el seguimiento longitudinal del mismo.
- Establecer dos momentos diferenciados: El primero, para el desarrollo de situaciones problemáticas o complejas nuevas de todxs los participantes que ese día consideren que necesitan compartir al resto de los integrantes. Seguidamente, un tiempo para revisar los últimos casos, retomando los datos registrados en el libro de actas de las situaciones trabajadas en las semanas anteriores, y comentar novedades, actualizaciones o repensar nuevas estrategias e intervenciones en torno a la mismas. Es decir, dedicar este segundo momento para el seguimiento continuo, especialmente a corto plazo.
- Fortalecer la convocatoria del espacio a representantes de otros sectores del equipo del CAPS como promotorxs de salud, personal de enfermería, etc. con la finalidad de incorporar nuevos saberes y disciplinas y así enriquecer las miradas.
- Establecer una instancia de formación y capacitación: mensual o quincenal con invitadxs especiales como referentes de diferentes áreas de gobierno, que implique a otros sectores como programa de género, Centro de Acceso a la justicia, ANSES, etc.

Bibliografía

- Bueno, A. M. (2010). La intervención profesional como objeto de conocimiento del trabajo social. *Revista de la Universidad de La Salle*, (51), 117-127
- Campos, G.(2019) .Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Carballeda, A. (2006) "La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas", Mimeo. Artículo en Cuadernillo de la Maestría en Salud Mental Cohorte 2011-2013.
- Cazzaniga S. (2001) Metodología: el abordaje desde la singularidad. Cuadernillo temático Desde el Fondo No 22. Centro de Documentación. FTS. UNER. Paraná.
- Ciappa G (2019). Nuevos paradigmas sobre el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva de derecho.
- Danani Cl. 1996. La política social como campo de estudio y la noción de población-objeto. En: HINTZE, S. (organizadora): Políticas Sociales. Contribuciones al debate teórico-metodológico. Eudeba/CEA. Bs As.
- Di Tella y otros (2001) Las etapas del desarrollo económico argentino. Buenos Aires, EUDEBA.
- Elichiry Nora (2009) Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología. (Capítulo 9). Educacional. Buenos Aires: Manantial.
- Lauridsen Ribeiro E., Tanaka O. Y. (2009): "Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção", *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2)
- Laurel, Asa Cristina. (1993). La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saúde e Sociedade*, 2(2), 21-84. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-1290199300020000>.
- Lemus, J.. Áreas Programáticas. Buenos Aires. Editorial Kohan.1994.
- Ministerio de Salud de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF).Asesorías en Salud Integral en escuelas secundarias. Lineamientos para la implementación. 1° edición, Buenos Aires, julio 2018
- Menéndez, Eduardo L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil.
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

Morin, E .(2001). Sobre la interdisciplinariedad. Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires.

Morin, E. (2011) Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa S.A., Barcelona.

Rozas, M. (2002). Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en trabajo social. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Silva Paim J. Medicina Comunitaria. Introducción a un análisis crítico. Salud Colectiva. 2009;5(1):121-126.

Stolkiner, A. De interdisciplinas e indisciplinas del libro El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio de Nora Elichiry, Buenos Aires: Ed. Nueva Visión; 1987. p. 313.

Stolkiner, A (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales De Salud Mental Argentina.

Anexos

Esta encuesta fue elaborada por el equipo de investigación del CAPS, tiene como objetivo conocer su percepción acerca del espacio interdisciplinario. Las respuestas son de carácter anónima y confidencial. Le llevara unos minutos contestarla.

Agradecemos su colaboración.

Tiempo de ejercicio profesional:

Menos de 5 años

Más de 5 años

Más de 10 años

Tipo de profesión/disciplina que ejerce:

Medicx

Trabajadorx social

Psicólogx

Otra

Tiempo en que participa en el espacio:

Hace 1 mes

Hace 1 año

Hace más de 1 año

Se acercó al espacio:

Por interés propio

Como parte de la rotación

Para presentar un caso /situación

Por obligación

Otro:.....

¿Participó en algún momento de un espacio similar al espacio interdisciplinario?

SI

NO

¿Cuán significativo es para su trabajo?

Mucho

poco

nada

¿Cuán desafiante es tu trabajo?

Mucho

poco

nada

¿Puede identificar en la dinámica del espacio, miembrxs del equipo que se comunican con todxs los demás y otrxs que no se comunican con nadie o solo con algún otrx miembrx del equipo?

SI

NO

¿Puede inferir quienes comparten o intercambian acerca de la intervención y quienes no?

SI

NO

¿Puede manifestar si hay o no espacio de trabajo compartido o de seguimiento con otros miembros del espacio?

SI

NO

¿Puede suponer el/los modos en que el trabajo se articula o no se articula entre los diferentes miembros del equipo de salud del centro y otras instituciones?

SI

NO

¿Cree que este espacio aporta elementos para el abordaje de situaciones problemáticas?

Siempre

A veces

Nunca

¿Su participación en el espacio modifíco su práctica/tarea?

Siempre

A veces

Nunca

Guía de observación.

Dinámica del espacio de trabajo.

Se observa en el grupo, en los momentos de trabajo, **interdependencia, dependencia, individualidad**. Describirlo.

¿Se detectan rivalidades? SI NO ¿Puede identificar conflictos y en qué contextos se producen? ¿Puede identificar las alianzas y en qué contextos se dan?

¿Hay fácil aceptación de las diferencias individuales? (si – no – depende). Describa.

De existir algún obstáculo en el desarrollo del trabajo, ¿cómo se resuelve? Describa.

¿Qué grado de compromiso (alto, medio, bajo) existe en el grupo respecto a las responsabilidades que debe cumplir?

Encuadre del dispositivo.

¿El espacio físico es adecuado? SI NO

¿Las consignas de trabajo son claras para todos los integrantes del grupo? SI NO

¿Se puede detectar un referente, alguien del que depende la organización o coordinación del espacio? SI NO

¿Ese referente es: **formal o no formal**, es decir: ya tiene esa responsabilidad o surge como emergente natural del grupo?

¿Existe una norma de funcionamiento o dinámica del espacio? SI NO

¿Existe criterios formales o informales para la presentación de situaciones en el espacio? SI NO

¿Se cumple los horarios y día? SI NO

¿Existe una herramienta de registro? SI NO

Aparecen interruptores/distractores al momento de la reunión. SI NO

Roles en el espacio.

Se escucha con atención las situaciones SI NO

Se enriquece la información con aportes de otrxs miembros. SI NO

Hay alguien que interviene en caso de desorden. SI NO

Se habla de temas que no están dentro de la agenda. SI NO

Actividad.

Se observa un ambiente de **aprendizaje, intercambio o no conformidad**.

Se cumple con lo que estaba planteado para ese encuentro.

Grado de implicación.

Se demuestra o manifiesta interés por la situación.

Quien presenta la situación establece una estrategia de seguimiento.

Se establece un tiempo para las novedades.