

VIENTOS DE CAMBIO.

“PROBLEMATIZACIÓN SOBRE LAS NOCIONES DE ACCESIBILIDAD, ÁREAS PROGRAMÁTICAS Y TERRITORIALIDAD EN EL MARCO DE UNA EXPERIENCIA TERRITORIAL EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LA CIUDAD DE TANDIL”.

Autoras:

Gomez Coscarella, Noelia Suray. DNI 36400443. Lic. en Psicología. Residente de Psicología Clínica de PRIM Tandil.

Nicolin, Norma Beatriz. DNI 38511255. Lic. en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social de PRIM Tandil.

Sanchez Fraile, Daniela Ines. DNI 20673131. Médica. Residente de Medicina General de PRIM Tandil.

Schettini, Silvana Natalia. DNI 36865153. Lic. en Psicología. Residente de Psicología Clínica de PRIM Tandil.

Lugar de realización: PRIM Tandil, CIC Movediza.

Dirección: La Pastora 1013, Barrio Movediza I, Ciudad de Tandil, Buenos Aires, Argentina.

Código postal: 7000

Teléfono: 1167437458

Mail: noeliasuray@gmail.com

Fecha de realización: periodo diciembre 2022-abril 2023

Trabajo Inédito

Tipo de trabajo: Relato de experiencia

Categoría temática: Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c).

Acerca de las autoras

Conformamos un equipo interdisciplinario compuesto por 1 residente de Medicina General, 1 residente de Trabajo Social y 2 residentes de Psicología Clínica, quienes actualmente estamos recorriendo el segundo año de la formación en servicio, que se encuentra enmarcada en el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) de Tandil, con sede en el Centro Integrador Comunitario (CIC) Movediza. Teniendo en cuenta que al momento de la experiencia nos encontrábamos transitando el primer año de nuestra formación, como

Tutoras relacionadas a la investigación contamos con las Jefas de Unidad de Residentes de Trabajo Social y Psicología Clínica del PRIM Tandil. Asimismo, la Coordinadora Docente Multidisciplinar, Lic. Joaquina Massa, nos ha acompañado como interlocutora de la experiencia y del relato de la misma.

“VIENTOS DE CAMBIO. PROBLEMATIZACIÓN SOBRE LAS NOCIONES DE ACCESIBILIDAD, ÁREAS PROGRAMÁTICAS Y TERRITORIALIDAD EN EL MARCO DE UNA EXPERIENCIA TERRITORIAL EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LA CIUDAD DE TANDIL”.
GOMEZ COSCARELLA, Noelia S.; NICOLIN, Norma B.; SANCHEZ FRAILE, Daniela I.; SCHETTINI, Silvana N.
Lugar de realización: PRIM Tandil, CIC Movediza. Dirección: La Pastora 1013, Barrio Movediza I, Ciudad de Tandil, Buenos Aires, Argentina. Código postal: 7000 Teléfono: 1167437458 Mail: noeliasuray@gmail.com
Relato de experiencia
Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c).
Trabajo inédito
<p>Como Residentes de Salud del Primer Nivel de Atención, nuestras prácticas profesionales se enmarcan en el paradigma de la APS, del cual se desprenden principios como la accesibilidad, y la organización y participación de la comunidad, entre otros. Trabajamos con la comunidad organizada y los efectores de salud, quienes son actores que conviven entre el diálogo sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y la tensión permanente dada por la coyuntura de la distribución de recursos en salud. En este sentido, diseñamos, implementamos y evaluamos un dispositivo construido con la comunidad involucrada, problematizando la demanda por el acceso a la información sobre Salud Sexual Integral.</p> <p>Condicionantes como la lejanía geográfica hacia los efectores de salud y, la gestión, distribución y ejecución de los recursos en materia de salud pública, promueven la reflexión tanto de la población como de los equipos de salud sobre la riqueza en la implementación de este tipo de dispositivos. Conocer el territorio, y la tensión existente entre las nociones de territorialidad y accesibilidad en salud, permiten cuestionar nuestra postura como Residentes y la relación que sostenemos con la</p>

población en lo atinente a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, y el sistema de salud que debe responder a ellos.

Esta experiencia apuntó a la construcción de la demanda en conjunto con la población, a la territorialización de la salud, preguntarnos por la inercia que generan las instituciones, y a cuestionar lo instituido en el sistema de salud pública desde una posición de lucha permanente.

Atención Primaria de la Salud (APS); Accesibilidad; Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado; Territorialidad; Salud Sexual Integral.

Momento Descriptivo

Contextualización

Como parte del abordaje territorial enmarcado en el PRIM Tandil, a lo largo del periodo definido entre diciembre del año 2022 y abril del año 2023, realizamos una serie de intervenciones en formato taller, en una comunidad terapéutica -casa convivencial comunitaria-, perteneciente a una organización político-social, que se encuentra en un Barrio de la Localidad de Tandil, provincia de Buenos Aires.

Las intervenciones surgieron como parte de una serie de entrevistas mantenidas entre la Unidad de Residencia y las instituciones de la localidad de Tandil en las actividades territoriales, surgiendo de esta forma un pedido concreto por parte de esta comunidad que tenía como eje la educación en el autocuidado de su cuerpo en general, y en la práctica de relaciones sexuales en particular, para acompañar el proceso terapéutico que estaban atravesando. Cabe mencionar que estas inquietudes no podían ser respondidas por el efector de salud que les corresponde por su zona programática bajo ninguna forma de respuesta a la demanda, y la atención en el efector de salud contiguo se veía limitado por medidas tomadas en el marco de jornadas de lucha por mejores condiciones laborales.

Observamos que, lo anteriormente mencionado, produce dificultades en el acceso a las prestaciones de salud de la comunidad, particularmente aquellas que hacen referencia a la salud sexual integral y las cuales eran su motivo de consulta.

Planteo de Objetivos

Objetivo General

- Promover la problematización en una Comunidad Terapéutica para personas con consumo problemático de la localidad de Tandil sobre la noción de accesibilidad, áreas programáticas y territorialidad, desde la estrategia de APS, en el marco de una experiencia territorial.

Objetivos específicos

- Impulsar la articulación y acción conjunta entre el equipo de residentes de PRIM Tandil y el equipo técnico de la comunidad terapéutica.
- Identificar el pedido de salud por parte de los usuarios y trabajadores/as pertenecientes a la comunidad terapéutica.

- Construir una demanda en salud en conjunto con los/as actores involucrados/as, elaborando una estrategia de abordaje acorde.
- Fomentar la movilización de la comunidad terapéutica frente a la dificultad en el acceso a las prestaciones del Centro de Salud Comunitaria (CeSaC) de su área programática.

Descripción de los actores/sujetos participantes

Sistema Integrado de Salud Pública (SISP) de Tandil: El SISP es un ente descentralizado que está compuesto, entre otras direcciones, por la Dirección de Salud Comunitaria. La misma tiene bajo su dependencia la gestión de la atención primaria de la salud, que posee una estructura de 15 CeSaC -situados en diferentes zonas de la ciudad- y 5 salas de primeros auxilios -4 de ellas ubicadas en zona rural¹. Cada CeSaC cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por Medicina General, Trabajo Social, Psicología, Odontología y personal administrativo. En algunos equipos también se desempeñan Nutricionistas, Obstétricas y Podólogos². Algunos CeSaC, como el que es sede de la residencia, se encuentran insertos en un Centro Integrador Comunitario (CIC), que es un establecimiento municipal donde se trabaja en conjunto entre instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil y comunitarias. A dicho establecimiento lo componen dos instituciones públicas municipales: el Centro Comunitario (dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat) y el Centro de Salud Comunitaria (dependiente de la Dirección de Salud Comunitaria del Sistema Integrado de Salud Pública).

Comunidad terapéutica-Casa Convivencial³: Se trata de un dispositivo que funciona las 24 hs. todos los días del año, dependiente de una organización político-social. Son espacios abiertos, pudiendo la persona interrumpir el tratamiento cuando lo desee, donde se brinda un marco que promueve el desarrollo de la responsabilidad y el compromiso a través de tareas o talleres, generando autonomía y autorregulación.

Al momento de la intervención, dicha comunidad terapéutica se encontraba funcionando allí hacía 10 meses aproximadamente y contaban con un equipo técnico que

¹ Dicha zonificación es producto de un trabajo realizado entre el Municipio y la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN) a través del Centro de Investigaciones Geográficas.

² Las demás especialidades médicas y no médicas se concentran en el segundo nivel de atención.

³ La organización político social cuenta con diferentes casas convivenciales comunitarias que se agrupan principalmente por género. Es decir por un lado, varones y por otro lado mujeres, niñeces y diversidades.

coordinaba las actividades, compuesto por: la coordinación general, talleristas y profesionales de las disciplinas de Trabajo Social y Psicología. De ellos, con quienes se ha articulado para poder llevar adelante la intervención fueron la Trabajadora Social, un coordinador y el profesor de educación física. La población que allí residía era un grupo de 20 varones⁴ que cursaban su tratamiento a causa del consumo problemático de sustancias y de la ludopatía, quienes a partir de ello comenzaron a tener inquietudes acerca del diagnóstico integral respecto a salud/enfermedad, acceso a los métodos anticonceptivos (como por ejemplo, información sobre acceso a la vasectomía), de cuidado de la salud sexual y la consecuente probabilidad de contraer ITS (infecciones de transmisión sexual). La comunidad decidió dirigir dicho pedido hacia el equipo de salud de su área programática donde, si bien las actualizaciones de los controles mínimos de salud se estaban garantizando de alguna manera, no fue posible elaborar una respuesta acorde a su pedido concreto, debido a la forma en que se elaboraba la demanda en conjunto con la comunidad, y la escasez de recurso humano y material. Esto último, era uno de los factores que producía mayor referencia con el equipo de salud del efector correspondiente al área programática contigua que, con motivo de reclamar por mejores condiciones laborales, se encontraba transitando jornadas de lucha tomando medidas como limitar la asistencia únicamente a la población de su área programática. Todo lo expuesto anteriormente, nos llevó a reflexionar acerca de la situación, en conjunto con la comunidad, lo cual significó el fundamento para llevar a cabo las acciones de nuestra intervención.

Unidad de Residencia PRIM Tandil: tiene como sede principal un Centro Integrador Comunitario (CIC) perteneciente al primer nivel de atención, anclado en un Barrio periférico de la Ciudad de Tandil, situado en el partido homónimo, que se encuentra en la provincia de Buenos Aires. La particularidad de la Unidad de Residencia se evidencia en el eje interdisciplinar y su ejercicio en el abordaje de la realidad social, no perdiendo de vista la especificidad disciplinar, al tiempo que propicia instancias de participación comunitaria, sistematización de las prácticas, investigación y planificación de actividades en salud. Asimismo, la estructura de la residencia está conformada por un Coordinador Docente Multidisciplinar, Coordinador Docente Disciplinar de cada disciplina, Jefe de Residente

⁴Los mismos eran oriundos de las ciudades de Mar del Plata, Miramar, Tandil y Rosario, con un nivel de educación formal que alcanzaba el primario o el secundario incompleto y cuyo rango etario oscilaba entre los 18 y 50 años.

Disciplinar y Residentes de las disciplinas de Trabajo Social, Medicina General, Psicología Clínica y Psiquiatría Comunitaria. En el marco del trabajo interdisciplinario desarrollado en el dispositivo territorial de la PRIM, es que tomamos conocimiento del pedido por parte de la Comunidad Terapéutica, el cual fue explicitado en el apartado anterior. Cuando tomamos conocimiento del mismo, nos surgió la responsabilidad de recepcionar la demanda y reformularla en conjunto con la comunidad, creando de esta manera un trabajo territorial con un potencial formativo y, al mismo tiempo, un trabajo con capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

Planificación, ejecución y evaluación de la experiencia

En relación a los objetivos propuestos, como equipo de salud elaboramos una estrategia de intervención para abordar la demanda de la población en cuestión. En un sentido amplio, se decidió que la programación tuviera un inicio y un final delimitado, cuantificando de la siguiente manera la estructura: 3 entrevistas semiestructuradas, 6 encuentros de planificación interna, 4 talleres grupales, y 2 encuentros de evaluación del proceso de intervención.

Como parte de la planificación de la estrategia, se realizaron 2 entrevistas semiestructuradas. Una a fines del año 2022, donde como equipo de salud tomamos conocimiento de la demanda inicial la cual, como ya mencionamos, se refería al pedido de información acerca del cuidado de la salud sexual, con inquietudes puntuales sobre métodos anticonceptivos para varones. A partir del emergente, nuestro posicionamiento fue realizar una lectura crítica de la situación inicial para resignificar el pedido de la población respecto a su salud y develar la naturalidad de la situación que venían atravesando. En este sentido, la otra entrevista tuvo lugar a mediados del mes de enero del 2023, dirigida a referentes del equipo técnico de la Casa Convivencial, con el objetivo de conocer las características de los participantes, la dinámica general de la comunidad y el contenido de las inquietudes en materia de Salud Sexual por parte de los varones.

Comenzando el mes de febrero del corriente año, y a lo largo del periodo de intervención, participamos de 9 encuentros intermedios al interior del equipo de salud, donde confeccionamos los talleres. En esos encuentros no solo distribuimos los responsables por actividad, temática a abordar y actividad a desarrollar, sino que también propusimos la revisión de bibliografía y capacitación en conjunto de las profesionales, con el objetivo de

integrar los conocimientos de cada disciplina respecto del tema. Además, contamos con una supervisión posterior a cada taller a cargo de la Coordinadora Docente Multidisciplinar, para la revisión de la experiencia. Si bien la demanda radicaba en el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos para varones, consideramos que el intercambio de saberes tenía que estar enmarcado en la sexualidad y en la promoción de vínculos saludables entre los géneros utilizando como eje de trabajo el acceso a la información para el cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva, que forma parte fundamental del Derecho a la Salud, y como tal el Estado tiene la obligación de garantizar (Ley Nacional Nº 25.673, 2002). Por esto mismo, realizamos 4 talleres grupales distribuidos en 4 lunes con una frecuencia quincenal aproximadamente, en el transcurso de la mañana -de 9 a 11 horas-, con la siguiente estructura:

- Dinámica de apertura: generalmente orientada al reconocimiento entre grupos y caldeamiento.
- Actividad principal: en formato lúdico, con el objetivo de debatir, sensibilizar y brindar información.
- Dinámica de cierre: dirigida a recuperar lo trabajado desde la experiencia subjetiva y orientación en conjunto sobre la temática a abordar en el siguiente encuentro. Una característica común estuvo dada por el hecho de que cada reflexión final apuntaba a una progresiva problematización por parte de los usuarios y referentes del espacio, en torno al acceso a las prestaciones de salud en el efector de su área programática, a través de diálogo.

Asimismo, en cuanto a la ejecución de las actividades realizadas en cada taller, cabe mencionar que se abordaron las siguientes temáticas:

- Primer encuentro: recuperación de conocimientos previos de la comunidad acerca de la sexualidad y la salud sexual integral.
- Segundo encuentro: debate de temáticas relacionadas con los vínculos entre los géneros, consentimiento informado y responsabilidad afectiva.
- Tercer encuentro: intercambio de saberes sobre mitos y verdades respecto de los ciclos vitales de los géneros femenino y masculino, y los métodos anticonceptivos.
- Cuarto encuentro: construcción de saberes acerca de la sexualidad, deseo, genitalidad y consentimiento en las relaciones sexo-afectivas.

Como parte de la ejecución de la estrategia fueron necesarios recursos materiales, humanos y simbólicos. En cuanto a los recursos materiales, los mismos fueron provistos por la Dirección de Salud Comunitaria del SISP. En lo referente al recurso humano, fue clave contar con la totalidad de las integrantes del equipo de salud de la residencia PRIM para llevar adelante la planificación interna y por ende la puesta en marcha de los talleres con la comunidad terapéutica. En cuanto a los recursos simbólicos reconocemos que fueron necesarias nuestras aptitudes y habilidades tanto personales como profesionales para el desarrollo de los talleres didácticos, a la vez que destacamos la importancia de las trayectorias personales de los usuarios, siendo este último el elemento principal para que podamos desarrollar la experiencia comentada.

Respecto a la evaluación del proceso, como equipo de salud consideramos que el intercambio con los usuarios fue enriquecedor, y las actividades resultaron acordes a lo planificado. Es de destacar, que los integrantes del grupo a los que estaba dirigida la actividad, tenían un conocimiento previo sobre la temática debido a, no solo el saber popular, sino también al taller de masculinidades al que asisten en el mismo espacio. En función de esto, se pudo dar el lugar a la reflexión y la producción de saber popular, observando una participación cada vez más activa, sin dificultades para expresar inquietudes con respeto, circulación de la palabra, intercambio de saberes y experiencias subjetivas. Estimamos que este tipo de acciones colectivas contribuyeron a generar una determinada conciencia social sobre el acceso a los servicios del sistema de salud y, al mismo tiempo, sobre el ejercicio del derecho a la salud, fomentando la referencia con el efector de salud correspondiente a su área programática. No obstante, se brindó contacto y orientación con respecto al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, consejerías disponibles en salud sexual del sistema público y espacios privados de consulta acerca de la temática.

Marco teórico de referencia

Tomaremos como punto de partida para el análisis propuesto, el paradigma de la Atención Primaria de la Salud (APS) junto a la noción de territorio, y la salud como derecho humano esencial y universal.

En este sentido, podemos enmarcar nuestras prácticas profesionales en salud bajo el paradigma de la APS, que se encuentra regido por los siguientes principios: accesibilidad, cobertura universal, organización y participación de la comunidad, acción intersectorial y

desarrollo de tecnologías adecuadas. Es así que, dicho paradigma orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Declaración Alma Ata, 1978).

Debido a que nuestro relato se desarrolla en el marco de una propuesta de trabajo territorial, aquello que proponen los principios de la APS pueden ponerse en diálogo con lo expuesto por Yanco (2016), quien indica que son las prácticas territoriales las que nos llevan a interpelar si el trabajo de los equipos de salud, presentes en el primer nivel de atención, requieren de modificaciones para adaptarse a las demandas de la población. Para la autora, y en el marco del derecho a la atención de la salud, esto requiere de modelos de atención más flexibles, resolutivos y con disponibilidad de recursos. En relación a esto último Solitario, Garbus y Stolkiner (2008) refieren que, las características nombradas anteriormente, facilitarían la construcción del vínculo que establecen las personas con los servicios en salud y que pueden traducirse en accesibilidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (2005) la accesibilidad está estrechamente vinculada con la cobertura universal en salud, con la ausencia de barreras -de cualquier tipo- a la atención y la aceptabilidad por parte de la población, que implica la elección de las personas como usuarios de los servicios según: su percepción sobre el sistema de salud, satisfacción con los servicios ofrecidos, nivel de confianza y grado de comprensión a lo indicado por los profesionales. Es por ello que dicha accesibilidad no se manifiesta solamente en los modos de organización y localización geográfica de los efectores de salud, sino que también resulta necesario incorporar a dicho análisis las características simbólicas, los discursos y las prácticas de la población en relación a su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Es por esto que se define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Clásicamente se consideran cuatro dimensiones en la conceptualización de la accesibilidad: geográfica, administrativa, económica y cultural o simbólica (Solitario, Garbus & Stolkiner, 2008, p. 264).

Asimismo, es necesario que retomemos la concepción sobre la participación social de Comes, Garbus, Solitario y Stolkiner (2008) como un medio de construcción de ciudadanía a partir del armado de representaciones y saberes sobre el derecho a la salud, la equidad y el

rol del Estado, por medio del ejercicio de derechos. De esta manera, las autoras relacionan de forma directa la dimensión simbólica de la accesibilidad y los grados de participación en salud que presentan los usuarios de los servicios, y a los cuales nos remitimos para poder realizar las actividades propuestas.

Según lo desarrollado hasta aquí, consideramos que la participación de las personas se materializa como un entramado simbólico sobre un territorio determinado y en un tiempo concreto, siendo este entramado caracterizado por las relaciones entre el sistema de salud y la población en cuestión. Es así que Pagnamento (2021), al referirse sobre el principio de la participación social, lo incluye dentro del ámbito de las políticas sociales y de salud, siendo las mismas constitutivas del proceso de producción y reproducción social, a partir de lo cual los organismos del Estado se referencian para desplegar acciones desplegadas para responder ante aquello que se construye como un problema social y de salud. Por otra parte y en consecuencia, el territorio puede ser caracterizado como una entidad político-administrativa, demarcada por fronteras “naturales”, pero teniendo en cuenta que “territorio como categoría relacional implica una redefinición del concepto usado en las políticas públicas en salud, dando lugar a propuestas más amplias que la del territorio político-administrativo y confiriendo una mayor densidad teórica” (Molina Jaramillo, 2018, p. 3). Para Porto-Gonçalves (2009), éste constituye un espacio geográfico delimitado que es apropiado por un grupo social y esa apropiación o afirmación sobre el territorio se denomina territorialización, afirmando las bases para la construcción de identidades o, más bien, territorialidades. Estas últimas son dinámicas debido a que se encuentran determinadas por los diferentes sujetos que las portan y agencian, y que forman parte de procesos históricos que determinan un orden, una configuración territorial y una topología social particular (Molina Jaramillo, 2018; Porto-Gonçalves, 2009).

En el marco de la APS, transitar, significar, disputar, transformar los territorios, resultan acciones comunes y esperables, las cuales aportan a la construcción colectiva de una vida saludable, acorde a las necesidades e intereses de las personas y grupos que habitan los mismos, dando como resultado un orden alternativo de vivir como forma de resistencia ante las múltiples vulneraciones de los derechos humanos en el mundo neoliberal. La apuesta por una territorialización de la salud se da en los lugares o territorios micro, significados por las acciones individuales y colectivas, donde los

actores locales cuestionan los ordenamientos hegemónicos del territorio. (Molina Jaramillo, 2018).

Esta transformación del abordaje territorial no es tal sin una apuesta al trabajo interdisciplinario. Solitario, Garbus y Stolkiner (2007) destacan la importancia de que los abordajes interdisciplinarios conceptualizan los problemas de forma compleja, multidimensional, evitando limitarlos a la frontera disciplinar y posicionándose de forma tal que se reconozca la incompletitud de las disciplinas para poder abordar una problemática y la necesidad de la construcción conceptual común -es decir, entre disciplinas- de la misma. Garcia (2011) coincide con éste desarrollo al indicar que “el trabajo de equipos interdisciplinarios, es un esfuerzo de cooperación entre diversos especialistas que buscan integrar sus estudios, cada uno de los cuales cubre aspectos parciales de una realidad compleja” (p. 100). Es por ello que consideramos que el trabajo interdisciplinario posee el potencial para cambiar la visión sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados y los abordajes que estos implican. Este poder transformador es impulsado sobre el territorio, en cada intervención, creando un camino hacia la accesibilidad en salud, teniendo como horizonte el pleno ejercicio de los derechos de los pobladores. De esta manera, el trabajo mancomunado entre equipos de profesionales del primer nivel de atención y los colectivos organizados en el territorio, permite hacerle frente a la hegemonía imperante en el sector público de la salud.

Momento explicativo.

Para comenzar, es pertinente mencionar que la experiencia relatada tuvo un inicio y un final claramente delimitados, debido a que estuvo enmarcada en las actividades territoriales que llevamos a cabo durante el primer año de la residencia. Para una mejor comprensión, es necesario aclarar que con la organización social de la que formaba parte la comunidad terapéutica ya se había articulado en años anteriores de forma continuada, por lo que podemos inferir que ello podría haber ocasionado la referencia con la unidad de residencia. A partir de lo expuesto, nos parece que la respuesta que pudimos brindar fue innovadora en el sentido en que pudimos adoptar una postura como profesionales de la salud que apostó a la continuidad del trabajo con la organización social, a pesar de la tensión que se podría haber generado con el equipo de salud del área programática donde se desarrollan nuestras prácticas. Recordemos que dicho CeSaC se encontraba transitando una medida de

fuerza, limitando la asistencia únicamente a la población de su área programática, y lo cual significó un condicionante al momento de la implementación de la experiencia ya que la comunidad terapéutica se encontraba fuera de los límites de esa área programática.

Asimismo, lo innovador también lo podemos ubicar en la implementación de un dispositivo que pusiera a desplegar ese pedido que fuimos a escuchar, y construirlo como demanda en conjunto con la comunidad. Podemos evidenciar que la misma se inició con las entrevistas que se mantuvieron con el equipo técnico de la Casa Convivencial, donde se pudo explicitar el pedido de los varones de la Comunidad, y el armado de un esquema de encuentros en formato taller. A su vez, pudimos vislumbrar que la demanda fue tomando forma a partir de dichos encuentros con los usuarios y el tiempo de escucha destinado a sus reflexiones luego de cada taller. A partir de ello, reparamos en la correspondencia entre el saber previo que la población tenía respecto de la Salud Sexual Integral y los talleres diseñados por nuestra parte como equipo de salud. Durante la experiencia vivida, los protagonistas refirieron que, además de lo aprendido en diferentes instancias a lo largo de su vida, algunos de los temas tratados habían sido en parte trabajados como Comunidad Terapéutica, en el espacio de encuentro que poseen denominado “taller de masculinidades”. No obstante, los usuarios reforzaron la importancia de tener otro espacio donde pensar y repensar el cuidado de la salud sexual en particular. Esto nos lleva a la reflexión, a partir de la observación en lo concreto, de la riqueza simbólica que posee el intercambio de saberes entre la comunidad y los equipos de salud, y en la importancia de la consecuente construcción de una demanda en conjunto. Pensamos que la riqueza nombrada radica no solo en el hecho de que brindaron su consentimiento para que compartiéramos información referida a la sexualidad, sino que también se pudo dar lugar a la transmisión de la amplitud de la sexualidad, en cuanto que abarca fantasías, posiciones y saberes individuales entre otros, que en estos espacios pudieron ser interrogados al promover la circulación de la palabra.

Consideramos necesario evidenciar uno de los condicionantes principales que ha motivado la experiencia realizada, la relación existente entre: la lejanía geográfica de la Casa Convivencial respecto al CeSaC correspondiente a su área programática y las prestaciones allí brindadas. Al respecto de este último ítem, el CeSaC indicado no contaba con las especialidades y la atención solicitadas a demanda todos los días de la semana, por lo menos al momento de la experiencia. En este sentido, las personas redireccionaban sus demandas

de salud al efector del barrio contiguo debido a su cercanía. Dicha situación puede estar vinculada con la tensión existente entre la gestión, distribución y ejecución de los recursos económicos asignados a la salud pública local y las condiciones laborales de las/os trabajadoras/es de dicho ámbito. En este sentido, la medida de no tomar casos de salud/enfermedad para seguimiento por parte de uno de los CeSaC, se torna a la vez un determinante necesario para que los actores sujetos de intervención cuestionen las fallas evidentes en materia de Salud Comunitaria.

Asimismo, como equipo de salud situado en una Residencia que posee un enfoque interdisciplinario y una perspectiva de trabajo desde la APS, la experiencia vivida nos significó una primera aproximación de formación en salud comunitaria, que supuso una organización y vinculación con los diferentes grupos de personas involucradas -sea sujeto de intervención, equipo técnico de la comunidad terapéutica o personal de los diferentes efectores del sistema de salud-. Destacamos la importancia de conocer el territorio donde desarrollamos nuestras prácticas profesionales y a las personas que lo habitan, ya que ello fue uno de los factores que nos permitió identificar las tensiones existentes entre el territorio, la territorialidad y la accesibilidad en términos de salud. Esto mismo nos lleva continuamente a seguir cuestionando nuestro rol como residentes dentro del sistema de salud pública, a través de la pregunta por lo instituyente y lo instituido. Al respecto de ello, los talleres y la forma en que fueron tomando parte las intervenciones, permitió el desarrollo de un diálogo al interior del equipo de la residencia PRIM, que se vio reflejado en un trabajo de supervisión constante con referentes que orientaron la estrategia comunitaria de intervención, entre otras acciones. En cuanto a los efectores de salud del primer nivel de atención, dimos cuenta de nuestra propuesta de intervención, de forma permanente, en las reuniones de equipo mantenidas los días lunes en el CeSaC correspondiente a nuestra sede de Residencia.

Por otra parte, consideramos que la experiencia relatada, contribuyó a que el sujeto de intervención pueda seguir haciéndose la pregunta por la tensión existente entre los derechos que tienen respecto a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y el sistema de salud que debe responder a ellos, contribuyendo a la posibilidad de acceso a la atención oportuna, situada y de calidad. En este sentido, los varones de la Comunidad expresaron en el transcurso de la experiencia, la significación e importancia que tuvo el espacio de escucha y debate que nuestro equipo ofreció, en parte, a modo de respuesta de la

demanda planteada.

Para terminar, queremos transmitir que luego de esta experiencia, y como parte de un conjunto de factores que sucedieron en el plano del primer nivel de atención -algunos de los cuales fueron nombrados anteriormente-, se comenzaron a generar las condiciones para que se constituya un equipo profesional en el efector de salud del área programática que corresponde a la Comunidad Terapéutica a partir del mes de agosto. Incluso en la actualidad, los cargos esperables para el primer nivel de atención en dicho efector se encuentran cubiertos casi en su totalidad, sumado a la participación de la disciplina de Trabajo social de la Residencia PRIM en dicho equipo, como parte de las rotaciones formativas.

Síntesis: Conclusiones y propuestas.

Para concluir, destacaremos algunos conceptos que hemos nombrado a lo largo del escrito, traduciéndolos en propuestas que pueden resultar acordes al trabajo en salud comunitaria.

En primer lugar, nos parece pertinente recomendar la necesidad de tener presente en todas nuestras intervenciones como equipos de salud la posibilidad de construir fehacientemente la demanda con la población, haciéndoles parte de su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, enfatizando su rol como sujetos de derecho y no como objeto de práctica a partir de la construcción de la demanda. De esta forma, se garantiza no solo el principio de la accesibilidad propuesto por la estrategia de la APS, que fue nombrado en gran parte del escrito, sino que también se promueve la organización y participación de la comunidad al tomar en cuenta sus necesidades e intereses en las intervenciones, dando como resultado atenciones de salud situadas y eficaces.

En segundo lugar, y tomando en cuenta lo anteriormente indicado, proponemos pensar en la territorialización de la salud y apostar a la organización de las prácticas, al menos en el primer nivel de atención, bajo el término de territorialidad. Si bien de alguna u otra forma se puede ver, se da informalmente y como excepción a la regla general, debido a la fragmentación existente en la actualidad del Sistema de Salud. Consideramos que la constitución de una relación comunidad-efectores de salud cualitativamente diferente a la relación que nos ofrecen los ordenamientos hegemónicos del territorio, permiten el

acercamiento y comunicación con la población, como así también una mejor acción intersectorial.

Por último, proponemos en la medida de lo posible la lectura de las situaciones con la mirada de las Residencias en el ámbito del Primer Nivel de Atención. Y con esto nos referimos a que, por lo general a lo largo de nuestra formación, se nos atribuye la cualidad de “lo nuevo”, “la otra mirada” y “la frescura”. Consideramos que ello se puede deber a la ventaja, que a veces puede no serlo tanto, de conocer diferentes actores y situaciones en distintos sectores en un corto lapso de tiempo, lo cual nos permite actuar como articuladores entre instituciones, aportando a su vez una mirada diferente a la instituida dentro del sistema de salud. Tal vez la apuesta no es estar en muchos lugares al mismo tiempo como condición de posibilidad para poder brindar alternativas diferentes, sino en presentarnos dispuestos a hacer consciente la posibilidad de salir de la inercia de las instituciones y cuestionar lo instituido.

En síntesis, creemos que esa posición de lucha permanente abarca mejor al concepto de salud, y provisoriamente, como hipótesis de trabajo creemos necesario pensar que la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vivimos, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. (Floreal Ferrara, 1975, p. 120)

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Comunitaria

La experiencia que hemos relatado puede representar una de las múltiples formas de visibilizar la fragmentación que existe en el sistema de salud en general, a partir de una experiencia particular. Al producir diferentes estrategias de intervención, situadas y pensadas con la población que es destinataria de los servicios de salud, se pueden sentar las bases para pensar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de forma accesible, comunitaria e integral.

Referencias bibliográficas:

- Comes, Y., Garbus, P., Solitario, R. & Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación. Algunas articulaciones en torno al acceso a la atención en salud. Jornada de Investigación UCES. Buenos Aires.
- Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de Salud. Revista de Salud Pública. Editorial Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. N° 8. Pags. 115-120.
- García, R. (2011). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 1 (1) : 66-101.
- Molina Jaramillo, A. N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. Cadernos de Saúde Pública, 34.
- Ley Nacional 25.673 de 2002. Creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable. 22 de Noviembre de 2002. D.O. No. 30032.
- Organización Panamericana de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington, D.C: OPS.
- Pagnamento, L. (Comp.). (2021). Salud, enfermedad, atención y cuidados: Miradas desde las ciencias sociales. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones ; 77).
- Porto-Gonçalves, Carlos Walter. (2009). De Saberes y de Territorios: diversidad y emancipación a partir de la experiencia latino-americana. Polis (Santiago), 8(22), 121-136.
- Solitario, R. C., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2007). Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. Asoc Med Bahía Blanca, 17(3), 63-8.
- Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2008). Derechos, Ciudadanía y Participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, XV(), 263-269.
- Yanco, D. (2016). *Equipos de salud y continuidad de cuidados*. Ficha de trabajo.