



Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Sede Comodoro Rivadavia

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TESINA DE GRADO

**Intervención social a través de talleres lúdicos expresivos para
construir salud comunitaria en espacios microsociales**

Autora: Nieto, Rosana Cecilia

Director: Barría Oyarzo, Carlos

Co directora: Miranda, María Julieta

Cuando se juega se lleva a cabo la representación, dentro de un campo de juego propio, efectivamente delimitado como fiesta, es decir, con alegría y libertad. Para ello se ha creado un mundo de temporada. Su efecto no cesa con el término del juego, sino que su esplendor ilumina el mundo de todos los días y proporciona al grupo que ha celebrado la fiesta seguridad, orden y bienestar, hasta que vuelve de nuevo la temporada de los juegos sagrados

Johan Huizigna

Agradecimientos

Mediante las siguientes letras amontonadas y alborotadas (marcando mi estilo) quiero agradecer a cada unx de lxs docentes que han atravesado mi vida en formación y en lo personal. Me han brindado herramientas para analizar y así lograr comprender de manera consciente y crítica en primer instancia mi vida cotidiana, para luego lograr ser una profesional basada en la búsqueda de justicia social. A ellxs gracias. Agradecer a esas vueltas de la vida que me cruzaron hace años con mi dire de tesis, quien es más que un asesor es una persona que admiro, quiero y agradezco que forme parte de mi mundo. Por tu paciencia, entusiasmo, conocimiento compartido y valor comunitario te agradezco el haber caminado junto a mí durante este proceso. A mi codire, una muchacha que admiro por su empuje, energía y confianza brindada. ¡Gracias!.

Agradecer a mi familia que me ha bancado estos años en los que estuve bastante ausente dedicada a mi carrera, gracias. En especial a mi viejito que antes de partir me miro a los ojos y me volvió hacer sentir que yo podía y también que me merecía este logro. A cada unx de mis amigxs, a los de siempre, a los que están, a los que estuvieron, a todxs lxs que formaron y forman parte de esta construcción del ser quien hoy soy, gracias. A vos Gordo, gracias por las golosinas infaltables durante las previas de parciales y finales, y sobre todo por esa confianza que me transmitiste durante estos años de cursada, gracias. A mi hija perruna que ha trasnocado años, haciéndome la segunda entre mates y apuntes, gracias. A Cades, que me acompañó en el proceso de reencuentro con la vida, gracias.

A mis cumpas, que al igual que yo, desde que pisaron la universidad han puesto esa energía, transformando el sueño del título, en horas de silla y estudio para concretarlo.

A lxs que colaboraron en esta investigación compartiendo sus experiencias. A mis compañeras, trabajadoras comunitarias, que han sido parte de mi proceso de aprendizaje, gracias.

Gracias a los equipos interdisciplinarios de los CAPS, en los cuales he aprehendido y construido colectivamente esta profesional que hoy soy.

Gracias infinitas a la universidad pública, gratuita y laica que permitió que esta hija de un obrero, hoy orgullosamente, se emociona de dar el último paso para convertirse en profesional, y así dar cuenta que si se puede, que la realidad es transformable y que siempre necesitamos de lxs otrxs para la existencia misma.

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	5
Estructura de la tesis.....	6
Construcción del problema de investigación.....	8
Objetivos de investigación	10
Metodología	10

Capítulo I

Procesos de salud y enfermedad. Talleres lúdicos expresivos en el marco de la Atención Primaria de la Salud	14
1.1. “Perspectiva de salud comunitaria: Derecho a la salud, políticas públicas y cuestión social”	14
1.2. Breve recorrido histórico sobre las formas de intervención en salud pública y el rol del trabajo social	21
1.3. El Modelo Médico Hegemónico y la conflictividad con la estrategia de Atención Primaria de la Salud.	30
1.4. La organización del sistema público de salud provincial, el rol del trabajador comunitario y la APS	36
1.5. Los talleres lúdicos expresivos como estrategias en APS y participación social.....	42

Capítulo II

El territorio y el rol de las TCST. La experiencia de un taller lúdico expresivo para la construcción de salud enfermedad desde la APS.	49
2.1. El territorio pensado como espacio posibilitador de la acción colectiva.....	50
2.2. “Siempre se puede hacer más, ahí entra la complejidad entre lo necesario y lo urgente”: construir colectivamente políticas sanitarias situadas	61
2.3. “El centro de salud explotaba...”	69
Descripción del taller lúdico de salud sexual y reproductiva en sala de espera del caps 30 de octubre.....	69
2.4. “Se participaba con alegría y con interés”	84

Capítulo III

El trabajo social inserto en la APS y los talleres lúdicos expresivos como modalidad de intervención colectiva.....	91
--	-----------

3.1 “Creo que completa el ciclo del todo el trabajo que se hace en los barrios en el primer nivel de atención”. El trabajo social en la APS.....	91
3.2 El trabajo social inserto en el CAPS	95
3.3 Las políticas públicas y el trabajo social en la APS.....	102
3.4 Representaciones sociales del trabajo social en APS y los talleres lúdicos expresivos ..	109
Conclusiones	117
Bibliografía	124
Anexo.....	131

Introducción

La siguiente investigación se presenta como requisito para obtener el título de la Licenciatura en trabajo Social. Esta surge como interrogante a partir de mi desempeño laboral como agente del Estado, cumpliendo la función de trabajadora comunitaria de salud en terreno (TCST en adelante), en el CAPS (centro de atención primaria de la salud en adelante) 30 de octubre.

Como futura trabajadora social me interpeló la práctica concreta, lo cual me ha llevado a la problematización de este espacio de salud con anclaje territorial en base a la participación social como elemento primordial para construir salud comunitaria. Dentro de la disciplina de trabajo social la comunidad es fundamental para la construcción del campo problemático necesario para pensar la intervención desde lo comunitario.

Es por ello que se torna necesario dar cuenta del rol activo de lxs sujetxs que habitan este espacio singular para la búsqueda de la transformación a través de la acción. Por tal razón, se conceptualizan diversos aspectos sobre los procesos de salud enfermedad, poniendo en tensión las perspectivas del modelo medico hegemónico (MMH en adelante), un aparato ideológico tendiente a funcionar como ordenador de la vida cotidiana. Por otro lado, se visibiliza a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS adelante) como posibilitadora de emancipación de lxs sujetxs.

Desde esta estrategia los talleres lúdicos expresivos, son pensados como dispositivos para la promoción en salud y la integración del lazo social. A través de esta acción colectiva es posible pensar en el acceso a la salud desde la perspectiva de derechos humanos, donde las políticas públicas son las que van a dar respuesta a la cuestión social de acuerdo a los intereses en un contexto socio histórico determinado. A través de esta mirada el territorio es pensado como espacio posibilitador de la acción colectiva desde su particularidad para la comprensión de los procesos complejos que constituyen la salud-enfermedad, hacia la búsqueda de alternativas surgidas por quienes lo habitan.

En este sentido, desde una perspectiva de APS se da cuenta de las prácticas concretas que se han llevado a cabo para poner en tensión las falencias del sistema de salud provincial que obstaculizan el logro de los objetivos del primer nivel de atención en salud.

La descripción del taller lúdico de salud sexual y reproductiva en sala de espera del CAPS 30 de octubre visibiliza las repercusiones materiales y simbólicas que este dispositivo propicia en la institución y con lxs sujetxs que han participado. A través de la voz de sus protagonistas se describe y analiza la implementación de esta estrategia en la APS en coherencia a las bases de la misma.

Se destaca la importancia del trabajo social en la APS y puntualmente en este CAPS para la conformación de un equipo interdisciplinario que trascienda como eje central lo biomédico y construya desde una perspectiva integral, teniendo presentes los determinantes sociales de la salud para comprender la complejidad del proceso de salud –enfermedad.

Finalmente se analizan las representaciones sociales que giran en torno al trabajo social en APS por parte de la comunidad y el equipo de salud, dando cuenta la importancia de estx profesional dentro de la institución para acompañar en los abordajes de salud situados. Es aquí donde los talleres lúdicos expresivos se convierten en un eje central para las intervenciones comunitarias y acompañan a la recuperación del lazo social como estrategia de integración.

Estructura de la tesis

La presente tesis de grado se encuentra estructurada en cinco apartados; la introducción, tres capítulos y las conclusiones.

Inicia con la descripción de la construcción del problema de investigación, las bases que la fundamentan enmarcadas dentro de las preguntas que se fueron generando en relación al planteamiento del problema que interesa analizar, problematizar y describir; continuando con los objetivos (general y específicos) que funcionaron como faro a seguir en este estudio. Luego se continúa con el desarrollo de la metodología que acompañó el proceso, en el cual se encuentra inserto el equipo de salud en el rol de las trabajadoras comunitarias de salud en terreno, ante lo cual fui observadora participante de las intervenciones; y finalmente el estado del arte que visualiza lo que investigaciones anteriores han desarrollado en relación al tema de interés, que forman parte de las sugerencias para este recorrido teórico-práctico.

En el capítulo 1 se desarrolla la perspectiva de los determinantes sociales de salud, el proceso de salud enfermedad y la denominada “salud comunitaria”. Pensar estas conceptualizaciones desde la perspectiva de derechos humanos nos permite posicionar a la salud como derecho inherente a todo ser humano. A continuación, se describen los diversos anclajes desde las políticas sanitarias en relación directa a la salud pública en nuestro país a través de un breve recorrido histórico por los principales hitos desde la constitución del Estado Nación hasta la actualidad. Ligado a lo anterior se describe acerca de la inserción del trabajo social en el área de salud y sus respectivas intervenciones profesionales en diversos contextos socio históricos. Por consiguiente, se desarrollan conceptualmente el MMH y la estrategia de la APS como respuesta concreta al proceso de salud-enfermedad de las comunidades.

De esta manera se busca visualizar las tensiones y conflictos que se suceden entre un discurso hegemónico biomédico y la atención primaria de la salud basada en la participación. En correlación se describe la organización en el ámbito provincial el sistema de salud, las propuestas para cubrir a la población destinaria, el trabajo comunitario como política pública provincial y el rol de los centros de salud del primer nivel de atención. En concordancia se articula a las actividades comunitarias en salud los talleres lúdicos expresivos como estrategias en APS. Finalmente se presentan las actividades comunitarias y los talleres lúdicos expresivos como estrategias en APS, analizando sus particularidades para la construcción de salud comunitaria.

En el capítulo 2 se situará el recorte temporal-espacial desde una conceptualización de espacios microsociales en adhesión a la perspectiva que toma Carballeda para referenciar luego las intervenciones comunitarias concretas. Se caracteriza el espacio concreto, al mismo tiempo se describe el rol que desempeñan lxs trabajadorxs comunitarixs de salud en terreno (TCST en adelante), y la articulación directa con las políticas públicas.

Se describen intervenciones que se han llevado a cabo en estos espacios singulares a través de los talleres lúdico expresivos como estrategia de intervención para la búsqueda de la construcción de salud comunitaria. Particularmente se describe un taller lúdico expresivo con la finalidad de producir un análisis situado, desde las experiencias del equipo de salud y la comunidad. Se visibilizan las representaciones y sentidos de lxs sujetxs en relación a los equipos de APS y la comunidad. Por otro lado,

se desarrollarán problemáticas del sistema de salud referenciadas por lxs entrevistadxs que repercuten afectando o mejorando la accesibilidad de las y lxs sujetxs que habitan dicho espacio.

En el capítulo 3 se describe el rol del trabajo social en el ámbito de salud, particularizando en la presencia de estxs profesionales en la APS. Por otro lado, se pone en tensión las diversas miradas y representaciones que se tienen de la profesión por parte de lxs entrevistadxs. Seguido a esto se busca visibilizar el papel que juegan las políticas públicas en las instituciones, observando el modo en que estas tensionan y problematizan el quehacer cotidiano de la profesión inmersa en las bases de promoción, prevención y educación en salud. Se recupera la perspectiva de lxs profesionales en la APS, focalizando en la figura de profesionales en trabajo social en los CAPS provinciales y la importancia de esta profesión para conformar equipos interdisciplinarios.

Finalmente, en el apartado de conclusiones, este recorrido busca tensionar, problematizar y reflexionar sobre la práctica y la teoría para analizar, describir y develar que es lo que sucedió en el espacio singular en relación a la incorporación de los talleres lúdicos expresivos en la institución. Se comparten algunas reflexiones sobre el impacto de este dispositivo en la participación para la construcción de salud comunitaria. A partir del trabajo de campo se hace necesario visibilizar diferentes estrategias que acompañen al acceso al derecho a la salud pensado este como interdependiente de otros que hacen a la dignidad humana y el rol del trabajo social inserto en este espacio.

Construcción del problema de investigación

El CAPS 30 de octubre de la ciudad de Comodoro Rivadavia (cuya dependencia es provincial) se encuentra ubicado entre las avenidas Chile, Congreso y Kennedy, el mismo tiene como área de cobertura varios de los barrios que los rodean, entre los cuales se identifica el barrio Las Américas. Éste barrio se sitúa en la ladera que se encuentra detrás de las viviendas del Barrio 30 de Octubre, el mismo surge como un asentamiento debido a dos razones fundantes, por un lado a la débil planificación urbana y por otro, a las gruesas masas migrantes de países vecinos y de diversas provincias del país en busca de mejores condiciones de vida.

Cabe mencionar, que lxs sujetxs que habitan el barrio Las Américas son quienes acuden mayoritariamente al sistema de salud que se encuentra inserto en la comunidad. La relación que aparece entre lo macro y lo micro nos evidencia como impacta en el territorio particular un mundo que se visibiliza desigual, fragmentado y con un sistema de salud desmantelado por políticas neoliberales sostenidas de manera intermitente durante décadas en nuestro país. El desafío que atraviesan las organizaciones estatales de salud es ir un poco más allá de modelos basados en lo ahistórico, biologicista, individual, apolítico, brindando así la posibilidad para espacios donde se reconozca lo social y sus manifestaciones para una comprensión integral del proceso que va más allá de lo biológico.

En consecuencia, nos encontramos a nivel local con un espacio microsocioal donde es posible pensar en equipo acciones tendientes a lograr una participación basada en poner el cuerpo, la voz, la historia, saberes compartidos que hacen posible una construcción real de la salud comunitaria. Teniendo presente que en el actual contexto se visualiza una heterogeneidad de sujetxs atravesadxs por la incertidumbre, la desconfianza en lxs otrxs, en las instituciones y además violentadxs cotidianamente por un sistema capitalista que busca acallar las diversas voces para así acrecentar diferentes formas de desigualdad. En este sentido es necesario trabajar en la construcción de ciudadanía para enriquecer la construcción de una salud comunitaria.

Ante estas dificultades es imperioso reflexionar desde el trabajo social nuevas formas del quehacer profesional, para visibilizar en las particularidades de los territorios posibles alternativas en el pensar, sentir y actuar por parte de lxs integrantes del equipo de salud junto a lxs sujetxs que son parte del contexto, desde una perspectiva de derechos que implique a las comunidades a un posicionamiento activo. Es por ello que es preciso interpelar, analizar cómo influye la articulación del trabajo social con la implementación de talleres lúdicos en las intervenciones para la construcción de salud comunitaria que se han llevado a cabo en este CAPS con sujetos parte del barrio Las Américas durante el periodo que abarca enero del año 2018 a enero 2019. Esta es una práctica concreta que se llevó a cabo dentro de una institución de salud con la finalidad de promoción de la salud.

Objetivos de investigación

Objetivo general

- ☐ Analizar la implementación de talleres lúdicos desde una perspectiva de salud comunitaria en el barrio de las Américas en el marco del sistema de salud público durante el periodo de junio del año 2018 a junio del año 2019.

Objetivos específicos

- ☐ Identificar los diversos modos en los que interactúan el modelo médico hegemónico y la Atención Primaria de Salud a través de la implementación de intervenciones con talleres lúdicos expresivos.
- ☐ Conocer las representaciones que tiene la población usuaria y el equipo de salud sobre la incorporación de talleres lúdicos expresivos para el abordaje en la Atención Primaria de la Salud.
- ☐ Analizar la vinculación existente entre el acceso de lxs sujetxs a las políticas públicas en salud y los talleres lúdicos expresivos implementados.
- ☐ Visibilizar la relevancia del trabajo social en las intervenciones en los espacios microsociales a través de los talleres lúdicos expresivos para la construcción de salud comunitaria.

Metodología

La siguiente investigación tiene el objetivo de describir, analizar la generación de acciones por parte del equipo de salud CAPS 30 de octubre a través de los talleres lúdico expresivos con miras a la generación de la construcción de salud comunitaria. Estas acciones han tenido como finalidad construir el proceso de salud comunitaria desde una instancia colectiva. Se ha llevado a cabo a través de la implementación de talleres lúdicos expresivos como estrategia para transitar conjuntamente un proceso instituyente en el CAPS 30 de octubre durante el periodo que abarca junio del año 2018 a junio del año 2019.

Para el logro de los objetivos de este trabajo se realiza una investigación de tipo cualitativa. El fundamento de la metodología cualitativa está dado por una definición epistemológica, es decir, por los procesos implicados en la construcción del conocimiento y por la forma en que éste se produce (Vasilachis de Gialdino, 2007). En esta investigación se toma un diseño de teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967), desde un modelo de generación del conocimiento de carácter inductivo a través de un paradigma interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 2007).

Esta investigación se encuentra anclada desde una perspectiva de derechos humanos con una visión crítica reflexiva que permite a lxs sujetxs posicionarse como actores protagonistas de transformación. Se articula la misma a un dialogo constante entre diversos autores que concuerdan con la generación de nuevas estrategias para el logro de nuevas prácticas en territorio con la finalidad de promover un proceso de construcción de conocimiento colectivo. Se busca reflejar nuevas modalidades de intervenciones que acompañen a las comunidades en cuestión a innovadoras formas de abordaje en la construcción del proceso de salud- enfermedad donde el eje central sea la propia comunidad.

Teniendo presente que existen diversos caminos para indagar la realidad social, la siguiente investigación en coherencia a los elementos que conforman el proyecto de investigación se ha seleccionado como eje conductor al diseño flexible de la investigación cualitativa. Al hacer referencia al concepto de flexibilidad se alude a :

La posibilidad de adaptarse a cambios que puedan sucederse durante el proceso de la investigación con respecto a situaciones nuevas o inesperadas que se vinculen con el tema de estudio que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación o en los propósitos, a la viabilidad de adaptar técnicas de recolección de datos novedosas, y a la factibilidad de elaborar los datos en forma original durante su proceso (Mendizábal, 2006:.67).

Los datos obtenidos en este tipo de investigación son descriptivos de acuerdo a las palabras mismas de las personas entrevistadas y también lo observable. Su posterior análisis busca captar la propia reflexión desde el discurso de lxs sujetxs, donde esta investigadora en el trabajo de campo se propone abordar de forma integral la complejidad social en la que se encuentra inmersa. Cabe resaltar que, como estudiante en proceso de tesis, ocupó el lugar de observadora participante en relación directa a mi

desempeño laboral como TCST. Corbetta hace mención que a través de esta técnica “el investigador observa y participa en la vida de lxs sujetxs estudiados” (Corbetta,2010:304).

Los procedimientos utilizados para la producción de conocimiento se basan en técnica de recolección de datos por medio de entrevistas no estructuradas, la observación participante y las notas de campo obtenidas a lo largo de esta investigación. Las notas de campo son aquellos escritos más rudimentarios que precisan de la observación para su realización y deben contener la mayor cantidad de frases textuales y elementos que describan el contexto (Fuentes, 2004). A su vez otra de las técnicas indispensables para la aproximación al objeto de estudio fueron las entrevistas semi estructuradas, las cuales permiten disponer de un guión de preguntas en relación a los temas que desea tratar en la entrevista y se adaptan al tipo de códigos comunicacionales de quienes serán entrevistadxs (Corbetta, 2007).

En la presente tesis se efectuaron entrevistas semi estructuradas a dos mujeres participantes de diversas actividades comunitarias de intervención a través de los talleres lúdico expresivo. Al igual que se suma una tercera entrevista a un referente barrial que trabaja con algunas de las instituciones que conforman parte del territorio, entre ellas el CAPS. Como se ha mencionado anteriormente lo que se intenta describir en sus palabras es la experiencia vivenciada. Asimismo, se realizan a su vez una serie de entrevistas no estructuradas a parte del equipo de salud que ha participado de la producción y ejecución de las acciones mencionadas, intentando desde esta perspectiva captar sus representaciones con la incorporación de esta nueva estrategia de intervención en la construcción de salud comunitaria desde el paradigma de derechos humanos. Finalmente, el preciso mencionar que se cuenta con registro de observación participante durante el proceso de las actividades que se fueron desarrollando en el espacio de salud. Al proyectar la investigación cuyo objetivo es poder describir y analizar el modo en que influyen o no en el barrio de las Américas la implementación de intervenciones con herramientas lúdicas por parte del CAPS 30 de octubre en la salud comunitaria durante el periodo de junio del año 2018 a junio del año 2019.

A modo de cierre es fundamental dar cuenta que a través del proceso de investigación se buscó describir y analizar como impactaron las intervenciones con los talleres lúdico expresivos para la construcción de salud comunitaria. A través de las

técnicas utilizadas es factible visibilizar la solidaridad de lxs sujetxs en contexto, el sentido de pertenencia, la toma de decisiones y la lucha de estos colectivos hacia la reivindicación de derechos.

Capítulo I

Procesos de salud y enfermedad. Talleres lúdicos expresivos en el marco de la Atención Primaria de la Salud

A continuación, se desarrolla un marco conceptual de los determinantes de salud-enfermedad para luego comprender lo que significa trabajar desde la perspectiva de salud comunitaria. Luego se posiciona a la salud desde la perspectiva de derechos humanos visibilizando los diversos papeles de las políticas sociales en ese ámbito. Se realiza una periodización histórica de la constitución del sistema de salud en Argentina, y la inserción en este campo del trabajo social para dar respuesta a la cuestión social. Por tal razón se describen por un lado el MMH y la APS para comprender las diferentes lógicas desde las cuales se abordan los procesos de salud-enfermedad. Finalmente, se describe a la organización del sistema de salud provincial y sus políticas sanitarias. Como cierre del capítulo describen las acciones a través de la implementación de talleres lúdico expresivo como estrategia en APS para construir salud comunitaria.

1.1. “Perspectiva de salud comunitaria: Derecho a la salud, políticas públicas y cuestión social”

En este apartado se busca generar el primer acercamiento conceptual a las nociones vinculadas a los determinantes sociales de la salud, el proceso de salud-enfermedad y la perspectiva de salud comunitaria. Ligado a esto se articula a la salud como un derecho humano básico donde una forma de dar respuesta a la cuestión social es a través de las políticas públicas.

Desde la concepción tradicional y positivista la salud ha sido considerada como la ausencia de enfermedad, cuestión que a lo largo de la historia fue cambiando. En un primer momento se adjudicaba que las enfermedades eran resultados unicausales, las cuales eran observables, y se reducían a lo individual biológico. A partir del año 1967 la OMS (Organización Mundial de la salud) amplía este concepto introduciendo determinantes mentales y sociales. Pero a esta nueva ampliación se le critica que la salud sea un completo bienestar, debido a que de esta forma la sitúa como estática, razón que es una utopía y lejos se encuentra de la dinámica en la que están inmersos los

sujetxs (Ávila, 2009). Al traer el concepto de determinantes se hace referencia a que “la determinación no se limita a esto, sino que admite que los acontecimientos ocurren de una o más formas (definidas) determinadas (Bunge, 2007:133)

De acuerdo a lo que nos explican Hernández et al (2017) se pueden visualizar tres modelos para poder entender y elaborar estrategias desde el Estado para acompañar a la población en el proceso de salud-enfermedad. El primero es el concepto de campo de salud que se origina en Canadá. Este concepto implica considerar que la salud está determinada por una variedad de factores agrupados en cuatro divisiones que van desde el medio ambiente, estilo de vida, la biología humana y el sistema organizado de la atención de la salud” (Inst Nac de Epidemiología “Dr. Juan Jara 2008: 44). Por su parte Lalonde (1974) es quien, mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Mediante este diagrama desarrolla en profundidad estos campos que determinan el proceso de salud enfermedad y que influyen en la vida cotidiana de lxs sujetxs.

El segundo modelo para comprender el proceso salud-enfermedad es el de la OMS, que establece los determinantes sociales, distinguiendo el determinante estructural que refiere a la posición social de la persona, de su contexto social, político, económico. Otro determinante que jerarquiza es el intermedio, este se relaciona a la vulnerabilidad y exposición de diversos grupos poblacionales implicándose en las condiciones materiales que estos grupos viven. Finalmente, el determinante proximal representado como factores de riesgo como sexo, género que bien es posible identificarlo como un determinante estructural en relación a la posición de lxs sujetos en la vida social.

El tercer modelo propuesto, de acuerdo a lo que explica Hernández et al (2017), es el histórico social, o determinación social, el cual especifica que no solo es posible comprender el proceso de salud enfermedad describiendo las desigualdades sociales y sanitarias. Este modelo afirma que es fundamental develar dichas desigualdades, poniendo presente la (no crítica) al sistema social de mercado basado en la reproducción y explotación humana (Hernández, et al, 2017).

Diferentes campos de conocimiento dan cuenta del proceso en el que lxs sujetxs viven, disfrutan, padecen y/o mueren en un contexto determinado. Es decir, estos modelos visualizan tensiones, luchas, pujas de ideas sobre la visión desde la cual enuncian la salud y las formas de actuar, de acuerdo a diversos intereses. En el caso de Latinoamérica y su pensamiento crítico en relación a este proceso data de los años 70 desde la medicina social donde surge la determinación de la salud para la lectura del proceso por el cual transitan las comunidades y desde la perspectiva de defensa de los derechos. En palabras de Breih (2013):

“El carácter crítico de la propuesta se fundamenta en la vinculación con las luchas de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a la construcción de modos de vivir saludables (Breih2013:14).”

Hacer mención al proceso de salud enfermedad significa entonces, referirse a una categoría que permite comprender las actitudes individuales, colectivas y sociales frente a un fenómeno dado de acuerdo a los determinantes anteriormente desarrollados. Es decir, al referirnos al proceso de salud enfermedad estamos teniendo una mirada multicausal para comprender dicho proceso. Una construcción en la cual es fundamental poder visualizar los factores y variables que intervienen y que van determinar que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetxs, e incida con mayor o menor peso en determinados grupos poblacionales.

La salud comunitaria desempeña desde esta visión una estrategia de intervención que se posiciona desde la lectura multicausal de este proceso que es una construcción social donde las decisiones y acciones macro económicas, políticas, sociales van a repercutir en el espacio microsocioal. El Dr. Carrillo fue uno de los impulsores de la medicina social, entendiendo que “La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida” (Carrillo, R., 1946- 54)

Soforcada (2010) entiende que la constitución de nuestro país a través de la diversidad étnica nos proporciona una visión particular del proceso de la vida en el campo de la salud: “en nuestra realidad psico sociocultural, con la gran mezcla de razas y culturas aunadas unas veces y enfrentadas otras a través de nuestra abigarrada historia,

ha dado por resultado una particular visión del proceso de la vida implicado en el campo de la salud” (Soforcada 2010.p.12). El autor menciona que lo Indoafroiberoamericx es un conjunto de países en los cuales la salud es pensada desde la enfermedad, generadora de dinámicas lucrativas, donde el derecho a la salud se reduce a solo ser atendidxs cuando enferman. Por otro lado, se la visibiliza a la salud como el derecho a la salud es principalmente a no enfermar (Soforcada 2010:13).

En nuestro país el paradigma tradicional se caracterizó por su base fuertemente positivista, con apoyo en un cartesianismo mecanicista que lo empuja a grandes reduccionismos. Esto trajo como consecuencia la insuficiencia de respuestas eficiente en los problemas de salud. Es por ello que surgen movimientos de reformas de la salud pública en la región. Emerge un nuevo paradigma, el de la salud colectiva. Este posicionamiento en la salud pública generó un nuevo concepto, el de “enfermedad pública. Definida esta desde la perspectiva de poder público como el conjunto de enfermedades que el estado podría haber evitado poniendo en juego todos los recursos que dispone (Soforcada, 2010). En consecuencia, a este paradigma tradicional, que desemboca en más enfermedades, es que surge un movimiento para superarlo, trayendo como resultado la nueva salud colectiva. Desde el nuevo paradigma de la salud colectiva, la comunidad es participe junto a equipos interdisciplinarios de la toma de decisiones en relación al proceso salud -enfermedad. A pesar de representar un avance a la concepción tradicional de salud pública, algunos autores realizan una crítica. Se resalta que tiene el obstáculo de ser primeramente de naturaleza médica, lo cual “no le permite abandonar su posición de poder cultural” (Soforcada 2010:15).

Muñoz (2013) comprende a la salud comunitaria como aquella que entiende al proceso de salud enfermedad incluyendo los determinantes sociales, históricos, económicos y culturales además de los biológicos. Desde esta perspectiva considera que la salud pública debe orientarse hacia una salud colectiva. Este campo de salud es construido desde lxs sujetxs en dialogo con los equipos de salud en una comunidad donde la base es la participación social en salud. A través de este posicionamiento las resoluciones de diversas situaciones o problemáticas de salud surgen del propio territorio, teniendo presente que el conocimiento de los propios grupos acerca de sus percepciones, de sus experiencias es la base para la toma de decisiones y también para la exigibilidad al Estado en garantizar el derecho a la salud. La producción colectiva se construye desde la autonomía y la acción de lxs sujetxs revalorizando los saberes y

conocimientos que estxs traen. Desde esta lógica el poder circula entre ellxs por medio del saber, lo cual genera un fortalecimiento comunitario. Esto a su vez solo es posible a través de un trabajo donde se incluya e involucre a todxs lxs actorxs a través de la intersectorialidad, interdisciplinariedad (Muñoz, 2013).

Esta perspectiva posiciona a las instituciones públicas de salud desde una visión amplia, trascendiendo la ciencia médica como única forma de dar respuesta al proceso de salud enfermedad. Desde esta visión la salud no es solo la ausencia de enfermedades, sino que se interrelaciona a otros determinantes. Por lo cual es preciso el involucramiento de otras disciplinas para construir respuestas integrales, considerando que el proceso salud enfermedad se encuentra bajo la determinación social. Teniendo presente que dichos determinantes influyen en las condiciones de vida de lxs sujetos y que indiscutiblemente se interrelacionan con derechos que deben ser leídos desde lo particular a lo general y viceversa.

En relación a lo anteriormente expuesto es preciso dar cuenta que la profesionalización del trabajo social se liga a la atención de necesidades concretas en un contexto socio histórico determinado para la promoción y defensa de los derechos. Por lo cual, es fundamental conocer, contextualizar y caracterizar un territorio determinado con el fin de comprender las relaciones sociales que se construyen en él. Lo cual proporciona una mirada que acompaña al profesional para entender a las necesidades sociales como producto de la dinámica macrosocial que impacta de manera singular en un espacio concreto. Es decir, desde el trabajo social es posible acompañar desde el paradigma de la salud procesos colectivos de emancipación y resistencia por parte de los territorios a través de la interdisciplinariedad y el trabajo comunitario.

Esta disciplina respaldada en ley Federal n° 27.072 del trabajo social del año 2014, contiene dentro de sus incumbencias, más precisamente en el artículo N° 9, que estxs profesionales están habilitadxs para conformar equipos interdisciplinarios. Lxs mismxs pueden intervenir como agentes de salud en diversas instituciones de entes privados y/o estatales de acuerdo a los objetivos que orientan a la disciplina. En este sentido como agente del estado, más precisamente como técnica en gestión de salud comunitaria inserta en un centro de atención primaria de la salud que responde al Estado provincial y como estudiante de la carrera de trabajo social inició la reflexión sobre los aportes que se en esta tesis se presentan. La motivación principal ha sido la necesidad de

visibilizar en el ámbito de salud una serie de prácticas y acciones concretas que considero como generadoras de puentes para el acceso al derecho a la salud desde la perspectiva de salud comunitaria/colectiva.

Ante lo expuesto es preciso entender que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. En la Carta Internacional de Derechos se enuncian los derechos interdependientes a este, en particular “el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación” (Observación Gral. n°14,2000. p.1.)

Por esta razón se continúa advirtiendo dentro de la Observación Gral. N° 14 que la salud no solo debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que “el derecho entraña libertades y derechos”. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales (Naciones Unidas, 2000:1)

De acuerdo a lo anterior entendemos a la salud como uno de los derechos básicos de los seres humanos .Se encuentra protegida desde instrumentos internacionales que obligan a los Estados que adhieren, ratificando a tratados de derecho humanos especificando el deber del mismo de proteger el derecho a la salud “que aseguren el acceso igual a la atención de la salud, velando porque la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, calidad de servicios de atención de la salud”(Abramovich y Curtis 2006:52).

Argentina es uno de los Estados partes de estos tratados, y dentro de nuestra Constitución Nacional se da jerarquía constitucional en el artículo N° 75, inc. 22 al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que “en el párrafo 1 del artículo 12 se reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Se señalan en el párrafo 2 de ese mismo artículo cuestiones concretas en salud que se encuentran condicionadas por los determinantes:

Reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas

pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano (ONU, Obs Gral. n° 14 2000:2).

Por otro lado, en la Declaración Universal la salud aparece como el aspecto a un nivel de vida adecuado, ante lo cual es el Estado el responsable de generar los mecanismos y las acciones pertinentes para efectivizar el acceso y goce al derecho de la Salud (ONU,2012).

Para dar respuestas a las demandas que surgen como manifestaciones de la cuestión social, el Estado implementa políticas sociales. La cuestión social es entendida como aquellas desigualdades producidas por el tipo de organización social del sistema capitalista que impacta directamente en la vida cotidiana donde lxs sujetxs viven y se desarrollan alterando sus condiciones de vida, su reproducción material y simbólica (Pagaza, 2018). Es decir, este tipo de organización social generada por los cambios en el funcionamiento de la economía capitalista produce transformaciones en los modos de integración y también en los problemas sociales, entendidos como cuestión social (Solano, Andreanacci, 2005).

El Estado se expresa a través de medidas o acciones globales a las cuales se denominan políticas estatales. Una de las acciones estatales es la política social. Pagaza y Fernández (1988) conceptualizan a la política social como aquella que crea derechos y obligaciones en una sociedad y en el propio sector dominante, existiendo dentro de esta una variada gama de políticas donde podemos situar a las políticas en salud. Explican también lxs autorxs que es a través de estas decisiones que toma el Estado que organiza y garantiza relaciones de dominación y desigualdad en una sociedad (Pagaza y Fernández 1988:22). Dichas políticas sociales se vehiculizan por medio de las Instituciones satisfaciendo o no a las demandas que la generaron, lo cual permite visualizar los diversos lineamientos y los intereses que se pretenden alcanzar de acuerdo a el modelo político en un periodo determinado.

En consecuencia, desde el trabajo social es fundamental tener presente que las políticas sociales representan los recursos materiales y simbólicos que se van articular y también se van a interpelar en el espacio concreto en el que interviene el profesional.

Este posicionamiento es preciso para problematizar la reflexión acerca de cuáles y de qué manera son las intervenciones que el Estado brinda para dar respuesta a lo social y cómo esto mismo se manifiesta en nuestra profesión, considerando que la cuestión social y las políticas sociales son la base argumentativa de la formación y de la intervención profesional (Pagaza y Fernández, 1988).

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a la lectura simplista desde las cuales se toman acciones poco efectivas ante problemáticas complejas. Partiendo del conocimiento de que en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social.

Como observamos, es imprescindible tener una perspectiva de derechos y sobre los determinantes sociales de la salud. A pesar de ello, como veremos en el siguiente apartado, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el orden biológico, quitándole valor a los procesos sociales intervinientes.

1.2. Breve recorrido histórico sobre las formas de intervención en salud pública y el rol del trabajo social

En el siguiente apartado se propone contextualizar la constitución del sistema de salud en nuestro país. Por lo cual se articulan las diversas políticas sanitarias que se fueron gestando en relación a los objetivos e intereses determinados por los distintos momentos históricos que van desde la constitución del Estado nación hasta estos últimos años. De ello se desprende una breve historización de la profesionalización del trabajo social con la mirada enfocada en el campo de la salud. En este recorrido se propone dar cuenta de las heterogéneas intervenciones que construyeron y construyen la identidad de lxs profesionales en el campo de la salud.

Tobar (2012) explica que es posible identificar cuatro modelos de Estado en relación a políticas destinadas a salud en Argentina. Un primer modelo liberal constituido a mediados del siglo XIX totalmente subsidiado donde el Estado se limita a la atención en tanto interrumpa el orden natural del mercado y donde la salud no es

posicionada como un derecho. Un segundo modelo a partir de la década del 40 junto a la modernización conocido como nacional-popular. La esfera pública crece y el Estado toma protagonismo. En este periodo se expanden los derechos sociales y de salud, al igual que comienzan a coexistir los seguros de salud y las acciones públicas. Le continúa el modelo desarrollista en la década del '60 donde el Estado se corre de ese rol central y se comienza a descentralizar y a su vez desfinanciar el sistema de salud a los ámbitos provinciales. El cuarto modelo que comienza a delinearse a partir de los '70 y se consolida en los '90 se basa en un lineamiento neoliberal. Aquí el Estado se lo corre por completo como ente regulador. En este periodo prima la descentralización, la focalización y el recorte del gasto público. Esta periodicidad permite conocer las políticas sociales que el Estado va estableciendo de acuerdo a los intereses que rigen la toma de decisiones y acciones a seguir en un contexto socio histórico determinado (Tobar, 2012)

Las respuestas a través de políticas sociales que encontramos en primer momento es la denominada policía médica durante la primera mitad del siglo XX. Esta se basaba en el control y moldeamiento de la sociedad para la reproducción de las masas obreras. Esta etapa se regía fuertemente por la orientación del proceso de acumulación hacia los intereses hegemónicos caracterizados por el modelo agro exportador. El Estado solo daba respuesta a lo social a toda situación que comprometiera dichos intereses (Tobar, 2012). Por su parte Carballada (1995) explica que en este periodo surge la consolidación de una ciencia médica hegemónica.

Esta aparece como un orden que organiza la vida cotidiana, avasallando valores culturales, sociales, históricos se han presentado desde los inicios de la conformación de nuestro Estado –Nación. La misma se basada en campañas y acciones tendientes a modelar a la sociedad. Estas acciones buscaban que esta evitara la “vida ociosa o del vicio” y se inclinara más a procesos económicos, donde los más vulnerables debían internalizar “el bien común”. Es por ello que desde el Estado capacitaban agentes para vigilar y garantizar su cumplimiento. Por otro lado, surgía una rama nueva de la ciencia que buscaba depurar la raza desde el aprendizaje y apuntaba a la infancia a través de diversas normas higiénicas, al igual que se estudiaba según la herencia del medio el grado de peligrosidad de estas futuras generaciones. (Carballada,1995).

El inicio de la asistencia social estatal en nuestro país surge a principios el siglo XX. Nace a raíz de que la sociedad de beneficencia, con su conocimiento intuitivo de los males sociales, ya no brindaban las respuestas. Ante lo cual es que aparece la necesidad del “conocimiento exacto de lo social”. Necesitaban contar con ese conocimiento exacto del estado de necesidad, lo cual se comienza a realizar a través de diagnósticos sociales (Fanfani 1989) por ende, se busca, se diagnostica y se ficha. Este trabajo requiere de personas especializadas para realizar la asistencia, y son los visitantes y asistentes sociales los encargados de cumplir esta labor. A partir de entonces se reemplaza el concepto de beneficencia por el de asistencia social.

La cientificidad define al profesional de la asistencia social a partir de contar con métodos y técnicas de diagnóstico para tratamientos. El servicio social debe tener una eficacia máxima con el mínimo gasto (Fanfani, 1989:53) Por medio del paradigma de la enfermedad se construyen las representaciones del problema social. Las técnicas se basan en la medicina para la cura, la vigilancia y la re adaptación del asistido. El merecer asistencia se rige en el tipificar al futuro asistido tomando las dimensiones físicas, intelectuales y morales del individuo (Fanfani, 1989), es decir, se construye al sujeto a partir de un diagnóstico para su control y justificar también su exclusión si no es un sujetx productivx.

Con la incorporación de Argentina al mercado capitalista mundial que genera el desplazamiento de masas de zonas rurales a las ciudades y junto a las migraciones aparecen los llamados “pobres del capitalismo” (Fanfani 1989) y con esto surge la cuestión social. El Estado entonces brinda respuestas con la intención de ordenar y controlar. Es por ello que se implementan políticas en salud, las cuales son parte de las otras estrategias del Estado con la finalidad de una adecuada reproducción de fuerza de trabajo. Es decir, el trabajo social surge a través de un ejercicio con manifestaciones conservadoras y moralistas en su accionar, funcionales al sistema que regía en la vida cotidiana desde el orden y el progreso. Se buscaba en ese entonces un bienestar social, es así que la intervención en el social comienza a ser naturalizada dentro de la cotidianeidad desde el proyecto de modernidad.

Desde este posicionamiento se intentaba mantener la homogeneidad en la población por medio de lxs profesionales y las instituciones. Teniendo presente que la cuestión social en sus inicios fue postulada como consecuencia del sistema económico

hegemónico que produce desigualdades condicionando la vida de lxs sujetxs. En su artículo la autora Fossini (2003: párr. 44) explica “no siempre la existencia de la cuestión social generó el reconocimiento de que el propio desarrollo del proceso productivo y las diversidades sociales eran las causas de su existencia”, continua luego mencionando que la cuestión social se justificó y se centró en problemas patológicos individuales.

Durante el periodo caracterizado por el crecimiento de un Estado de Bienestar (1946-1955), momento histórico en el que nuestro país tiene el mayor auge en adquisición de derechos sociales avalados por el Estado y conquistados por la sociedad, se pueden distinguir diversas formas de acceso a la atención en salud. Por un lado, el “seguro social” como característica principal con mecanismos administrativos de protección que abarca a la masa obrera y sus familias. Le sigue a su vez la “seguridad social”, que trae consigo la universalidad de la prestación del servicio de salud a la población en general desde la perspectiva de derecho social.

Dichas formas de asistencia a la salud comienzan a generar la fragmentación entre el sistema público y el privado. En palabras de Tobar “Esa tensión sedimentó en una matriz de respuestas fragmentadas a las necesidades de salud de la población” aludiendo a la expansión y propagación de diferentes entes para dar respuesta a las necesidades en salud (Tobar, 2012:9). La solución ante esta crisis es a través de la aparición del Estado de bienestar con un rol interventor proteccionista donde se da el mayor auge en adquisición de derechos sociales. Fossini (2003) explica que es a partir de entonces que la disciplina de trabajo social comienza acercarse desde otro posicionamiento, el de derechos. El autor explica que podría decirse que aquí se abre la brecha marcada en articular distintas disciplinas sociales con los derechos sociales, donde las prácticas del Trabajo Social se ven influenciadas por ello.

Otro de los modelos que toma protagonismo en la evolución del sistema de salud es el desarrollista que data en la década de los 50-60. Este modelo viene a reemplazar el rol distribucionista del Estado con la finalidad de garantizar la acumulación del capital. Para dar respuesta a esta lógica de acumulación se comienza a reducir los gastos en las políticas sociales. El sector salud sufre este impacto donde aparecen las propuestas de descentralización y desburocratización, generando el traslado de responsabilidad a los estados provinciales. Se comienza a desarrollar intervenciones en el sector basadas en

un enfoque tecnocrático financiado por entes internacionales que bajan las formas de abordajes (Tobar, 2012).

Durante el periodo del desarrollismo la función de lxs trabajadorxs sociales estaba diseñada para posicionarlxs como agentes de cambio, educadores de estas poblaciones, instrumentales al sistema capitalista sin margen de pensamiento crítico. Desde estas políticas se trabajaba por medio uso de técnicas, para la búsqueda de recursos que había dentro de las comunidades, para generar así un desarrollo económico y un funcionamiento de las masas obreras al sistema capitalista. Desde esta lógica se limitan las capacidades tanto de los profesionales, como el de las comunidades intervenidas (Bonfiglio,1982). Un agente de cambio que transforme al individuo, a las instituciones, que tiene la capacidad de interpretar las problemáticas sociales ya que es testigo directo de las experiencias de la gente, lo cual nos muestra una fuerte impregnación de tono moral que remitía al humanitarismo de las primeras épocas de la profesión

Es durante este periodo que comienzan a tener jerarquía estxs profesionales. Podría decirse que es a partir de este momento cuando lxs profesionales iniciaron una trayectoria desde un posicionamiento político, generando una división con otrxs profesionales de la misma disciplina que continuaron sosteniendo prácticas basadas desde el voluntarismo sin el atravesamiento desde una mirada crítica.

El siguiente modelo vislumbra en el sector salud la presencia del sistema ideológico neoliberal, con acciones de achicamiento al máximo en el rol interventor del Estado. En el sector salud desde este modelo se implanta una definición en salud que sitúa a la misma como mercancía.

Las políticas sanitarias se orientan a fragmentar al sistema de salud, descentralizar los servicios, fortalecer el sector privado, focalizando la provisión pública (Tobar, 2012). Menéndez (1988) hace mención que como consecuencia a partir de la década del 70 surge una crisis marcada en el sistema medico hegemónico, ante lo que se implementa la APS. Esta estrategia busca recuperar, analizar, gestar un trabajo colectivo que se base en la participación de sus propios protagonistas para la identificación de sus problemáticas complejas y de sus posibles soluciones.

Esta implementación fusiona el saber científico y el saber cultural de las poblaciones, sabiendo que el proceso de salud enfermedad se sucede en el adentro de las comunidades con sus respectivas características y donde lxs sujetxs desarrollan su vida cotidiana. En estos contextos socioculturales con diversas relaciones de poder que lxs atraviesa es propicio para gestar procesos colectivos. Siendo su legado una enorme influencia en las políticas públicas, la configuración de los sistemas de salud y en el pensamiento y la acción. (Bertoloto, 2012).

La reconceptualización entendida como reflexión y acción crítica es lo que le sigue a la época del desarrollismo donde se comienzan a problematizar acerca del quehacer profesional. Este movimiento que surge entre la década del 60 y 70 en relación directa a hechos sociales, económicos y políticos que se suceden en América latina.

A este movimiento se lo enmarca a través de una fuerte politización de la sociedad en general, a partir de corriente críticas marxistas, atravesadas por la pedagogía que Freire Paulo desarrolla en Brasil y se suma a esto un fuerte pensamiento nacionalista. Alayon explica que “los trabajadores sociales comenzamos a identificar y reconocer el origen de la desigualdad en las relaciones de dominación”. Continúa el autor “cuestionando las propuestas de integración al medio de los desadaptados, propias del pensamiento modernizador” (Alayon, 2005:13). Esto ha constituido para la disciplina el paso más relevante. Este movimiento marcó el quiebre entre un quehacer profesional desde un posicionamiento tradicional impregnado este por los sesgos históricos, tales como la caridad y la filantropía, hacia otro posicionamiento político ideológico en busca de la transformación social que genere la liberación de los oprimidos.

La vuelta a la democracia en nuestro país que se sucede en la década del 80, busca la democratización de las políticas en salud por medio del impulso integrador a un seguro nacional de salud que encuentra sus obstáculos en la dinámica política sectorial, en la cual faltó empatía hacia esa integración proyectada. Este periodo marca hacia adelante el inicio de la fortaleza de esa visión que asocia a la salud con la mercancía, es así que las ofertas de servicios privados y prepagas en salud se acrecientan (Tobar, 2012). El resultado de estas acciones por medio de políticas públicas responde a un tipo determinado de gobierno y por ende a un tipo determinado de visión de mundo.

A su vez la toma de decisiones por parte del Estado desencadena en una manera de organización social y esto se evidenció fuertemente durante la década de los noventa en el gobierno de turno. Este gobierno se inclinó y apostó a la mano del mercado como organizador de la vida cotidiana de lxs sujetxs de nuestro país, impactando en las políticas públicas que directamente atraviesan a la vida cotidiana de lxs sujetxs. El sector salud sufrió nuevamente la descentralización de las responsabilidades por parte del Estado Nacional.

Fue el nivel provincial el que debía comenzar a gestionar acciones para la satisfacción de las necesidades en el sistema de salud. Recibiendo escasos recursos por parte del gobierno nacional para la implementación y sostenimiento dentro de los otros niveles de Estado. Características como fragmentación entre la sociedad, entre las instituciones y sobre todo un desmantelamiento aterrador de las instituciones que brindaban servicio de salud fue impactando e inscribiéndose en los cuerpos de lxs sujetxs generando de manera inmediata diversos padecimientos (Carballeda, 2004).

Desde este enfoque es fundamental tener presente que las políticas neoliberales fueron y son la visión del mundo que se quiere construir y las mismas generan el desarrollo de las relaciones sociales basadas en la individualización y la competencia. Dichas relaciones sociales día a día fragmentan todo intento de integración social, engruesando procesos de empobrecimiento. Aquí el asistencialismo se instala siendo instrumental al orden liberal.

En el caso particular de la salud, las políticas sanitarias muchas veces apuntan a la responsabilidad de la salud en el plano de lo individual. De esta forma el Estado desentiende o pone en segundo plano los procesos sociales que intervienen en la conservación o deterioro de la salud, es decir, sin incorporar determinantes sociales que hacen a los procesos de salud enfermedad en diversos sectores de la sociedad, generando de esta forma meros objetos de intervención.

Luego de esta crisis se sucedió una aún más profunda a partir del 2001 que tuvo consecuencias irreparables en la vida cotidiana de lxs argentinxs, acentuando fuertemente las desigualdades, generando un engrosamiento de los sectores más vulnerables en relación directa a la situación económica dejando un país desmembrado. Durante este periodo se visualizaron manifestaciones populares basadas en el ejercicio

de la democracia y ciudadanía. Martínez y Agüero (2005) manifiestan que este nuevo resurgimiento cobra gran trascendencia y es esperanzador de grupos, ideas y voluntades que se asocian en la Argentina en la construcción de un nuevo orden político, económico y social.

El gobierno Kirchnerista sentó, en concordancia con el Ministerio de Salud de la Nación, el inicio de un importante trabajo de consensos sectoriales y transversales en el marco del diálogo argentino en el sector Salud que arrojaron como resultado El Plan Federal de Salud en el año 2004. El mismo se orientaba hacia una auténtica acción que conducía a la accesibilidad. Este plan Federal fue lanzado en el 2004 como estrategia que se pautó entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales con una fuerte presencia del Estado como garante de derechos anteriormente vulnerados. De acuerdo a este documento y dentro de esta lógica, se buscaba implementar una política de reforma primordial que se tradujera en el diseño de un nuevo modelo sanitario. Este se basaba en la construcción de redes de atención, reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria, lo cual se consideraba lo más efectivo en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme. De esta forma, la estrategia a seguir era apuntar a asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio.

Esta estrategia del Ministerio de Salud, propiciaba a la participación responsable y comprometida en el nuevo modelo, privilegiando las acciones en salud. Es así que se fortalece la estrategia de atención primaria como organizador del sistema, acentuando de esta manera la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, en la búsqueda de diversos mecanismos que permitan una fuerte participación comunitaria en todos sus niveles (Presidencia de la Nación, 2004). Jerarquizar la estrategia primaria de la salud a través de una diversidad de planes y programas. Dicha política se sostuvo más de una década consecutiva, buscando el protagonismo resolutivo de los centros de salud en promoción, prevención y educación de las poblaciones desde las particularidades del territorio (Presidencia de la Nación 2004).

Durante el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) Argentina padeció una de las mayores crisis. Zabala (2020) refiere que en Argentina, los últimos cuatro años de neoliberalismo del gobierno macrista ha dejado una crisis social, económica y alimentaria, de consecuencias nefastas para los sectores empobrecidos de la población.

Cabe resaltar que este periodo de gobernabilidad se posicionaba bajo una mirada del mundo direccionada desde la tendencia neoliberal, basada en el mercado como regulador y organizador de la vida cotidiana de lxs sujetxs. Durante este periodo las políticas en salud fueron de corte residual, es decir, desde este orden prevaleció un capitalismo desregulado, en el cual las acciones y decisiones del gobierno se orientaban hacia las necesidades del capital y no en lo social. Es preciso dar cuenta que la ideología neoliberal no se orienta hacia la búsqueda de concretizar derechos, simplemente se implementan políticas focalizadas y estigmatizantes, donde el Estado se corre del lugar protector de la sociedad (UNPSJB Catedra de Trabajo Social I, 2010). En el ámbito de salud hubo recortes presupuestarios, desmantelamientos, y se dejó a nuestro país sin Ministerio de Salud por lo cual este paso a depender del Ministerio de Desarrollo Social como Secretaría.

De acuerdo al recorrido histórico anteriormente desarrollado en relación al Estado y las políticas en lo que denominamos campo de salud surgen intervenciones que se deslizaran de a poco en toda la sociedad de formas diversas, de acuerdo a diversos intereses en un momento socio histórico determinado. Es así que la intervención en lo social tiene profundas raíces moralistas, basadas en la caridad, la filantropía y lo que busca es el orden de los cuerpos en un primer momento, conocido como el disciplinamiento de los cuerpos (Carballeda, 2004). Es a través de las instituciones, sus prácticas y sus profesionales que se articulan y ponen en acción las formas de abordar lo social (Carballeda, 2000). En lo que refiere a las intervenciones encontramos diversos modos de abordar políticas sociales destinadas a salud con abordajes muy heterogéneos que permiten analizar el quehacer profesional del trabajo social en este campo.

En lo que respecta al trabajo social es posible visibilizar a lxs profesionales desempeñando papeles que hicieron y hacen a posicionamientos éticos políticos muy distintos entre un periodo socio histórico y otro. En una primera instancia pasando por meros objetos instrumentales a un sistema económico como organizador de la vida en sociedad. Luego profesionales participes activos en distintas instancias de reclamo ante políticas públicas asistencialistas y focalizadas, intentado aportar visibilidad sobre los procesos que se fueron desarrollando, acompañando a los sectores más perjudicados de nuestra sociedad en los distintos contextos socioeconómicos (Godoy,2020).

La disciplina del trabajo social tiene como horizonte la justicia social basada en una perspectiva de derechos humanos y busca constantemente el trabajo en la ampliación y garantía de ciudadanía. Esto implica posicionarse desde la convicción de políticas basadas en la participación y protagonismo colectivo. La historicidad que hace a la construcción de la identidad de lxs trabajadorxs sociales hoy interpela a lxs mismxs desde las formas de llevar a cabo el ejercicio profesional con una fuerte reflexión y autoanálisis. Alayon (2007) fundamenta este posicionamiento profesional en palabras de Netto, manifestando:

Pone en relieve la libertad al escoger entre alternativas concretas que marcan el camino ético político que elige seguir el profesional” el proyecto ético político tiene en su núcleo el reconocimiento de la libertad como el valor central, la libertad concebida históricamente como la posibilidad de escoger entre alternativas concretas, de ahí un compromiso con la autonomía, la emancipación y la plena expansión de los individuo social (N Alayón.2007:14)

En el transcurso del apartado se desarrollaron diversas acciones desde las cuales se fue dando diferentes tipos de respuesta a través de abordajes por medio de políticas sanitarias a las necesidades de lxs sujetxs. Cabe decir que este recorrido histórico entrelaza el surgimiento del trabajo social para dar respuesta a la cuestión social junto a la visión de salud que se fue construyendo con los distintos tipos de Estado.

1.3. El Modelo Médico Hegemónico y la conflictividad con la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En el siguiente apartado se propone dar cuenta de la conflictividad que existe entre el Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) y la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS). Por tal razón se inicia el recorrido conceptual con una breve descripción de los rasgos principales del MMH, sus inicios y la crisis que llevó al surgimiento de la estrategia de APS como respuesta a los problemas de salud. A su vez, se describen los diversos enfoques desde donde se ha ido implementando la APS y cuáles son sus formas de abordar y comprender sus intervenciones en salud.

Desde la primera revolución industrial el lugar legitimado del saber científico en la atención salud-enfermedad se consolidó a través de la figura del médico como único

portador de conocimiento. El MMH se instaló en la sociedad para organizar, disciplinar y controlar la vida social con el fin de cumplir con el sistema económico y sus progresos productivos (Menéndez, 1978). En palabras del autor, las principales características del MMH son en el presente el biologismo, lo ahistórico, lo individual y el mercantilismo. Son estos rasgos dominantes de la biomedicina los cuales gobiernan, inclusive en la actualidad, los cuerpos y las subjetividades de lxs sujetxs. Estas características que distinguen al MMH son los que justifican la estigmatización de algunos grupos sociales. En palabras de Menéndez “es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades” (Menéndez, 1978:12).

Siguiendo a Menéndez (1978) cabe mencionar que los rasgos del modelo médico son dinámicos y responden a continuar manteniendo la hegemonía de este saber sobre otros posibles y esto a su vez responde a la dinámica del proceso socioeconómico en un tiempo y espacio determinado:

El saber médico siempre ha reconocido la existencia de factores socioculturales y económicos, especialmente en el caso de la epidemiología, pero una cuestión es reconocer su existencia y otra es usarlos como factores sociales o culturales en un nivel similar al uso de los factores y procesos biológicos, y sobre todo asumiendo la especificidad de lo cultural y de lo económico en las interpretaciones y acciones sobre el proceso salud-enfermedad (Menéndez,1978:12).

Desde la perspectiva de Carballada (1994) este saber científico llegó con su discurso basado en una nueva y única verdad desde la cual se debía ordenar la vida cotidiana, discurso apoyado en la razón, por encima de valores culturales, históricos, sociales o estéticos. La razón médica se introdujo en la vida cotidiana y aun en la actualidad se perpetúa en la cotidianeidad de lxs sujetxs. El autor citado explica que son los medios y las gráficas quienes marcan la direccionalidad de cómo vivir la vida cotidiana a través de las revistas de interés general o en los programas de televisión que nos aconsejan modalidades de vida "sana", de comportamiento, de relación con lxs otrxs:

La medicina dirá cómo deben construirse las casas, qué tipo de mobiliario es conveniente, se hablará de ropas higiénicas, se pautarán las formas de relacionarse

y cómo llevar adelante la vida cotidiana, el cuidado de los niños, la forma de trabajar, la enseñanza, el uso del tiempo libre, la sexualidad, entre otras (Carballeda 1994:5).

Este modelo médico hegemónico luego de la segunda Guerra Mundial, más precisamente en la década del 60 comienza a ser cuestionado y entra en crisis debido a ciertas problemáticas en salud a las que no pueden dar respuestas durante la segunda posguerra. De esta manera, la desnutrición emergerá como un problema político, respecto del cual las actividades médicas aparecen como secundarias y subordinadas (Menéndez, 1978). Es decir, en esas situaciones aparecen las muertes que pudieron haber sido evitadas y en su mayoría se trataban de enfermedades relacionadas a las situaciones sociales que atravesaban las clases obreras tales como alcoholismo, enfermedades mentales, entre otras.

Mientras este modelo reduccionista y de orden positivista negaba una visión de la salud-enfermedad como un proceso socio histórico la morbimortalidad crecía visualizando situaciones de vida-muerte totalmente evitables y concernientes a condiciones económicas-políticas y socioculturales. Por otro lado, aparecen críticas de sectores neoliberales que cuestionan el derroche económico y el costo elevado en relación a costo/beneficio, siendo su eje la imperiosa necesidad de privatizar este sector con la visión mercantilizada de la salud (Menéndez 1988).

Es preciso comprender que este MMH es un paradigma teórico que se rige a partir de un marco ideológico desde donde va ordenando la vida cotidiana. Cabe resaltar también que este modelo se desprende de la ciencia positivista del siglo pasado. Un modelo basado y centrado en lo biologicista desde donde atender la enfermedad. Esta visión simplista no acepta otro diagnóstico que no sea el de la ciencia médica para acompañar el cuidado de la salud, dejando por fuera otros saberes. Santore (1993) refiere a que la palabra de los médicos no es discutible bajo ningún aspecto, dejando afuera la voz de la persona usuaria, el contexto de su vida cotidiana, los saberes previos que la acompañan, la riqueza que quizás trae consigo desde sus costumbres, cultura y hábitos.

De acuerdo a las razones mencionadas es que surge como estrategia la APS para enfrentar dicha crisis en su eficacia y gasto. Esta estrategia buscaba impulsar las prácticas preventivas y correr la hegemonía del modelo biomédico, al igual que abaratar

los costos de una medicina que resultaba económicamente costosa en relación al costo/beneficio. La misma nace a nivel internacional durante las décadas de los 60 y 70 a través de organismos como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (OPS). La APS surge en un momento de plena crisis económica en la gran mayoría de los países latinoamericanos que se encontraban bajo regímenes militarizados, los cuales ordenaban la vida cotidiana de los sujetos (Wilner y Stolkiner, 2007).

Es en este contexto donde se implementó la estrategia de salud que articulaba el sector con la comunidad en situaciones de extrema pobreza, con eficacia y con un gasto mínimo, como alternativa para el hacer e intervenir en el proceso de salud-enfermedad.

De la misma forma que lo sucedido con el MMH, Menéndez refiere que esta estrategia ha recibido críticas que van desde la mirada de los profesionales que en muchos casos visualizaban, y en la actualidad se sigue escuchando en los pasillos, que esta forma de trabajo se asemeja a una “medicina de segunda”, hasta planteos que proponen sectores de la sociedad de privatización de estos servicios como forma resolutive (Menéndez, 1988).

Por su parte Wilner y Stolkiner (2007) explican que se consideraba una medicina de pobres o barata debido a que “esta interpretación de la Atención Primaria de la Salud como un primer nivel esencial para poblaciones desfavorecidas con prestaciones de bajo costo, fuertemente sostenidas en la colaboración voluntaria de miembros de la comunidad (2007:2).

Para el año 1979 en nuestro país se visualizaba la APS como una metodología de prestaciones de servicios mínimos y esenciales. Se interpretaba que este nivel y forma de atención estaba designada a las poblaciones más desfavorecidas y en ocasiones era sostenida por las mismas comunidades con un costo mínimo por parte del Estado. Es necesario tener presente que durante su implementación nuestro país se encontraba bajo el régimen de un gobierno militar, lo cual obstaculizaba uno de los ejes centrales de la APS como lo es la participación. Por lo cual, solo se visualizaba como un programa que solo expandía la cobertura de servicios.

Durante el retorno de la democracia esta estrategia tuvo su momento de auge, marcando un antecedente en la medicina social. Sin embargo, el gobierno que le

continúo de corte neoliberal se posiciono bajo las reglas tecnocráticas verticalistas que fueron monitoreadas por organizaciones financieras internacionales que poco se vinculaban a los ministerios de salud en lo Nacional y Provincial. (Stolkiner. A, Wilner A.2007).

Menéndez, hace mención a que la APS debe pensarse como estrategia que permita generar en las comunidades demandas hacia el Estado para que este cumpla su rol garantizador de derechos, lo cual a su vez transforma a lxs sujetxs de un conjunto social con autonomía en relación al Estado y los grupos dominantes (Menéndez, 1988). Una de las intervenciones que apostaron a fortalecer la APS y su articulación entre el Estado Nacional, provincial y local fue la implementación del plan federal en el 2004 durante los gobiernos Kirchneristas.

Finalmente, terminado este periodo de gobierno kirchnerista, le sigue uno totalmente distinto al anterior con una impronta neoliberal. En lo que refiere a salud pública durante el gobierno de Mauricio Macri se degrada al Ministerio de salud a Secretaría. Aun así, se mantuvieron las políticas sanitarias, aunque también fueron frecuentes los recortes presupuestarios que dejaron un sistema de salud desmantelado: “Así, mientras plantea el fortalecimiento del carácter “rector” del Estado nacional, se refuerza la política de descentralización, responsable de la fragmentación y atomización de nuestro sistema sanitario” (Barbieri, Miranda y Suarez, 2020). Bajo esta lógica las provincias recepcionaron políticas nacionales que estaban sujetas a recortes presupuestarios que afectaron el servicio público en salud.

El recorrido establecido en este apartado permite visibilizar las diversas características heterogéneas y fragmentadas de implementar la APS en nuestro país a lo largo de nuestra historia. Ante esto es preciso reflexionar que no hubo, ni hay, una estrategia única de APS, partiendo de la visión crítica y consciente de que a estas formas de intervenir en salud pública son atravesadas por un posicionamiento ético político e ideológico. Estas diversas, pero no ingenuas, formas de hacer por parte de los distintos gobiernos construyen la historia del sistema de salud. Las acciones u omisiones llevadas a cabo dejan entrever el proyecto de visión del mundo social que se pretendía y pretende construir desde las esferas más altas del gobierno de turno y cómo ese accionar macro impactó e impacta en el ámbito microsocial.

Como se ha dicho a la estrategia de la APS se la implementó e interpretó de maneras heterogéneas. Por tal razón es preciso mencionar sus enfoques que han marcado diversas formas de pensar, sentir y actuar tanto, en el adentro de los equipos del primer nivel de atención, como en las comunidades destinatarias. En palabras de Cruz Peñate (2011) se pueden distinguir cuatro enfoques que permiten comprender el posicionamiento desde el cual se actúa.

Existe un enfoque llamado “selectivo” el cual contiene un limitado número de servicios, y estos están destinados a los sectores pobres de un territorio específico. Por su parte, la APS presentada como la puerta de acceso al servicio de salud, dispone este nivel de médicos formados en medicina general. A su vez también coexiste el enfoque de APS “integral”, basada en una asistencia sanitaria esencial al alcance de todos, mediante la participación que involucre un costo que la nación y la comunidad soporten.

Finalmente, el último enfoque refiere a “la salud y los derechos humanos”. El mismo incorpora la salud como un derecho básico de todo ser humano, al mismo tiempo destaca la necesidad de afrontar determinantes sociales y políticos de la salud, poniendo énfasis en estos determinantes en el proceso de salud-enfermedad, buscando el apoyo y compromiso legislativo y económico para lograr una equidad en salud. (Cruz Peñate 2011)

En cuanto a nuestra provincia, la APS se implementó también de formas heterogéneas, disociadas entre la implementación de esta estrategia y los objetivos. De acuerdo al trabajo de investigación realizado por Jaime (2017) existe una mezcla de distintos valores y perspectivas de APS. Alude también que se visualiza una fuerte impronta de programas verticales, pero también esbozos de una estrategia del sistema de salud para dar respuesta a problemas con una impronta local. (Jaime, 2017:16).

Desde esta mirada, al “bajar un programa, un plan” como un paquete no se incluye las características del territorio, ni de quienes lo habitan, lo cual genera una interposición con las acciones específicas que se desarrollan localmente. Es decir, se observa una disociación entre los objetivos planteados y las formas de implementar la estrategia de APS. Por ello “en los declarados” la mayoría hace referencia que se busca una estrategia, y que esta se oriente a una perspectiva de integralidad y garantía de derechos” (Jaime, 2017:16). Mientras en las acciones concretas se observa un enfoque

similar al de APS selectiva, es decir, reduccionista y estigmatizantes hacia algunos sectores de la población

Finalmente, para entender el funcionamiento de la APS en nuestra provincia hay que tener siempre presente que lo que se vive en los espacios microsociales es producto de lo que lxs atraviesa e interpela a partir de lo que sucede en lo macrosocial. Es decir, esta lógica se reproduce también en los sistemas que conforman el funcionamiento de un país y repercuten en la vida cotidiana de lxs sujetxs. Por tal razón, es preciso cerrar con un breve recorrido en el sistema de salud aportado por Jaime (2017) donde a través de su investigación vislumbra diversos ciclos regidos por el mercado como organizador de las acciones ejecutadas por los diversos gobiernos:

Un sistema que abarca desde la década del 90 basado en reglas de mercado y en ese esquema un sector asociado a APS sometido a cierta marginalidad. Le continúa la que va desde el 2002 hasta el 2005 donde se reestructuraron normas y jerarquías y donde se vislumbró un sistema verdaderamente provincial y un esquema jerárquico y liderazgo claramente definido, con una fuerte expansión de la estructura. Una tercera etapa que va desde el 2005 hasta el 2009-2010 donde se observa el crecimiento con alianzas institucionales varias, un Ministerio de salud de Nación que acompañaba fuertemente y un grupo motivado, compatible con el modelo modo clan. Los valores y principios eran un fuerte esquema de cohesión y desarrollo. Desde el 2009-2010 a la actualidad se observa una tendencia a disminución del desempeño, pérdida de la motivación y estancamiento en el desarrollo del primer nivel (Jaime, 2017:17).

1.4. La organización del sistema público de salud provincial, el rol de lxs trabajadorxs comunitarixs y la APS

El sistema de salud de nuestra provincia se encuentra regionalizado en cuatro áreas programáticas que dependen del Ministerio de Salud de la provincia de Chubut: Trelew, Esquel, Comodoro Rivadavia y Biedma. Cada una de ellas posee una red de servicios de complejidad creciente. Cabe resaltar que cada área programática contiene una población definida de acuerdo a límites geográficos donde se desarrollan programas de prevención, promoción y asistencia en salud. A su vez, localmente el área programática sur cuenta con el Hospital Regional como efector de mayor complejidad dentro de la ciudad, éste a su vez es referente de los hospitales zonales. Dicha área

programática sur contiene trece centros de salud provincial, los cuales tienen un sector operativo designado de acuerdo a un área geográfica particular que abarca un conjunto de barrios, con el fin de brindar el servicio de salud del primer nivel de atención y así cubrir a la población que allí habita (Secretaría de Salud de la prov. Chubut,2005).

Para trabajar y brindar respuestas desde APS es preciso caracterizar el perfil epidemiológico de una comunidad, el cual da cuenta de los principales problemas que se van a expresar como la carga de salud, enfermedad y mortalidad. Dicho perfil a su vez se encuentra determinado e influenciado por aspectos sociales, culturales, económicos y demográficos que lo van a condicionar, es que en las sociedades existan diferencias en las percepciones sobre la situación de salud-enfermedad-padecimiento.

El perfil epidemiológico de nuestra provincia se ha ido modificando, pasando de una predominancia de morbimortalidad por enfermedades transmisibles, a mayor morbimortalidad por enfermedades no transmisibles. Existen también problemas de salud considerados complejos, esto es debido a que se encuentran atravesados por numerosos factores. En Chubut puede observarse un aumento de problemas complejos de salud relacionados a diferentes tipos de violencias, el consumo problemático de sustancias, lesiones y agresiones hacia otros (Secretaría de Salud, Chubut, 2006). Cabe mencionar que, en relación a este perfil epidemiológico de la provincia, persisten la desigualdad e inequidad que generan a su vez la exposición a los sujetos de un contexto particular el sufrir enfermedades en relación a los determinantes de salud que los atraviesan.

Los equipos de los centros de salud del primer nivel de atención antiguamente contaban con la figura del agente sanitario. Este rol de agente de salud en terreno dentro de los equipos de nuestra provincia data del año 1970, cuyo objetivo era ampliar la cobertura de salud pública. En un primer momento esta figura fue implementada en las zonas rurales, hasta que a partir del año 1983 se amplió la cobertura a las zonas urbanas. Finalmente, en nuestra provincia a partir del año 1989 fueron incorporados a la planta del sistema de salud (Ministerio de Educación, Secretaría de Salud, 2009).

El rol dentro del sistema de salud de esta persona consistía en realizar tareas en terreno, con responsabilidades específicas, aunque las mismas estaban desdibujadas y muchas veces desvalorizadas. Es por tal razón que a partir del año 2005 se buscó una

propuesta que le diera más entidad y presencia a esta figura. Ante esto en primera instancia se ha cambiado la denominación de agentes sanitarios a la de Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno (en adelante TCST) con miras a la profesionalización de los mismos (Secretaría de Salud de la prov. Chubut 2005).

La política en salud llevada a cabo por la provincia intentó fortalecer la APS a través de la salud comunitaria a fin de garantizar el derecho. Para ello se efectuaron varias acciones con el fin de efectivizar la propuesta de la profesionalización de lxs TCST “planteando un curso obligatorio con material educativo, articulación para la terminalidad educativa, curso de supervisor intermedio y acceso a un nivel terciario cursando la Tecnicatura en Salud Comunitaria” (Dakessian y Skoumal, 2013: 11). La propuesta curricular fue acompañada desde la sede los Ministerios de Salud y Educación de la Provincia de Chubut.

Como plantea Coicaud (2013) formar técnicos en gestión de salud comunitaria, constituyó vincularse con el territorio, conocer, respetar y relacionarse desde las características socioculturales de lxs sujetxs, para luego generar acciones de construcción colectiva revalorizando saberes que portan las comunidades y desde donde conciben el proceso de salud-enfermedad-asistencia. Es por esta razón que ,como manifiesta la Salud Comunitaria, la formación de estos profesionales “constituye una política de promoción de una carrera que irrumpa en el modelo centrado en la enfermedad” (Couicaud, 2013:18).

Lxs TCST cuentan con formación profesional, capacitándose continuamente, en lo que refiere a salud-enfermedad desde un paradigma integral para acompañar a los equipos desde lo territorial como política sanitaria. La incorporación de TCST busca aportar a los equipos de salud una visión holística del proceso de salud-enfermedad. Así se busca complejizar, problematizar e interpelar las acciones de salud en relación a la comunidad de referencia y sus habitantes, conjugando e incorporando a su vez, los saberes que estos traen consigo desde las culturas que los atraviesan, su visión del mundo y su forma de concebir el proceso de salud-enfermedad. También esta figura aporta a la comunidad de referencia la amplitud de la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud desde la promoción de la misma.

De esta manera se identifica a lxs TCST como nexo entre la comunidad y el sistema de salud, incorporando a su labor una perspectiva intercultural la cual brinda la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen en el interior de cada sociedad entre diferentes culturas. Esto acompaña a su vez a validar derechos y fortalecer vínculos. Desde esta perspectiva se busca establecer una relación entre iguales, donde el TCST posibilita la tarea conjunta con la comunidad en la construcción del proceso salud-enfermedad, identificando factores de protección y de riesgo para buscar la promoción de la salud.

A cada TCST se le designa un sector operativo para tomar a cargo un número establecido de viviendas dentro del área de cobertura y comenzar a trabajar sobre el proceso de salud-enfermedad-atención. Su tarea se organiza en el diagnóstico, la planificación, ejecución, producción de conocimiento y el seguimiento. Por consiguiente, estxs profesionales tienen que realizar un censo de viviendas y así “tomar a cargo bajo programa a personas”. A su vez ese “tomar a cargo” significa volcar datos en una planilla de familias diseñadas desde el ámbito provincial, como política sanitaria (ver planillas en anexo). La finalidad de este instrumento es generar una lectura de los diversos indicadores de salud, de modo estadístico y periódico, relevando un informe de todo el equipo. Por consiguiente su función accionar hacia la concreción de accesibilidad al sistema de salud en el primer nivel, en relación a planes y programas sanitarios y en relación directa a esos indicadores de salud. La planilla de familia, instrumento que es la herramienta principal de lxs TCST, abarca campos de la salud que se encuentran bajo diversas políticas sanitarias que van desde los estados nacional y provincial, y que por medio de ellos vehiculiza el accionar de los equipos de la APS.

Lxs TCST tienen la tarea de caracterizar su población a cargo desde una visión integral de la salud, es decir, tomando campos de salud que van desde lo biológico a otros que logran visualizar las características socio ambientales de las poblaciones con las que se trabaja. Con la información obtenida luego se genera una lectura para desarrollar actividades enfocadas en prevención, promoción y educación en salud de acuerdo a planes, programas y proyectos que asigna el Estado. Es por ello que al tomar a cargo una nómina que oscila entre las 150/130 viviendas va caracterizando la población y el territorio que le es designado. Para ello se organiza cotidianamente su salida a terreno y se desarrolla un seguimiento de estos grupos a través de las visitas

domiciliarias. Una vez en terreno se busca producir conocimiento con lxs propios sujetxs para el cuidado de la salud.

La visita domiciliaria es una técnica central que utilizan lxs trabajadorxs comunitarixs para desarrollar las actividades que le son propias como agente en terreno. La tarea a su vez se divide en cuatro rondas sanitarias anuales en las cuales se obtienen datos de la comunidad cada tres meses, para luego analizarlos y buscar estrategias en relación al perfil epidemiológico del área. El rol fundamental de lxs TCST es ser el nexo entre la comunidad y la institución, el conocimiento de los recursos comunitarios institucionales que son parte de un territorio particular para el armado de redes, además de un trabajo intersectorial donde la base fundamental es lograr la participación de lxs sujetxs que viven en un espacio microsocioal singular para complementar saberes y construir el vínculo que se va dando cotidianamente entre lxs sujetxs y estx profesional. Ingresar a los hogares para conocer estilos de vida y toma de decisiones desde un enfoque holístico es fundamental para el reconocimiento de las necesidades sentidas de la población a cargo. Estas acciones que forman parte de las funciones de lxs mismxs permite recolectar datos para luego, junto al equipo de salud, buscar estrategias ante las situaciones que la misma población reconoce como necesidades a intervenir, teniendo presente que la intervención precisa de un trabajo interdisciplinario que haga al análisis para modelos de abordajes nuevos de acuerdo a las problemáticas complejas que se identifican y plantean (Couicaud, 2013: 21)

Una de las necesidades fundantes para pensar y hacer un trabajo comunitario de forma integral es con el trabajo intersectorial e interdisciplinario, lo cual significa sumar a la estrategia de la APS, en la riqueza de las instituciones que habitan el barrio. En palabras de Carballada (2001:2) “la conformación de un equipo de trabajo implica sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la Intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal”. Es a través de la conformación de redes comunitarias que el trabajo intersectorial e interinstitucional se enriquece en miradas y disciplinas que suman a la comprensión de las complejidades que se construyen en el territorio. Estas redes propician como dispositivo para un trabajo hacia el ejercicio de ciudadanía, en lo cotidiano y singular de los territorios que hagan de la construcción desde la dignidad y el respeto por las costumbres y formas de vivir de los grupos sociales. Por lo cual, el acercarse a donde vive y desarrollar la cotidianeidad de la

población o área de influencia es el inicio de un cambio de paradigma, siendo la contra hegemonía que se intenta para despojar de muchas prácticas que se han legitimado en los espacios de salud.

Con respecto a los enfoques previamente detallados es fundamental hacer mención que así como existen maneras heterogéneas de aplicar e implementar la APS a lo largo y ancho de nuestro país, lo mismo sucede en las diversas formas del quehacer cotidiano en el adentro en las instituciones. Al coexistir un MMH basado y centrado en el biologismo y la APS como estrategia anclada principalmente en la participación colectiva se generan fricciones, desencuentros ante visiones fuertemente arraigadas. Es por ello que la figura de lxs TCST en los equipos de salud del primer nivel acompañan en muchos casos a desnaturalizar prácticas de sentidos que responden al MMH. En relación a esto último, el rol del TCST aporta una mirada basada en la sumatoria desde la integralidad:

Además, aparece la complejidad del sector salud con sus dificultades para superar el papel tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones y construir con individuos, grupos sociales y otros actores comunitarios información e intervenciones efectivas. Ese sector salud que necesita aprender del fracaso de las respuestas simplistas y lineales a los problemas ambientales, sociales, vinculares, de vulneración de derechos que provocan daños sobre la salud (Ministerio de Educación, Secretaria de Salud de Chubut, 2009:8).

Reflexionar acerca de esta coexistencia entre el MMH y la estrategia de APS propicia al análisis de las políticas sanitarias con las cuales los equipos de salud cotidianamente conviven y desde donde desarrollan su trabajo. Es decir, a lo largo del desarrollo de esta tesis hemos podido visibilizar que existe una relación directa al diseño de políticas sociales que responden a los intereses del Estado gobernante. Desde estas acciones se abandona el carácter universal de las mismas, sustituyéndolas por políticas focalizadas y técnicas que asisten en situaciones solo de máxima vulnerabilidad, visualizando cambios en las relaciones entre Estado y Sociedad o viceversa. (Couicaud, 2013: 16). Por último, es fundamental atravesar e interpelar las acciones que se llevan a cabo desde el rol de agente del estado. Por lo cual es fundamental un posicionamiento ético-ideológico-político que permita analizar estas políticas públicas en relación a los diversos paradigmas pensados en articulación a los intereses predominantes en un contexto socio histórico determinado.

A modo de cierre esta perspectiva ética permite confrontar ciertas acciones que se deciden en lo macro y que se implementan e impactan en los territorios particulares, haciendo hincapié en que somos parte de una institución pública y que somos también responsables al vehicular esas acciones concretas. Es por ello que es preciso comprender qué es lo que hacemos, cómo lo hacemos y con qué lo hacemos, resaltando constantemente que luego va a impactar en la vida cotidiana de lxs sujetxs y en su proceso de salud enfermedad en un tiempo y espacio concreto.

1.5. Los talleres lúdicos expresivos como estrategias en APS y participación social

En el desarrollo de este apartado, para introducir el taller lúdico expresivo, retomo brevemente la conflictividad en coexistencia de MMH y la APS en los abordajes de proceso de salud enfermedad como tensión que trae consigo una crisis. Sumado a esto incorporo el momento de turbulencia que atravesamos en el ámbito de sistema de salud pública en relación a un deterioro proveniente de las acciones y omisiones del Estado Nacional y provincial. Estas situaciones de crisis propician a la búsqueda de la creatividad y la innovación de nuevas formas de intervenir en salud, donde el taller lúdico expresivo se posiciona como estrategia. Es por ello que continuo describiendo conceptualmente el significado y las posibilidades que brinda trabajar desde esta perspectiva.

Para introducir al lxs lectorxs de esta tesina, a lo largo de este apartado comparto la importancia de la elección del taller lúdico expresivo en el momento de abordar actividades comunitarias en territorio desde la mirada de APS. Por lo cual, es necesario iniciar este recorrido recordando el apartado previo que describía la conflictividad existente entre el MMH y la estrategia de APS para abordar el proceso de salud enfermedad. En primer lugar es fundamental comprender que la disciplina médica se centra aun en el biologismo como eje para la atención del proceso de salud-enfermedad de lxs sujetxs. Desde esta perspectiva lxs sujetxs son homogeneizados, al igual que sus diagnósticos médicos, sin el análisis de las relaciones de poder que atraviesan el proceso de salud-enfermedad. Santore (1990)

El poder médico en su acción se ha mostrado ineficaz para combatir las enfermedades endémicas, por más caros y sofisticados que sean los instrumentos técnicos que utilicen. Su carácter de asocial, a histórico le hace creer que puede usar las mismas tecnologías en cualquier lugar y que se pueden producir transformaciones en salud al margen de las relaciones sociales de poder (Santore,1990:2)

Este accionar biomédico manifiesta que lo preponderante y central es el saber científico, y es desde ahí donde se ubican los parámetros de lo que se considera saludable. Es decir, sin considerar el trabajo desde una perspectiva participativa que involucre a lxs sujetxs en un contexto particular, que promueva el ejercicio de ciudadanía y la efectivización de derechos. Por lo cual, incorporar la perspectiva de APS en un espacio donde el MMH se convierte en una situación que requiere la búsqueda de nuevas alternativas. Es primordial buscar entonces estrategias que conlleven a la participación social que es una de las bases fundantes de la APS. La participación social dice Pedraza (2002) es aquella que incluye a todxs lxs actorxs sociales de una comunidad para la detección de problemas sociales y búsqueda de resoluciones de los mismos:

“La participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados”(Pedraza,2002: 1)

La participación debe en un comienzo motorizar al equipo desde el compromiso en los roles que llevan a cabo cada unx de lxs integrantes en relación a la APS. Seguidamente es necesario ir al encuentro con la comunidad y lxs actorxs involucrados para comenzar a tomar parte de un nuevo proceso. Según Idañez:

El promover una cultura de participación contribuye a que las personas y los equipos seamos solidarios, activos, comprometidos y responsables, no solo en la satisfacción de las necesidades locales, sino en la asunción de un protagonismo importante como ciudadanos en la vida democrática de un país (Idañez,2011:34)

Es decir, la participación comunitaria en salud es un proceso que se construye y configura entre quienes participan y van a responder a las necesidades que el territorio

manifieste, entonces, es fundamental construir vínculo entre la institución y la comunidad para el logro de una salud comunitaria.

Una de las razones que han movilizó al equipo de salud del CAPS 30 de Octubre, junto a las instituciones y sectores que son parte del territorio y que detallaremos en el capítulo siguiente, ha sido la problemática económica que hemos venido sufriendo como provincia. Dicha crisis sumada a la autonomía provincial ha dificultado la implementación uniforme de las políticas que den garantía al acceso del derecho a la salud de lxs sujetxs. Teniendo presente que durante el periodo de investigación para la tesina el sistema de salud sufrió un deterioro proveniente de decisiones a nivel macro que agravaron la situación particular de la provincia.

Conviene subrayar que son esos momentos de turbulencias y crisis latente, como el mencionado con anterioridad, los que posibilitan a la aparición de estrategias alternativas. Las mismas pueden ir construyéndose a partir de la participación social conjunta, como respuestas de resistencia y contra hegemonía a un modelo o hacia política focalizada. Son acciones como estas las que buscan brindar respuestas novedosas a situaciones que forman parte en el proceso de salud enfermedad, teniendo presente que toda acción impacta directamente de forma particular en espacios microsociales en tiempo y espacio determinado. Al referirse a espacio microsocial para la intervención se hace mención a un proceso de análisis desde una de mirada singular del contexto y los distintos escenarios donde transcurre la cotidianeidad donde se construye la complejidad de los problemas sociales. Carballeda (2012) explica:

“La intervención en lo social en tanto aplicación de la Política de Salud como Política Social, puede ser entendida como una oportunidad que entrelaza; la Protección, el Lazo Social y los Problemas sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades” (Carballeda, 2012: 9)

Pensar la salud como proceso social es invitar a lxs sujetxs a pensarse como parte de un todo, donde la salud es atravesada por condicionantes que devienen de procesos socio históricos desde aspectos macros que se van a particularizar en un territorio de acuerdo a las características singulares del mismo, lo cual va a repercutir en la salud de la comunidad. Es por ello, que para generar la movilización de un

pensamiento autónomo, se buscan diversas estrategias que tienen como horizonte en primera instancia la participación de lxs involucradxs desde esa perspectiva.

De acuerdo a lo que plantea Paulo Freire (2004) a través del involucramiento de lxs sujetxs en la realidad de su contexto es cuando comienzan a generarse las transformaciones. Esto es posible por medio de su mirada del mundo “cuando comienzan a verse con sus propios ojos y se consideran capaces de proyectar, la desesperación de las sociedades alienadas pasa a ser sustituida por esperanza”(Freire,P.2004:47).

El taller lúdico expresivo aparece como esa estrategia, propone algo distinto para todxs lxs que forman parte del contexto. García (1993) hace referencia a que el taller es un término que no es nuevo y que se lo asocia al trabajo con las manos, como un lugar de aprendizaje y trabajo. El taller precisa de la decisión personal, el mismo se constituye en una experiencia social en cuanto lxs participantes interactúen en una tarea. El taller también posiciona a lxs sujetxs en un rol activo de aprendizaje a través de la vivencia compartida en un tiempo y espacio concreto. Explica García (1993: 21) “ese transitar por las diferentes experiencias, lo lleva a ratificar o rectificar modelos aprehendidos, actitudes y comportamientos” . Desde esta forma de hacer que involucra a otrxs, se rompe con esa verticalidad de enseñanza que también es una característica en lo que refiere a la enseñanza en salud, al igual que el taller invita a repensar prácticas y experiencias para deconstruirlas y volverlas a construir desde miradas más críticas que desnaturalizan. En relación a esto último, García (1993) plantea que “el espacio del taller se inicia con la presentación de un problema, a partir del cual se da un proceso de desestructuración para llegar a través de los pasos sucesivos a una nueva estructuración. Proceso dialéctico, que nos permite ir de la acción a la reflexión” (García, 1993: 19).

Al reflexionar acerca de la acción se tensionan aprendizajes para un volver aprender. Esto lleva a su vez a desnaturalizar viejas formas de sentir, pensar y actuar en el mundo. Quiroga (1994) hace referencia que en nuestra cotidianeidad nos relacionamos con la realidad, con nostrxs mismxs y con lxs otrxs. Continúa mencionando la autora que a esto se lo denomina matriz de aprendizaje, y que se debe a que constantemente se puede editar, es decir, podemos desaprender para volver aprender a lo largo de nuestra trayectoria de vida. Modelos de aprender que están multiderminados, lo cual significa en palabras de Quiroga: “La matriz de aprendizaje

esta multideterminada, surge como interacción de varios factores. En primer lugar, las relaciones sociales que operan desde las distintas instituciones, los medios de comunicación, la organización familiar, laboral, las instituciones de tiempo libre...” (Quiroga,1994: 37). Desde la perspectiva de taller que se articula con matrices de aprendizajes es posible plantear nuevas formas de hacer con nosotrxs y con lxs otrxs y en la realidad en relación al proceso de salud enfermedad. Partiendo de la reflexión que este proceso es una construcción social que también está determinada por varios factores, los cuales son modificables y transformables.

Al referenciar lo lúdico Carballada (2004:137) propone a éste como uno de los ejes de intervención en los espacios microsociales, manifestando que “Jugar implica fundar un orden, desarrollar actitudes y conductas diferentes de las habituales que posibilitan otra forma de vinculación con el mundo, la vida social y su trama de significaciones”. Esto invita a pensarse y visualizarse con otrxs desde otra posición en la cual se comparte, se construye y se deconstruye lo normalizado. Continúa aportando el autor acerca de cómo lo lúdico en una realidad posibilita a la producción de nuevos interrogantes, y a su vez permite volver a construir el lazo social. De modo que lo lúdico puede acompañar a lxs sujetxs a recuperar a través de su historia identidades, como también permitirles la construcción y comprensión de las problemáticas sociales que acontecieron y se perpetúan en el tiempo. Reflexionar y problematizar la realidad resulta fundamental para la búsqueda de estrategias. Al tensionar y problematizar esa realidad es fundamental también que se involucre al Estado, a sus instituciones y todos los actores intervinientes desde un trabajo comunitario interdisciplinario, intersectorial y participativo. Es por ello que lo lúdico se presenta de esta manera como estrategia para reconstruir la historia, la cual se va a contar a través del cuerpo y las narraciones. A su vez se construyen visiones más complejas e involucran al sujeto como parte de un proceso histórico social, permitiendo desentrañar manifestaciones de la cuestión social que hasta entonces se habían naturalizado. Carballada (2002) entiende que lo lúdico como eje de intervención es algo más que pasar el tiempo, debido a que “desde una perspectiva de intervención en lo social, lo lúdico no implica solo un instrumento de encuentro o un "pasatiempo" sino una intervención que puede cargarse de sentido en la medida en que se defina con claridad su horizonte (Carballada,2002:139).

En este contexto es posible aprender, equivocarse, vincularse con unx mismx y con otrxs, con el espacio, como también aportar saberes. El generar un clima distinto en

la institución posibilita a nuevos procesos de vinculación entre lxs involucradxs y el espacio. Todo lo mencionado posibilita a su vez redescubrir potencialidades propias y recursos comunitarios. Goodson (2014) entiende al taller lúdico expresivo como un potencial dispositivo que acompañe a procesos de visibilización de situaciones de exclusión y a su vez posibilitador de producción algo novedoso:

El taller lúdico-expresivo entendido como dispositivo grupal de formación visibiliza situaciones de exclusión naturalizadas en los espacios educativos (grupales, institucionales, comunitario). Integrando el trabajo sobre el conflicto y lo imprevisto de la experiencia-acontecimiento, potencia la producción de ‘novedades’ y procesos creativos, habilitando con ello la expresión y el desarrollo de potencialidades y capacidades en la estrategia didáctico-pedagógica (Goodson, 2014:25).

Carballeda (2002) por su parte entiende que este proceso creativo abre a nuevas posibilidades, ya que “lo creativo se presenta como la posibilidad de construir y elaborar nuevas respuestas ante nuevas situaciones, desde el sujeto, el grupo o la comunidad, es decir, desde esta perspectiva se pueden redescubrir y también promocionar nuevas formas de comunicarse con lxs otrxs” (Carballeda 2002: 140).

Cuando se hace mención a nuevas formas de comunicarse con lxs otrxs, podemos recuperar aportes de Freire (2013:17) en este sentido “decir la palabra es transformar la realidad, lo cual no es el privilegio de algunos, sino derecho fundamental y básico de todos los hombres”. Esta mirada involucra pensarse y situar a lxs sujetxs como políticos con capacidad de transformación, con voces e historia, con trayectos de vida heterogéneos constructores de procesos de salud enfermedad, atravesadxs por diversos condicionantes, pero no determinantes de su futuro, recalcando lo imperioso de poner voces y construir conjuntamente.

Teniendo en cuenta que la implementación de este dispositivo genera una ruptura en la cotidianeidad de la institución y de quienes la transitan, propiciando a nuevas miradas, como dice Quiroga (1988: 19) “esta ruptura separa, rompe la fusión con la cotidianeidad, la despoja de su carácter natural”. Es decir, por medio de talleres lúdico expresivo se rompe que esa cotidianeidad en la que por anticipado el sujeto a través de lo previsible asociado a dicha organización, se encuentra en la situación nueva que lo interpela. Romper con la cotidianeidad implica romper con mecanismos

irreflexivos encubiertos bajo el manto de lo natural, implica comenzar a problematizar “lo ya dado”, ponerlo en tensión, en movimiento reflexivo.

La incorporación de este dispositivo lúdico expresivo posibilita a repensar esa tensión entre lo individual y lo colectivo es el eje central para comprender a la salud como proceso social. El trabajo social en su rol acompaña y fomenta a la constitución de espacios propicios para promover la participación a través de las herramientas lúdicas que marquen un nuevo rumbo en las formas de visualización en el mundo por parte de lxs sujetxs.

En este apartado que finaliza se buscó dar cuenta de la fundamentación teórico-conceptual y significación a la impronta que genera la implementación del taller lúdico expresivo en la APS dentro de la comunidad. Este dispositivo visibiliza nuevas formas de hacer en la vida cotidiana que quizás puedan influir en el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva participativa que parte de la interacción. El eje se encuentra centralizado en el protagonismo de lxs propxs sujetxs de la acción hacia la construcción colectiva.

En el capítulo siguiente detallaremos las particularidades de la intervención en el CAPS 30 de octubre a través de un taller lúdico expresivo para traer las experiencias de lxs propios protagonistas y permitirnos visibilizar el proceso vivenciado.

Capítulo II

El territorio y el rol de las TCST. La experiencia de un taller lúdico expresivo para la construcción de salud enfermedad desde la APS

En este capítulo se caracteriza el contexto en el que se desarrolla esta investigación, desde una descripción sociohistórica del barrio en el que sitúa el CAPS 30 de octubre. A continuación se describe el nexo que construyen las trabajadoras comunitarias entre la comunidad y la institución que forma parte del territorio para la caracterización de la misma. Seguido a esto se busca compartir estrategias construidas por los equipos de salud para brindar acceso al derecho a la salud a través de actividades comunitarias en un contexto de gobierno que impulso políticas neoliberales. Para finalizar se retoma un taller lúdico expresivo sobre salud sexual y reproductiva. En el mismo se analiza, tensiona, problematiza y articula la práctica concreta con la teoría por medio de las voces de sus protagonistas para comprender desde la acción las representaciones sociales que se manifiestan.

El espacio microsocioal de intervención desde la perspectiva que toma Carballeda, caracterizando el territorio concreto, al mismo tiempo se describirá el rol que desempeñan los trabajadorxs comunitarixs en ese espacio singular. Políticas públicas e intervenciones comunitarias concretas en un tiempo espacial particular. De todo esto se desprende la descripción particular de un taller que se ha llevado como estrategia de intervención para la búsqueda de la construcción de salud comunitaria. A modo de análisis para problematizar si esta acción concreta desencadena en el acceso al derecho de la salud desde las experiencias vivenciadas por parte del equipo de salud y la comunidad, desde una mirada integral buscando describir que ha venido sucediendo. Se visualizarán las similitudes o contradictorias representaciones que interactúan en el espacio particular en relación a los equipos de APS y la comunidad por medio de la ruptura de la vida cotidiana.

2.1. El territorio pensado como espacio posibilitador de la acción colectiva

El concepto de comunidad es uno de los más controversiales, y a su vez uno de los más importantes para el trabajo social. Teniendo presente que es este el espacio predilecto para desentrañar la cuestión social. A lo largo de cambios socio históricos esta concepción se ha ido transformando, muchas veces también se ha cuestionado si existía la comunidad. Cabe resaltar que la definición de este término se relaciona directamente con la visión y expectativa e intereses que se tiene en torno a ella. Siguiendo a Carrizo (2020) podemos decir que “comunidad” es territorio, un territorio como escenario que excede los límites geográficos formalmente establecidos. Es un territorio que se va construyendo a través de la interacción con otrxs que desatan vínculos, intereses diversos, tensiones, lazos sociales, encuentros y desencuentros con su arquitectura. Son estas características las que permiten visibilizar las particularidades que son propias de la vida cotidiana de ese territorio. Carrizo (2020:1) refiere que “en este espacio territorial impactaran las distintas manifestaciones de la *cuestión social* de acuerdo a las particularidades del mismo conjugando aspectos simbólicos y materiales que hacen a la subjetividad de quienes conforman ese territorio” Por su parte Carballeda (2006) manifiesta que la comunidad se presenta como heterogénea, con diversas problemáticas sociales, con grupos desiguales, coexistiendo diferentes lógicas y con una fuerte fragmentación que posibilita pensar la intervención comunitaria en tanto espacio microsocioal. Es decir, todo lo que contiene la comunidad y sus particularidades trae aparejado la concepción que se tiene acerca del proceso de salud-enfermedad y desencadenan en efectos en la salud. Ante lo cual, la intervención comunitaria en los equipos de salud del primer nivel de atención tiene la figura de las trabajadoras comunitarias de salud en terreno como nexo entre la institución y la comunidad. Se entiende por intervención comunitaria aquella que requiere de la participación social por lo cual debe incluir a todxs lxs actorxs involucradxs. Por tal razón para la intervención comunitaria se debe conocer, caracterizar y tener en cuenta los procesos locales y a estos atravesarlos por procesos macro para comprender, analizar y generar colectivamente resoluciones a las problemáticas que se presentan. Este procedimiento la vuelve transversal y no jerárquica al incluir las voces de lxs diversxs actorxs que son parte del territorio (Guntin, 2001).

El centro de atención primaria de la salud 30 de octubre de la ciudad de Comodoro Rivadavia cuya dependencia es provincial, se encuentra ubicado entre las avenidas Chile, Congreso y Kennedy, el mismo tiene como área de cobertura varios de los barrios que los rodean. Entre ellos se identifica la extensión del 30 de octubre, y que en la actualidad son los propios habitantes que lo identifican como el barrio Las Américas. Este nombre menciona un referente del barrio fue pensado por lxs mismxs sujetxs que habitan el espacio en cuestión, a través del consenso popular. La identificación con el nombre del barrio se relaciona directamente con la convivencia de los grupos provenientes de países Latinoamericanos que lo han construido a lo largo de su historia (nota de campo 2019). Por lo cual es posible pensar que el Territorio se delimita en tanto es nombrado. Pero, esas formas de nominar, implican un atravesamiento de lo macrosocial que llega hasta la singularidad de lo micro, transformándose también en un lugar de encuentro y mediaciones permanentes, en constante movimiento (Carballeda, 2015:.3)

Este barrio se sitúa en la ladera que se encuentra detrás de las viviendas del Barrio 30 de Octubre (ver mapa en anexo). El mismo surge como un asentamiento o extensión debido a dos razones fundantes, por un lado, a la débil planificación urbana y por otro, a las gruesas masas migrantes de países vecinos y de diversas provincias del país. Estas masas poblacionales fueron llegadas a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida que se relacionan directamente con la inscripción social que proporciona el trabajo en el proceso socializador de lxs sujetxs. De acuerdo a la investigación realizada por Vázquez (2020) quien trabaja la problemática del acceso a suelo urbano y los asentamientos informales en Comodoro Rivadavia, explica que:

A mediados de la década de los 2000, en un contexto de alza del precio internacional del petróleo, fueron numerosas las ocupaciones de tierra en la ciudad de Comodoro. Por consiguiente a partir del 2006, comenzaron a ubicarse algunas viviendas en tierras fiscales detrás del Barrio 30 de Octubre. (Vázquez 2020:110).

Al no encontrar respuestas por parte del Estado y del mercado formal constructor e inmobiliario, las personas apelan a la toma de tierras y a la autopromoción de la vivienda como un medio de satisfacer sus necesidades habitacionales, donde la política pública indiferente a esta problemática constituye a estos barrios como periféricos (Bachiller, et al 2015).

En relación a lo anteriormente mencionado, Chanampa (2014), refiere en su investigación que la expansión económica local a través del petróleo tare consigo graves situaciones de desigualdades en los salariales, especulaciones de los ámbitos inmobiliarios y laxa intervención del Estado. En palabras de Chanampa (2014):

Esta conjunción de situaciones contradictorias determinó en el espacio urbano formas alternativas e irregulares de acceso a la tierra, lo que conformó un paisaje local de asentamientos informales o “extensiones barriales”, caracterizados principalmente como barrios periféricos, aislados de infraestructura urbana y de servicios básicos (Chanampa, 2014:76)

Reflexionar acerca de cómo actúa el territorio y su constitución en el imaginario social permite buscar y comprender las relaciones y problemáticas complejas derivadas de este tipo de acceso informal a las tierras, visibilizando cómo algunas de las interacciones entre los diversos actores involucrados en el espacio desembocan en barreras al acceso de diversos servicios sociales que proporciona el Estado como garante de derecho.

Por otro lado también estas características propias de conformación y las condiciones en las que esta conjunción de situaciones contradictorias determinó en el espacio urbano formas alternativas e irregulares de acceso a la tierra, lo que conformó un paisaje local de asentamientos informales o “extensiones barriales”, caracterizados principalmente como barrios periféricos, aislados de infraestructura urbana y de servicios básicos que se fue históricamente construyendo el barrio llevo tanto para el “adentro del mismo, como en el afuera” la diferenciación de “lo formal y lo informal” en la adquisición de terrenos. Es decir, entre lxs mismxs vecinxs del barrio distinguen quienes se encuentran regularizados en servicios como el de luz y con trámites de mensuras de lxs que no. Al igual que desde los límites arquitectónicos entre la zona baja (1008 viviendas) de la zona alta (las Américas) separadas a través de un canal de pluvial el barrio 30 de octubre de las Américas. Esta diferenciación se manifiesta muchas veces en estigmatizaciones que se materializan en violencia urbana (nota de campo 2015). En notas de campo del año 2014 en uno de los primeros encuentros con Antonio como referente barrial y desde mi rol de TCST él manifestaba que una de las grandes problemáticas para que lxs vecinxs accedieran al CAPS era que en la zona de las viviendas de las 1008 siempre violentaban y hasta han llegado a cobrar peaje para que

lxs pobladores de las Américas pudieran cruzar (nota de campo realizada en 20 de febrero del 2014). Por lo cual la identidad y sentido de pertenecía se van construyendo inscribiéndose en la subjetividad de lxs sujetxs “hace 14 años vivo en el barrio, prácticamente inauguramos el barrio”, menciona Natalia, ella se auto percibe como una de las primeras vecinas del barrio. En palabras de Carballeda (2002) “los límites del territorio se encuentran atravesados por un condicionante subjetivo que involucran la cultura y la historia, entrelazándose con la biografía de cada habitante” (Carballeda, 2002:77).

Cabe resaltar que estos asentamientos o extensiones con la heterogeneidad de su población, tienen en común la necesidad de una tierra para habitar y así comenzar a desarrollar su vida cotidiana. Con respecto a esto, Natalia, quien es vecina del barrio las Américas, es proveniente de Paraguay y lleva viviendo en el territorio hace más de 14 años comenta “estaba en otro espacio en el barrio, estaba más arriba, en el medio, después agarramos un terreno más arriba”. Menciona Vazquez (2014) en relación a esta dinámica dentro del barrio que “en las entrevistas realizadas a vecinos del barrio, no aparecieron indicios de una planificación de esta toma; por el contrario, se trató de una “toma por goteo”, es decir, algunxs vecinxs comenzaron y fueron avisando a sus familiares y amigxs” (Vázquez 2020:110).

De todo esto se desprende a través de las narraciones de vecinxs pertenecientes a este barrio las condiciones de precariedad habitacional en las que vivían y aún en la actualidad viven algunxs sujetxs parte del espacio lo cual implica la vulneración de derechos. En tal sentido refiere Norma, otra de las vecinas que habita el territorio por más de una década:

Me acuerdo que esto era puro cerro, no había casa nada, hasta la ruta era cerro, hasta surgas era puro cerro, era re tranquilo no había vecinos, nada. Teníamos luz porque mi suegro se enganchó de unos cables de más abajo (entrevista realizada 21 de mayo de 2021)

Pensar en el barrio es pensar en el espacio y también en lo territorial, con sus características que lo tornan singular, yendo desde la distribución espacial, sus formas, sus calles, sus pasajes, la historia de sus habitantes que también hacen al barrio. Desde esta perspectiva” el barrio se presenta como un mundo de significados donde cada

habitante se reconoce y reconoce a los otros, diferenciando referentes espaciales, relacionales e históricos que pueden ser compartidos” (Carballeda,2015.p.2)

Parafraseando nuevamente a Carballeda (2015) podemos decir que existimos como sujetos sociales e históricos en la medida en que estamos en la narración de otrxs, y a su vez que estos discursos no son aislados, es decir, están situados. Por lo cual los relatos no son circunstanciales o aislados se inscriben en espacios determinados más o menos exactos, donde la certeza la acerca y la confiere el territorio, desde un lugar, espacio, cartografía o coordenada donde algo es contado, narrado, por lo cual es posible pensar que la territorialidad se construye de forma discursiva”(Carballeda,2015: 1).

Esto pone quizás en tensión el discurso local de la identificación de estos territorios llamados o reconocidos como “asentamientos ilegales” que se inscriben de maneras heterogéneas en el imaginario social y se materializan desde la construcción de otro como el diferente. Construir a otros desde la estigmatización puede generar tensiones y hostilidades dentro de la misma comunidad, desencadenando en las formas de insertarse o no en las instituciones que conforman parte del territorio. En relación a esto último refiere Velázquez. “La identidad se construye entonces de manera constante, en función de la interacción y la diferenciación entre grupos”, dicha diferenciación ha sido notoria en los discursos que entre pasillos, pasajes y diálogos informales con agentes de Estado donde fluyen. En una de las charlas que se mantuvo en terreno desde el rol como trabajadorx comunitarix, una de las vecinas a la cual se visitaba cuenta como ha escuchado que los llaman e identifican otrxs vecinxs de barrios linderos” nos dicen el barrio de los paraguayos, el barrio de los extranjeros” “los ilegales” (nota de campo 2014). “Teniendo presente este carácter relacional y situado, la construcción de la identidad se vuelve una disputa entre la definición que los grupos hacen de sí mismos y la que otros les atribuyen” (Vázquez, 2020: 116).

Cabe mencionar que aún en la actualidad este barrio continúa recibiendo la dinámica poblacional de migrantes provenientes de las provincias del norte de nuestro país, junto a migrantes de países limítrofes. Este constante flujo migratorio genera en el espacio territorial una sobrepoblación al seguir recepcionando grupos. Retomando la entrevista que se realizó con Norma, menciona esta sobrepoblación manifestando

“Yo hoy no salgo mucho, pero cuando salgo a comprar acá, por ahí entro en algún pasillo y hay un montón de gente, se ven casi encimados, pero no hay más lugar”. “Ahora es imposible, no conseguís un lugarcito, se llenó de repente” (entrevista realizada a Norma, el 21 de mayo de 2021)

En relación a las palabras de Norma con respecto a cómo se encuentra actualmente el barrio, Vázquez (2020) explica en la tesis de posgrado de que hoy en día el barrio cubre una extensión mucho mayor a la que se observaba en 2006 y que esto fue creciendo de manera no planificada.

Reflexionar acerca de la situación en el barrio Las Américas en primera instancia pone en tensión la ausencia del Estado en la planificación urbana. Problemática que es fundamental identificar para contextualizar e intentar comprender a través de su historia constitutiva la dinámica del barrio. Por otro lado, esto también permite visualizar y analizar la otra cara, es decir la actuación del Estado desde las acciones concretas que se realizan a través del equipo de salud de CAPS 30 de octubre. Ante lo cual es preciso referenciar que lxs sujetxs partes de este territorio particular son quienes mayoritariamente acuden al sistema de salud público. Por otro lado en la investigación de Vázquez (2014) trae en su narración al CAPS: “en el CAPS que funciona a unas cuadras, hay un mapa del barrio con distintos pinches que simbolizan el seguimiento de pacientes” (Vázquez, 2020:111).

El mapa que se menciona es una realización artesanal por parte de lxs TCST que al conocer el territorio han ido modificando de acuerdo a la dinámica del mismo (ver mapa en anexo). Remarcando que esta cartografía a mano alzada se realizó porque no había en el año 2014 un mapa de ese territorio en la municipalidad de nuestra ciudad. Se trata de las viviendas que como TCST por normativa provincial tienen a cargo. El número de viviendas que se le asignan es de 130/150 por TCST. Es preciso mencionar que en relación a las características del este barrio en una vivienda suele encontrarse más de un grupo familiar. Es decir, que sobrepasan generalmente el número de familias al de viviendas. Estxs TCST realizan un trabajo de seguimiento y georreferenciación del barrio con la finalidad de generar el primer acercamiento de la población al sistema de salud.

Carballeda (2015) explica que el eje conductor para intervenir en estos complejos contextos es el generar constantemente una lectura del territorio interpelar lo

macrosocial y la particularización que este atravesamiento construye con cada acción en el espacio microsocia singular para intentar en este caso particular comprender el proceso de salud enfermedad de acuerdo a la relación institución y comunidad:

“esto hace posible aproximar algunas explicaciones a las características de los barrios urbanos que el terrorismo de estado y mercado transformó e impuso por la fuerza en muchos casos en guetos arrasados y erosionados a través de lógicas ajenas a las culturas signadas por la violencia, construyendo nuevas formas de circulación, privatización de los espacios, y, construyendo a su vez mas y complejas relaciones con lo institucional” (Carballeda, 2015:4).

Intervenir en la comunidad implica un desafío para las instituciones, en la revisión de sus interacciones con lxs vecinxs maneras de interactuar y los tipos de abordajes en el proceso de salud-enfermedad. Por lo cual en primera instancia es fundamental entender a qué nos referimos cuando mencionamos comunidad.

Desde la disciplina del trabajo social he aprehendido que la comunidad es entendida como el espacio situacional, con prácticas heterogéneas, con movimiento permanente. Sabiendo que no hay un tipo único de comunidad, que estas tienen sus propias características de acuerdo a su producción de cultura que se va generando diariamente y que se vincula a su historia. Es por ello que resulta fundamental repensar críticamente las acciones comunitarias colectivas e intereses comunes. Por su parte Tonon (2009) nos refiere a estas nuevas concepciones de comunidad, que lejos están de aquellas que la asociaban fundamentalmente al territorio como el lugar de apego y de identificación. Es decir, este lugar de residencia ya no es necesariamente un espacio de participación e identificación (Tonon 2009:20)

En concordancia Carballeda entiende que en la actualidad la noción de “comunidad” se presenta como heterogénea, donde aparecen distintas lógicas, diferentes problemas, desiguales grupos sociales y marcados por una fuerte fragmentación en lo social (Carballeda, 2006). Por tal razón nos indica el autor que es preciso posicionarse desde una mirada no tradicional que permita incorporar la perspectiva de espacio microsocia para la intervención comunitaria. Recalcando que este territorio barrial está fragmentado y atravesado por distintas lógicas y diferentes problemáticas sociales, lo que torna necesario abordarlo desde una lectura para conocer las características que singularizan a este espacio y a quienes lo habitan desde sus particularidades.

Tal como se desarrolló al inicio de este apartado la población que fue construyendo al barrio en mención proviene en su mayoría de provincias del norte de nuestro país y también de países limítrofes en busca de mejores condiciones de vida. Vázquez (2020) explicita en relación a la información oficial del censo 2010 acerca de los países de origen de estas masas poblacionales: que “en cuanto a los países de origen de la población extranjera, se observa una presencia mayoritaria de bolivianxs y paraguayxs, correspondiéndose con la información proveniente del Censo 2010 sobre las corrientes mayoritarias a nivel de la ciudad” (Vazquez, 2020:115).

Dadas las características que se presentaba en territorio y que comenzaba a transitar el espacio institucional fue precisa desde un inicio la inserción en el campo que permitiera caracterizar a la población con la que se trabaja. Mariana TCST decía en relación a conocer a las familias puertas adentro:

“somos el nexo entre las familias y el equipo de salud, tenemos el privilegio de conocer puertas adentro a las familias, no solo a sus condiciones de vida, sino en todos los aspectos. Se genera un vínculo que nos ayudan a encontrar sus factores de riesgo y protectores, sus habilidades, su manera de ver a la salud que quizás que no tienen reconocidas (entrevista realizada en 15 de junio de 2021)

Conocer sus perspectivas y particularidades del proceso de salud enfermedad, intentando no avasallar sus concepciones y tradiciones para acompañar a estxs sujetxs en su vida cotidiana. Partiendo de las bases de APS que al caracterizar la población, conocer el territorio, vinculando al CAPS a través de estas profesionales se busca generar procesos de salud colectiva. Por lo cual en el territorio mencionado conviven una gran variedad de subgrupos migrantes y argentinxs. Cada uno de ellos aporta conocimientos, saberes, mitos, creencias, prejuicios en torno a la elaboración de la idea de salud y causas de enfermedad que se vinculan en un proceso construido a largo de la historia que hace a la constitución de ese contexto compartido (PMC,2010)

En este sentido cabe resaltar nuevamente que uno de los nexos entre esta la población y el centro de salud han sido lxs trabajadorxs comunitarixs de salud en terreno. Lxs TCST cuentan con una formación teórica-metodológica que acompaña la labor cotidiana que realizan para el abordaje del proceso de salud enfermedad. En relación a las características de esta población el abordaje está anclado desde una perspectiva intercultural. Partiendo de la premisa que no todos lxs sujetxs tienen las

mismas formas de comprender el cuidado de la salud, siendo esto el resultado de su trayectoria de vida y sus particularidades culturales son un fuerte arraigo que en ocasiones guían sus prácticas de salud cotidianas.

Por tal razón son lxs trabajadorxs comunitarias quienes a través de las visitas domiciliarias poco a poco van estableciendo un vínculo con lxs sujetxs del contexto. A lo largo de la entrevista a Norma, cuenta qué sucedía con lxs trabajadorxs comunitarixs en el barrio:

Siempre las veía a ustedes pasar, visitaban casa por casa, eso estuvo bueno, conocer los integrantes de la familia y aparte ustedes le preguntaban cosas. Además hay muchos que son tímidos y ustedes le ayudaban y así era más fácil llegar al centro de salud.

Es decir, a través de este rol que vincula a la institución con la comunidad, permite conocer la vida cotidiana de lxs sujetxs para la realización de un trabajo basado en la realidad concreta de los mismos y lograr el acceso al derecho a la salud. La accesibilidad pensada en el contexto actual es atravesada por la puja entre el mercado y la sociedad. Dicho de otra manera, se puede naturalizar los diversos padecimientos inscriptos en los cuerpos y las subjetividades de lxs sujetxs, o es posible desnaturalizar la vida cotidiana en espacios de encuentros. De acuerdo a Carballeda:

la accesibilidad, entendida como una forma de relación con el Estado, las Políticas Sociales y de Salud, se convierte en un instrumento que puede develar el juego que, en forma persistente, aún marca la puja entre la dinámica de la sociedad y la lógica del mercado (Carballeda, 2013,parr:22)

Se establecen así con signos propios del contexto micro a través del Inter juego en la convivencia entre diversos modos de adscripción y construcción de alteridad que se acompañan, que se intercambian, que pujan el poder. Al igual que dentro de estas comunidades desde la heterogeneidad que las caracteriza a veces se buscan soluciones que lxs posicionan como sujetxs que comparten necesidades sociales. El poder circula en ellos, la resistencia está presente, también la opresión, es ahí donde las intervenciones comunitarias juegan un papel fundamental para la emancipación o dominación de estas poblaciones. Desde aportes que provienen del campo de la psicología comunitaria se entiende al poder como un fenómeno social de carácter relacional, en palabras de Muñoz:

Los grupos sociales, las personas, siempre sabemos algo, y ese algo genera poder. Ocurre que no siempre somos conscientes de nuestros recursos, de nuestras posibilidades. A partir del conocimiento y descubrimiento de los propios recursos se puede generar la transformación de la realidad (Muñoz, 2013:30)

El trabajo comunitario que se realiza junto a la comunidad desde la perspectiva desarrollada permite en el territorio particular generar la confianza a través de un vínculo basado en el respeto desde sus saberes para que lxs sujetxs puedan dar a conocer sus necesidades. Este posicionamiento por parte de lxs profesionales permite realizar un trabajo en terreno basado en las voces e inquietudes de los propios protagonistas acerca de su visión y posición en el mundo. Entendiendo “que las necesidades existen como hecho social objetivo y determina y justifica la existencia de la política social en la perspectiva de la ciudadanía (UNPSJB, Cátedra de Trabajo Social I, 2010:1).

Cabe resaltar que las poblaciones que han migrado hacia la localidad han sido motivadas por la necesidad de encontrar mejores condiciones de vida que en un principio cubran las necesidades básicas de todo ser humano. Otra de las características de esta comunidad singular se relaciona con la precariedad laboral que en su mayoría posiciona a lxs sujetxs por fuera de la una inserción laboral que brinde estabilidad y cierto cobertura de seguros sociales. Es así que se pueden distinguir la división del trabajo entre lo masculino y lo femenino donde los hombres se desempeñan en su mayoría al trabajo relacionado con la construcción, mientras las mujeres realizan trabajos esporádicos relacionados al ámbito doméstico y generalmente de manera ,informalizada y/o precarizada.

La voz de Natalia, vecina del barrio describe con su relato acerca de la dinámica social producto de la incertidumbre laboral:

“me conocía con los primeros vecinos que iban llegando, pero después algunos se fueron y algunos se quedaron y así, la mayoría son de afuera, vienen un tiempo y por ahí si no le sale lo algo, o le sale mal, se van de vuelta”. (Entrevista realizada el 9 de abril de 2021)

Esta dinámica permite repensar cómo impacta lo macrosocial en la vida cotidiana de lxs sujetxs, y las diversas estrategias de sobrevivencia que forman parte de

su cotidianeidad y lo fundamental que es la caracterización de las poblaciones para reconocer la vulneración de derechos interconectados que complejizan su trayectoria de vida. Desde esta perspectiva el anclaje desde el sistema de salud debe complejizar también su accionar desde una visión integral. Atravesar las problemáticas sociales que se manifiestan en los cuerpos de lxs sujetxs como parte de un proceso que incluye los diversos determinantes. Lo cual solo es posible desde la caracterización de la población que se aborda y los determinantes de salud ((Breih, 2013)

En mi desempeño como TCST ejercí mi rol junto al equipo durante los años que van desde el 2013 a fines del 2019. Allí fui visualizando a través de los relatos de lxs vecinxs del barrio cuáles eran las diversas formas de concebir el proceso de salud-enfermedad-atención desde la intimidad de sus hogares y de su contexto más próximo. A través de la proximidad con lxs vecinxs lograda desde la construcción de un vínculo escuche y también observe que lxs sujetxs no se acercaban al CAPS cuando se realizaba alguna actividad comunitaria, y en el caso de concurrir era evidente la falta de participación por parte de lxs mismxs. Cabe aclarar que las actividades comunitarias hasta mediados del año 2014 en general solo se programaban de acuerdo a un calendario sanitario.

El vínculo construido entre la institución y la población a través de las visitas domiciliarias permitió problematizar la falta de participación de la población en las actividades comunitarias que repercutían a su vez en el ausentismo de lxs usuarixs para controles de salud. El conocimiento del territorio y sus características por parte de lxs TCST en principio dejo en evidencia la relación ambigua que existía entre lo que sucedería dentro de la institución cuando se realizaban actividades comunitarias y la población, donde lo que sobresalía era la pasividad o la falta de interés por parte de quienes acudían o se encontraban en el espacio físico cuando se llevaban a cabo estas acciones concretas.

Esto causo la inquietud por parte del resto los profesionales del equipo, y principalmente de las trabajadoras comunitarias, propiciando la búsqueda de estrategias nuevas que acompañen a mejorar las intervenciones en salud. Teniendo presente que desde estas actividades comunitarias se intentaba generar la sensibilidad en las diversas temáticas en salud y en relación directa el acceso a los distintos programas desde los

cuales se abordan a las poblaciones a cargo, surgiendo así la propuesta de implementar los talleres lúdico expresivos.

En conclusión, en este apartado pusimos de manifiesto la concepción de comunidad basada en diferentes tipos de relaciones que construyeron un escenario particular con grupo de sujetos heterogéneos. Caracterizamos al territorio, generando una lectura del mismo desde una perspectiva donde prima la heterogeneidad que trae consigo adscripciones e identificaciones, al igual que disputas, intereses cruzados, la circulación de poder, y desde donde también es posible pensar en nuevas formas de hacer que acerquen a la institución de salud a la comunidad a través de intervenciones que contemplen esta heterogeneidad a la hora de actuar y busquen la participación como motor de transformación.

2.2. “Siempre se puede hacer más, ahí entra la complejidad entre lo necesario y lo urgente”: construir colectivamente políticas sanitarias situadas

La primera oración que titula este apartado proviene de un integrante del equipo, se tomó considerando que es la mejor manera de presentar el siguiente apartado. Estas palabras visualizan la tensión que permanece latente entre el discurso de la APS y su anclaje real en los contextos donde se encuentran insertas estas instituciones. Es por ello que en el desarrollo del mismo intento describir el proceso socio histórico en el que se inscribe la experiencia en el CAPS 30 de octubre en relación a la implementación de talleres lúdicos expresivos articulados con las políticas públicas en un contexto de recursos escasos. De igual manera se busca visibilizar el sostenimiento de los talleres lúdico expresivos como dispositivo de acción trayendo las repercusiones que han tenido para quienes participaron del mismo.

Cabe resaltar como lo hemos venido mencionando anteriormente que de acuerdo al gobierno de turno las políticas públicas responden a la visión del mundo que se desea construir. Es decir, se inclinan hacia la efectivización de derechos o todo lo contrario, hacia la focalización de problemáticas puntuales que culminan siendo estigmatizantes y

en muchas ocasiones culpabilizadoras desde una mirada individual en el proceso de salud enfermedad de ciertas comunidades.

Durante el periodo en el que se inscribe el proyecto de investigación (2018-2019) nos encontrábamos transitando el gobierno macrista, inclinado hacia la ideología basada en el mercado como organizador de la sociedad. Uno de los ámbitos públicos en el cual hubo reformas por parte de este gobierno fue el de salud pública, acentuado hacia la descentralización, lo cual achico el rol interventor del estado nacional, repercutiendo esto en los restantes estados, y generando a su vez mayor desigualdad en las formas de la asistencia sanitaria a lo largo y ancho del país.

Ante lo cual esto conlleva a reflexionar acerca de Estado como garante del derecho a la salud y su concreción real. Es por ello que como menciona Barbieri, Miranda y Suarez (2020), durante este periodo de gobierno el macrismo con sus diversas reformas deterioró el sistema de salud. Es decir, nuevamente como en otros periodos socio históricos en nuestro país no se respetaron los principios presentes en los derechos humanos inherente a la salud:

los principios de obligatoriedad, de progresividad y prohibición de regresividad que están presentes en los derechos humanos, es dable remarcar que aparecen más como un discurso ético y moral que como una propuesta en la construcción de política pública que operacionalice esos estándares en el campo de la salud (Barbieri, Miranda y Suarez, 2020:25)

Con respecto a la provincia de Chubut en ese entonces se trabajaba con una serie de planes y programas que poco a poco fueron resintiendo la desfinanciación. Por otro lado, sumado a esto la provincia se encontraba en una profunda crisis económica que afectaba a todos los servicios públicos de este Estado y por ende en su accionar directo en los territorios.

Bajo estas circunstancias en el ámbito local y con los recursos disponibles (escasos) se continuaron realizando actividades comunitarias que, es preciso mencionar, son las que caracterizan al primer nivel de atención. A través de estas acciones se buscaba sostener y acompañar a la promoción en salud desde la propia visión de los involucrados.

Promover el acceso al derecho a la salud en este contexto implicó para el equipo de profesionales la búsqueda constante de estrategias que movilizan a la participación e implicancia de lxs sujetxs parte del territorio, partiendo de las características que marcan la singularidad del mismo. Por lo cual se continuó sosteniendo los talleres lúdicos expresivos con la intención de generar la implicancia de lxs sujetxs en el proceso de autocuidado. Esta forma de hacer con otrxs está directamente vinculada a la articulación y vehiculización de políticas sanitarias que acompañaban a la población en relación a su visión de lo que representaba la salud-enfermedad como proceso.

Mario, un médico generalista integrante del equipo de salud nos decía en la entrevista la relación directa entre estas actividades y las características de la población: “la característica de la población que acudía al 30 de octubre era propicia para construir conocimiento, ya que no tenía la cultura parca que nos caracteriza a los comodorenses” (entrevista realizada el 6 de abril del 2021). Se puede señalar entonces lo fundamental de trabajar desde el conocimiento de las características que interactúan en el territorio particular para realizar intervenciones más asertivas”. Mario identifica a la población que acude al CAPS como abierta a la participación en contraposición a “la cultura parca de Comodoro”, refiriendo a la escasa participación social. En relación a esta forma de intervenir en salud por parte de este equipo que ha optimizado el nexo entre la población y las trabajadoras comunitarias por un lado. Sumado a esto ha reelaborado sus abordajes en salud de acuerdo a las características singulares de la comunidad que se obtienen del trabajo que se realiza en el barrio. Desde la perspectiva de trabajo social, tomando aporte de Pagaza (1998), esta autora resalta la importancia del proceso metodológico en la intervención. El mismo está constituido por la inserción al campo, el diagnóstico y la planificación como pasos dinámicos que acompañan al profesional. Es a través de estos pasos que son dinámicos y dialécticos desde donde es posible visualizar la complejidad de la cuestión social. Esta complejidad que constituye a la cuestión social se expresa desde un conjunto de dimensiones que hacen a la relación entre sujeto y necesidad. Trabajar en este proceso metodológico posibilita planificar estrategias que acompañen a procesos de transformación social.

Es decir, al pensar un abordaje de intervención en salud como lo planteaba el equipo del 30 de octubre implica fundamentalmente caracterizar al territorio, a su población, conocer, vincularse a sus identificaciones y adscripciones para conocer las representaciones sociales que tienen lxs sujetxs sobre la salud. A su vez impera

interpelar también con la institución de salud y los profesionales frente a estos saberes. Asimismo no hay que perder de vista que lo macro económico-social-político condiciona y muchas veces obstaculiza la vida cotidiana de estos sujetos que habitan un espacio particular.

Teniendo presente lo mencionado es que desde la institución y con conocimiento del contexto se comienzan a gestar intervenciones. Las mismas son pensadas a partir de una perspectiva participativa desde la heterogeneidad que caracteriza al territorio Carballada, A (2004) resalta la utilidad de trabajar con grupos heterogéneos:

“el trabajo con grupos heterogéneos puede ser útil debido a la diversidad de representaciones de aquello que se recupera, ya sea desde la perspectiva de los actores que estuvieron presentes o de los miembros de generaciones posteriores que de alguna manera reprodujeron o conservan la inscripción de esos acontecimientos“(Carballada,2004:136).

La implementación de talleres lúdicos expresivos desde la singularidad del escenario comunitario brinda la posibilidad de recuperar las representaciones de quienes participan. Generar la oportunidad de conocer las características del territorio, sus tensiones, la reconstrucción de sus problemas históricos. Este conocimiento permite analizar aspectos objetivos y subjetivos que hacen a la constitución de lxs sujetxs de un territorio.

A partir de posicionar a los talleres lúdico expresivos como un eje fundamental para la intervención en salud posibilita a la generación de nuevos procesos de subjetividad para quienes participan. Ante lo cual es posible reflexionar que a través de estos talleres se comparten experiencias para resolver situaciones desde actos colectivos, donde la corporeidad es el camino que propicia al encuentro con lxs otrxs desde la solidaridad, cooperación y respeto. Esta forma de hacer con lxs otrxs va dejando marcas en la subjetividad (Bang, Corín, Stolkiner 2016)

Cabe resaltar que en la institución este dispositivo lo lúdico expresivo se fue gestando a partir del año 2014 sosteniéndolo en el tiempo. Mario en relación a esta metodología nos explica cómo se fue construyendo y sosteniendo por parte de los integrantes del equipo y la comunidad “otra de las cosas que sucedían es que las actividades al ir saliendo cada vez mejor, más gente se prendía para hacer cosas, al

principio se dudaba en la participación, luego todos querían actuar, participar, querían hacer cosas” (entrevista realizada el 6 de abril del 2021).

Desde lo referido por Mario es propicio marcar que el sistema de salud cuenta con muchos profesionales que desde su formación no han sido preparados para construir con otrxs desde una mirada social. Fue a través de la participación en conjunto a la figura de lxs TCST en algunos de los momentos de la planificación y/o ejecución de estos talleres que comenzaron a visualizar una manera distinta pero asertiva de trabajar en equipo y con la comunidad. Como explica Mario desde su propia experiencia “el juego desestructura, porque en verdad, en mi formación de grado, cuando estudie medicina el ir hacer salud comunitaria era sentarte al lado del médico y ver como recetaba, no teníamos otra mirada” (entrevista realizada el 6 de abril del 2021). La riqueza de nuevas experiencias en un sistema a veces marcado por los discursos hegemónicos permite repensar y revalorizar formas de hacer conjuntas donde es posible pensar en la transformación de sus partícipes. Carballeda (2004) explica que “el juego permite suspender o desplazar las determinaciones que parecen infranqueables en el sistema de convenciones de la vida cotidiana” (Carballeda,2004:139).

Por otro lado, sin olvidar los primeros párrafos que nos situaban en un contexto público con falta de recursos de todo tipo, y en base a algunas notas de campo y charlas informales propias se puede referenciar que siempre fue recurrente la falta de financiamiento para llevar a cabo estas acciones. En relación a ello se presenta el fragmento de una entrevista donde Isadora TCST mencionaba “porque poníamos de nuestro bolsillo para los materiales e insumos que se necesitaban para llevar a cabo las actividades” (Isadora, entrevista realiza el 18 de mayo del 2021). La visibilización de falta de recursos para sostener actividades comunitarias en la APS permite poder problematizar entre el discurso de esta estrategia y las acciones concretas para efectivizarla, al igual que el desaliento por parte de los equipos de salud. En ese desaliento generado por no contar con los recursos materiales ante las actividades planificadas llevaba a que lxs propios integrantes del equipo pusieran de su bolsillo generaba tensión entre lxs compañerxs de trabajo. Muchas veces se planteaba esta tensión, disconformidad y desaliento con la frase “estamos tapando agujeros del sistema”. Remarcando que desde el sistema de salud solicitaban se desarrollaran acciones en base a una APS integral y en lo concreto no se acompañaban desde la provisión de recursos materiales (nota de campo 2016). Es decir, evidencia la tensión

entre un discurso que alienta este tipo de acciones en el marco de la promoción de la salud y un sistema de salud provincial que por momentos lo limita desde la falta de recursos materiales.

Por añadidura al mencionar la falta de recursos, Federico, psicólogo y parte del equipo, refiere a la sobrecarga de demanda en consultorio, lo cual impedía muchas veces acompañar actividades comunitarias enmarcadas en la salud mental comunitaria que se deseaba construir. En palabras de Federico: “mi experiencia es que a partir de la cantidad de demanda de atención en mi disciplina particular tenemos las horas contadas, los pacientes son un montón, complica también un montón poder participar y ponerle cabeza de lleno” (entrevista realizada el 8 de abril del 2021). Esto permite tensionar nuevamente la brecha que existe entre las bases de la APS y su realidad concreta para llevar a cabo dicha estrategia. Continúa manifestando Federico :“la precarización de los trabajadores, en esta situación hay que tener claro también que si yo hago paro luego se me acumulan los usuarios y hay que atenderlos, la semana siguiente en vez de tener 20 tengo 40 pacientes”. Estas palabras que manifiestan un sentir, también repercuten en la clase de atención que se le brinda a una sociedad en un momento socio histórico determinado” Una persona que no cobra el sueldo no puede rendir al 100% en su trabajo” (entrevista realizada a Federico el 8 de abril del 2021). .

A pesar de las dificultades para participar de los talleres lúdico expresivo por parte de los profesionales se puede reflexionar que en este espacio particular los dispositivos lúdicos expresivos eran un puente hacia el encuentro con la historia de vida del territorio y de quienes lo vivían cotidianamente, como también de los propios agentes parte de la institución, su relación y conocimiento con el territorio y su relación con los recursos reales con los que se contaban. De hecho, intervenir en estos contextos desde las actividades comunitarias implicó abrir a la posibilidad de garantizar un mínimo de recursos materiales y sobre todo optimizar los espacios físicos del contexto para el encuentro con lxs otrxs. En palabras de Carballeda (2006):

La intervención en la comunidad implica una modalidad singular, según la cual construye su complejidad a partir de la elaboración de dispositivos que van a actuar en espacios microsociales, cuyo horizonte se relaciona con la integración, la organización barrial y la identidad (Carballeda 2006:120).

Isadora visualiza este tipo de actividades comunitarias como fundamentales para que la población conozca sus derechos “las actividades están destinadas a que las personas conozcan los servicios que hay, a los que puede acceder, a los que tiene derechos, a los que tiene que exigir” (entrevista realizada el 18 de mayo del 2021).

El equipo de salud del CAPS 30 de octubre también tenía una construcción histórica desde el personal que formaba parte del organigrama. Estos fueron construyendo una trama relacional entre sí, hasta la relación que se fue construyendo con la población que se trabajaba. Este proceso de interacción y proximidad entre la institución y lxs sujetxs de la comunidad acompañaba y sostenía en ese momento de crisis, siendo la participación el motor fundante. Norma, vecina del barrio decía “uno por medio de esto puede primero conocer al equipo del periférico, acercarse, se anima más la gente, le agarra confianza y se anima a ir al doctor, yo me sentía bien”. Así en algunos casos podemos observar el modo en que las actividades comunitarias van posibilitando una relación de cercanía, conocimiento y confianza con el equipo de salud, donde las personas se sienten escuchadas y cómodas.” Esta vinculación entre la comunidad y el equipo de salud se torna más cercana cuando la corporeidad que es precisa para las actividades lúdico expresivas trasciende roles y jerarquías normalizadas desde el sistema de salud. Desde esta cercanía es posible lograr vías de comunicación en salud donde la institución es un espacio propicio para la promoción de derechos.

Desde las actividades comunitarias era posible realizar dos lecturas de la cotidianeidad de lxs sujetxs parte del barrio. Por un lado los indicadores de salud visualizaban el crecimiento en el número de la población que realizaba controles preventivos tales como uso de anticonceptivos, como un pap o controles y chequeos anuales de personas con enfermedades crónicas. Cabe aclarar que este seguimiento se realiza a través de una planilla de vivienda que abarca campos de la salud que se encuentran bajo alguna política sanitaria (Nacional, Provincial). La segunda lectura está anclada en la esfera subjetiva de estas personas, lo cual era visible a través de la circulación de la palabra de quienes poco a poco iban construyendo otra mirada hacia la institución y quienes formaban parte de la misma “eso ayudo a hacernos sentir en familia, es bueno que te miren y te saluden con el nombre, yo no era una más, era Naty y sabían acerca de mi familia”, nos dice una vecina del barrio (entrevista realizada a Natalia el 9 de abril del 2021). Reafirma Raúl, referente barrial que trabajar desde esta perspectiva “es hacerlos parte, es reflejar las cosas que son representativas para los

vecinos, es ser parte” (entrevista realizada el 11 de abril del 2021). “Observamos el modo en que estas actividades producen reconocimiento por parte de un grupo humano. El hecho de “ser parte” o “hacernos sentir en familia” producen otras lógicas de vinculación en un sistema de salud donde predomina la lógica biomédica”.

Finalmente es posible pensar en el sostenimiento de esta forma de hacer con otros para construir salud comunitaria. Teniendo presente que hasta antes de la pandemia por COVID 19 se continuaron implementando este tipo de intervenciones para trabajar comunitariamente. En el CAPS 30 de octubre la implementación de talleres lúdico expresivos fue lo que posibilitó al acercamiento de sujetos que desde otras intervenciones no habían llegado a la institución. Efectivizar el ejercicio del derecho a la salud a través de las diversas políticas públicas que eran posibles anclar en el territorio de acuerdo a las características de la población y por otro lado generar procesos de encuentros para la búsqueda de la integración social. Federico reflexiona acerca de los resultados diciendo:

Creo que lo bueno es poder aportar herramientas a las personas que se llegue con las intervenciones, los resultados se ven no en el momento, se ven a largo plazo y por ejemplo la persona sigue viniendo y se apropia del lugar, entendiendo ya el proceso de cómo hacer cierta consulta, empieza a adquirir determinados tips, o acerca a un ser querido, a un vecino a algún espacio que se sostiene en la institución (entrevista realizada 8 de abril del 2021)

Este apartado se cierra con las palabras de un grupo de investigadoras que visualizan a través de su experiencia lo fundamental de revalorizar a este tipo de actividades como forma de vehicular el derecho a la salud pensada esto como proceso social:

“Estas actividades trabajan desarrollando la imaginación, la ficción y la creatividad como capacidad fundamental para operar en la transformación de las propias realidades. La inclusión en un proceso de creación colectiva permite a sus integrantes abandonar el lugar de individuos aislados y pasivos, ya que posibilita construir una subjetividad comprometida e implicada, que posee un cuerpo colectivo y está preparada para la acción.” (Bang, Corin, Stolkiner, 2016, p.469)

2.3. “El centro de salud explotaba...” Descripción del taller lúdico de salud sexual y reproductiva en sala de espera del CAPS 30 de octubre

La frase “el centro de salud explotaba” proviene Isadora, TCST -quien desempeña tareas en el CAPS desde el año 2013 al 2019- haciendo referencia a lo que se fue construyendo en relación a las actividades comunitarias que se llevaban a cabo en distintos espacios dentro del territorio a través de los talleres lúdico expresivos. Continúa la entrevista mencionando “la gente participaba, es una de las características de esa comunidad” (entrevista realizada el 18 de mayo del 2021).

Pensar en la participación comunitaria implica acompañar un proceso en el cual los sujetos construyan una mirada crítica de su realidad para motorizar la transformación. Pedraza (2002) alude que la participación comunitaria es aquel proceso por el cual los sujetos en relación a las necesidades propias y las de su comunidad se transforman tomando a su vez un sentido de responsabilidad acerca de su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo de manera consciente y activa en el proceso de desarrollo.

Resulta enriquecedor describir uno de los tantos talleres lúdico expresivo, (en esta ocasión sobre salud sexual y reproductiva) que se ha llevado a cabo en la sala de espera del CAPS 30 de octubre. Una estrategia de intervención para la búsqueda de la construcción de salud comunitaria. En esta instancia se busca tensionar la perspectiva teórica con la práctica para problematizar si esto repercute en el acceso a la salud desde la estrategia de APS. Por lo cual se traen en este apartado las experiencias vivenciadas por parte del equipo de salud y la comunidad, desde una mirada integral buscando describir que ha venido sucediendo.

Esta tesis, se escribe desde la experiencia en primera persona y, se encuentra enmarcada en un contexto socio histórico atravesado por tensiones, conflictos e incertidumbre que articulan lo macro con lo microsocio y económico. Una vez que estos determinantes se insertan en el territorio particular es preciso generar una lectura

que permita accionar en relación a las características propias del espacio y lxs sujetxs que lo habitan y como esto influye en el proceso de salud-enfermedad.

Por tal razón es que el equipo de salud 30 de octubre de la ciudad de Comodoro Rivadavia desde el conocimiento y caracterización de la población, a cargo de las TCST, fue poco a poco implementado estrategias que brindaran o abrieran a nuevas formas de hacer junto a la comunidad. En primer instancia generar movilización, “hacer ruido”, romper con lo cotidiano en el espacio de la institución a través de los talleres lúdico expresivo.

Federico, integrante del equipo de salud, manifiesta lo siguiente en relación a la implementación de esta estrategia:

Puede ser una bisagra en el sentido que habilita a contener, escuchar, hacer con otras personas que tienen otros discursos para trabajar en conjunto y poder generar un descubrir ciertas cuestiones que obstaculizan nuestra función como trabajadores de la salud, y creo también que más que una bisagra, es una forma de salir de sublimar, una forma creativa de hacer con aquello que nos aqueja (Entrevista realizada el 8 de abril del 2021).

Al traer el término discurso se hace referencia a este como aquel que da soporte al sentido en el que lxs sujetxs miran, sienten y actúan en el mundo:

Por sentidos del orden social entendemos los diferentes modos de leer la realidad, las distintas visiones del mundo que compiten, se enfrentan, se complementan y se excluyen en el todo cultural, y que implican siempre una opinión sobre el modo en que se organiza la sociedad (Carro, 1999: parr:9)

Los discursos se materializan a través de la comunicación, la cual se entiende como un principio constitutivo de la especie humana. Ahora bien, lo siguiente es plantearnos desde la perspectiva de una comunicación que tensione la hegemonía del poder circulante que representa la ciencia médica, para que posibilite a un contenido en torno a la relación que se establece desde estas estrategias,: Como menciona Carro (1999,parr:19) “la comunicación es el terreno en el que se van procesando identidades, normas, valores, se van articulando intereses”, lo cual propicia a una construcción contra hegemónica que permita resurgir saberes alternativos que se encuentran latentes para el adentro de las comunidades.

Es por ello que se ha buscado como modelo pedagógico uno diferente al tradicional o convencional. Es decir, diferente a ese que transmitía información desde el saber, ya que este “solo se transmitían de manera unidireccional, considerando a la gente básicamente pasiva, como envases a llenar” (García,1997: 17).

Parto del término “taller”, utilizado para identificar a “opciones alternativas a cursos o seminarios, modalidad opuesta a una enseñanza de tipo expositiva” (García, 1997:20). El taller toma y valora la participación de lxs propixs sujetxs en su propio aprendizaje, integra también en el aprendizaje las propias experiencias de lxs participantes, lo cual, como continua diciendo García, genera influencia en la acción de los propios participantes (García,1997: 20)

Al incluir en talleres lo lúdicos expresivos se abre la posibilidad de conocer las representaciones de lxs sujetxs en torno al proceso de salud enfermedad, sus formas diversas de autocuidado, a través de sus propios discursos. Desde la perspectiva de Freire es posible pensar en una educación popular que se presenta como una herramienta de liberación, promoviendo una actitud crítica. “Una educación que le facilitase la reflexión sobre su propio poder de reflexionar y que tuviese la instrumentación en el desarrollo de ese poder, en la explicación de sus potencialidades, de la cual nacería su poder de opción” (Freire, 2013:52).

A continuación se describe uno de los talleres lúdico expresivo, llevado a cabo por el equipo de salud, el día 10 de abril de 2019 en el espacio institucional durante el transcurso de la mañana. Dicha propuesta surgió de los datos obtenidos en las visitas domiciliarias, al igual que del pedido de algunas vecinas de la comunidad para un control ginecológico. Esto motivó al equipo de salud a la planificación de una actividad integral que ponga en marcha el programa de salud sexual y reproductiva de manera holística. Es decir, lograr en ese encuentro con la excusa del control ginecológico, un trabajo que involucre a varias de las especialidades que conformaban en ese entonces parte del equipo. Por tal razón participaron en este taller la odontóloga, la nutricionista, la médica generalista, dos enfermeras, tres trabajadoras comunitarias y dos administrativas. Desde esta actividad se intentaba no solo “bajar un programa”, sino también propiciar al encuentro y la circulación de la palabra. Acercarse a la visión de las diversas formas de concebir el proceso de salud-enfermedad y el autocuidado a través de sus propias protagonistas. Desde esta perspectiva los talleres lúdicos expresivos ya

no son técnicas a implementar, sino estrategias innovadoras de intervención comunitaria para construir colectivamente conocimientos.

Es preciso dar cuenta que la difusión e invitación a este taller lúdico expresivo hacia la comunidad se realizaba a través “del boca en boca”, resaltando que esta forma de hacer es el medio de comunicación predilecto en el espacio singular para la circulación de información. Es así que en el taller particular se fue invitando a mujeres que se encontraban bajo programa y que estaban a cargo de las mismas, solicitando a su vez que ellas acompañen esta actividad siendo promotoras multiplicadoras de difusión. La actividad comunitaria llevada a cabo estaba planificada desde la implementación de talleres lúdicos expresivos para alentar a la circulación de la palabra mientras se realizaban controles ginecológicos para futuros diagnósticos precoces en cáncer de útero. Trabajar desde la experiencia de sus propias protagonistas con la finalidad de reforzar en el autocuidado. Esta actividad comunitaria contó con la presencia de más de treinta personas participantes.

De acuerdo a lo desarrollado previamente cabe referir que al inicio de la actividad el equipo de salud trabajó en la ornamentación de la sala de espera, con diversos adornos decorativos como globos, guirnaldas multicolores y carteles de bienvenida. Esta decoración consistía en generar una recepción cálida, colorida y festiva hacia las participantes. Al igual que se preparó una mesa extensa con los utensilios y productos alimenticios para un compartir. En esta actividad comunitaria en una primera etapa, poco a poco, se fueron acercando a la institución las invitadas. Parte del equipo fue decepcionando a las participantes para que se fueran distribuyendo en el espacio en relación a como ellas se sintieran más cómodas.

Antes de comenzar con las actividades previstas para ese día, las mujeres que iban ingresando al recinto se fueron acomodando alrededor de una mesa extensa en la cual se las recibió con un desayuno preparado especialmente para ellas. En un primer momento pude visualizar que la forma de ubicarse espacialmente de las mujeres convocadas era de manera grupal y estaba ligada a la proximidad con otras mujeres con las cuales ya se conocían. Las que ingresaban individualmente buscaban sentarse distantes de otras. Custó (2103) nos explica que en momentos de fragmentación social los modos de relación se establecen desde la desconfianza, la pasividad y diversos tipos

de violencia, generando silenciamientos, segregación, naturalización de fragmentación social.

Una vez que estábamos todxs comenzó el taller con la presentación de lo que las reunía en un lugar común, cabe mencionar que el clima aún permanecía entre la tensión y el desconcierto de lo que quizás provocaba a cada una el encuentro con otras y bajo una situación desconocida. Es por ello que se organizó un ejercicio corporal que iba en progreso, pasando desde el trabajo corporal individual para luego generar la interacción entre las participantes. Se comenzó con movimientos corporales en el espacio con la intención de iniciar el encuentro de las participantes con su propio cuerpo. Dentro de esta primera actividad se podía escuchar las risas y comentarios de las mujeres que referían a lo poco habitual de ejercitar y sentir el cuerpo “no sabía que tenía esta parte del cuerpo” (nota de campo, 10 de abril del 2019). El paso siguiente constaba en girar hacia un lado y hacia el otro buscando la mirada de la persona que tenía enfrente, para luego transmitirle un saludo sin emitir sonido. En ese momento las mujeres de la comunidad junto al equipo reían y transgredían la regla, ya que fue entonces cuando comenzaron a interactuar corporal y verbalmente desde comentarios tales como “esto me hace reír”, o un “hola” (nota de campo, 10 de abril del 2019) .

En una mesa se encontraban los juegos que formaban parte de la estrategia del encuentro planificado. Una vez que se dio inicio con el compartir poco a poco se fueron mirando unas a las otras, y todo comenzó a cambiar, a mutar. Las interacciones entre las presentes en el espacio fueron comenzando hacer sentir sus voces, sus risas, sus anécdotas diversas. Se observaba cercanía, diálogos fluidos desde la experiencia compartida con otras. Posteriormente comenzó organización de las asistentes en grupos para realizar los juegos. Este paso previo al desarrollo de los juegos generó una interacción dinámica de integración y comunicación.

El buen clima generado en sala de espera durante el desarrollo de la actividad comunitaria quizás se debió a esa cercanía entra las profesionales y las mujeres del barrio. La circulación de la palabra permitió el intercambio de conocimientos y experiencias, lo cual fue revalorizado por parte de las profesionales que participaron. Recuperar la palabra de estas mujeres es vincularse con el territorio, con su visión y construcción del mundo, para pensar nuevas construcciones desde lo colectivo. En palabras de Carballada ”recuperar la palabra también sugiere una nueva relación con lo

territorial, para esto, tal vez haga falta aprender de nuevo a escuchar las voces del territorio, de sus actores, significaciones y sentidos, para desde allí reconstruir y recrear nuevos lenguajes y subjetividades” (Carballeda,2013:4).

Los juegos que fueron generando un accionar colectivo se basaban en un programa televisivo “minuto para ganar” y estaban adaptados al ámbito de salud. “Cuchara saludable”, “el juego de las medias”, “el gallito ciego”, “la feria de anticonceptivos”, “el fideo loco”, entre otros. Las participantes fueron las protagonistas centrales donde el juego fue el detonador del encuentro, de carreras, de obstáculos, desafíos pruebas que debían completarse de manera individual y otras grupales. Se fue instalando un clima en el cual se escuchaban las risas, las anécdotas de juegos previos

Norma expresa en relación a esa experiencia “se participaba con alegría y con interés” (entrevista realizada el día 21 de mayo del 2021). Esa dinámica participativa e integradora acercaba a las mujeres del barrio con las mujeres profesionales, que generalmente las recibían en su consultorio desde una atención biomédica. Un taller lúdico expresivo pensado desde la perspectiva de APS integral donde los saberes se fusionan permitiendo construir desde la heterogeneidad. Cabe mencionar que el salir de los consultorios por parte de las profesionales y entremezclarse con las invitadas de la comunidad para compartir el juego generó un dialogo distinto al que se sucedía en el adentro de cada consultorio. Federico refiere que muchas veces al responder a ciertas lógicas establecidas desde las instituciones se quita valor a lo que trae consigo la comunidad:

La comunidad también tiene sus propios recursos, sus propias herramientas, vínculos, conforma su propia forma de funcionamiento, que a veces también como agentes de salud las desconoce y les quita valor. Entonces es ahí donde se producen corto circuitos que terminan dificultando la accesibilidad de estas comunidades a las instituciones de salud lo cual no garantizaría el derecho a la salud (entrevista realizada el 8 de abril del 2021).

Cada juego abría al debate en relación al cuidado de la salud, y es allí donde parte del equipo reforzaba, articulaba y valorizaba los conocimientos que compartían esas mujeres en torno al cuidado de la salud. Esta actitud activa de las participantes permitió repensar, problematizar y puestas en común acerca de mitos y realidades que en cada intervención mediante el juego se ponía en debate.

Desde mi observación participante fui visualizando como esas distancias y los silencios entre las mujeres convocadas se rompía y daba el pie para que fueran encontrándose en las palabras,” vos vivís cerca” o “de tal o cual lugar sos” o “ya me hice el control ginecológico, no tengas miedo porque no duele”, y contando anécdotas a parte del equipo de salud en relación a los cuidados. Cruces de este tipo fueron ganando la sala de espera y de pronto se podía observar cómo lo lúdico expresivo comenzó a tejer interacciones, cercanía, voces dentro de la institución. Esto invita a reflexionar acerca de la impronta que interviene cuando se buscan novedosas formas de hacer, entendiendo que “la realización de actividades creativas y lúdicas son parte de la promoción del derecho a una salud integral y una vía de comunicación válida para la educación en salud “(Bang, Corin y Stolkiner, 2016, p.468).

Finalmente, el taller lúdico se cerró con un video producido por las TCST y algunas vecinas. Dicho video contenía las voces de varias mujeres del barrio que dejaban un mensaje en relación a la concepción de “ser mujer”. Cabe destacar en este trabajo conjunto que no solo contenía el sentir, el pensar y el actuar de estas mujeres, sino también es que cada mensaje se brindaba en su lengua natal. Así fue que participaron mujeres que desarrollaron su discurso en guaraní, quechua, aymara, entre otras. Al momento de presentar el video en el proyector, la sala de espera se silenció y poco a poco se fueron viendo varias de las mujeres que habían participado de esa producción en la pantalla grande. Se las podía ver emocionadas, algo tímidas. A las restantes participantes se las observaba atentas y también emocionadas de escuchar palabras en su lengua (nota de campo, 2019).

Norma verbaliza en la entrevista su propia vivencia, manifestando y anhelando a la distancia: “a mí me ayudo porque agarre más confianza con ustedes y cualquier cosa yo iba al periférico y les preguntaba, se extraña eso, ojala vuelvan hacerlo”.

Es preciso dar cuenta que las actividades comunitarias en salud son aquellas acciones colectivas para la promoción y prevención en salud y suelen planificarse desde el conjunto multiactorial que habita el territorio desde una perspectiva integral. Gonzales (2012:3) manifiesta que “desde lo local, esta perspectiva integral de abordaje de la salud incluye, entonces, la multiactorialidad en sus acciones, recuperando y/o promoviendo la presencia de otros actores comunitarios en acciones preventivas y de promoción”. Federico, psicólogo integrante del equipo, desde su experiencia en el CAPS 30 de

octubre entiende que las actividades comunitarias pueden ser generadoras de procesos significativos tanto para la institución como para lxs sujetxs participantes, dado que:

Las actividades comunitarias representan un montón de cosas, en un principio la posibilidad de generar espacios en los cuales las personas que viven en una comunidad se encuentren y se reconozcan, sabiendo que esto ayuda a que se rompan un montón de mitos, prejuicios, preconceptos que hacen que unos sea hostiles con otros (entrevista realizada el 8 de abril del 2021)

Estas palabras nos interpelan hacia la reflexión del situar al lazo social desde aquello que se encuentra fragmentado, roto, y que en lo cotidiano lo vivimos y transitamos en los espacios micros sociales. Es en esa vida cotidiana donde en muchas oportunidades las relaciones sociales se construyen desde el temor y la desconfianza hacia ese otro. Teniendo presente que en alguno de los modos de relación predominan la desconfianza, la pasividad, la violencia física y simbólica, la intolerancia a las diferencias, la segregación, los prejuicios, entre otros (Custo, 2017). Quizás pueda decirse que en un contexto hostil donde las migraciones y la toma de tierra generan algunas tensiones en lo social y lxs integrantes del equipo destacan la importancia de trabajar en ello.

Continúa diciendo Federico en relación a las actividades comunitarias:

A su vez esto genera posibilidades de establecimientos de recursos saludables para que en la misma comunidad se puedan empezar a combatir estos efectos del neoliberalismo salvaje que nos atraviesa, con una concentración de capitales en ciertos lugares genera en los territorios la pérdida total de bienes y la precarización de la vida (entrevista realizada el 8 de abril del 2021)

De acuerdo a lo que expresa Carballeda (2013) en relación a los efectos del neoliberalismo:

Las sociedades arrasadas y paralizadas por el terrorismo de mercado sufrieron y aún sufren formas de cimentación de subjetividades que se expresan de diferentes maneras, pero, fundamentalmente, dando cuenta de la fragmentación de la solidaridad, los lazos sociales y las relaciones de intercambio y reciprocidad (Carballeda 2013:1).

Siendo desde esta lectura a la cual adhiero, resulta imprescindible repensar las intervenciones desde estrategias que en primera instancia movilicen, desestructuren,

sorprendan. Pensar en la posibilidad de optimizar y gestionar espacios de encuentro, posibilitadores quizás estos, de futuras resistencias basados en la solidaridad y la integración.

Federico menciona que es fundamental el generar en un primer momento un espacio de encuentro donde re-surja quizás el encuentro con la comunidad y sus recursos: "a las personas que no les queda otra que agarrarse de su comunidad de pertenencia para poder subsistir ahí entra el estado, la atención primaria para garantizar cierto sustento por lo menos desde lo que nos compete que es en el terreno de la salud"(entrevista realizada el 8 de abril del 2021). Es decir, desde esta perspectiva donde los procesos macro bajo un sistema neoliberal atraviesan la vida cotidiana de lxs sujetxs, en lo micro es posible repensar que la generación de actividades comunitarias posibilita a la integración desde las acciones colectivas. Dichas acciones colectivas en un espacio singular pueden abrir a nuevas posibilidades que construyan la integración, la solidaridad y a futuro quizás proyectar resistencias. Como menciona Custo, (2017) es importante:

Crear espacios grupales y/o acompañar procesos en los cuales se pueda opinar y debatir sobre situaciones, hechos o fenómenos que permitan construir nuevos acuerdos o desacuerdos, escuchar el malestar del grupo para pasar de la queja a una propuesta alternativa (Custo 2017:9).

Teniendo en cuenta que las comunidades se componen, complejizan y enriquecen desde su heterogeneidad y diversidad, lo cual en ese encuentro quedo fuertemente evidenciado marcado un proceso que se fue gestando en el transcurrir de la jornada. Pero también es posible pensar que el reunirse en un lugar en común habilita a encontrarse desde lo heterogéneo, es decir, estos espacios pueden tornarse desencadenantes de nuevas formas de hacer en común, donde la riqueza habita en la heterogeneidad, de acuerdo a lo que plantea Carballeda (2002):

El trabajo con grupos heterogéneos puede ser útil debido a la diversidad de representaciones de aquello que se recupera, ya sea desde la perspectiva de los actores que estuvieron presentes o de los miembros de generaciones posteriores que de alguna manera reprodujeron o conservan la inscripción de esos acontecimientos .(Carballeda,2002:136).

A partir de la experiencia a través de talleres lúdicos expresivos, es posible repensar esta estrategia innovadora como forma de hacer e intervenir colectivamente, donde se permite que el grupo se afiance en una actitud activa, participativa y propositiva, trasladable luego a otras situaciones de la vida colectiva, con la consecuente producción.

El responder a ciertas lógicas establecidas, Federico refiere al ideal que se tiene en torno al concepto de salud y que se relaciona más al MMH que a la APS:

Respondemos a una lógica que nos hace apuntar a ciertos ideales que creemos que se pueden cumplir y nos paramos desde estos ideales y aconsejamos desde lo que creemos que sería lo mejor o el bien para la otra persona sin considerar quizás los otros factores que entran en juego, sobre todo en comunidades que están sumamente precarizadas no solo a nivel económico, sino también a nivel vincular (entrevista realizada el día 8 de abril del 2021)

Existen dos aspectos que acompañan a la visualización de atención impregnada por el MMH. Por un lado “el aconsejar” es posicionar a lxs sujetxs como individu@s receptor@s pasiv@s y responde a una de las características de este modelo. Por otro lado el quitar valor por acción u omisión a factores sociales es centrarse principalmente en los padecimientos desde la lógica biomédica y con el valor indiscutible del diagnóstico médico. Desde el MMH, la palabra de lxs profesionales no es discutible bajo ningún aspecto, dejando afuera la voz del usuario, el contexto de su vida cotidiana, los saberes previos que lo acompañan a este último, la riqueza que quizás trae consigo desde sus costumbres, cultura, hábitos (Santore, 1993).

Esto torna imprescindible repensar en estrategias como la de talleres lúdicos expresivos para el trabajo con comunidades y lograr un acercamiento entre la institución y la comunidad donde prime las bases de APS que se centra en la participación como motor de cambio. Resaltando el eje interventor que cumplen los talleres lúdicos expresivos en la vida cotidiana de lxs sujetxs, tal como lo manifiesta Carballada (2006):

Jugar implica "fundar un orden", desarrollar actitudes y conductas diferentes de las habituales que posibilitan otra forma de vinculación con el mundo, la vida social y su trama de significaciones, donde cada acercamiento lúdico a la realidad genera interrogantes, origina nuevas inquietudes e impulsa formas de relación o construcción de lazos sociales. Un acercamiento lúdico a la vida cotidiana presupone, entonces, tanto

la generación de interrogantes como, especialmente, la creación de nuevas formas de relación con los otros” (Carballeda,2006:137)

Este “jugar” al que alude Carballeda es posible visibilizarlo en el relato de Natalia, quien manifiesta en la entrevista su sentir al participar de esta actividad, “fue lindo, no paraba de reírme cuando hicimos los juegos, me sentí bárbaro” (entrevista realizada el 9 de abril del 2021).Es decir, un acercamiento desde lo lúdico posibilita a la creación de nuevas formas de relacionarse con otrxs y con el espacio mismo. La sala de espera generalmente silenciosa donde cotidianamente acudían lxs sujetxs del barrio en busca de calmar algún padecimiento se impregno de risas, de juegos, de charlas informales. Desde esta lógica es posible pasar del paradigma de la enfermedad al de la salud a través del protagonismo central de estas mujeres como portadoras de saberes.

Al traer la noción de promoción del derecho a la salud se podría repensar en el sistema de salud público como ese servicio social y público que no solo provee de bienes materiales, sino también que introduce los inmateriales, tales como la accesibilidad y la integración para una comunidad particular. Actualmente las alteraciones en las conformaciones clásicas del lazo comunitario son producto de un sistema que privilegia el plano individual para fortalecer su hegemonía, tal cual lo refiere Carballeda (2014):

La alteración de las conformaciones clásicas de los lazos familiares y comunitarios, lleva también al deterioro de las posibilidades de contención y amparo por parte del tejido social o de la familia, generándose también una pérdida de espacios de construcción colectiva de la accesibilidad, quedando ésta reducida a la inserción del sujeto en el mercado o en el desarrollo de estrategias individuales de acceso al sistema de salud, signadas por la necesidad y la urgencia (Carballeda 2014:18)

El atravesamiento y fragmentación de estos lazos sociales por políticas neoliberales basadas en el desmantelamiento de las instituciones públicas han generado la ruptura y el descreimiento de la sociedad con las mismas y entre lxs sujetxs que conforman el contexto. Ante esto, es imprescindible recomponer los vínculos fragmentados entre el Estado representado por el CAPS 30 de octubre y la comunidad, y a su vez entre lxs sujetxs, para construir salud comunitaria. Por lo cual en el caso de los sistemas de salud pública es preciso superar viejas formas de hacer que hoy claramente se observa, que no brindan una respuesta, y donde es preciso generar nuevas estrategias

de hacer junto a otrxs. La estrategia de incorporación de talleres lúdicos expresivo se presenta como posible instrumento que deconstruye las relaciones fragmentadas y el descreimiento de lxs sujetxs a estas organizaciones, para proyectarlos como una reconstrucción basada en la reciprocidad, refiriendo Carballeda (2013):

Así, la intervención social enlaza una necesaria recuperación del habla, del lenguaje de las formas de decir a través de diferentes dispositivos que intenten re vincular al sujeto con la cultura, con los otros, con su historia. Esto implica también una mirada hacia las diferentes profesiones en la perspectiva de recuperar el sentido de modalidades de intervención que dialoguen con la historia, lo lúdico, lo expresivo, la pertenencia y la identidad (Carballeda, 2013: 4)

Cuando le consulto a Mario acerca de la implementación de los talleres lúdicos, me expresa lo siguiente: “Las herramientas lúdicas quizás tienen una adhesión a la participación más masiva que la forma tradicional”. Desde esta adhesión a la participación que se menciona es posible pensar que estas nuevas formas de intervención generen nuevos procesos de subjetivación, que les permiten tener acciones donde se posicionan como parte de algo que trasciende a lo individual:

En este proceso se van tejiendo identidades colectivas, lazos de colaboración mutua y capacidades creativas. Se comparten experiencias de resolución de situaciones, donde los actos colectivos y la corporeidad de la experiencia que trasciende la enunciación, van dejando profundas marcas en la subjetividad” (Bang, Corin y Stolkiner, 2016: 469-470)

Es decir, esta forma de accionar junto a otrxs abre posibilidades que acompañan quizás a generación de la reconstrucción y afianzamiento entre aquellas instituciones y la sociedad. Actos colectivos donde los saberes se fusionan y posicionan a lxs sujetxs como protagonistas. Mario trae la siguiente reflexión: “todas las personas tienen su propio conocimiento y se van generando conocimiento colectivo, una definición particular de los problemas”. Lasala hace mención a este saber cómo el conocimiento natural, siendo aquel que proviene de la comunidad. “Resaltando que es este conocimiento el que le da el sentido al conocimiento científico en medida en que no hay actividad social alguna ,y la ciencia lo es, que no responda a unos u otros intereses, propósitos, fines, ideales que coexisten y luchan en una comunidad” (Lasala,1998:4).

Al pensar en lo que sucedía en la interacción entre la comunidad y la institución durante las actividades comunitarias, desde el dispositivo planteado, Federico refiere “me parece que se trata de buscar soluciones creativas a problemáticas que por las vías habituales no tienen mucho que solucionar”. Es decir, un dispositivo es un artificio que permite visibilizar e intervenir en aspectos de la vida grupal e institucional que están naturalizados, por lo que facilita procesos de reflexión, producción de novedades y de cambio” (Goodson, 2014: 23).

Los talleres lúdicos expresivos en este contexto visualizaba Mario fue punta pie para darle lugar y protagonismo a las voces de la comunidad:

A través de las herramientas lúdicas se llegaba con el mensaje de forma diferente, daba pie a que la gente pueda interpretarlo o que le llegue. Es decir quizás de esta forma captaba a más personas, uno se daba cuenta porque luego de las actividades quizás venían y te preguntaban acerca de algo que habían escuchado o habían visto. Para mí es un disparador, ayuda (entrevista realizada el 6 de abril del 2021).

Muñoz nos explica que la Salud Comunitaria es la que se construye desde acciones como estas. Manifiesta que la salud comunitaria/colectiva no es esa que construyen los estados, sino que es aquella construida por lxs sujetxs que en dialogo con los equipos construyendo ciudadanía. Cabe resaltar que en varias oportunidades desde la observación se podía visualizar que esta forma de hacer en común daba pie a que surgieran procesos que movilizaban a lxs participantes hacia la verbalización de problemáticas complejas tales como violencia de género, consumo problemático de sustancias. Es decir, los talleres lúdicos expresivos en este territorio fueron construyendo un vínculo entre la institución y lxs sujetxs parte del contexto que permitió a su vez el trabajo en conjunto con otros sectores, conocido como trabajo intersectorial para abordar diversas problemáticas.

Sentirse parte es construir un vínculo de respeto entre la comunidad y la institución, donde prime las bases de la APS, lo cual es a consecuencia de un trabajo sostenido. Como resultado de esta experiencia particular en un territorio singular. Isadora menciona “la gente se creía parte de la institución, no toda pero la gran mayoría, se sentía acompañado y parte. Incluso hubo usuarios que han participado de la planificación, programación de las actividades” (entrevista realizada el 18 de mayo del 2021). Abrir a la posibilidad del encuentro y el diálogo es reparar esa fractura entre la

institución y la sociedad para nuevas narrativas donde lxs sujetxs ocupen el lugar protagónico para la transformación. “En este sentido Arias y Sierra explican:”

Espacios institucionales como alternativas en apertura para pensar la intervención con otros, poniendo a circular nuevas narrativas y sostenes institucionales reparadores, de subjetividad entramada y, a su vez, de reconocer que este modo de pensar la institución podría coadyuvar de forma sinérgica en el mejoramiento de indicadores de corresponsabilidad, adscripción a tratamientos, legitimidad y accesibilidades que garanticen derechos de quienes sistemáticamente se encuentran postergados por una matriz social desigual y profundamente injusta (Arias y Sierra 2019:7)

Por otro lado, esta nueva forma de construir colectivamente el proceso de salud-enfermedad también interpeló a algunxs de lxs profesionales que formaban parte del equipo en ese entonces. Por tal razón me resulta propicio traer el fragmento de una entrevista a Federico lo que significaban este tipo de actividades comunitarias basadas en talleres lúdicos expresivos:

Es una forma de hacer, de salir de ciertas estructuras ideales que uno constantemente está dentro de un rol que le compete, o de lo que cree que es, de la autodefinición que uno tiene y que muchas veces nos condiciona. El juego es un poco un paréntesis en la vida de una persona (entrevista realizada el 8 de abril del 2021)

Radica en este relato la importancia de contar en los equipos de la atención primaria con profesionales que construyan visiones desde la interdisciplina. Ante lo cual es primordial la incorporación, permanencia y valoración de figuras que estén formadas desde una perspectiva de salud colectiva/comunitaria. Profesionales atentos a los determinantes sociales que puedan sumar esa mirada que incorpore la lectura de la salud enfermedad como proceso social, superando solo lo biológico.

Cuando le consulte a Norma acerca de que significaba la salud para ella, me refirió que “la salud en la vida es mejor estar bien que mal, porque sin salud no se puede hacer nada”. La salud pensada, sentida, y vivida como aquella condición fundamental por parte de Norma, permite comprender lo esencial de conocer las concepciones, representaciones que giran en torno al proceso de salud-enfermedad.

Traer esta respuesta a su vez abre a más inquietudes donde nuevamente los saberes se interpelan, se tensionan, pujan. En ese “estar bien” quizás se encuentren

procesos que generen formas de relacionarse socialmente, donde las interacciones y los vínculos desempeñan un papel fundamental para situarnos como sujetos partes, hacia la construcción de salud comunitaria. Goodson (2013:25) explica que “en este proceso se pone en juego la apertura a la significación-re significación de experiencias y la producción de sentido/s a nivel intra e intersubjetivo.

Mario impregnado por su formación, pero anclado en APS al preguntarle acerca de su concepción de salud respondió:

El completo bienestar físico, social y mental, no solo la ausencia de enfermedad. Muchas veces vemos que las personas pueden venir por un problema físico, cuestiones puntuales de enfermedad. Pero en caso de las TCST que visitan familias se encuentran con cuestiones de la salud que no solamente es algo físico, por ejemplo pérdida de trabajo, por ejemplo ahora que no pueden ir al colegio, salir de la casa. La pérdida de lazos familiares, y eso también hace que se pierda su salud (entrevista realizada el 6 de abril del 2021).

Analizar este discurso quizás permita dar cuenta que mencionar un completo bienestar es algo instalado desde la biomedicina y la OMS y un objetivo difícil de obtener. Por otro lado, sumar y revalorizar las intervenciones de las TCST es fortalecer la mirada integral en salud. Resaltar la preponderancia los determinantes socio históricos es tener una mirada consciente acerca de los padecimientos objetivos y subjetivos que se inscriben en lxs sujetos. Por lo cual estas palabras expresadas por Mario permiten visibilizar la importancia de un trabajo interdisciplinario donde las intervenciones comunitarias tales como los dispositivos a través talleres lúdicos expresivos pueden quizás acompañar procesos comunitarios de integración. Procesos que posibiliten a su vez al encuentro con espacios de circulación de la palabra, de debates, de negociaciones, de pertenecía, de identidad, de historia, entre otros.

Manifiesta otra de las participantes de varias actividades comunitarias (Natalia) los efectos saludables del sentirse parte: “lo hablábamos con mi hermana y nos sentimos con mucha alegría, y además aprendimos”. Por lo cual es posible reflexionar que este tipo de actividades a través del taller lúdico expresivo se convierte en un espacio de aprendizaje. García (1997) resalta que el taller constituye una experiencia social en medida que los participantes interactúan entre sí, es por ello que este espacio de taller

“puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación y por ende un lugar de producción social” (García, 1997: 21).

Durante el trascurso del aparatado y desde mi experiencia vivenciada fui dando cuenta de lo que aconteció en el CAPS durante el desarrollo del taller lúdico expresivo. Este fue un proceso social experimentado y reconstruido a través de los relatos compartidos, en articulación a las diversas concepciones de salud que pueden encontrarse en un mismo espacio. El eje vertebrador de la experiencia fueron los talleres lúdicos expresivos que abrieron quizás a la posibilidad de centrar el protagonismo en lxs sujetxs que habitan la comunidad en conjunto al equipo de salud para la construcción de salud comunitaria pensada en la reconstrucción del lazo social a través de la participación comunitaria

2.4. “Se participaba con alegría y con interés”

En este apartado se busca visibilizar las repercusiones que ha venido construyéndose e inscribiéndose en algunas personas que han participado en las estrategias lúdicas expresivas en los diversos espacios dentro del barrio en el que se han desarrollado. Se busca describir y analizar la implementación de esta estrategia en la APS a través de las experiencias de lxs propixs protagonistas en articulación con las dimensiones de la APS.

La manera en que lxs sujetxs interpretamos al mundo, se encuentra atravesada por la construcción histórica, cultural y social en la que hemos estado inmersxs. En este sentido, la manera de mirarnos en el contexto, en el cual desarrollamos cotidianamente nuestra vida, será la misma con la cual percibamos lo que sucede en ella y desde ahí accionemos. Esta visión o forma de conocer del mundo está cargada de conceptos, de teorías, de imágenes, sumándole a su vez de elementos que van desde lo cultural afectivo, lo histórico y lo social. En palabras de Carballada (2004):

Las representaciones sociales pueden ser entendidas como formas de conocimiento práctico dirigida a la comunicación y para la comprensión del contexto social, material y de las ideas. De esta forma son formas de conocimiento que se manifiestan como

elementos cognitivos imágenes, conceptos, categorías, teorías pero que no se reducen jamás a los componentes cognitivos ya que conllevan elementos afectivos, culturales e histórico sociales. Siendo socialmente elaboradas y compartidas contribuyen a la construcción de una realidad común que posibilita la comunicación (Carballeda 2004: párr 2).

“Se participa con alegría y con interes” menciona Antonio al recordar alguno de los talleres lúdicos expresivos en los que estuvo involucrado como actor social. Antonio menciona también, en la entrevista realizada, que este tipo de actividades acompañó a la población en ampliar la mirada. “Acordate que acá hay mucha gente con un bajo nivel de educación, lo cual ha servido muchísimo para que sobretodo los extranjeros que venían de zonas de campo... les ayudo a ampliar la mirada” (entrevista realizada el 11 de abril del 2021). Podemos decir que lo lúdico expresivo favorece a procesos amplios que generan desarrollos integrales en lxs sujetxs:

Propicia el desarrollo integral del individuo equilibradamente, tanto en los aspectos físicos, emocionales, sociales e intelectuales, favoreciendo la observación, la reflexión y el espíritu crítico, enriqueciendo el vocabulario, fortaleciendo la autoestima y desarrollando su creatividad (Rojas, 1996:2)

Por su lado, Natalia, desde su experiencia con los talleres lúdicos expresivos, manifiesta que en un principio le daba vergüenza, pero después pudo compartir sus conocimientos “Con todo, al comienzo me daba vergüenza, después me sentía en familia y participaba y contaba lo que yo sabía”. Natalia fue acercándose a las distintas actividades comunitarias que se llevaron adelante, en las cuales se sintió parte y también protagonista con un saber para compartir. Lo lúdico, lo creativo fue legitimando la alegría de hacer junto a otrxs, rompiendo con la rigidez que en oportunidades cargan las representaciones de las personas que se acercan a la institución de salud.

Mario, de acuerdo a su propia experiencia en relación a lo lúdico expresivo, plantea que esto “muestra otra faceta del lugar, rompe con esa estructura tan rígida que es característica de los espacios de salud, corriendo ese lugar en el cual ponen al médico, como ese que esta allá arriba, lo humaniza, es alguien que se puede disfrazar, disfrutar en el espacio” (entrevista realizada el 6 de abril del 2021).

Teniendo en cuenta lo expuesto podemos plantear que la implementación de este dispositivo genera una ruptura en la cotidianeidad de la institución y de quienes la

transitan, propiciando a nuevas miradas. También es importante dar cuenta que esto produce otro tipo de vínculos diferentes a los instituidos o “el carácter natural” que presenta el modelo médico hegemónico. Quiroga manifiesta, sobre la ruptura de la vida cotidiana, que “esta ruptura separa, rompe la fusión con la cotidianidad, la despoja de su carácter natural” (Quiroga, 1988: 19). Es decir, por medio de los talleres lúdicos se rompe con esa cotidianidad en la que el sujeto se encuentra. El juego como dispositivo de intervención interpela y trasciende lo material, se pone el cuerpo en una interacción, se activan los sentidos, el sujeto se extraña de su cotidianidad. Siguiendo a Quiroga “el juego para el adulto es el espacio transicional entre la realidad cotidiana y sus fantasías, entre el plano real y lo simbólico” (Quiroga, 1988: 27). Norma me cuenta cómo vivió un taller lúdico expresivo en el cual fue acompañado por sus hijxs “esas actividades a los chicos les gusta, nosotros los acompañamos, ahí perdemos el miedo, nos relajamos y tranquilamente se siente mejor”.

Las actividades comunitarias de esta manera se presentan como posibilitadoras del pleno ejercicio de derecho a la salud partiendo de una base fundamental como lo es el encuentro, la circulación de información. Ningún derecho se puede disfrutar de forma aislada, es decir, se interrelacionan, son interdependientes y se refuerzan mutuamente. Laplace (2018) explica que para trascender discursos vacíos y retóricos acerca del derecho a la salud es preciso enlazar los derechos humanos las categorías de APS y salud comunitaria. Esto se debe a que estas categorías se encuentran ancladas bajo el eje de la participación comunitaria para la transformación, trascendiendo lo meramente jurídico. Es decir, donde son los propios actores sociales a través de la organización social los que cobran fuerza y efectivizan y ejercen derechos.

Estas diversas experiencias quizás permitan poner en crisis y romper con matrices de aprendizaje constituidas a lo largo de las historias de vida de lxs sujetxs. Teniendo presente que es en espacios como el de talleres lúdico expresivos donde las trayectorias de vida que se cruzan e interactúan y entran en crisis generando problematización acerca de lo naturalizado. Se entiende por matriz de aprendizaje, siguiendo a Quiroga (1994), a aquellas modalidades en las cuales lxs sujetxs organizan y significan su universo de experiencias. Dichas experiencias se construyen de la interacción y aprendizaje en procesos comunicacionales, que dan como resultado la forma en que lo sujetos sienten, viven y actúan con el mundo externo. Uno de los

factores más importantes es que son estructuras abiertas, es decir, que es posible desaprender para volver aprender.

La experiencia vivenciada por lxs sujetxs en relación a los talleres lúdico expresivos desarrollados desde la institución permite replantearse las formas de hacer y estar en el mundo en todxs lxs involucradxs. Por su parte, Federico relata en un fragmento de la entrevista esas representaciones que generan un distanciamiento entre los profesionales y la comunidad:

hay una barrera simbólica entre los agentes de salud, la chaquetilla como distintiva entre los agentes y la comunidad, es simbólica y de embestidura, muchas veces se embiste al médico con una figura que inhibe, donde el médico le dice todo y la persona no registro nada y no se anima a preguntarle de nuevo. Quizás este le informo sobre el método anticonceptivo y quizás la chica no entendió y se los termino dando al marido (entrevista realizada el 8 de abril del 2021).

Al incorporar la ruptura con las certezas establecidas que inscriben en este caso a la instituciones producen nuevas inscripciones en lxs sujetxs que quizás posibiliten a la construcción de un vínculo que sostenido en el tiempo genere nuevas formas de aprender (Quiroga, 1994). Aprender desde la integración de quienes participan, donde el saber científico y otros saberes interaccionan y se complementen para construir salud comunitaria, Federico resalta “que todas las personas tienen su propio conocimiento y se van generando conocimiento colectivo, una definición particular de los problemas”.

Desde esta perspectiva lo lúdico expresivo, en primer instancia, genera en el espacio y en quienes lo vivencian, reconocer desde la salud integral que el estado de alegría es un factor saludable. Sobre esto nos refiere Natalia “al comienzo me daba vergüenza, después me sentía en familia y participaba y contaba lo que yo sabía”. Esta estrategia permite también romper con la presencia del ese discurso médico rígido y absoluto en de la vida cotidiana, para adentrarse a través de un vínculo afectuoso que propicie a la promoción y prevención en la vida de lxs sujetxs desde su propia visión del proceso salud enfermedad, complementando los saberes que interactúan (Bang, Corin y Stolkiner, 2016).

Natalia, vecina del barrio y participante de varias actividades de este tipo, manifiesta en torno a lo experimentado, lo siguiente “te hace sentir que uno puede

hablar de esas cosas, que vale tu palabra”, lo cual nos permite repensar y revalorizar que solo es posible construir con otros si se les implica e involucra en lo que se pretende generar.

En contraposición a la estrategia de talleres lúdico expresivos incorporado en el CAPS 30 de Octubre, Isadora nos describe qué sucedería si el taller lúdico expresivo sobre salud sexual y reproductiva hubiera sido desde un abordaje verticalista en educación en salud: “porque si esta misma actividad se realizaba de manera más formal, por ejemplo en ir a explicar los métodos y formas de cuidarse y la gente iba a saber cómo cuidarse pero jamás hubiera preguntado, se hubiera sacado dudas, no dando lugar a expresarse” (entrevista realizada el 18 de mayo del 2021). Es decir, que los equipos de salud logren problematizar, cuestionarse al identificar estas dos formas de intervenir en comunidad es también lograr desnaturalizar prácticas y discursos inquebrantables. Analizar las diferencias que se observan con la implementación de talleres lúdico expresivos y sus consecuencias en comparación a otras acciones más normativas en este espacio de salud, es posicionar a la misma como proceso colectivo y correrlo del plano individual.

Isadora continúa diciendo en la entrevista “participé de las dos maneras que hay, una que es más formal y que desde esta forma solo se ve a las personas desde lo biológico, por ejemplo donde este el control sano, la vacuna la entrega de la medicación y el paciente es un número más”. En concordancia a las representaciones sociales acerca de las intervenciones en salud desde actividades comunitarias por parte del CAPS, al entrevistar a Natalia, decía lo siguiente: “cuando me invitaron a las actividades creía que iba a ser como una conferencia donde ustedes daban esa conferencia y nosotros íbamos a estar todos sentados”.

Bang, Corin y Stolkiner en su investigación acerca de la convivencia contradictoria y en constante tensión entre la APS y el sistema biomédico nos brindan estos aportes:

La implementación de una APS integral convive con un avance de la biomedicina, cuyas características principales son la hegemonización del discurso médico centrado en lo biológico, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática y la orientación curativa. (Menéndez, 2003 en Bang, Corin y Stolkiner, 2016: 463).

La representación social que asocia Natalia al CAPS y el tipo de actividades comunitarias, son escuchadas asiduamente y dan cuenta de un tipo hegemónico de intervención que prepondera en el sistema de salud, basado generalmente en un lineamiento verticalista de información. Desde esta visión del hacer por parte de los equipos, lxs sujetxs son posicionados desde la pasividad. Como bien menciona la mujer “se encuentran sentados” a la espera del conocimiento que pueden llegar a volcar la información los portadores del saber, sin dar margen a los saberes que conviven en el territorio. Cabe resaltar que, como menciona Freire, los seres humanos son seres de relaciones, y no solo de contactos, es decir no solo está en el mundo, sino más bien “con el mundo”. Por lo cual no se agota en una sola respuesta y una única manera de concebir el mundo, ahí radica la impronta del quehacer colectivo, ese encuentro puede sucederse desde el taller como posibilitador.

Retomando lo anterior es posible analizar los procesos colectivos que a través de la implementación de talleres lúdicos expresivos fueron generando otro tipo de vinculación entre este equipo de salud y la comunidad donde la base fue la inclusión. Es decir, “la inclusión en un proceso de creación colectiva permite a sus integrantes abandonar el lugar de individuos aislados y pasivos, ya que posibilita construir una subjetividad comprometida e implicada, que posee un cuerpo colectivo y está preparada para la acción” (Bang, Corin y Stolkiner, 2016:469).

A modo de cierre invitamos a la reflexión que este apartado propone, el cual conjuga la teoría y la práctica desde una experiencia particular de acción, a través de la implementación de talleres lúdicos expresivos en el CAPS. En tal sentido, ponemos en tensión al sistema de salud dejando entrever las representaciones sociales de lxs sujetxs y equipos de trabajo en relación al proceso de salud enfermedad y las posibilidades que existen cuando se construyen estrategias participativas.

En las entrevistas se visibilizan las similitudes o contradictorias representaciones que interactúan en el espacio particular en relación a los equipos de APS y la comunidad y la generación de sentido que esto produce. En este complejo escenario de tensiones, conflictos e intereses en el cual se investigó, fue posible visibilizar experiencias donde se incorporaron prácticas de promoción, prevención y educación para la salud desde una perspectiva de APS integral. Es necesario compartir estas experiencias que, como se ha mencionado, quedan generalmente invisibilizadas por el

discurso hegemónico que prioriza prácticas biomédicas y que en algunas de las narraciones se observa este conflicto de objetivos que plantea el MMH y por otro lado la APS. Finalmente, también desde la experiencia compartida con algunos de los actorxs participantes, se visibiliza el proceso transformador en el que ingresó el dispositivo implementado para construir salud comunitaria en el territorio.

Capítulo 3

El trabajo social inserto en la APS y los talleres lúdicos expresivos como modalidad de intervención colectiva

Se presenta una breve descripción del rol del trabajo social en el ámbito de salud, particularizando en la presencia de estxs profesionales en la APS y en las diversas representaciones que se tienen de la profesión por parte de lxs entrevistadxs. Seguido a esto se buscara visibilizar el papel de las políticas públicas en las instituciones y cómo estas también tensionan y problematizan el quehacer cotidiano de la profesión, inmersa en las bases de promoción, prevención y educación en salud, que dan lógica normativa a la APS. Para terminar, este capítulo se abocará a la indagación de lxs profesionales en la APS, focalizando en la ausencia del Trabajo Social en los CAPS provinciales de nuestra localidad y su importancia para conformar equipos interdisciplinarios.

3.1 “Creo que completa el ciclo del todo el trabajo que se hace en los barrios en el primer nivel de atención”. El trabajo social en la APS

Iniciar este apartado con las palabras de un referente del barrio es de suma importancia para comprender lo fundamental de la incorporación de la disciplina en los CAPS provinciales de la ciudad. Antonio habita el barrio aproximadamente hace dos décadas. Él narra que su función como referente barrial comenzó con los incidentes producidos en el barrio, cuando un grupo de personas quemó viviendas de vecinos, en busca de represalias por un hecho delictivo, la desaparición y asesinato de una niña. En la actualidad es una de las personas que más proximidad tiene con lxs sujetxs que conviven en el espacio, y es uno de los actores sociales mediador entre el Estado y el territorio en los momentos de manifestar las necesidades sociales que conforman el contexto. Cabe resaltar que el rol del actor social está ligado a incidir en la toma de decisiones al tener una conciencia colectiva al estar inserto en escenarios complejos donde se manifiesta la cuestión social. Estxs sujetxs son imprescindibles para que el trabajo social también pueda insertarse en estos escenarios complejos y comenzar a trabajar conjuntamente en la relación existente entre el Estado y la sociedad (Aime et al,

2019). Es por ello que al preguntarle a Antonio acerca de la incorporación de esta disciplina en el CAPS manifiesta que la presencia de trabajadorxs socialxs completa el ciclo del trabajo que se hace en los barrios en el primer nivel de atención. Pero, ¿a qué se refiere con completar el ciclo de trabajo en el primer nivel?

Vale recordar que como ya se ha mencionado el CAPS 30 de octubre dentro de su equipo cuenta con la figura de lxs TCST que son lxs responsables de ser el nexo entre la institución pública de salud y la comunidad en la que se encuentra inserta. Es desde esta articulación que Antonio hace un tiempo comenzó a trabajar con el CAPS a través de lxs TCST en la detección de situaciones de vulneración al derecho a la salud para acompañar el proceso de salud enfermedad desde el acceso. La articulación entre el CAPS y la comunidad a través del referente construyó un puente que en primera instancia dejó entrever la falta de información acerca de recursos materiales, humanos en relación a instituciones del Estado que brindan determinados servicios a la sociedad.

Cabe resaltar que una vez que lxs TCST cuentan con las características de la comunidad, es junto a ella que comienzan a detectar las necesidades sociales que conforman parte del proceso de salud-enfermedad. La continuidad del trabajo involucra posicionar a este proceso desde la complejidad y ello a su vez requiere de un trabajo interinstitucional. Es por ello que este actor social comprende que la figura de lxs TCST al igual que la institución en si necesitan a su vez del acompañamiento de la disciplina de trabajo social. Entendiendo que para posicionar a la salud en el primer nivel de atención como un proceso social en el cual intervienen múltiples determinantes es preciso construir una visión con aportes de diversas disciplinas que enriquezcan abordajes situados desde la complejidad de los escenarios. En este contexto la disciplina va a promover y potenciar al ejercicio del trabajador social en el campo de la salud teniendo presente que su formación permite acompañar y sumar desde una mirada crítica y reflexiva a los equipos de salud ante los procesos planteados, entender la complejidad en la vida cotidiana. Desde este posicionamiento la profesión dentro de sus incumbencias le permite intervenir en los diversos escenarios, también ser parte en el diseño, planificación y gestión de programas, proyectos. Intervenir a través de su proximidad en los escenarios microsociales posibilita generar acciones que puedan mejorar los abordajes en salud desde una perspectiva de reivindicación de derechos que contribuyan al ejercicio efectivo de ciudadanía. De acuerdo a lo que alguna vez señalo Carrillo:

De qué le sirve a la medicina resolver los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos similares por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas, que a veces son cuevas, por salarios insuficientes que no permiten subvenir debidamente las necesidades (Carrillo, 1949)

Desde esta perspectiva retomamos esa concepción de la salud como una construcción de un proceso socio histórico en el que intervienen diversos determinantes que hacen a su vez a la producción de la sociedad. La APS tiene como uno de sus ejes centrales la participación de lxs sujetxs que conforman parte del espacio microsocioal. En términos de Carballada (2002) lo microsocioal implica una mirada a lo local y una búsqueda de la singularidad de acuerdo con sus propias características en relación con lo macrosocioal. En este sentido es preciso pensar esta intervención situada, es decir, visualizar un espacio microsocioal es tener una mirada singular con las propias características que hacen a la cotidianeidad del mismo y a su vez que se encuentran atravesadas y condicionadas por lo macrosocioal:

En efecto, el trabajo comunitario puede proponerse, dentro de sus lineamientos generales, intervenir en los procesos o fenómenos de fragmentación, a partir de su expresión local, intentando reparar o reconstituir aquello que las condiciones sociales, económicas y políticas fragmentaron (Carballada 2002:120).

A través de esa intervención comunitaria se abre a la posibilidad de intervenir sobre aquello que la crisis separó. Esta modalidad será singular en los espacios microsocioales y acompaña a reconstruir a través de la historia, lo solidario y lo lúdico expresivo que van a ser elementos integradores desde lo simbólico y material para el trabajo en campo de la disciplina (Carballada, 2002). Es por ello que el rol del trabajo social en estos escenarios y dentro de la institución de salud del primer nivel es prioritario para un trabajo interdisciplinario que enriquezca la lectura del contexto para sumar al adentro de los equipos de APS. Partiendo del conocimiento que la APS ha sido reformulada luego de no haber cumplido con objetivos planteados en su lanzamiento inicial. La renovación de la misma tiene según lo expuesto por el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS en adelante)

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la

equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población (OPS, 2007:2)

Esta propuesta aporta nuevas perspectivas, incluyendo valores como lo es el derecho a la salud y el valor de la solidaridad. Suma a esto también nuevos principios como lo son el de la responsabilidad y la capacidad de respuesta. Al igual que un conjunto de elementos estructurales y funcionales, entre ellos se destacan la necesidad de un marco político, legal e institucional sólido, y de una organización y unas gestiones óptimas.

En esta reformulación se ha intentado organizar esta estrategia desde la una mirada integral basada en una asistencia sanitaria esencial al alcance de todos, mediante la participación que involucre un costo que la nación y la comunidad soporten, estrategia para la organización del sistema de salud y la sociedad en busca de promover salud (Jaime,2017). Es entonces desde la atención primaria de la salud que se establece el contacto con las personas y las familias a través de los CAPS ubicados en las distintas comunidades. Estos espacios son el primer contacto con los sujetos, las familias y la comunidad con el sistema de salud. Se abordan trabajos de promoción, prevención y educación en salud desde una perspectiva participativa. Resulta fundamental el pensar en la figura del trabajo social para el logro de una participación basada en el encuentro simétrico para recuperar quizás la integración social que interviene en los procesos de salud-enfermedad. Guntin (2001) plantea según lo que manifiesta Cavalcanti: "el postulado de la base de esta intervención es, la ciudadanía de los actores sociales investidos a partir del reconocimiento de sus diferentes campos de experiencia: bien sea la de los profesionales, la de los habitantes, o la de los usuarios". (Guntin, 2001: 3).

Bajo esta perspectiva se toman como principales los procesos locales, donde es sumamente significativo las voces y los saberes de los sujetos que conforman el territorio junto a los profesionales y los restantes sectores involucrados. A través de esta transversalidad que integra saberes, visiones y voces en relación al mundo social en el que se habita es posible trabajar en el logro de acciones que contengan las características singulares y sus necesidades sociales desde la lectura del territorio.

Estas formas de ver, sentir y actuar en los espacios microsociales precisan a su vez de la conformación de redes para el logro de los objetivos. Las redes comunitarias en el ámbito de salud como participe brinda el conocimiento que precisan los equipos

del primer nivel de atención. Para formar parte de estos entramados comunitarios es fundamental el trabajo en campo, y herramientas metodológicas que acompañen a lecturas críticas y conscientes por de lxs profesionales. Radica ahí la importancia del trabajo social inserto y promotor del resto del equipo que conforme para la participación en esta red de relaciones que hacen a las acciones comunitarias. El trabajo social tiene la capacidad de comprender la complejidad y multidimensional en los procesos sociales

3.2 El trabajo social inserto en el CAPS

Al dar inicio a uno de los últimos apartados en esta tesis se retoman las palabras de Natalia, vecina del barrio y usuaria recurrente del CAPS. Esta mujer al igual otrxs tantxs encuentra muy importante la figura de lxs trabajadorxs sociales en el centro de salud. Al igual que revaloriza el trabajo que realizan lxs trabajadorxs comunitarios. En palabras de Natalia “Lxs trabajadorxs sociales son muy importante, porque cuando estas acompañada por ellxs te sentís más guiada y segura de las cosas y decisiones que vas a tomar, más bien te guían”.

Por lo cual en este apartado se pretende compartir las representaciones que se construyen en torno a la figura de lxs trabajadorxs sociales, por parte de quienes han participado en esta investigación poniendo su voz y su mirada del mundo. Es por ello que se pondrán en tensión las diversas representaciones que se tienen de la profesión por parte de lxs entrevistadxs para comprender e interpretar que mirada es la que se tiene en relación a las incumbencias de la disciplina inmersa en el CAPS.

Retomando la entrevista realizada a Natalia, de quien hablamos en el capítulo previo, al indagar sobre el rol que desempeña el trabajo social, ella considera que es muy importante su presencia en el CAPS. Manifiesta en un primer momento que para ella el rol de lxs trabajadorxs sociales y el de lxs trabajadorxs comunitarixs es igual. Por lo cual resulta fundamental resaltar que en el periodo de indagación y trabajo comunitario no se contaba dentro del equipo con profesionales de trabajo social.

El perfil y las áreas socio ocupacionales de lxs TCST de acuerdo a las normas provinciales son las de gestión del trabajo comunitario en salud dentro de una

organización o equipo interdisciplinario anclados desde la perspectiva de salud integral y la promoción en salud. En concordancia, los TCST promocionan y fortalecen los procesos de salud desde una mirada sistémica en el análisis, intervención, gestión, diseño de acciones tendientes a construir salud comunitaria. Por lo cual estos cuentan con herramientas para la interpretación de las políticas en salud desde la perspectiva de derechos para la adaptación de las mismas a partir del conocimiento del contexto y la identificación colectiva de las necesidades. Es decir, las funciones bases de los TCST están íntimamente relacionadas con el desarrollo de la estrategia de la atención primaria de la salud (Ministerio de Educación, Secretaría de Salud de Chubut, 2009)

En lo que respecta a la figura de los trabajadores sociales, los mismos consideran la cuestión social como el eje articulador de la formación donde intervienen, la cual se encuentra mediada por el Estado, los sujetos y sus necesidades y los trabajadores sociales. El Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales y se define en términos de intervención fundada debido a su naturaleza histórica social, no se define de una vez y para siempre. Produce una práctica específica desde una racionalidad científica. A su vez el trabajo social está condicionado por tiempo y espacio debido a que sus elementos constitutivos se van resignificando en relación a ello (Aquin, 2010). La ley Federal n 27072 (2014) de Trabajo Social entiende al mismo como:

Una profesión basada en la práctica y disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad (Ley Federal de Trabajo Social, cap. II, 2014).

En relación al desarrollo previamente realizado es posible distinguir las funciones, incumbencias y áreas de acción existente entre los TCST y trabajadores sociales. Esta distinción visibiliza la importancia de la disciplina de trabajo social inserto en el CAPS para la ampliación, reivindicación y ejercicio de derechos de los sujetos para la construcción de una salud comunitaria.

Es preciso resaltar que siempre en relación a la defensa, reivindicación y promoción de los derechos humanos los trabajadores sociales se encuentran habilitados a trabajar en una amplia gama de áreas, entre las que se encuentra el ámbito de salud. Retomando la entrevista a Natalia, se podría pensar que quizás por la falta de la figura

de lxs trabajadorxs sociales en el CAPS es que desconocen la función de lxs mismxs, quedando asimiladas con la de lxs TCST. Al problematizar acerca de esta construcción errónea es posible relacionarla con la falta de recurso humano que se ocupe de las necesidades sociales de lxs sujetxs.

Es fundamental recalcar que es en esa búsqueda de acceso a derecho donde lxs trabajadorxs sociales son el eslabón con el cual se relacionan lxs TCST para su concreción. Esto último evidencia lo esencial de la presencia dentro de la institución de salud de la disciplina, teniendo presente que esto generaría acciones más dinámicas para que acompañen a la reivindicación de derechos de las comunidades con las cuales se trabaja cotidianamente. Mariana que se desempeña como supervisora de TCST comprende que con un/a trabajador/a social:

Sería fundamental dentro del equipo de salud, debido a que a veces el trabajador comunitario se encuentra limitado ya por la función que cumple, como por el número de familias a cargo. También al trabajar con la planilla de familia, que involucra diferentes programas con el acompañamiento de un/a trabajador/a. Sabiendo que los programas ayudan a mejorar las condiciones de vida, yo creo que con un/a trabajador/a se podrían trabajar diferentes aspectos que nosotros lo buscamos en diferentes instituciones. (Entrevista realizada a Mariana el 15 de junio del 2021).

Al indagar con Natalia acerca de lxs trabajadorxs sociales y la función que podrían cumplir en el CAPS la disciplina de trabajo social ella refiere principalmente que eso la haría “sentirse acompañada y más segura”. Es decir que con el acompañamiento de lxs trabajadorxs sociales “se siente más guiada y segura de las cosas y las decisiones que va a tomar”. Esta frase brinda la oportunidad de reparar en dos cuestiones que resultan primordiales para visualizar por un lado los recursos en el CAPS, y por otro lado reflexionar acerca de esa representación de acompañamiento y de guía en la que posiciona a lxs profesionales de la disciplina de trabajo social Natalia.

En relación al primer punto que desencadena la no distinción de las funciones específicas que existen entre lxs TCST y lxs trabajadorxs sociales aparece la falta suficiente de recursos. En este caso particular el recurso humano para la conformación de un trabajo interdisciplinario. Una de las características a las cuales se observan críticas desde los escritos de Menéndez (1988) es en relación a la APS y los recursos escasos que la constituyeron. En palabras de Menéndez (1988:10) “para toda una serie

de autores, y también de médicos, las estrategias de APS aparecen como la forma en que el Estado abarata costos a partir de reducir inversiones, entre ellas la de los salarios de los profesionales médicos”.

Esta reflexión se sitúa décadas atrás y hoy 2021 vuelve a tensionar el discurso de una APS integral y la realidad de una APS con falta de profesionales, con sueldos estáticos, con materiales faltantes para la atención de demandas crecientes. La disminución en el gasto público que repercute directamente en políticas sanitarias pone en evidencia la falta de disponibilidad de recursos humanos y materiales. En palabras de Natalia la no distinción de las profesiones antes mencionadas visualiza el recurso humano sobrecargado.

Federico, uno de lxs profesionales que conformaban en el 2018 el equipo de salud en sus palabras, hace alusión a esta falencia “el trabajo comunitario esta re bien formado, y muchas veces tiene que hacer el trabajo de ese faltante que es el trabajador social” (entrevista realizada mayo, 2021). Estas palabras vuelven a poner en tensión quizás el desconocimiento o la falta de claridad en las funciones, no de lxs trabajadorxs sociales, sino de lxs TCST debido a su sobrecarga y la falta de recurso humano. También es imperioso hacer mención nuevamente que la búsqueda y concreción de satisfacción de necesidades sociales solo se hace posible en conjunto a trabajadorxs socialxs.

Menéndez (1988) explica que esta situación de recortes y menor gasto público es producto de una crisis que se viene sucediendo a nivel latinoamericano y que hace evidente la mercantilización de la enfermedad, excluyendo a lxs que no pueden:

“La crisis sostenida que soporta Latinoamérica, ha sido en parte relacionada con la crisis financiera de un Estado que necesita reducir su gasto y en particular, su gasto social. La opción neoliberal aparece como la opción frente al estado burocrático. Considero que esta forma de plantear el problema se articula con varios de los caracteres del MMH, que justamente asumen la desigualdad social, la responsabilidad individual, la mercantilización directa o indirecta de la enfermedad”(Menéndez, 1988:5)

Ante esta visión de una APS con recursos insuficientes, donde la perspectiva de derechos necesita de la disciplina del trabajo social para acompañar quizás procesos de lucha y reivindicación de derecho, para posicionar a la salud como un proceso social

construido históricamente y no continuar mecánicamente atendiendo demandas que solo ocurren cuando la población ya tiene instalado algún padecimiento.

En la particularidad de nuestra localidad cabe resaltar que esta situación de sobrecarga laboral es un recurrente desde el sistema de salud provincial. Jaime (2017), en su investigación desarrollada en la provincia de Chubut, toma en cuenta la problemática, que según menciona sobrepasa lo económico:

La gran heterogeneidad en los costos, prestaciones efectivamente brindadas y modelos de organización no es solamente un problema de carácter económico sino que repercute negativamente en el nivel de salud de la población y en la división de grupos sociales con una cobertura efectiva acorde a sus necesidades versus aquellos con necesidades insatisfechas dentro de los cuales existen subgrupos que presentan un número crítico de estas necesidades insatisfechas que los condena a una marginalidad de carácter estructural (Jaime, 2017:36).

La situación se agrava en nuestra ciudad ante la migración que es dinámica y en relación a periodos que se asocian directamente con los momentos de auge del petróleo, donde las masas poblacionales crecen y el sistema público de salud no tiene suficientes recursos para dar respuestas a las demandas. En los CAPS. Muchas veces no pueden brindar respuestas basadas en APS y mucho menos cumplir con los objetivos que son base de la estrategia de APS.

Mariana explicita la problemática que tensiona el quehacer cotidiano de estxs profesionales, debido a las exigencias numéricas, medidas a través de visitas domiciliarias. En este sentido refiere que la incorporación de la disciplina de trabajo social sería fundamental dentro del equipo de salud, debido a que a veces el trabajador comunitario se encuentra limitado ya por la función que cumple, como por el número de familias a cargo. Cabe mencionar que esta visualización de la problemática fue expresada por todxs lxs integrantes del equipo al referir que la sobre carga de trabajo lxs imposibilita a la realización de acciones colectivas que son base de la APS. Esta forma de proceder basada en la sobre carga de lxs profesionales del CAPS conlleva a su vez a la inclinación de una atención más centrada en la enfermedad que se relaciona directamente con la biomedicina. Así se van resignando y postergando acciones tendientes a la construcción de salud comunitaria y el desgaste de estxs profesionales. Replantearse, problematizar y poner en tensión la concepción que se tiene sobre la salud

es posicionar a los equipos de APS desde una lógica determinada de acción. La falta de recursos materiales y humanos es quizás también una forma de construir un tipo de APS específica, y exige la visibilización de la problemática de manera urgente para el logro de los objetivos que se relacionen con la estrategia integral de APS.

En relación directa a lo anteriormente expuesto, reflexionar acerca del trabajo social inmerso en el campo de la salud del primer nivel de atención sería fundamental, teniendo presente que la disciplina aborda las necesidades sociales y a su vez puede gestionar de manera interdisciplinaria acciones tendientes a la promoción en salud. Isidora (TCST) comparte la representación que ha construido de lxs trabajadorxs sociales:

Por ejemplo hoy necesitas un colchón, te lo consigo, pero el año que viene conseguirte una changa y cómprate una cama para ese colchón. Otra es la de los bolsones de alimentos, hoy te dan ese bolsón, pero hay que evitar una dependencia. Pero por otro lado te voy a capacitar para un oficio, una huerta y produce tus propios alimentos, porque se termina viendo generación tras generación de familias empobrecidas (entrevista realizada el 18 de mayo del 2021)

Este pensar, influye en el sentir y actuar de muchxs profesionales insertxs en los CAPS de nuestra localidad y es preciso problematizar acerca del mismo. En las palabras de Isadora puede visualizarse la vulneración en cadena de muchos derechos que hacen a la condición digna de todo ser humano quizás no percibidos desde una dimensión integral. La dificultad o una problemática que se asoma en estas palabras radican en la ausencia de un atravesamiento social desde una perspectiva de derechos donde de manera colectiva se pueda reconstruir la historicidad de ese micro espacio. El encontrar las raíces de las problemáticas que han llevado a la situación actual en la que hoy sobreviven estas poblaciones es introducir a lxs participantes de estos equipos de salud desde una mirada crítica y que contenga la complejidad como eje central.

En relación al trabajo social, cabe mencionar que aun en el presente se asocia la disciplina con la filantropía, el asistencialismo y ahí es donde se posiciona muchas veces a lxs profesionales. Esta construcción histórica de identidad ligada al trabajo social es el resultante de los diversos momentos socio históricos que han quedado internalizado en lxs sujetxs objeto/sujeto de intervenciones sociales. Es decir el trabajo social no funciona de manera independiente de las determinaciones socio histórica, sino

todo lo contrario. Es por ello que es preciso mencionar que previo a la reconceptualización el rol de lxs profesionales en la mayoría de los casos era el acompañar los procesos económicos. Desde este posicionamiento la disciplina era instrumental al sistema socio económico y lo que se trataba era de controlar y educar a las masas obreras para una mayor productividad.

Entender la profesión dice Alayon “sería reconocer que el trabajo social es lo que lxs trabajadorxs sociales hacen en sus prácticas concretas” (Alayon,2005:10) Teniendo presente que hoy lxs profesionales desde un posicionamiento ético político y dentro de las instituciones su rol es el acompañar activamente a los sectores vulnerados para la defensa y ampliación de derechos y esto se construye de manera personal, que va más allá de su práctica teórica. Es decir, lo que hacen en sus prácticas cotidianas es lo que puede acompañar a procesos de construcción y deconstrucción de la identidad que la profesión arrastra históricamente.

Retomando nuevamente las palabras de Natalia, ella hace referencia a que con la figura de lxs trabajadorxs sociales se siente “más guiada y segura de las cosas y decisiones que vas a tomar, más bien te guían”, es una oración que despierta interrogantes, problematización, análisis y reflexión. Esta construcción que expresa Natalia se relaciona con la proximidad que tiene con una trabajadora social perteneciente a otra institución inserta en la comunidad. La construcción de la actitud profesional es la que va a inscribirse en lxs sujetxs de acuerdo a su experiencia vivenciada. Con respecto a la actitud profesional, Furci (2013) considera que es preciso repensar acerca de esto para la intervención profesional, donde lo que se busca es observar, comprender la conducta humana con la finalidad de promover situaciones que acompañen a lxs sujetxs a nuevos aprendizajes. Desde esta perspectiva el sentirse acompañada para la toma de decisiones, se relacionan al vínculo que puede lograr establecer el/la profesional con la persona que posibilite procesos de aprendizajes para la transformación desde las acciones de la misma persona de manera consciente. Siguiendo a Furci, para lograr la búsqueda de una consciencia crítica de lxs sujetxs es necesario que lx profesionalxs se nutran en su actitud profesional de la contingencia, resonancia, permisividad y descentrarse. Sumado a esto cabe destacar que los talleres lúdicos expresivos son un eje primordial para el trabajo en espacios microsociales debido a que desde ese dispositivo es posible reconstruir la historia de la comunidad, las

experiencias de lxs sujetxs, la visión de mundo y en el mundo que estxs tienen, para luego generar colectivamente nuevas resoluciones a quizás viejas problemáticas.

Llegando al final de este apartado resulta importante reflexionar acerca del recorrido que ha transcurrido. En este se ha intentado visualizar viejas matrices de aprendizaje desde las cuales muchas veces se posiciona al rol profesional de trabajo social. Por eso mismo se buscó dar cuenta de los antecedentes que han asociado a la disciplina con el asistencialismo, el control y la vigilancia. A su vez esto mismo llevó a replantear la estrategia de APS en sus objetivos y en su práctica concreta que desencadena en falta de recursos. Por otro lado la voz de Natalia trajo la inquietud de pensar en las formas de hacer en la práctica concreta donde la actitud profesional dará cuenta del profesional y su posicionamiento ético, político e ideológico desde el cual actúa.

3.3 Las políticas públicas y el trabajo social en la APS.

En una charla con Isadora sobre las políticas públicas y el trabajo social ella explicaba: “lo ideal sería que este profesional tenga una visión más amplia, porque lamentablemente hoy continúan las políticas públicas focalizadas, recortadas, es decir se trabaja sobre lo momentáneo, pero falta la otra parte”(entrevista realizada el 18 de mayo del 2021)

Resulta enriquecedor para el análisis dar inicio al apartado con la visión que comparte Isadora al reflexionar en las políticas desde las cuales se acompañan a las poblaciones de las áreas de cobertura con las cuales trabajan los equipos del primer nivel de atención en salud. La voz de Isadora es el reflejo del análisis cotidiano que suele escucharse tanto en el adentro de los equipos, como por lxs actorxs sociales que conforman el escenario donde se interviene en el momento de reflexionar acerca de las políticas sanitarias vigentes. Partiendo del conocimiento que son esas políticas sanitarias las que acompañan a los equipos del primer nivel de atención para dar respuestas a las demandas de la población que cada día se complejiza y crece en número. He aquí con las palabras de Isadora se inicia este apartado para invitar a pensar en las políticas

sanitarias y su influencia material y simbólica en la vida cotidiana de la sociedad en su conjunto. Por otro lado resulta imperioso reflexionar el rol del trabajo social, las políticas públicas y demás actores involucrados en los territorios singulares. Por tal razón a continuación se menciona brevemente las políticas sanitarias desde las cuales actualmente se trabaja en los CAPS. Al mencionar esas políticas sanitarias es posible visibilizar que población tiene como destinatario directo y a cuáles como destinatarios indirectos. Articular a esto el rol del profesional de trabajo social y generar un análisis acerca de las posibilidades que las incumbencias de la disciplina proporcionan a lxs mismxs inserta en la APS y espacios microsociales.

De manera general es posible plantear que la financiación de la APS depende principalmente de los estados provinciales y municipales. Por otro lado existen financiamientos provenientes de organismos internacionales de crédito. Es por ello que los planes y programas desde los cuales se acompañan a lxs usuarixs del sistema de salud en el primer nivel de atención tienen una impronta basada en criterios de sus financiadores. Stolkiner y Wilner (2007) expresan que estas financiaciones se basan en:

Se combinan habitualmente esas fuentes con contrapartidas nacionales, lo que determina que la injerencia en el diseño, implementación y evaluación de las iniciativas de las instancias nacionales e internacionales es muy importante en detrimento de las competencias provinciales y municipales (Stolkiner, Wilner, 2007:7).

En la actualidad el Ministerio de Salud de la Nación cita como experiencias nacionales de APS al Programa REMEDIAR, Plan Nacer, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y al Programa Materno Infantil, Programa Sumar. Estos planes y programas se encuentran dirigidos a poblaciones que abarcan madres, niños, trabajadores, edad avanzada, discapacidades. Por lo general desde la APS a través de los diversos recursos que van desde programas en alimentación, nutrición, salud bucal, salud mental que provienen de estas políticas en salud tienen la perspectiva basada en la estrategia de APS en lo que refiere a prevención, protección y control de enfermedades.

Menciona Guadalupe, quien se desempeña como administrativa en un CAPS provincial desde hace más de cinco años, que las formas de registro para posteriores acciones en relación a usuarixs de la APS trabajan con el CMDDB, el CONEXIA, GISALUD y que desde hace muy poco se incorporó el SEGEP. En su gran mayoría su

uso es para el arancelamiento de usuarios que cuentan con distintos servicios privados u obras sociales, al igual que aquellxs que están registradoxs en el plan sumar al no tener ningún servicio de salud fuera del público. Es a través de estos programas que se logra codificar diagnósticos, patologías y otras acciones que se realizan cotidianamente en el CAPS. A todo esto también le suman las acciones basadas principalmente en tareas ejecutadas en terreno, tales como visitas domiciliarias, vacunación y talleres tendientes a las bases de APS que se realizan entre la comunidad y el CAPS. Es decir, estos programas permiten obtener estadística poblacional, lo cual facilita la visualización de los recursos disponibles en relación a la demanda. (Charla informal con Guadalupe, realizada en 24 de agosto del 2021).

Teniendo presente que Atención Primaria de Salud no puede ser vista exclusivamente como el desarrollo de servicios básicos de salud, sino como la movilización de los recursos disponibles para responder a las necesidades de toda la población, apuntando siempre a la equidad. Alayon nos propone “para la consolidación de una sociedad con mayor justicia social cabe bregar a fondo por más empleo, por mejores salarios, por educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación para todos los habitantes” (Alayon,2019:79). Por lo cual en el ámbito local es necesario la apertura de la institución hacia nuevas formas de relacionarse con la comunidad y los restantes sectores que se encuentran inmersos en un territorio determinado. Partiendo de la idea que los perfiles de demanda de trabajo social en el sistema de salud se basan en formas tradicionales referidas a gestión, orientación y la administración de recursos desde una vinculación clásica de intervenciones, que es preciso poner en tensión. Es decir, desde estas formas tradicionales de intervención no se cede lugar a la prevención, promoción en la APS. Entendiendo que desde esta lógica uno de los pilares es la jerarquización de lxs sujetxs como protagonistas a través de la participación en el proceso de salud para la lucha y reivindicación del derecho a la salud que sobrepasa la asistencia. En concordancia a esto último mencionan Amelotti, Ventura (2012):

Se considera a las personas con las que se trabaja como sujetos plenos, con potencialidades y condicionantes, producidos y productores de la historia, es decir, condicionados pero no determinados por la realidad, lo que implica reconocer la capacidad de creación del sujeto y la posibilidad de producción de prácticas instituyentes en la sociedad. Se entiende al sujeto con experiencias,

intereses, historias y posiciones particulares, sujetos activos y actuantes en su situación (Amelotti, Ventura, 2012:7).

La disciplina de trabajo social cuenta en su formación con incumbencias que habilitan a que pueda insertarse y conformar parte de los equipos del primer nivel de atención de salud en algo que trascienda esas maneras clásicas de intervención para acompañar procesos sociales. Cabe resaltar que actualmente el trabajo social se encuentra interpelado en un punto de inflexión, donde se restringen las posibilidades de respuesta desde las políticas Sociales y además se incrementan las demandas como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa. Como respuesta ante esta crisis Carballada (2007) expresa lo siguiente, las políticas públicas cumplen un rol fundamental si en un principio se reflexiona sobre su aplicación en contextos puntuales:

Las Políticas Públicas, son en este contexto aplicables en la medida que posean un sentido estratégico en diálogo con la sociedad civil, articulando aquello que la crisis fragmentó. Desde esta, perspectiva en relación con la Intervención las posibilidades de ésta son de carácter anticipatorio, con una mirada a futuro centrada en el hacer cotidiano del presente y una proyección al pasado como forma de búsqueda de los perjuicios que las diferentes crisis generaron y su inscripción en la historia, en la subjetividad, en la memoria colectiva (Carballada,2007:6)

Dicha crisis ha generado cambios en las formas de demandas, la aparición de nuevas problemáticas complejas que se visualizan en padecimientos, y puntualmente en las estrategias de sobrevivencia como eje motor en las comunidades que infieren en el proceso de salud enfermedad. Al hacer mención a la sobrevivencia Carballada (2014) explica el atravesamiento del mercado para silenciar los cuerpos y sus señales que repercuten en la accesibilidad al sistema de salud público, lo cual que se interpone en el ejercicio de derechos:

La persistencia mediática de las estrategias publicitarias logró naturalizar que la primera reacción frente a un síntoma o sensación de enfermedad se transforme en una compra de medicamentos. Ese silencio de los cuerpos y de sus señales, construido desde una lógica economicista, repercute en la accesibilidad de diferentes maneras. Se intenta acceder cuando el efecto de lo mórbido ya no permite trabajar o generar estrategias de sobrevivencia, lo que muestra un cambio en los niveles de alarma sobre lo que ocurre en los cuerpos de unos y otros. Precisamente, se consulta cuando ya no se puede seguir,

cuando la expresión del síntoma construye una sensación o realidad invalidante que indica la necesidad de la atención dentro el Sistema de Salud (Carballeda, 2014:19)

Desde esta perspectiva el ejercicio profesional de lxs trabajadorxs sociales es interpelada en una encrucijada donde lxs mismos deben éticamente replantearse lo fundamental del trabajo en espacios micros sociales. Desde el rol profesional que los sitúa como lxs interlocutores entre el Estado y la sociedad con todo lo que ello implica para acompañar a procesos de reivindicación de derechos. En palabras de Carballeda (2004) “la intervención en lo social implica, por un lado, generar estrategias de recuperación de aquello que la crisis fragmentó o dejó bajo el olvido, pero también es un espacio de interlocución entre Estado y sociedad “. Desde esta lógica se retoman los ejes fundacionales que nos propone Carballeda (2006) para repensar el trabajo territorial, más precisamente comunitario. Estos ejes giran en relación a la recuperación de lo histórico desde las voces de los mismxs sujetxs, para recuperar su identidad, su pasado como organizativo, visualizar problemáticas del pasado, problematizar sobre esa historia Por su parte lo solidario refiere a las acciones concretas que se ejerce en la vida cotidiana y poder analizar esas acciones permite visualizar las formas de organización, los intercambios recíprocos entre lxs sujetxs, es decir resignificar lazos sociales. Por último y el primordial para esta tesis “ lo lúdico expresivo” sabiendo que el jugar permite fundar nuevos ordenes, desarrollara nuevas actitudes, nuevas formas de vincularse con el mundo y con lxs otrxs, romper con viejas determinaciones (Carballeda 2006) Es a través de estos ejes que es posible pensar en un trabajo colectivo que busque la recuperación de la integración social como proceso saludable y necesario para luchas y resistencias en momentos de crisis socio económica como el actual.

Estas formas de hacer con otrxs desde la intervención social implica que es a través de los sectores involucrados y de los actores sociales como posibilidad de motorizar algo más que la vehiculización de políticas sanitarias que no llegan a dar las respuestas necesarias dentro de la complejidad de la vida cotidiana. En territorio singular es posible visibilizar que la figura de lxs trabajadorxs socialxs es un recurso imperante necesario para el entretejido de políticas sociales que vayan más allá de las sanitarias. Este posicionamiento pone en marcha la perspectiva de salud de forma integral donde el proceso es social y preciso de un equipo interdisciplinario para la efectivización real de derechos que acompañen a la construcción de salud comunitaria. Sabiendo que en los propios territorios desde donde surgen las demandas, a través de la

organización de lxs propxs involucrados desde los diversos ámbitos que hacen a las comunidades es posible que surjan novedosas respuestas a la cuestión social. De acuerdo a posicionamiento conceptual de Carrizo, etc. al (2019) en relación a la figura de actores sociales y su posición en el mundo social nos explican que:

Los actores sociales involucrados en los procesos de intervención del trabajador social, no se encuentran aislados o situados por fuera de la “cuestión social”, por ello, es imposible pensarlos por fuera de las manifestaciones históricas de la misma. Así, este conjunto de problemas políticos, sociales, económicos que componen la “cuestión social” determina distintas características de los actores y fuerzas sociales en base a su capacidad de procesar y transformar sus necesidades, así como de ensayar alianzas y resistencias (Carrizo, et al 2019:130).

Los tres ejes planteados por Carballada , la recuperación de su historia, lo lúdico creativo como dispositivo y lo solidario es fundamental para repensar procesos de integración social necesarios para las intervenciones comunitarias. Estas nuevas formas de pensar, sentir y actuar en los espacios microsociales acompaña a lxs trabajadorxs sociales a una comprensión y lectura del territorio desde su propia historia que a su vez construye a sus actores sociales que traen consigo interese heterogénea. Visualizando a través del territorio un campo de luchas, de tensiones, de conflictos, de negociaciones que son precisas para que las demandas puedan llegar a agenda pública en este caso en el ámbito local.

La voz de Antonio, uno de estos actores sociales, refiere en torno a las problemáticas del barrio y pone al descubierto la acción u omisión del estado municipal en su orden de prioridades de acuerdo a su análisis:

La política a medida que va cambiando no mira lo que pasa en el barrio y muchas veces abandona. Se sacan fotos pero no les importa lo que la gente necesita. Los políticos viven en una burbuja diferente a la gente que más necesita, porque tienen otro pasar. Un cambio de gobierno muchas veces destruye lo que se venía haciendo y logrando en el barrio” (entrevista realizada el 20 de mayo del 2021)

Aquí Antonio manifiesta su descontento con las gestiones de gobierno que no sostienen políticas duraderas en el barrio y que desde sus acciones concretas muestran

un desinterés por las condiciones de vida de lxs sujetxs que habitan el territorio. Alguno de los ejemplos que nos comparte se relacionan con gestiones de urbanización, mensuras que de acuerdo a lxs actores políticos en un momento determinado hicieron avanzar o detener gestiones de este estilo en el barrio. Por otro lado estas palabras expresadas por uno de los referentes del barrio nos interpelan a repensar prácticas concretas como profesionales de trabajo social desde una perspectiva de justicia social y derechos ejercidos. Sabiendo que desde esta perspectiva es posible generar a través de un trabajo comunitario en los espacios microsociales estrategias que habiliten en una primera instancia al encuentro con lxs otrxs. Dichas acciones a su vez permiten conocer a través de ellxs mismxs su manera de sentir, pensar y accionar en el mundo. Remarcando que la circulación de palabra incita a construcciones colectivas que quizás puedan desencadenar en un proceso de integración donde estxs se sientan y se posicionen como parte de las instancias de búsqueda de estrategias y de resoluciones ante las necesidades sociales. Volviendo a las expresiones de Antonio, así como él manifiesta el poder de los gobernantes, es fundamental reforzar en que estos no son los únicos actores con poder. Acompañar a la visualización del poder que puede encontrarse en comunidad organizada y el abanico de posibilidades que estos procesos conllevan es una de las tareas que el trabajo social tiene como horizonte. En relación con esto, Frago Fernández (2006) explica que la política es generadora de actividades que nos compete a todxs, siendo estas cristalizadas a través de nuestros gobernantes parte del aparato burocrático, pero esto no significa que sea monolítica, está constituida por una multiplicidad de actores. La política es lo común al pueblo, es un orden público, es una búsqueda o no del bien común. Desde esta visión la política no es ajena a nuestra vida cotidiana, todo lo contrario. Es fundamental formarnos como sujetxs politicxs a partir del entramado de relaciones sociales, superando un posicionamiento individual. Sabiendo que en la política cada día se construye en la medida en la que nos involucramos como parte de un territorio, una comunidad y que esto también hace a la construcción de salud comunitaria. Procesos como los anteriormente reflexionados son una de las funciones que el trabajo social desarrolla para el logro de emancipación de lxs sujetxs. Es por ello que es imperante resaltar nuevamente lo fundamental de esta disciplina en los equipos de APS. Cabe mencionar que actualmente no se cuenta con su presencia en los CAPS provinciales y que su ausencia se siente cuando los equipos se posesionan como una APS integral.

Para dar cierre al apartado desarrollado es fundamental destacar la potencialidad e integralidad que el trabajo social podría aportar a los equipos de la APS para trabajos interdisciplinarios e intersectoriales. Por otro lado, cabe resaltar que como se ha mencionado en el capítulo anterior la identidad clásica de estxs profesionales basada en la mera asistencia aun circula dentro de las representaciones sociales que conforman el territorio. Por lo cual la inserción de estxs profesionales en los CAPS provinciales posibilita a procesos colectivos que deconstruyan miradas reduccionistas. Estos procesos solo pueden lograrse mediante la inserción de lxs mimxs en la APS desde bases de promoción y prevención, lo cual lxs habilita a la motorización colectiva de procesos políticos que trasciendan la asistencia, y donde lo lúdico expresivo es una estrategia para la ruptura de lo cotidiano y en vías de procesos de transformación.

3.4 Representaciones sociales del trabajo social en APS y los talleres lúdicos expresivos

Problematizar acerca de la ausencia del trabajo social en APS es tensionar la visión del proceso de salud enfermedad entre el discurso de los objetivos que esta estrategia busca, teniendo presente que la interdisciplinariedad necesita de esta disciplina para acompañar proceso reflexivo y participativo en el adentro de los equipos y en la misma comunidad, rompiendo con esa mirada construida históricamente desde el ámbito de salud. Nos explican Nucci, et al,2018):

La inclusión de las dimensiones económicas, sociales y culturales en la conceptualización de la salud, así como la perspectiva de derechos de ciudadanía abren puertas para incorporar explicaciones y estrategias de intervención integrales donde TS pasa a ocupar un lugar diferente al construido históricamente (Nucci,et al,2018:22).

Es decir, si la APS se posiciona desde una perspectiva donde los procesos de salud-enfermedad con comprendidos y abordados de forma integral precisa de la inserción del trabajo social para generar la lectura interdisciplinaria de esa realidad. Esto significa traspasar una mirada simplista de este proceso, para generar un análisis y abordaje comprendiendo que la salud enfermedad van más allá de lo biológico para luego fortalecer en promoción y prevención.

Por otro lado, la realidad local permite visualizar en los espacios microsociales la falta de este recurso humano necesario para motorizar una APS integral. Dicha ausencia de interdisciplinariedad simplifica y naturaliza procesos de abordajes sanitarios que terminan avalando el MMH como protagonista indiscutible de saber científico que se centra en lo biológico. Las palabras de un integrante del equipo de salud del CAPS 30 de octubre da cuenta del desconocimiento acerca de las posibilidades que la disciplina podría aportar al equipo de trabajo para el logro de una visión compleja acerca del proceso de salud enfermedad. En palabras de Mario, el médico generalista del CAPS 30 de octubre se puede comprender que la disciplina solo es percibida desde la representación parcial de este profesional:

No te podría decir muy bien cómo sería el trabajo, porque nunca se trabajó con una. Me imagino que la parte que podría facilitar es orientar el trabajo con esas familias que tienen cuestiones sociales puntuales para trabajar y orientarlos con herramientas puede facilitar ante la necesidad de lxs mismxs (entrevista realizada el 6 de abril del 2021).

Durante el desarrollo de este último apartado se busca visibilizar el rol de lxs trabajadorxs sociales en la APS. Es por ello que se recuperan fragmentos de entrevistas con teoría acerca de la interdisciplinariedad como horizonte de cambio. A su vez se visibiliza la ausencia de esta interdisciplinariedad como instancia de continuar sosteniendo una APS precarizada, selectiva y un MMH agigantando empresas centradas en la enfermedad como mercado.

Iniciar este recorrido buscando comprender que la vida cotidiana está atravesada por la complejidad, es una tarea inherente al rol profesional del trabajo social, allí radica una de las bases centrales del por qué estx profesional es necesario en instituciones como los CAPS. Desde el trabajo social se analizan, cuestionan, problematizan y también se buscan colectivamente resoluciones de problemáticas sociales que conforman el proceso de salud enfermedad desde la complejidad. Pero, para poder comprender la complejidad es preciso mencionar la simplicidad, es desde esta lógica que lo biológico es desde donde se ha dado respuesta a los padecimientos de lxs sujetxs, apuntando a la culpabilización de la situación atravesada de forma individual. Por su lado la complejidad se da en una relación de orden-desorden y una nueva organización. Morín (1990) explica que aceptar la complejidad es aceptar la contradicción. Para poder entender la complejidad hay que pensar en los tres principios que conforman dicha

complejidad. Lo dialógico es aquello que permite comprender que la dualidad de orden y desorden en términos complementarios y antagonistas que acompañan procesos de nuevas organizaciones. El segundo principio es el de la recursividad lo cual se basa en la idea que la sociedad es un producto de interacción entre los individuos, es así que el hombre es producto y producido, rompiendo con la lógica lineal de causa y efecto. El último principio para entender la complejidad es lo hologramático, comprendiendo que las partes conforman al todo, y a su vez el todo se encuentra potencialmente en sus partes (Morín, 1990). Este pensamiento es fundamental para pensar los escenarios cotidianos cargados de incertidumbre, y donde el trabajo social encuentra la oportunidad de generar procesos de problematización para enriquecerse junto a otras disciplinas.

Volviendo a la visibilidad del paradigma de la simplicidad puede interpretarse como predomina el pensamiento simplista desde el proceso de salud anclada en lo biomédico, el cual centra su atención en lo biológico, como ya hemos analizado en los capítulos previos. Al igual que desde el paradigma de la simplicidad el MMH es el único saber científicamente legitimado desde el cual se va a abordar el proceso de salud-enfermedad. Desde esta lógica los equipos de salud no precisarían más que profesionales formados desde la biología. Quizás problematizar acerca de la falta de recursos humanos que posibiliten la conformación basada en la Interdisciplina es pensar en la complejidad, que se a su vez introduce la complejidad en estos espacios institucionales. Esto desencadena en comenzar a cuestionar a nivel local desde que enfoque se lleva a la acción a la APS en los CAPS provinciales. Jaime (2017) explica a través de su investigación:

Coexiste con una mirada reduccionista en algunos casos, precarizando las posibilidades de oferta de servicios en centros de atención primaria o restringiéndolo aludiendo a una supuesta pertinencia de actividades que le son propias y otras que no (Jaime,2017:16).

Desde esta mirada la APS como estrategia implementada en los CAPS solo podrían abordar situaciones de padecimiento corporal, sin posibilidades de la complejidad como instancia de comprensión de la construcción social en dichos padecimientos.

Un fragmento de la entrevista realizada a Mario permite seguir reflexionando acerca de la urgencia de enriquecer la APS desde las acciones concretas:

Quizás desde el centro de salud priorizamos lo asistencial por cuestiones de equipo, de la cantidad de personal que hay, que no se puede hacer promoción y prevención o hacer tareas en el barrio, es decir, al ser pocos en los equipos no se puede hacer u organizar otras actividades en el barrio (entrevista realizada el 6 de abril del 2021).

En el relato de Mario es posible problematizar la naturalización de las situaciones de recortes o falta de presupuesto en los CAPS para lograr esos objetivos propuestos para estos equipos. Objetivos basados en realizar colectivamente acciones ancladas en la promoción y prevención desde la cual se sitúa a esta estrategia de APS, y la cual a su vez necesita enriquecerse desde otras visiones como la del trabajo social para abordajes integrales. Sabiendo desde el discurso de la APS una de las medidas que se consideran es el combatir la fuga del personal sanitario, invirtiendo a su vez en más recursos humanos para la salud y su formación (Cruz Peñate,2011)

Además pensar en la incorporación del trabajo social implica comenzar a nutrir el trabajo que lxs trabajadorxs comunitarixs han venido realizando. Con respecto a esta visión, Mariana, trabajadora comunitaria refiere:

“Sería fundamental dentro del equipo de salud, debido a que a veces el trabajador comunitario se encuentra limitado ya por la función que cumple, como por el nro. de familias a cargo. También al trabajar con la planilla de familia que involucra diferentes programas con el acompañamiento del trabajador social. Sabiendo que los programas ayudan a mejorar las condiciones de vida. Yo creo que con un trabajador social se podrían trabajar diferentes aspectos que nosotros lo buscamos en diferentes instituciones (entrevista realizada el 15 de junio del 2021).

Cabe resaltar que una de las pocas figuras dentro de los equipos del primer nivel de atención de los CAPS provinciales capacitados desde su formación profesional para comprender de manera integral el proceso de salud enfermedad son lxs trabajadorxs comunitarixs. En palabras de Mariana, al hacer mención a esos aspectos que se buscan en otras instituciones, refleja la sobrecarga que significa para estxs agentes del estado y por otro lado la ausencia también de recursos teóricos metodológicos para una comprensión más amplia de este proceso. Pensar en un trabajo social que no se limite a vehicular programas, sino que contribuya a ampliar la defensa de los derechos social

vulnerados y a preservar y aumentar la calidad de vida de sectores vulnerados (Alayon, 1990)

Trayendo nuevamente la reflexión de Mario, en cuanto a lo que considera aportaría la disciplina dentro y también fuera de la institución, él se imagina que estxs profesionales facilitarían y orientarían a las familias en cuestiones sociales puntuales ante sus necesidades (entrevista realizada el 6 de abril del 2021). Desde esta mirada se puede interpretar a las necesidades como propias de algunos grupos, perdiendo de esta forma el entramado de relaciones y atravesamientos socio histórico basados en la complejidad. En palabras de Alayon (1990):

Reflexionar entonces en torno a cómo y cuáles son los problemas que se presentan como ya dados, naturalmente para su intervención, es decir, reflexionar sobre su historicidad y el efecto político práctico que tendrán las formas de intervención que se propongan, por sobre la conciencia que se tenga de y sobre los efectos. Con frecuencia se tiende a confundir al sujeto que sufre el problema con el problema mismo (Alayon, 1990).

Es decir , aquí radica la problemática no solo dentro de los equipos de salud del primer nivel, que asignan y clasifican a familias puntuales necesidades a las cuales éticamente hay que asistir, sino también a profundizar la historicidad desde la cual se ha instalado la problemática en el espacio micro. Por ende esta es una tarea que le compete al profesional de la disciplina e involucra un trabajo social basado en una lectura que va desde lo particular a lo general y viceversa. Este trabajo debe ser ejercido de manera interdisciplinaria para el logro de objetivos de la APS desde un marco de salud colectiva”

Siguiendo con la reflexión acerca de la incorporación del trabajo social como disciplina dentro de la APS, Federico menciona:

La figura del trabajador social en el 1er nivel de atención es fundamental porque son los que tienen más conocimiento de las vías formales e informales a otras instituciones, que conocen y se dedican, que tienen la sensibilidad para determinar y para crear y hacer los puentes necesarios, esto beneficia para conectar dispositivos entre sí, estos acompañan para la detección de las vulnerabilidades de los usuarios que van afectar su salud, en salud es básico, y sobre todo en salud mental (entrevista realizada el 8 de abril del 2021).

La reflexión que comparte Federico permite ir un poco más allá y recalcar que la inserción del trabajo social puede acompañar procesos como los que identifica este profesional, que no es lo mismo que un trabajo desarticulado sin la mirada interdisciplinaria. Es decir, esto que Federico identifica como función de la disciplina de trabajo social quita protagonismo a lxs restantes actorxs que se encuentran involucrados en este proceso de salud enfermedad. Cabe resaltar que esto no significa desprender el trabajo social es una de las figuras que interviene y es un mediador entre el Estado, lxs sujetxs y sus necesidades donde el horizonte es la reivindicación de derechos. Alayon (1990) desde esta perspectiva nos invita a pensar en la tarea urgente desde las prácticas institucionales y comunitarias de lxs profesionales en trabajo social:

Para la promoción, la defensa y la exigibilidad de los derechos resulta central comprender y cuestionar la naturaleza de las relaciones sociales en cuyo marco los abusos son posibles, identificando con rigor la vigencia simultánea y contradictoria del binomio derechos – violación de los derechos (Alayon, 1990:11).

Por ende, el trabajo social articula desde la perspectiva de derechos la visualización de derechos vulnerados que interactúan en los espacios microsociales y desencadenan en generar las condiciones para que lxs sujetxs estén con mayores posibilidades de padecer enfermedades. Es necesario volver a recalcar que este accionar solo es posible desde la integración de saberes donde se involucre a todxs lxs actorxs involucrados.

Además posicionarse en el primer nivel de atención es comenzar a construir desde la urgencia, pero también desde las necesidades sociales que el territorio pueda ir detectando, construyendo y reconstruyendo. En estos escenarios, complejos e inciertos se requieren de prácticas que superen abordajes tradicionales basados en el disciplinamiento y la responsabilización de quienes padecen los condicionamientos de la desigualdad e injusticia social.

Tomando las reflexiones construidas en conjunto por el equipo docente y estudiantxs de la licenciatura en trabajo social de la UNPSJB (Carrizo, et al, 2019) en relación a las intervenciones atravesadas y enriquecidas por otras disciplinas en territorios concretos:

La intervención desde sus limitaciones abre puertas para dialogar con otros saberes con la intención de vislumbrar los problemas sociales en su complejidad. La

interdisciplinaria, debe estar orientada a resaltar y generar alternativas innovadoras con diferentes áreas profesionales que potencien y remarquen los valores de la persona humana y su desarrollo, que tengan injerencia en la intervención de las problemáticas más significativas de las personas, grupos o comunidad incorporando las perspectivas y protagonismo de los actores sociales en diferentes espacios sociales. (Carrizo, et al,2019:8)

La complejidad y la incertidumbre del contexto actual requieren de un trabajo interdisciplinario que traiga consigo nuevas estrategias para abordar conjuntamente los problemas sociales. En concordancia a esto quiero resaltar que los talleres lúdicos expresivos brindan posibilidades novedosas y creativas para la búsqueda de soluciones desde sus propios protagonistas. En palabras de Federico “me parece que se trata de buscar soluciones creativas a problemáticas que por las vías habituales no tienen mucho que solucionar”. En los talleres lúdicos expresivos desarrollados durante varios años en el CAPS 30 de octubre el involucramiento de los integrantes del equipo se fue sucediendo como un proceso. Las diversas especificidades que han conformado el grupo de trabajo sumaron a actividades enriquecidas y atravesadas por diversas miradas.

La incorporación del trabajo social a estos equipos de salud del primer nivel que acompañen a procesos que modifiquen los determinantes de salud desde una práctica de salud pública más integral que rompa con abordajes tradicionales y enfocados en la enfermedad y la asistencia de la misma. Finalmente es propicio referir que el incorporar el trabajo social a los CAPS es posicionar a la institución desde una mirada basada en la complejidad. Analizar las diversas situaciones que se suceden en la cotidianidad de los sujetos desde la complejidad aportaría a abordajes íntegros de las problemáticas del proceso de la salud -enfermedad, incluyendo a su vez todos los aspectos sociales que con ella se relacionan. Por su parte Carballada (2006) entiende que uno de los ejes para la intervención comunitaria en los espacios microsociales es la dimensión lúdica expresiva como propuesta de acción que interpele la vida cotidiana y la naturalización de la misma. En palabras de Carballada (2006)“Lo lúdico se presenta así como estrategia de recuperación desde un punto de vista instrumental, pero también como una manera de alterar el orden de lo cotidiano, demostrando la posibilidad de resignificar o reconstruir situaciones”(Carballada,2006:139)

Por tal razón resulta imperioso generar intervenciones desde una perspectiva de salud comunitaria en los espacios microsociales, siendo el escenario predilecto y fundamental para el ejercicio profesional del trabajo social. También el desafío para los equipos y las comunidades para la búsqueda de nuevas estrategias que trasciendan las herramientas tradicionalmente implementadas en los territorios de intervención. Pensar estrategias que acompañe a nuevos procesos donde lxs sujetxs interroguen, problematicen desde una consciencia crítica su sentir, pensar y actuar. A través de nuevas formas de hacer es posible la generación de posicionamientos democráticos y participativos, que habiliten a construcciones colectivas y reflexivas de las problemáticas sociales complejas que los atraviesan

En este último apartado he intentado transmitir lo fundamental del trabajo social para la conformación de equipos interdisciplinarios. Esta figura aporta actualmente un atravesamiento social al proceso de salud enfermedad son lxs trabajadorxs comunitarixs. Cabe señalar que en la mayoría de los casos su función, sus incumbencias y las normativas de trabajo provincial limitan un pleno y amplio desarrollo en sus acciones cotidianas, donde la APS muchas veces se torna selectiva y pierde sus bases argumentativas. Es por ello que resulta primordial la profesión de trabajo social en la APS para acompañar al trabajo diario de estos equipos, incorporando la complejidad y la perspectiva de derechos humanos como el horizonte a construir colectivamente. Desde esta perspectiva el proceso de salud se encuentra ligado a determinantes que van más allá de la biomedicina, vinculados directamente al tipo de organización de una sociedad.

Conclusiones

A través del desarrollo de la tesis ha sido posible llegar a la conclusión de varios puntos que hacen preponderar al dispositivo del taller lúdico expresivo como posibilitador de varias aristas que fortalecen el proceso de salud desde una perspectiva de derechos. Este dispositivo ha funcionado como motor fundante de estrategia situada de promoción de salud en territorio. En primer lugar este estudio permitió evidenciar como actualmente el MMH continua vigente como ordenador social que marca fuertemente la centralidad de lo biológico e individual, basándose en la enfermedad que a su vez es instrumental a la mercantilización de la vida. Esta vigencia muchas veces se convierte en una barrera para lxs profesionales que se inclinan a la búsqueda de lograr algunos de los objetivos de la APS que entiende a la salud-enfermedad como un proceso social.

Seguido a esto como lo han expresado sus propixs protagonistas es de suma importancia acercarse al territorio para la reconstrucción de su historia. La misma devela problemáticas complejas que impactan en el proceso de su salud desde los diversos determinantes intervinientes. Contar con las voces de lxs actores sociales del barrio ha sido fundamental. Reconstruir su cotidianeidad desde su visión ha permitido instalar la ruptura y desnaturalización de lo instituido. La participación he involucramiento abre al enriquecimiento desde la heterogeneidad, lo cual hace posible la búsqueda de estrategias, donde lxs sujetxs de la comunidad son posicionados en un rol activo junto al equipo de salud para construir salud comunitaria. Esta forma de intervención en salud generó en el equipo involucrado romper con lo instituido tradicionalmente desde el sistema de salud basado en la biomedicina, para acercarlo al paradigma de una APS desde la perspectiva de derechos humanos.

La descripción de los talleres lúdicos expresivos, en palabras de quienes han puesto su sentir, su pensar y su actuar, evidenciaron nuevas formas de encontrarse con el espacio institucional y con lxs otrxs. Esto hizo posible visibilizar la construcción de vínculos saludables y a su vez detectar situaciones de vulneración de derechos desde una mirada de salud integral. Al igual que las entrevistas y el trabajo de campo posibilitaron visibilizar la contradicción que existe entre el discurso de una APS y la

acción concreta. Dicha contradicción proviene de falta de recursos de todo tipo para el logro real de los objetivos que esta se propone. A su vez todos estos relatos obtenidos dan cuenta de la necesidad de contar con la figura de trabajadorxs socialxs para la conformación de equipos interdisciplinarios que enriquezcan las intervenciones en salud y la búsqueda de justicia social. En este sentido se hace imprescindible resaltar la importancia de repensar los abordajes en salud para luego proponer acciones donde el eje central sea una participación activa de la comunidad.

Este estudio ha permitido describir que las tradicionales y viejas formas de hacer y construir salud, intentando llegar a lograr los objetivos que se desarrollaban por medio de transmisión de información de profesionales a pacientes no generan procesos sociales hacia la construcción de salud comunitaria. Desde este posicionamiento el MMH ha sostenido desde una asimetría, un modo de abordar el proceso de salud enfermedad desde la verticalidad. Este abordaje en salud marca y diferencia a quienes son los portadores de información y cuáles son los depositarios de estos contenidos. Lo cual al estar internalizado en lxs sujetxs se ha instituido históricamente por la rigidez de la estructura del sistema de salud, tornando casi imposible una apertura al intercambio, a la problematización por medio del cruce de saberes, a la optimización de la heterogeneidad que brinda la comunidad. Estas formas de intervenir han posicionado y dejado sin margen de participación a lxs sujetxs y es un problema latente en nuestras comunidades.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado es que surgió un pensamiento con miras a la acción y la estrategia que giró en torno a innovar, crear, poner el cuerpo. Donde jugar para transformar se convirtió en el dispositivo fundante de una nueva forma de pensar, sentir y actuar. A su vez esto buscó posicionar a lxs sujetxs como actores políticos, como sujetos de derecho con capacidad de ser productores y producidos en el hacer con otrxs y en la construcción de un proceso de salud comunitaria.

La implementación de los talleres lúdicos expresivos fueron dando origen al escenario propicio para pensar en la prevención desde una mirada alternativa que genere procesos instituyentes, donde lxs sujetxs sean protagonistas de su transformación. Al promover al debate, a la discusión, a la problematización, quizás dio a su vez a una nueva construcción de la salud. Así, se hace posible abandonar esa mirada reduccionista

y pensar a la salud como un proceso social, en contraposición al discurso hegemónico que la sitúa en el plano de lo individual.

El juego aparece como la posibilidad de generar nuevas formas de encontrarse con el espacio, entre lxs sujetxs y con el sistema de salud. Así el poner el cuerpo con lxs otrxs se tradujo a relaciones sociales que incluyeron la heterogeneidad como sinónimo de enriquecimiento, como suma de visiones. Desde esta perspectiva, lo lúdico expresivo trascendió posibilitando nuevos sentidos en la vida cotidiana, lo cual incidió en intervenciones comunitarias enfocadas en los procesos de salud-enfermedad. Intervenciones comunitarias pensadas como construcciones sociales desde la complejidad que atraviesa a estxs sujetxs donde los determinantes de salud, que son parte de procesos macro que impactan en la vida cotidiana de lxs mismxs.

Se ha demostrado la importancia de optimizar el espacio material de la institución para la generación de estrategias alternativas, como la de los talleres, con la finalidad de acompañar el proceso en el que se pone en marcha la participación activa de lxs sujetxs involucradxs para la búsqueda del hacer colectivo. Lo innovador, lo inesperado entró en escena, para romper con lo instituido. Así se interpelaron representaciones sociales interiorizadas a través de viejos aprendizajes que han determinado la vida cotidiana de estxs sujetxs, generando naturalizaciones pueden vulnerar derechos. Por lo cual, reflexionar acerca de este dispositivo de acción para las intervenciones comunitarias permite reforzar de esta manera la búsqueda del pleno ejercicio de derechos. Teniendo presente que el eje conductor para la intervención con talleres lúdico expresivos en la construcción de salud comunitaria es situado desde la perspectiva de derechos humanos. Resaltando fervientemente que ningún derecho se puede disfrutar de forma aislada, el trabajo intersectorial e interdisciplinario se vuelve imprescindible para lograr esa justicia social que es uno de los horizontes a conseguir por parte de la disciplina de trabajo social.

Por otro lado fue posible visibilizar la contradicción entre el discurso de una APS y las acciones concretas, donde lo que apareció fue una falta de todo tipo de recursos que aun hoy hacen casi imposible lograr efectivamente una APS integral. Esto se debe a una sobrecarga a lxs profesionales de prestaciones en los consultorios, que hace imposible reuniones en equipo, participación plena en las planificación de acciones comunitarias para promoción de la salud. Resaltando que como se ha mencionado en

alguna entrevista, algunos de estos profesionales han sido formado desde la biomedicina donde lo privilegiado es lo biológico, y lo social muchas veces no es considerado por la falta de interacción con otras disciplinas. Esto se convierte en una gran barrera de acceso de los profesionales al conocimiento del territorio, de sus características y necesidades de las poblaciones que se reciben. Otra de las barreras que es fue posible entrever es la falta de recursos materiales necesarios para cubrir las actividades comunitarias que el sistema de salud exige se lleven a cabo. Esto muchas veces desalienta a los equipos de salud, debido a que en la mayoría de los casos, son los propios profesionales quienes costean los gastos de materiales para las acciones comunitarias.

En relación al concepto de salud, la mirada del trabajo social permitió generar una lectura y análisis crítico que introdujo lo macrosocial como proceso histórico que condiciona los espacios microsociales e impacta directamente en el proceso de salud enfermedad de una comunidad determinada. Por otro lado al reflexionar acerca de las representaciones que se pusieron en tensión en relación a estos profesionales, fue posible desde la acción de los mismos en estos escenarios romper con esas normativas que se le han impuesto a la disciplina y que responden a viejas prácticas asociadas al asistencialismo. Por lo cual esto deja en evidencia que la disciplina del trabajo social puede y es necesario que acompañe en la APS. Este atravesamiento que complejiza desde la disciplina, posibilita a la optimización de estos espacios institucionales como escenario para promover la participación, como motor fundante de la organización de la propia comunidad como un signo de salud.

Desde este posicionamiento en prevención y promoción, el rol de los profesionales se puede construir desde una perspectiva que trascienda la asistencia. Estos procesos sociales habilitan a la participación, donde es posicionada como un derecho que construye un ejercicio real de ciudadanía. La misma genera a su vez procesos donde los sujetos pueden construir relaciones sociales democráticas y participativas. Es decir, se entiende desde esta perspectiva que el proceso de salud se encuentra ligado a determinantes que van más allá de la medicina. Desde esta visión los determinantes de salud están relacionados directamente en el tipo de organización de una sociedad y su articulación que hace a la constitución de la vida cotidiana de los sujetos en su contexto.

Es preciso resaltar que el trabajo social inserto en el sector de salud se topa con diversas acciones y medidas ejecutadas por medio de planes, programa y proyectos, desde los cuales se generan intervenciones, pero también puede problematizar, cuestionar y generar interrogantes para los propios equipos de trabajo. Estxs profesionales son interpelados en sus prácticas concretas por las respuestas que llevan adelante los gobiernos desde cierto posicionamiento político-ideológico, que van a impactar directamente en su accionar. Así el profesional debe direccionar su tarea desde la vigilancia, defensa y reivindicación de derechos, a través de la construcción de ciudadanía y democratización de las relaciones sociales. Como profesionales del trabajo social, se hace imprescindible acompañar los procesos sociales hacia la reflexión consciente y crítica de lxs sujetxs en un contexto socio histórico determinado, y en la particularidad de su espacio microsocioal donde desarrollan su vida cotidiana.

Lo lúdico expresivo es una dimensión fundamental para los abordajes comunitarios en la profesión, teniendo en consideración que la implementación de esta estrategia rompe con las normativas instituidas, que desde larga data vienen mostrando su ineficiencia en los espacios de salud. Así este dispositivo se torna una alternativa innovadora que propicia al movimiento de la comunidad para la organización construida desde la misma. Es en estas nuevas formas de hacer, donde lxs sujetxs acompañados por los diversos sectores que conforman la comunidad, pueden visualizar los problemas como multicausales, productos de los determinantes que los atraviesan.

Implementar esta estrategia de intervención tiende a motorizar pensamientos democráticos y autónomos en la comunidad. Así desde el trabajo social se busca romper con la culpabilización de lxs sujetxs por las condiciones de vida que atraviesan y se desarrollan desde los poderes hegemónicos, dentro de un tipo determinado de organización social e histórica.

La lectura sobre los determinantes sociales de la salud nos permite observar de modo crítico cómo ciertos grupos sociales están expuestos a enfermar y morir como consecuencia de las desigualdades que provoca el sistema de organización social y la falta de acción u omisión del Estado. Es a través de esta lectura compleja de la realidad de los espacios microsocioales donde la vulnerabilidad permite visualizar la ausencia de derechos, que desde el trabajo social se busca reivindicar en la comunidad. Desde esta

lógica lxs profesionales en conjunto a otras disciplinas pueden exigir al Estado, como el actor central, la garantía de derechos.

Para el logro de la movilización simbólica y material de lxs sujetxs en sus espacios microsociales es necesario innovar, crear, reinventar. Aquí el taller lúdico expresivo readaptado al ámbito de salud se convierte en un dispositivo desafiante e instituyente en las estructuras rígidas del sistema de salud. Puede presentarse como generadora de nuevos procesos de subjetividad para quienes participan, lo cual sostenido en el tiempo construye una visión distinta del mundo, un posicionamiento de lxs sujetxs con posibilidad de transformar y transformarse. De esto resultan nuevas formas de relaciones sociales para construcciones de respuestas colectivas.

Esta tesis concluye remarcando que propiciar la generación de espacios y medios que posibiliten el encuentro junto a la generación de dispositivos estratégicos para la ruptura de la cotidianeidad es uno de los horizontes a alcanzar del trabajo social en compañía de otras disciplinas. Es por ello que los CAPS provinciales precisan de la figura de lxs trabajadorxs sociales para construir interdisciplinariamente propuestas que involucren lo colectivo como eje de la promoción en salud desde APS. De este modo, lo lúdico expresivo es una forma creativa que posibilita acompañar a lxs sujetxs a recuperar su historia, sus identidades, sus luchas y sus recursos. Asimismo, se permite la construcción y comprensión de las problemáticas sociales que acontecieron y se perpetúan en el tiempo, lo cual resulta fundamental para la búsqueda de estrategias en la exigibilidad de derechos y se involucre al Estado. En este sentido, se hace necesario un trabajo comunitario construido a través de lo interdisciplinario, intersectorial y participativo para el logro de un proceso de salud más equitativo, desde estrategias que deben ser situadas como herramientas de trabajo basadas en el respeto y fundadas teóricamente.

Esta tesis ha permitido desnaturalizar las prácticas cotidianas dentro de una institución del Estado, en un territorio particular. Romper con esa cotidianeidad y repensar las vivencias, los vínculos y las formas diversas de abordar la cuestión social es un posicionamiento ético político desde cual siento, pienso y actuó junto a otrxs. Problematicar el proceso de salud enfermedad a su vez visibilizó lo urgente de efectivizar derechos, resaltando que estos se encuentran interconectados y que son

interdependientes. Esto se hace necesario, teniendo presente que este trabajo se sitúa en una comunidad que desde sus inicios ha sido vulnerada en sus derechos.

Los talleres lúdicos expresivos en el CAPS 30 de Octubre posibilitaron la circulación de la palabra, la reconstrucción de más de una historia, la revalorización de saberes y heterogeneidades. Gracias al trabajo en red se comenzó a trazar un nuevo camino hacia la búsqueda de la efectivización de derechos y de una futura política en salud proveniente desde la propia comunidad, la cual precisa indiscutiblemente de la disciplina de trabajo social.

Bibliografía

- Abramovich y Curtis (2006) Editores del puerto. El umbral de la ciudadanía: Los derechos sociales como derecho.p.52
- Aime -Badano - Cañizares - Coll - Esains -Gonzalez - López –López -Mallardi - Massa - Massei – Pellegrini (2019) Aportes al debate de los procesos de intervención profesional del Trabajo Social.
- Alayón N – (2007) La profesionalización en Trabajo Social: Rupturas y continuidades, de la re conceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos/coord. por Margarita Rozas Pagaza dialnet.unirioja.es.p14.
- Alayon(2005)Trabajo social Latinoamericano: a 40 años de la reconceptualizacion.Ed Espacio
- Amelotti, F. Ventura, F. (2012)Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional. https://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf
- Arias, A, Sierra, N (2019) La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre lxs sujetxs y las instituciones. <https://www.margen.org/suscri/margen92/arias-92.pdf>
- Avila,A(2009) Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. Acta Medica Costarricense https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002
- Bang, C. Corín, M Stolkiner A (2016) Cuando la alegría entra al centro de salud. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/98360?show=full>
- Bang, Corin, Stolkiner, (2016) Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20(57).
- Barbieri, U Miranda, B Suarez, L (2020) Revista Estado y Sociedad. Edición N° X. Año 2020. Centro de Estudios de Demografía y Población. Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Bertoloto, A. (2012) La atención primaria de la salud en Argentina <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a09v36n94.pdf>
- Bonfiglio (1982) “Desarrollo en la comunidad y trabajo social”.Celats ediciones.

- Carballeda (1995) "Génesis del discurso de la acción social y la medicalización de la vida cotidiana" AE en América - Art. Publicado en la Revista Margen, 1995 - margen.org
- Carballeda (2000) Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad: el positivismo argentino y la construcción de dispositivos de intervención en lo social. Ed de la Universidad Nac de la Plata.
- Carballeda (2001) La Interdisciplina como Diálogo. Una visión desde el campo de la Salud. <https://www.margen.org/suscri/margen23/interd.html>
- Carballeda (2004) " la intervención en lo social y el padecimiento subjetivo" - Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias ..., 2004 - edumargen.org
- Carballeda (2004) Representaciones Sociales e identificación de procesos ligados al papel de la identidad y la memoria. <https://www.margen.org/suscri/margen33/represen.html>
- Carballeda (2013) La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo Social. <https://www.margen.org/suscri/margen68/carballeda.pdf>
- Carballeda (2014) La accesibilidad y las políticas de Salud. Escenarios sociales, intervención y acontecimientos. Ediciones margen. <https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>
- Carballeda(2007) a intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas . <https://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf>
- Carballeda, A (2004) Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad. Ed Espacio.
- Carballeda, A. (2015)El territorio como relato. Una aproximación conceptual. <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>
- Carballeda, A.(2006) Cap. 5 La intervención en espacios microsociales. La intervención en lo social. Editorial Pairo.
- Carballeda, A.(2006) La intervención en espacios microsociales: Una mirada a algunos aspectos conceptuales y metodológicos.. La Intervención en espacios microsociales: Una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos
- Carballeda,A (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. margen N° 65 – julio 2012. <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Carrillo. (1948) Política sanitaria argentina. Discurso del 28 de julio de 1948. <https://laciudadrevista.com/ramon-carrillo-medicina-y-politica-social/>

- Carrizo, A, et al (2019) "Las practicas pre profesionales en la singularidad del territorio". V ENCUENTRO REGIONAL PATAGÓNICO DE UNIDADES ACADÉMICAS DE TRABAJO SOCIAL (FAUATS), junio 2019.
- Carro P.(1999) En torno a la comunicación una aproximación. .
<https://www.margen.org/suscri/margen14/carro.html>
- Catedra Trabajo social I (2010) Apunte de cátedra, concepto de necesidad y necesidades sociales. FHCS-UNPSJB
- Chanampa, M.(2014) El asentamiento informal Extensión 30 de Octubre de Comodoro Rivadavia y sus problemas ambientales: una cuestión local indiferente. CUADERNO URBANO. Espacio, cultura y sociedad. Universidad Nacional del Nordeste Resistencia, Argentina
- Corbetta, P. (2007) Metodología y técnicas de investigación social.
- Couicaud, C, (2013) De profesión técnico en gestión de salud comunitaria. Una experiencia de formación. Salud Comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de técnicos en salud. UNPSJB
- Cruz Peñate, M.E.(2011) Curso-taller en APS y RISS Ministerio de la Protección Social, Bogotá, Colombia.
- Custo, E. (2017) Construcción de conocimientos en los espacios grupales en la contemporaneidad ¿Cuál es nuestro horizonte?. Margen n° 86-septiembre 2017.
www.margen.org
- Dakessian, A.M, Skoumal G.(2013) Equipo técnico y pedagógico. Salud Comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de técnicos en salud.
- Fanfani, T.E (1989) Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención. Emergencia de un modelo asistencial. Centro editor de América Latina.
- Fossini, S (2003) Trabajo Social: intervención e identidad Revista margen edición n°31
<https://www.margen.org/suscri/margen31/trazar.html>
- Freire P. (2013) La educación como práctica de la libertad. 2da ed. 4ta reimpresión. Bs.As. Veintiuno editores, 2013
- Fuentes, P (2004) El diagnóstico social, proceso de conocimiento e intervención profesional. Ed Espacio.
- Furci, O (2013) Aportes para la construcción de una actitud profesional en trabajo social. Encuentro patagónico de fauats, Caleta Olivia 2013. UNPSJB

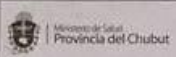
- García, D. (1997) Innovaciones pedagógicas. El grupo, métodos y técnicas participativas. Ed Espacio.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory. Chicago, Estados Unidos: Aldine.
- Godoy,G.B(2020). Interpelaciones para el Trabajo Social en tiempos de pandemia, abril 2020 . www.margen.org
- Goodson,N (2014) Taller lúdico expresivo como espacio productor de sentido/s. La construcción de la igualdad. Departamento de Psicología - REVISTA 1 de Psicología #3
<http://repositorio.cfe.edu.uy/bitstream/handle/123456789/734/Goodson%2CN.Taller.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Guntin,V. (2001) Atención primaria de la salud. Una herramienta para la intervención comunitaria. <https://www.margen.org/suscri/margen21/guntin.html>
- Hernández, J., Ocampo, J., Ríos, D., Calderón ,C. (2017)El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00393.pdf>
- Hernández, Ocampo; Ríos, Calderón(2017) El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
<https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar>
- Idañez,M,J (2011) Curso en salud social y comunitaria. Trabajo en equipo, redes y participación. Ministerio de Salud Argentina.
<https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento175>.
- Inst. Nac. De Epidemiología Dr Juan Jara (2008). Curso epidemiología Gral. Secretaria de Investigacion y Tecnología, Administración Nac. De laboratorios e Inst. de salud Dr. Malbran, Argentina, 2008
- Jaime, S.F.(2017) Aporte Estratégico para un modelo basado en Prestaciones Esenciales Garantizadas en el primer Nivel de Atención en la Provincia del Chubut. Programa: Certificado Universitario con competencias en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS. Centro de estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.
- Laplace, V (2018)Atención Primaria de la Salud y Derechos Humanos.
<https://www.apdh.org.ar/sites/default/files/u62/APS%20y%20DDHH%20Laplace,%20V..pdf>

- Lasala (1998) Ficha de cátedra: relación entre conocimiento científico y conocimiento natural. UNPSJB. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Carrera Lic. en Trabajo Social. Cátedra Trabajo Social I
- Martínez, S. Agüero, O. (2005) Veinte años de democracia en la Argentina de fines del siglo XX; Modificación de las condiciones de vida de los ciudadanos o reproducción del modelo de acumulación capitalista?''
<https://www.margen.org/suscri/margen37/martin.html#nota>
- Menéndez E.L (1978) El modelo médico y la salud de los trabajadores. en Basaglia: La salud de los trabajadores. Edit. Nueva Imagen
- Menéndez E.L (1988) Modelo Medico Hegemónico y la Atención Primaria. . Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.
- Ministerio de Educación, Secretaria de Salud Prov. Chubut(2009) DISEÑO CURRICULAR DE LA TECNICATURA SUPERIOR EN SALUD COMUNITARIA
https://isfd804-chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf
- Ministerio de salud Argentina(2004) Bases del Plan Federal de Salud
http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf
- Ministerio de salud de Argentina. Planes, programas(consultado 22 de agosto 2021)
- Morín,E(1990) Introducción al pensamiento complejo. ED Gedisa
- Muñoz, S (2013) Salud integral y fortalecimiento comunitario en la formación del técnico en gestión de salud comunitaria. Salud Comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de técnicos en salud.UNPSJB
- Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (2000, 11 de agosto) Observación Gral. n° 14.
- Nucci,N. Crosetto,R. Vilavcik,C. Miani,A. (2018) La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública.
- ONU (2000) Observación General n° 14.Comisión de DESC.
- ONU Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos (2012) Folleto n° 30 Sistema de tratados de derechos humanos de Naciones Unidas. Introducción a los Tratados fundamentales de Derechos Humanos y a los órganos creados en virtud de los tratados.p.12
- OPS/OMS (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

- https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Pagaza, R.M (2018) “La cuestión social: su complejidad y dimensiones www.margen.org Consultado el 13 de junio de 2021.
- Pagaza.R.M (1998) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social. Espacio ed.
- Pedraza Figueroa D.(2002) Participación comunitaria y salud. Universidad Federal de Pernambuco, Brasil
- Posgrado de salud social y comunitaria (2007) De la causa a la enfermedad. Módulo 2 epidemiologías. Programa médicos comunitarios Ministerio de Salud de la Nación
- Presidencia de la Nación (2004). Bases del plan Federal de Salud (2004-2007) Ministerio de Salud. Consejo Federal de Salud. http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf
- Quiroga A (1988) La psicología social como crítica de la vida cotidiana: Crítica de la vida cotidiana. Ediciones Cinco, 1988.
- Quiroga A (1994) Matrices de aprendizaje.Constitucion del sujeto en el proceso de conocimiento. Editorial cinco. Ed 3ra.
- Rojas, M (1996) La metodología lúdica creativa: una alternativa de educación no formal. <http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d098.pdf>
- Saforcada, E.(2010) Acerca del concepto de salud comunitaria. Revista IT Definitiva <http://apex.edu.uy/wordpress/wp-content/uploads/2014/12/REVISTA%20IT%20DEFINITIVA.pdf>
- Santore (1990) Capítulo del libro "Acerca de las diferencias" (a quinientos años del descubrimiento de América), Edit. Huancar, Buenos Aires, 1990 Acerca de la diferencia ¿Salud? ¿Enfermedad? <https://www.margen.org/suscri/margen03/santore-03.pdf>
- Secretaria de Salud. Dirección de Promoción y Prevención de la Salud (2005).Acerca de nuestro sistema de salud provincial. Curso para trabajadores comunitarios
- Secretaria de Salud. Dirección de Promoción y Prevención de la Salud (2005).Del agente sanitario al trabajador comunitario de salud en terreno. Curso para trabajadores comunitarios.
- Senado y cámara de diputados de la Nación Argentina (2014,10 de dic).Ley Federal de trabajo social n°27.072

- Soldano, Andrenacci, (2005) Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino.
- Stolkiner A. Wilner A (2007) Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS" Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina.
- Teruel, M (2002) Bases para el taller creativo expresivo. https://www.researchgate.net/profile/Tomas-Motos/publication/324517086_Bases_para_el_taller_creativo_expresivo/links/5ad4bd72458515c60f545963/Bases-para-el-taller-creativo-
- TOBAR, F (2012).”Breve historia del sistema argentino de salud” En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012
- Tonon, G (2009) “Las nuevas comunidades”. Comunidad, participación y socialización política. Espacio Ed.2009
- UNPSJB. Catedra de Trabajo Social I. FHCS. (2010) Concepto de Necesidad, necesidades sociales. Carrera Lic. Trabajo Social Ficha de cátedra en trabajo Social I.
- Uranga, W (2013) Prologo. Salud Comunitaria. La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de técnicos en salud.UNPSJB
- Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.). (2007). Estrategias de investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Vázquez, L (2020) POLÍTICAS URBANAS Y ASENTAMIENTOS INFORMALES EN COMODORO RIVADAVIA. Tesis de maestría. UNPSJB
- Wilner,A. Stolkiner, A (2007) Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS" Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina. http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/wilner__alejandra_y_stolkiner_alicia__2007_.pdf
- Zabala, L (2020) Trabajo Social, distanciamiento físico y tramas comunitarias. <https://www.margen.org/pandemia/zabala.html>

Anexo

 PLANILLA DE FAMILIA MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DEL CHUBUT		AÑO 20				AÑO 20				AÑO 20																			
		1° TRIM	2° TRIM	3° TRIM	4° TRIM	1° TRIM	2° TRIM	3° TRIM	4° TRIM	1° TRIM	2° TRIM	3° TRIM	4° TRIM																
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
AGENTE RESPONSABLE:		DEPARTAMENTO:		LOCALIDAD:		BARRIO O PARAJE:		DOMICILIO:		DISTANCIA AL CENTRO:		HOGAR:		ESCUELA:		VACUNACION:		CONTROL DE NIÑO SAÑO (0 a 5 años):											
HOSPITAL:		CENTRO DE SALUD:		PUESTO SANITARIO:		AREA PROGRAMATICA:		SECTOR OPERATIVO:		SI		NO		SI		NO		15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses, 11 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 21 meses, 24 meses, 30 meses											
DATOS PERSONALES																													
N°	NOMBRE Y APELLIDO	Fecha de nacimiento	SEXO	N° DOCUMENTO	OCCUPACION	ESCOLARIDAD	VACUNACION				CONTROL DE NIÑO SAÑO (0 a 5 años)																		
							Año				Mes																		
							SI NO SI NO SI NO				SI NO SI NO SI NO SI NO																		
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA																													
EMBARAZOS						PARTOS						PROCREACION RESPONSABLE						PAPANICOLAU											
MESES EMBARAZO						PP						INFORMACION						METODO											
1 2 3 4 5 6 7 8 9						D M A D M A						SOLICITA REGISTRO						DIU BARR. ACO. I. N. OTRO						MES AÑO MES AÑO MES AÑO					
C R E C I C I C I C I C I						D M A D M A						SI NO SI NO						MES AÑO MES AÑO MES AÑO											

I Fotografía de planilla de familia de trabajadoras comunitarias de salud en terreno - Anverso (2017).

SALUD AMBIENTAL												TUBERCULOSIS		HIDATIDOSIS		HIPERTENSION			
FUENTE			AGUA		ACARREO		BASURA		EXCRETAS		CONSERVACION DE ALIMENTOS		TUBERCULOSIS		HIDATIDOSIS		HIPERTENSION		
FUE			CANTIDAD DE PUNTO		LEJANIA		INTERIOR		CENICIA RESIDUA		HELAJERA		Simp		Trat		Alta		
RESERVOIRIO			BALDE		EXTERIOR		SOLICITA REGISTRO		A. S. S. S. S. S.		SI NO		S		C		O A T		
PUNTO EXCAVADO SUPERFICIAL			BOMBOTELLA		DISPOSICION FINAL		CACION REC.		A. S. S. S. S. S.										
ADENTRO			FUENTE		CACION REC.		EXTERIOR		A. S. S. S. S. S.										
AFUERA			BOYERA		PUNTO SANITARIO		EXTERIOR		A. S. S. S. S. S.										
MANTENIMIENTO			DESINFECCION		SISTEMAS		SISTEMAS		A. S. S. S. S. S.										
HIGIENICO			SIN DESINFECTAR		SISTEMAS		SISTEMAS		A. S. S. S. S. S.										
NO HIGIENICO			HERVIDO		SISTEMAS		SISTEMAS		A. S. S. S. S. S.										
			LAVADINA		SISTEMAS		SISTEMAS		A. S. S. S. S. S.										
VIVIENDA												DIABETES		Consumo de Sustancias Tóxicas					
CASA PROPIA			TERRENO FISCAL		Cuartos		CAMA		VENTILACION		RADIO		TV		GRANJA		VALETA		
SI			NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		
NO			NO		NO		NO		NO		NO		NO		NO		NO		
COCINA CHUF.			PAREDES		TECHO		PISO		PISO		LUE								
GAS NATURAL			MATERIAL		LOGA		MURADA		MURADA		SUCESOS								
GAS LÍQUIDO			ADORN		TEJ		CONCRETO		CONCRETO		LIMPIA								
LEÑA			ANDARR		ZINC		MADERA		MADERA		CARGA								
MATERIALES			CORTA		CARGA		MADERA		MADERA		CARGA								
OTROS			OTROS		OTROS		OTROS		OTROS		OTROS								
ACCIDENTE												Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA					
QUEBADO			INTOX. MEDICAMENTOS		ACCIDENTE PERSONAL		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
INTOX. SORONOME			INTOX. MEDIC. CASEROS		ACCIDENTE DE TRÁNSITO		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
OTROS			INTOX. QUÍMICOS		FERTILIZANTES		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
N°			CENSO CARNI		FERTILIDAD		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
			NOMBRE		ESTADOCARNI		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
			EDAD		TAMARCO		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
			SEXO		ESTADOCARNI		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
			O		ESTADOCARNI		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
			AÑO		ESTADOCARNI		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
			AÑO		ESTADOCARNI		Part. Comunitaria		Part. Comunitaria		ASISTENCIA SOCIAL RECIBIDA								
OBSERVACIONES:												PRESTACIONES DE ENFERMERIA		DISCAPACIDADES					
												N°		FECHA		LESIONES VIOLENTAS (TIPO)		DISCAPACIDADES (F S M)	

II Fotografía de planilla de familia de trabajadoras comunitarias de salud en terreno - Reverso (2017).



III Fotografía de mapas con georreferencias de viviendas visitadas por trabajadoras comunitarias de salud en terreno (CAPS 30 de Octubre, 2018).



IV Imagen satelital de Google Earth (Escala 1:400 m). Georreferencia del CAPS 30 de Octubre, Barrio 30 de Octubre, Las Américas, Abel Amaya y Extensión del Abel Amaya. (2019).