

Miradas sobre la intervención

La intervención en el campo de la Salud Comunitaria. El territorio como espacio de interrogantes

Constanza Canali*

Fecha de recepción:	2 de mayo de 2017
Fecha de aceptación:	4 de agosto de 2017
Correspondencia a:	Constanza Canali
Correo electrónico:	conicanali@gmail.com

*. Lic. en Trabajo Social. Municipalidad de San Vicente. Secretaría de Salud y Desarrollo Humano.

Resumen:

A lo largo de este artículo, escrito individualmente pero producto del trabajo en equipo, narraré una experiencia de intervención en el campo de la salud comunitaria, de la que formo parte como trabajadora social.

Esta experiencia comienza en el año 2012 y sigue vigente. En estos años, hemos sostenido espacios de encuentro para reflexionar sobre nuestra práctica profesional y sobre nuestro quehacer como equipo interdisciplinario de salud. Reflexionar sobre la práctica y sobre el quehacer, es hacernos preguntas, revisar/nos, identificar y/o develar concepciones que nos orientan.

En este proceso de intervención y reflexión, "lo territorial" fue ganando fuerza. Allí, en el territorio, aparecía lo que no se veía desde el Centro de Salud donde trabajábamos. Allí, emergían otras preguntas, otros actores, otras potencialidades.

Desde nuestros comienzos, suponíamos que allí, en el territorio, encontraríamos otras posibilidades de intervención, distintas a la imperante en la lógica institucional, la cual ya tenía un orden, un modo, una forma. También suponíamos, que predominaría lo caótico, lo incierto, lo aleatorio, los matices, las multiplicidades de puntos de vista e intereses, los interrogantes. Con aquellos supuestos y con la decisión de los/as integrantes/compañeros/as del equipo, fuimos desarrollando, a lo largo de estos años, nuestra práctica desde y en el "territorio"

En este escrito, me propongo compartir esta experiencia, cuyos ejes principales son: el territorio y el campo de Salud Comunitaria como espacio de intervención.

Palabras clave: Intervención - Salud - Territorio.

Summary

In this article, I will tell a community health field experience of intervention in which I participate as social worker. Although it was written individually, I would like to highlight that it is the outcome of team working.

This experience started in 2012 and it is still ongoing. Through these years, we had regular meetings for dialogue, exchange and reflection about our professional practice and about our professional work as interdisciplinary healthcare team. Reflecting about our practice means asking ourselves questions, revise (us), identify or/ and develop the concepts that are leading us.

In this process of intervention and reflection, "the territorial context" has been gaining strength. It was there, in the territory, that appears what we couldn't see from the Health Care Centre we were working in. There rose other questions, other actors, other potentialities.

Since our very beginning we supposed that there we would find other possibilities of intervention, different from the prevailing institutional logic which already had an order, a mode, a manner. We also supposed that the chaos, the uncertain, the aleatory, the nuances, the multiplicity of points of view and interests were what predominate the territorial scope logic. With those assumptions and with the commitment of the team members, we have developed our professional practice through these years, from and in the "territorial context".

In this article I propose to share this experience, whose main focuses are: the territory and the Community Health field as the intervention workspace.

Key words: intervention, health, territory.

Presentación: MIRAR

Este escrito surge de la invitación a mirar la intervención. Si bien, es realizado en el marco de la academia, es escrito desde el espacio institucional en el cual me encuentro trabajando, por lo cual, está/estoy atravesado/a por las complejidades y los límites de lo laboral y lo institucional: los tiempos, los procesos/dinámicas institucionales, los cuidados y resguardos sobre lo que se expone del trabajo llevado a cabo en los últimos años. Aparenta ser sencillo escribir y publicar, pero tiene sus cuestiones...

Me resulta convocante la idea de "Mirar la intervención", porque una primera tentación es conceptualizar,

reflexionar, irme al plano del pensamiento, de las ideas, el cual no es descartado, pero la prioridad, a partir de "mirar", es otra; narrar lo visto, asumiendo que tanto la narración como la mirada tiene la selección y los matices propios de quien mira y narra. Dar cuenta de lo visto, pero, imaginando "miradas", me invita a ver con distintos lentes y a volver a mirar lo ya sucedido hace tiempo de otra/s maneras. Allí está puesto el foco, en aquello que es, no en aquello que creo/pienso que debería ser, ese espacio tiempo singular tan complejo, en el cual intervenimos cotidianamente con otrxs.

Cuando empecé a pensar qué mirar de la intervención, me interesó enfocarme en los procesos, las trayectorias, los aprendizajes, los interrogantes, las tensiones y tan-

tos planos y aspectos más que tiene la intervención del Trabajo Social, los cuales la hacen rica y compleja en su esencia.

Entonces, acepto la invitación y me propongo mirar y volver a mirar, para narrar una experiencia de intervención en el campo de la Salud Comunitaria, de la que formo parte como trabajadora social de un equipo interdisciplinario de salud.

Esta experiencia comienza en el año 2012 y sigue vigente, no igual, no de la misma manera, no somos los mismos, no estamos en los mismos lugares, pero sí, seguimos trabajando en y por la Salud Comunitaria.

En estos años, como equipo (el cual ha ido creciendo) hemos sostenido espacios de encuentro para reflexionar sobre nuestra práctica profesional y sobre nuestro quehacer como equipo interdisciplinario de salud. Reflexionar sobre la práctica y sobre el quehacer, es hacernos preguntas, revisar/nos, identificar y/o develar concepciones que nos orientan.

En este proceso de intervención y reflexión, con el tiempo, “lo territorial” fue ganando fuerza. Allí, en el territorio, aparecía lo que no se veía desde el Centro de Salud donde trabajábamos. Allí, emergían otras preguntas, otros actores, otras potencialidades. Suponíamos que allí, en el territorio, encontraríamos otras posibilidades de intervención, distintas a la imperante en la lógica institucional, la cual ya tenía un orden, un modo, una forma. También suponíamos, que predominaría lo caótico, lo incierto, lo aleatorio, los matices, las multiplicidades de puntos de vista e intereses, los interrogantes. Con aquellos supuestos y con la decisión de los/as integrantes/compañeros/as del equipo, fuimos desarrollando, a lo largo de estos años, nuestra práctica desde y en el “territorio”.

En este escrito, me propongo compartir esta experiencia, cuyos ejes principales son: el territorio y el campo de Salud Comunitaria como espacio de intervención.

Nuestro primer territorio “la institución”

La experiencia de salud comunitaria que aquí relato, comienza, para mí, en el año 2012, al insertarme en un equipo interdisciplinario de un Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) ubicado en una localidad del tercer cordón del conurbano bonaerense. Este equipo

se conformó en el Marco del Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Formábamos parte del equipo una psicóloga, una trabajadora social, un agente sanitario (psicólogo social) y un odontólogo; en el rol de coordinación se sumaban otro trabajador social y una médica generalista (quien luego de unos meses, renunció a su cargo).

El objetivo del Programa Médicos Comunitarios se vincula a la formación/capacitación en servicio de profesionales en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, para el fortalecimiento de dicha estrategia como política de Estado “Se orienta a desarrollar capacidades que permitan actuar en el ámbito de trabajo y de la comunidad” (Programa Médicos Comunitarios. Módulo 1. 2010. 11)

La concepción de APS, propuesta por el programa es la siguiente:

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de “salud-enfermedad-atención” de las personas y del conjunto social a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica. (Programa Médicos Comunitarios, Módulo 3, 2010).

Allí estábamos, con algunas ideas y concepciones de la salud comunitaria y de la atención primaria de la salud, la interdisciplina y las heterogeneidades de un equipo conformado recientemente.

Con la incorporación de dos equipos del Programa Médicos Comunitarios al sistema de salud local (los cuales contaban con la coordinación de un trabajador social), algunas cuestiones vinculadas a la salud comunitaria comenzaban a debatirse, re-pensarse, resignificarse, de manera incipiente, en algunos espacios institucionales y con algunos actores sociales locales.

Una cuestión significativa del equipo, se vinculaba a que en el sistema de salud local, por primera vez, se contaba con equipos que incorporaban disciplinas como la psicología, la psicología social y el trabajo social, para desarrollar tareas en el primer nivel de atención.

Una vez conformado el equipo, casi inmediatamente, el territorio que cobró centralidad en la tarea cotidiana, fue el CAPS, "la salita", así nombrada y conocida en la zona. En aquel momento, nuestro espacio de trabajo/intervención era "ahí". Nos estábamos conociendo entre los integrantes del equipo, no nos proponíamos cruzar la frontera del CAPS para incluir "lo territorial" a la tarea que recién se iniciaba. Durante un tiempo, lo territorial, estuvo allí... como suspendido / invisibilizado.

Mientras tanto, nos íbamos conociendo, encontrando, desencontrando y reencontrando en modos de comprender/explicar e intervenir como equipo. Debatíamos internamente en relación a la concepción de sujeto, de la salud pública, de la salud comunitaria y en la manera en que tales concepciones, impactaban en las prácticas.

Volviendo a mirar/, ese espacio tiempo, y mirarnos, era difícil aunar/compartir miradas. Con el tiempo, nos fuimos dando cuenta que no se trataba de disputas internas, aunque parecía que así estábamos funcionando, sino que cada cual, miraba, desde sus propios recortes, intereses y también considerando la posibilidad de utilizar las herramientas y recursos que conocía desde el propio campo profesional.

No fue una decisión estratégica, ni tampoco fue del todo intencional, pero en esos primeros tiempos, en los cuales, estábamos protegidos por el espacio institucional, el CAPS, nos fuimos conociendo y aprendiendo a complementar disciplinarmente y, también, nos fuimos afianzando en nuestras ideas rectoras como equipo de trabajo.

La primera idea compartida se vinculaba con la concepción de la Atención Primaria de la Salud desde el enfoque de Derechos. En palabras de uno de los integrantes del equipo, se traducía en la siguiente máxima: "Nuestro punto de partida y nuestro punto de llegada son los derechos".

Como equipo, nos atravesaba cierta tensión, entre el objetivo (y el deseo) de llevar cabo acciones de salud en el ámbito comunitario y la concreción de las mismas. La justificación y explicación de la falta de concreción, se centraba en la intensa demanda de trabajo que requería "lo asistencial". Hoy, mirándolo a lo lejos, creo que "lo asistencial" funcionaba como resguardo, en algún punto. El resguardo que brinda "lo esperado/previsible". En nuestro territorio institucional, en el CAPS, ciertas certezas estaban garantizadas: se otorga un horario para

la consulta, se realiza una entrevista, se pacta un modo de abordaje y algunas otras cuestiones. Así, con todas las complejidades conocidas de los abordajes en situaciones de vulnerabilidad, pero con la localía de nuestro lado, nos quedamos un tiempo allí, en "nuestro CAPS". Allí podíamos evitar enfrentar algunas "variables-invariables" en el territorio: las representaciones sociales sobre "los de salud", la presencia de lo político, los reclamos históricos no atendidos, las disputas visibles e invisibles, lo identitario, los lazos sociales de un lugar, las multiplicidades en todo su esplendor, los puntos de vista, las fragmentaciones, en pocas palabras: lo caótico, lo aleatorio, lo incierto. Así se intuía lo territorial desde el equipo, quizás por la falta de la experiencia que teníamos, quizás por la falsa creencia que debíamos "saber más", "conocer más", antes de trabajar en el "territorio", quizás por las expectativas que teníamos. Hasta que, después de un tiempo, comenzamos a salir del Centro de salud, con el simple objetivo de presentarnos, conocer y que nos conozcan, comenzar a establecer lazos institucionales y barriales.

Lo territorial

"El territorio como espacio de lo singular y sitio del hacer, donde lo relacional y lo simbólico se expresan atravesados por capitales y campos que exceden la simplicidad epistemológica que sustentan los programas" (Spinelli, H. 2016,160)

"Las miradas sobre el territorio no hacen más que describir la configuración de una trama laberíntica propia de lo social, atravesadas por dimensiones económico-políticas e ideológica culturales que reconocemos tanto en lo macro como en lo micro". (Spinelli, H. 2016,150) Los integrantes del equipo teníamos distintas experiencias en relación al trabajo en territorio, y al territorio en particular, dado por las distintas profesiones, por las distintas trayectorias de trabajo y por la pertenencia al lugar (algunos de ellos viven en la zona). Cuestiones que se impregnaban en las expectativas de cada uno, en las resistencias, en los vínculos en la comunidad establecidos y a establecer.

Comenzamos presentándonos en las instituciones del barrio, al poco tiempo, propusimos talleres y luego, comenzaron a convocarnos desde las instituciones locales. Los jardines y las escuelas primarias, fueron las instituciones con las que inicialmente comenzamos a articular, estableciendo contacto con docentes, directivos y los Equipos de Orientación Escolar. Intentábamos que

no fuera “una charla de los de salud”. Pensábamos y planificábamos conjuntamente actividades, a partir de lo percibido y problematizado por los equipos de las instituciones educativas. Así abordamos talleres sobre Educación Sexual Integral, vínculos de convivencia en la escuela, salud bucal, consumo problemático de sustancias, entre otros.

Luego de un tiempo de realizar talleres con las escuelas, se había desencadenado un proceso, tanto a nivel territorial como del equipo.

Comenzaban a conocernos, la demanda comenzaba a crecer, y también como equipo nos empezábamos a fortalecer en la tarea territorial, tanto en el eje asistencial, como en el comunitario. Continuamos realizando talleres en escuelas y Jardines de Infantes, en la Sociedad de Fomento del Barrio, en la sala de espera del CAPS, realizamos en articulación con la Secretaría de Cultura del Municipio y con el Programa Envión, una actividad artística comunitaria, en la cual se pintó un mural en el CAPS, en la que participaron, principalmente, adolescentes que concurrían al Programa Envión. Al realizarse la inauguración del mural, estuvieron presentes, representantes de distintas instituciones y la música y alegría del encuentro comunitario, estuvo a cargo de la murga de la Sociedad de Fomento del barrio.

Allí el trabajo territorial, en su complejidad y su potencialidad, con sus actores, sus tramas, sus marcas históricas, sus tensiones, sus historias, sus contextos...

Retomo, para poder reflexionar y comprender sobre algunos de los obstáculos que tuvimos que superar en los inicios, una cita del Dr. en Salud Comunitaria Hugo Spinelli:

“Las dificultades para entender lo territorial, y moverse en una dinámica relacional, en escenarios de complejidades creciente y/o caos, induce al dominio de una lógica centrípeta que reproduce más que produce y lleva a que los profesionales tiendan a atrincherarse en sus instituciones como forma de defensa ante eso “externo” que incomoda y desestructura, y que cada vez se entiende menos, ya que los problemas son más complejos y más distantes a sus epistemes. El territorio nos demuestra que la epidermis no es el límite del individuo y que si vamos más allá de la piel de cada sujeto se pueden trascender los factores de riesgo para pensar en términos de interacción y juego social, y descubrir las vulnerabilidades sociales y las lógicas de poder (micro

y macro) como también la potencia que subyace en el territorio”. (2016,159).

Hoy contamos con este concepto del Dr. Spinelli, hace un par de años no lo teníamos, pero, en la experiencia y de la experiencia, habíamos aprendido una idea sobre la lógica del territorio. El caos, la ausencia de objetivos a priori, el tiempo de estar en el territorio sin saber hacia dónde dirigirnos, es parte del juego, en el cual, si nos disponemos a mirar y escuchar, compartir e intercambiar, aparecerán o encontraremos posibles horizontes de intervención, encuentros y, por qué no, también interrogantes.

Decía Paulo Freire: “Donde los pies pisan, la cabeza piensa”. (en Spinelli, 2016,159)

Lo invisible

Nos preguntábamos sobre aquello no visible, aquello no escuchado, en términos de salud local que podíamos conocer en el territorio.

La cuestión de accesibilidad al sistema de salud como problema, era planteado cotidianamente. Las dificultades eran diferentes: geográficas, económicas, administrativas, organizativas, de la atención en el sistema de salud, entre otras. Estas dificultades se constituían en barreras de acceso al sistema de salud.

Uno de los principales problemas de accesibilidad se relacionaba con la falta de turnos para controles de niñxs sanxs y para el control y cuidado de la salud de la mujer embarazada. Existía una demanda real y explícita que se expresaba en forma de reclamo.

Para brindar una primera respuesta a esta cuestión se implementaron dos iniciativas desde el equipo del CAPS. Por un lado, se organizó una ronda sanitaria (control de libretas de vacunación, control de niñxs sanxs y la consecuente firma de libretas) en la Sociedad de Fomento del barrio. Esta fue una de las primeras actividades que realizamos junto con el pediatra y la enfermera del CAPS. Por otra parte, se comenzó a trabajar en un proyecto de salud de cuidados pre y post natales, cuyo objetivo se vinculaba a mejorar la accesibilidad al sistema de salud de la mujer embarazada y/o en estado de puerperio, así como del recién nacido, a fin que puedan recibir los cuidados y controles de salud necesarios en el primer nivel de atención y en el hospital local.

Para llevar a cabo este proyecto, coordinamos acciones administrativas, de asistencia y acompañamiento, estando involucrados en el mismo, distintos integrantes del CAPS: administrativxs, obstétricas, pediatra y el equipo interdisciplinario del Programa Médicos Comunitarios. En otro nivel, otro problema de accesibilidad se vinculaba a la población rural residente en el distrito. Si bien no era enunciado, ni se presentaba en forma de reclamo, se podía suponer que poseía barreras de acceso al sistema de salud, vinculadas a cuestiones tanto geográficas (distancia y caminos difícilmente transitables) como operativas (por los horarios de trabajo de la tarea rural, no coincidentes con horarios de funcionamiento del CAPS). Como equipo de salud, nos acercamos a las Escuelas rurales del distrito, donde solían contarnos la importancia de la escuela como espacio comunitario, más allá de lo estrictamente pedagógico.

Durante el año 2013/2014, se realizaron rondas sanitarias y talleres de prevención en tres escuelas rurales. Durante el año 2015, en una de las escuelas rurales se implementó el proyecto inter-institucional "Todos/as somos promotores/as de Salud". Trabajamos conjuntamente con los niñxs, sobre elementos de análisis de la situación de salud, cartografía social, priorización de problemas sanitarios, conocimiento y acciones de salud en las escuela, vinculadas a los problemas que los niñxs visualizaban en el territorio: enfermedades transmitidas por animales, contaminación ambiental, consumo problemático de sustancias alcohólicas, entre otras.

En lo personal/ profesional, esta experiencia se constituyó para mí, en una práctica fundante, en una apuesta por una modalidad de trabajo en equipo y en el territorio que en su devenir caótico, se había ido constituyendo, a partir de la acción y de la reflexión sobre lo hecho, que en general, se encontraba lejos de lo imaginado/planificado.

Fundante en tanto, que las acciones se pensaban desde el territorio, desde las problemáticas que allí surgían, mirando los aspectos que allí se entrecruzan y que constituyen la característica ineludible del trabajo territorial: su singularidad.

La singularidad dada por lo relacional, por lo situacional, por los sujetos, por sus problemáticas, por el contexto, por su cultura, sus relatos, sus historias. "El territorio es un caleidoscopio que se complejiza a medida que nos acercamos y, frente a aquello que a la distancia aparecía como homogéneo, toma relevancia lo singular" (Spine-lli, 2016,160)

Cabe desatacar que, al entrecruzamiento de los aspectos mencionados, se suman las cuestiones y dinámicas institucionales en las que nos movemos; las cuales, muchas veces, funcionan como facilitadoras y otras como obstaculizadoras para que el trabajo en el ámbito territorial se sostenga. En este punto, como hipótesis, se podría pensar que convergen y tensionan dos modelos/lógicas (con sus matices), que atraviesan la estructura institucional, tanto a nivel de la estructura jerárquica, como de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención. Un modelo cuyo sentido final está dado por la atención de la enfermedad, a partir de la asistencia en el consultorio y otro modelo, en el cual las prácticas de salud, de cuidado y de atención, encuentran su sentido en el complejo campo de lo social.

En este juego, en el cual los contextos, los actores sociales e institucionales y sus poderes cambian constantemente, lo territorial, va ganando o perdiendo fuerza. Estos modelos, en los distintos momentos, conviven, tensionan, cooperan, se ignoran, disputan, confluyen, en la dinámica propia del hacer en el campo de la salud.

Algunos logros

En el año 2016 se han incorporado profesionales del Trabajo Social a los CAPS y al servicio social del Hospital Municipal, se ha sumado un psicólogo social y se han conformado equipos interdisciplinarios de profesionales (psicólogos sociales, psicólogos y trabajadorxs sociales), constituyéndose como colectivo de trabajo, contando con una coordinación de dichos equipos, de la cual formo parte en la actualidad.

Como colectivo de trabajo, funcionamos en red, a partir de distintos espacios de encuentro y comunicación: encuentros de la coordinación con cada equipo con el objetivo de y supervisar cuestiones emergentes de la tarea y de las intervenciones, de la dinámica del equipo y/o institucionales; encuentro mensual de todos los integrantes de los equipos para compartir situaciones propias de la singularidad del trabajo de cada equipo y transversales, en relación a cuestiones conceptuales, programáticas, analíticas. En esas reuniones trabajamos a partir de exposiciones teóricas, presentación de ateneos, planificación de líneas programáticas sobre las que se trabaja, coordinación de actividades, etc.

A su vez, como equipo de coordinación, participamos de distintas instancias/espacios intersectoriales: Mesa Local para la prevención de la violencia Familiar y del

Proyecto intersectorial “Infor-mate”, a partir del cual se brinda información en organizaciones sociales sobre efectores y programas locales (Participantes: Programa para la prevención de la Violencia de Género, CAPS, Programa Envión, Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Coordinación del área de Discapacidad, CPA y Comisaria de la Mujer).

Desde este colectivo, surgieron iniciativas, desde el territorio y lo informal hacia su formalización, que van constituyéndose en acciones de salud a nivel local; siendo el objetivo que las mismas se consoliden como programas de salud municipales y se constituyan en recursos de salud para la comunidad de la cual formamos parte.

A lo largo del camino recorrido, fuimos construyendo nuestra identidad y compartiendo modos de pensar e intervenir en el campo de la salud, fortaleciendo la estrategia de Atención Primaria de la Salud desde el enfoque de Derechos, así como la concepción de la salud comunitaria y el trabajo en el territorio, en el sistema de salud local.

Algunas palabras para un cierre abierto....

Llegando al final de la escritura, me acompaña la misma certeza del comienzo. La existencia ineludible del punto de vista. Mirar, me invita ser consciente de ello. Este relato, es una, entre tantas otras formas de mirar y narrar el territorio, el suceder, lo hecho y lo que aún está allí, que aún no es, pero puede llegar a ser, aquello que emerge o desaparece como potencialidad, como posible/s. Allí estamos, en el territorio, para seguir mirando, descubriendo, transformando con otrxs en el campo de la salud comunitaria.

Bibliografía

Spinelli, H. (2016) *Volver a Pensar en salud: Programas y territorios*. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976>. Consulta. 21 de mayo de 2017.

Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaría de Prevención y control de riesgos. Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (2010). Módulo 1 y Modulo 3.

