



Universidad
Nacional
Villa María

Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

La espera como oportunidad: proyecto de intervención en la sala de espera de un Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa María, Córdoba

Año
2025

Autoras
Aimar, Daniela y Espinosa, Micaela

Director de tesis
Barrionuevo, Marcelo

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Aimar, D. y Espinosa, M. (2025). *La espera como oportunidad: proyecto de intervención en la sala de espera de un Centro de Atención Primaria de la Salud, Villa María, Córdoba*. [Trabajo final de grado, Universidad Nacional Villa María]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Villa María.
http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=48350



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional



**Universidad
Nacional
Villa María**

Instituto Académico
Pedagógico de Ciencias
Sociales

Universidad Nacional de Villa María
Licenciatura en Trabajo Social
TRABAJO FINAL DE GRADO

**LA ESPERA COMO OPORTUNIDAD: PROYECTO DE
INTERVENCIÓN EN LA SALA DE ESPERA DE UN CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, VILLA MARÍA,
CÓRDOBA.**

Alumnas: AIMAR, Daniela. 38314. ESPINOSA, Micaela. 38618

Carrera: Lic. En Trabajo Social

Sede: Villa María

Director: Lic. BARRIONUEVO, Marcelo

Mail: daniaimar43190203@gmail.com micaespinosa01@gmail.com

Tel: 3532 498194 – 3536 560143

AGRADECIMIENTOS

"La universidad debe ser el lugar donde los hijos de los campesinos y obreros no sólo entren, sino también se reconozcan, se apropien del saber y lo transformen." De Alba, A. (2007).

En primer lugar, queremos agradecer profundamente a nuestros padres, hermanas y hermanos, como así también a nuestras amigas por haber estado siempre presente. Su compañía, su apoyo incondicional y aliento constante fueron fundamentales para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

En segundo lugar, expresamos nuestro agradecimiento a nuestro director de trabajo final de grado, Lic. Marcelo Barrionuevo, por su acompañamiento, por brindarnos tiempo, compromiso y ayudarnos a transitar este proceso con confianza y claridad.

En tercer lugar, agradecemos a la Universidad Nacional de Villa María por ser el espacio de formación que nos ha permitido el tránsito a formarnos como personas y futuras profesionales de intervención. Como también, a aquellas y aquellos docentes que marcaron nuestro recorrido, además de compañeras con quienes compartimos experiencias y mucho aprendizaje.

Gracias má, por sostenerme y acompañarme siempre.

¡Gracias!

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.	5
INTRODUCCIÓN.....	6
FUNDAMENTACIÓN	8
OBJETIVOS.....	12
Objetivo general:.....	12
Objetivos específicos:	13
ANTECEDENTES	13
MARCO TEÓRICO	15
Acerca del concepto de Salud.....	15
La Atención Primaria de la Salud.....	17
Promoción y prevención de la salud como estrategias de trabajo.....	19
Posicionamiento teórico-metodológico del Trabajo Social.	20
Diagnóstico e intervención.....	21
ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN: CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y EL BARRIO	22
La Institución.....	22
Sujetos que interactúan en el campo problemático: actores/ agentes interactuantes. ...	26
MARCO INSTITUCIONAL.....	28
DISEÑO METODOLÓGICO	30
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	32
ANÁLISIS DE DATOS.	34
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	53
Libros.....	53
Revistas / Artículos.....	54
Fuentes de Internet.....	56
ANEXOS	56

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

APS: Atención Primaria de la Salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de Salud

DDHH: Derechos Humanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PGTI: Programa de Gestión Territorial Integral

TFG: Trabajo Final de Grado

UNVM: Universidad Nacional de Villa María

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Grado se constituye como propuesta de proyecto de intervención, realizado en el marco de la obtención del título de la Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Lo que se pretende con el mismo es reconocer/analizar las demandas, necesidades e intereses de la población usuaria de los servicios de salud, y desarrollar un diagnóstico participativo a través de entrevistas semi estructuradas a las personas¹ que reciban atenciones/prestaciones en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) San Martín de la ciudad de Villa María y que en base a la información obtenida puede guiar futuras acciones o intervenciones en temas de interés prioritarios. Dicha ciudad se encuentra situada en el centro de la Provincia de Córdoba, Argentina y es parte del Departamento San Martín.

El objetivo principal de dicho diagnóstico es identificar demandas que den visibilidad a temáticas, intereses y problemáticas emergentes siendo estas últimas, situación imprevista compleja que afecta a la sociedad y están en constante evolución, las mismas requieren acciones para prevenir o mitigar sus consecuencias, para trabajar con la población de los barrios Lamadrid y San Martín que se encuentran dentro del área territorial que abarca el CAPS², para plantear talleres en la sala de espera que promuevan la promoción y prevención de la salud, además de la captación³ de los sujetos, para brindar herramientas e información en base a los aspectos que se develen en el diagnóstico, para impulsar la autonomía individual, comprendiendo que esta aporta a los derechos individuales y colectivos, permitiendo a los sujetos decidir, consentir, identificar y realizar elecciones no sólo desde el ámbito de la salud sino en cada aspecto de la vida cotidiana. En base a estos posicionamientos, enfocamos al campo de la salud como campo de estudio e intervención en el cual se inserta la profesión de Trabajo Social a fines de garantizar el derecho a la salud.

¹ Nombraremos a las personas que participaran en este proceso, como usuarios o sujetos, ya que los mismos son considerados sujetos de derecho.

² Centro de Atención Primaria de la Salud: Asistencia sanitaria básica, se encuentran ubicados en los barrios de las ciudades. Contemplan un compromiso curativo, preventivo y social, que apunta a la promoción de estilos de vida saludables, el autocuidado, la educación para la salud y la atención de la comunidad, con mejor capacidad resolutoria y compuesto por un equipo interdisciplinario. Actualmente, en Villa María hay 13 CAPS funcionando.

³ La captación en salud se refiere al proceso de encontrar y atraer a personas que puedan recibir los servicios del centro de salud.

El interés por esta temática surge desde la trayectoria de nuestras prácticas académicas de formación profesional, desarrolladas en la institución “Centro de Atención Primaria de Salud San Martín (CAPS)” en la ciudad de Villa María, ubicada en la calle Tucumán 2151, el cual ofrece asistencia sanitaria y social, como así también servicios de promoción de la salud, de atención preventiva y rehabilitadora para la población. Destacamos a la promoción y prevención de la salud, en función del documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” (2007) que sostiene:

El énfasis en la promoción y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo–efectivas y éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. (p. 13)

Dicha institución integra una red de efectores de salud que forman parte de una política pública de descentralización sanitaria geográfica, política y administrativa, en tanto se conforma como un efector territorial de políticas desde la estrategia de atención y servicios del primer nivel de salud, como se menciona en la Ordenanza N° 7122 sancionada el 23 de marzo del año 2017 “con el objetivo de garantizar la accesibilidad como principal característica estructural para el buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria para construir una Red Sanitaria de Referencia y Contrarreferencia que articule con centros de mayor complejidad.”

Por otro lado, el proyecto de intervención como género académico es comprendido como “el medio para concretar una idea, para transformar una realidad” (Cano, A, Migliaro, A y Acosta, B, 2009, p.5). A partir de los aportes de Ander-Egg y Aguilar (2006) podríamos definir al mismo como un conjunto de acciones desarrolladas en un tiempo y espacio determinado, y emprendidas en modo articulado que combinan la utilización de diferentes recursos (humanos, técnicos, materiales) en función del logro de un determinado objetivo previamente estipulado.

Consideramos que la intervención es trascendental a la hora de hablar de trabajo social. A partir de Vélez Restrepo, O. (2003) quien plantea a la misma desde el concepto de actuación profesional, se la entiende como:

Un conjunto de actividades sistemáticas que responden a una metodología y principios sustentados en el objeto de intervención. Los procesos de actuación profesional, como escenarios privilegiados de aprendizaje y construcción dialógica de saberes, deben aportar a la construcción social de los sujetos y a la afirmación de las identidades particulares. (p. 8)

Se considera que el trabajo propuesto generaría un impacto en tanto se orienta a mejorar la calidad de las prestaciones del centro de salud y los efectos de estas en la vida cotidiana de las personas, porque entendemos que cada individuo tiene una percepción del contexto en relación a la cultura y los sistemas de valores en los que vive, sus objetivos, expectativas y normas.

El trabajo, como podrá visualizarse a continuación, se estructuró de acuerdo con los lineamientos establecidos para el género académico escogido. En primer lugar, se fundamentó la elección de la temática y la importancia de su abordaje desde el Trabajo Social. Seguidamente, se relevaron los antecedentes existentes en materia de intervenciones en el ámbito de salud pública y atención primaria de la salud. En tercera instancia se expusieron los objetivos preliminares que guiarán el proyecto. Luego, se presentó el marco teórico que expone el posicionamiento y la metodología a utilizar para la formulación del Trabajo Final de Grado, posteriormente la presentación del cronograma de trabajo, y finalmente, el análisis de datos obtenidos en conjunto con las conclusiones/diagnóstico que se pudieron obtener mediante la aplicación de la metodología y estrategias expuestas.

FUNDAMENTACIÓN

Según Ander-Egg y Aguilar (2005) citados en Cano y Acosta (2009), el proyecto de intervención es "...aquel conjunto de acciones desarrolladas en un determinado tiempo y espacio, en articulación con la utilización de diferentes recursos en pos de lograr un determinado objetivo pensado anticipadamente, para hacerle frente a una situación problemática por transformar". (p.5)

Se destaca que, con la evolución del ejercicio profesional, se logró superar la concepción inicial de filantropía y caridad vinculada a la profesión. Esto permitió la inserción de los profesionales de Trabajo Social en el mercado laboral, con el objetivo de abordar las manifestaciones de la cuestión social.

Recuperamos los aportes de Pagaza, M. (2008) porque entendemos que, el encontrarnos en una sociedad capitalista, generadora de desigualdades, arribamos al surgimiento de problemáticas sociales que generan conflictos diversos. Desde su origen, la profesión del trabajador social se encuentra íntimamente ligada a estos procesos, de hecho, podemos considerar que la profesión nace a partir de la necesidad del Estado de abordar la cuestión social utilizando estrategias de actuación y acompañamiento garantizando derechos que minimicen las brechas que implican desigualdad.

Cabe destacar que en el ejercicio profesional del trabajo social están presentes las funciones de educación, gestión y asistencia con distintas orientaciones y pueden llevarse a cabo con actividades diversas, pudiendo contener en la misma actividad dos o tres funciones definidas en el marco de una estrategia. Por eso, se entiende que no existe un punto donde difieren, sino que son soporte una de la otra, las tres funciones se complementan y amplían el ejercicio profesional. Contemplamos que en el presente Trabajo Final de Grado se pueden desarrollar las tres funciones de forma conjunta.

Tal como relatan los autores Oliva, A., & Gardey, V. (2014):

Es importante que en el ejercicio profesional se consideren las funciones de asistencia, gestión y educación de manera asociada en los procesos de intervención, considerando las estructuras sociales y los distintos momentos del contexto socio-político y económico global, dado que atraviesan cualquier situación particular. (p.50)

Como lo menciona Aquin, N. (1995), el trabajo social interviene en procesos de reproducción cotidiana de la vida de los sujetos, en tanto se presentan obstáculos para la vinculación entre necesidades y recursos. El rol de la profesión permite reconocer el tipo de necesidades de los sujetos a través de sus demandas, tanto como las categorías de necesidades que se expresan en el sistema social, qué formas asumen, quiénes las interpretan y problematizan, etc.

Por su parte, la gestión, promoción y prevención son modalidades de intervención del trabajo social en el campo de la salud. Aquí, desde el campo disciplinar el concepto de salud otorga importancia a diversos determinantes de tipo biológico, social, ecológico y de servicios. Se considera que la interacción entre estos factores es la que finalmente determina la situación de salud en nuestra sociedad.

En este caso, la salud es el campo de intervención que esta propuesta pretende problematizar. Este se plantea como un horizonte donde intervienen múltiples disciplinas y enfoques metodológicos con el propósito de integrar todas las perspectivas en función de la comprensión de los hechos concretos en salud. Esto refiere desde una perspectiva crítica a la noción de determinación social, la cual desde Breih, J. (2013) se conforma como una propuesta analítica que llega para comprender al campo de la salud como totalidad social, política, económica y cultural, es decir, aquellas condiciones estructurales que nos atraviesan, en las que se desarrolla el proceso de salud-enfermedad-atención, generando condiciones para que los factores de riesgo se presenten en un momento determinado.

Desde hace décadas la salud forma parte de los derechos humanos. En esta línea, Abramovich, V y Pautassi, L (2009) determinan que los mismos son pensados en la actualidad como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los estados y contribuir a las estrategias de desarrollo e inclusión social. Por lo tanto, el derecho a la salud puede definirse como el acceso conveniente, admisible y alcanzable a servicios de atención de calidad suficiente. En esta línea, es necesario comprender que el derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, que son aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al estado, ya que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo.

Es necesario mencionar que, en las últimas décadas, los distintos movimientos sociales y de la sociedad civil -como las organizaciones de Abuelas y Madres de Plaza de Mayo, movimientos feministas, entre otros- así como la reconceptualización⁴ del colectivo profesional del Trabajo Social, acompañados por la voluntad política de gobiernos populares, han avanzado en la ampliación de marcos normativos que reconocen

⁴ Proceso de reflexión y crítica a las prácticas tradicionales del trabajo social en América Latina, que se desarrolló principalmente entre 1965 y 1975. Se caracterizó por cuestionar la dependencia de modelos extranjeros, el enfoque técnico y filantrópico, y la necesidad de una mayor vinculación con la realidad social y política de la región.

derechos humanos fundamentales. Actualmente la reglamentación en atención primaria de la salud a nivel nacional remite al decreto N° 939/2000 sancionado el 19 de octubre del año 2000. En nuestra Provincia el ámbito de la Salud Pública está normalizado por la Ley 7573, sancionada el 22 de diciembre del año 2004, por la cual se crea y se regula el Programa de Descentralización de Centros de Atención de la Salud de Gestión Pública. En cuanto al municipio se cuenta con la ordenanza N° 7.122 ⁵

Tal como se afirma en el Programa de Gestión Territorial Integral (PGTI)⁶ del municipio de Villa María, resulta necesario promover un cambio de paradigma que propicie una nueva aproximación a la problemática de la salud de las personas, sus familias y sus comunidades, poniendo el eje en la determinación social de la salud, que comprende aquellas condiciones estructurales que atraviesan los escenarios sociales, desde una perspectiva que permite avanzar hacia nuevos modelos de abordaje para comprender la importancia de una visión integral y transdisciplinaria, para identificar no solo “vulnerabilidades” de ciertas familias y comunidades sino, fundamentalmente las potencialidades y recursos, generando así un enfoque positivo que sirva para fortalecer aquello que ya se posee. Sin dejar de lado la relación que existe entre los procesos protectores y deteriorantes de la salud como un fenómeno complejo que requiere de acciones intersectoriales.

La atención primaria de la salud (APS) aparece como una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud (Auchter, Gómez, & Rubio s/f). La misma es una política que se dirige hacia los principales problemas sanitarios, a través de la prevención y promoción, y utiliza a la educación como una herramienta útil para el desarrollo de estrategias de abordaje, a la vez que transmite los métodos para prevención y fortalecimiento de la salud integral. Dicho abordaje se realiza a través de un equipo interdisciplinario, que permite realizar un análisis de la situación desde diversas perspectivas, teóricas y metodológicas. La APS, desde esta perspectiva deben entenderse

⁵ Sancionada el 23 de marzo en el año 2017.

⁶ Dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, mediante ordenanza N°7122 decreto N° 339. Promueve un cambio de paradigma que propicie una nueva aproximación a la problemática de la salud de las personas, sus familias y sus comunidades, poniendo el eje en la Determinación Social de la Salud.

desde su amplitud e integralidad, como una estrategia para mejorar la salud de las comunidades.

A nivel académico el Trabajo Final de Grado busca aportar al diseño de medidas y prestaciones que, encuadradas desde políticas públicas de salud locales, contribuyan a la construcción de nuevos enfoques/perspectivas sobre un tema dentro de un campo de conocimiento. Además, busca aportar al abordaje de una problemática social que contribuya a generar nuevas herramientas de intervención. El trabajo social busca transformar, conocer e interpretar diferentes realidades. Este campo profesional permite generar abordajes en torno a problemáticas que interpelan la realidad sanitaria de grupos y comunidades.

Por último, es importante posicionarse desde una perspectiva diagnóstica sobre un espacio local específico dentro del territorio villamariense, en particular del área de cobertura del CAPS para proporcionar herramientas que inciden y fortalezcan sus prestaciones. Esto ofrece una visión más amplia y completa de los problemas o situaciones que generan la demanda en la institución, considerando también cómo el contexto actual afecta a estas personas. Además, se trata de un tema de relevancia social, ya que tiene un impacto directo en la salud, la educación y el bienestar de la población, con un valor significativo en la prevención y promoción.

Consideramos que este proyecto proporcionará información valiosa tanto para la Universidad Nacional de Villa María como para la conformación de antecedentes y registros que facilitarán el desarrollo de acciones similares en el futuro. Asimismo, será beneficioso para el CAPS “San Martín”, ya que se obtendrán datos precisos sobre la población asistente, sus demandas y necesidades, así como características generales que permitirán desarrollar talleres, actividades e implementar dispositivos adecuados a dichas necesidades.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Fortalecer la autonomía y ejercicio de derechos de los usuarios que asisten al CAPS San Martín, mediante la promoción y prevención de la salud en espacios no tradicionales de espera.

Objetivos específicos:

- Identificar en la población temas de interés y problemáticas emergentes en relación al campo de la salud.
- Propiciar una reflexión crítica sobre los requerimientos y necesidades de salud de la comunidad.
- Fomentar la participación activa y el diálogo entre los diferentes actores.

ANTECEDENTES

Tras efectuar una detallada revisión bibliográfica se han recuperado como antecedentes proyectos de intervención que han trabajado la temática de salud y promoción de la misma, con diferentes propuestas, objetivos y en distintos territorios, pero que aportan insumos conceptuales, referenciales y procedimentales para la propuesta que aquí se desarrolla. En la recolección de escritos destacamos una serie de aportes concordantes con aspectos centrales de la perspectiva en la cual se hace énfasis.

En primer lugar, nos apoyamos en el trabajo de Berner, E. D. (2012). quien hace referencia a una guía sobre talleres en la sala de espera de un servicio de salud, tomando a este como un espacio de comunicación, donde describe tanto los fundamentos como el desarrollo de talleres para adolescentes y jóvenes para actuar en prevención y promoción de la salud, salud sexual y reproductiva, adicciones, violencia, trastornos de conducta alimentaria: “La actividad en sala de espera busca precisamente ese primer contacto con el sistema de salud condicionando positivamente su relación con el mismo.” (p.9) Si bien se llevaron adelante con una población específica, consideramos que puede ser de utilidad a la hora de pensar y ajustarlos a la subjetividad de la demanda en nuestro territorio.

En segundo lugar, tomamos la investigación de Hausberger y Wacsman (2000), quienes hacen hincapié en actuar sobre la acción social, dado que el interés de la población con la que se trabajaba era bajo y sostienen la importancia de conocer las concepciones de los actores sociales acerca de la salud y la participación de la comunidad, entendiendo que para cada persona el mundo, la vida cotidiana, es objetivado y resignificado en las actividades de todos los días y que sus peculiares condiciones de salud y existencia conforman un conjunto de saberes, creencias, valores y cosmovisiones

que les son propias y que, además, dentro de ellos se encuentran también los relatos de salud y enfermedad.

Cabe exponer que la importancia de este antecedente, nos facilita pensar al diagnóstico como herramienta de comprensión para luego resolver desde un conocimiento ampliado sobre los sujetos y para poder con algunas acciones, modificar las situaciones.

Tomamos de igual modo el trabajo desarrollado por Salvatore, L.; Medina, M.; Tissone, S.; Tapia, G.; Bander, M. (2023) el cual parte de la observación de que el tiempo que los usuarios pasan en la sala de espera suele ser percibido como poco productivo, agotador y molesto. A partir de esta problemática, se propone transformar ese espacio en un entorno educativo, donde mediante intervenciones lúdicas se aborden temas vinculados a los grupos de alimentos saludables y a la salud bucal.

Cabe destacar que el objetivo principal de esta propuesta es brindar insumos que permitan repensar un espacio convencional de espera -la sala de espera- en un espacio en el que los “pacientes”, de manera participativa, puedan acceder y/o obtener información relevante sobre los aspectos vinculados en el PSEA, logrando impactar positivamente en su salud y condiciones de cuidado de vida desde esta perspectiva. La importancia de este antecedente radica en que permite pensar el espacio físico de la sala de espera no solo como un lugar de tránsito pasivo, sino como una oportunidad concreta para la promoción de la salud, utilizando estrategias creativas y participativas que buscan transformar una experiencia cotidiana en una instancia educativa significativa.

Además, en consonancia con los anteriores tomamos el trabajo final de grado de Nuñez, M. (2023) el cual hace hincapié en los mandatos de género que son impartidos en las escuelas, en los barrios, en la televisión, en el control del espacio de las instituciones, en pocas palabras, forman parte de lo cotidiano. La autora menciona que a pesar de que en la socialización de género existen privilegios para el varón cis, con el tiempo se traducen en un costo sobre su salud y la de otros. con el objetivo de analizar esa otra cara del privilegio y explorar cómo impacta la masculinidad hegemónica en la salud de los varones, ya que, pese a que contamos con una importante trayectoria de estudios de género, aún persiste la necesidad de repensar la clave en la que se produjo el conocimiento sobre las masculinidades. Posicionada desde un enfoque de género y desde la Medicina Social/Salud Colectiva, en el presente antecedente se expone la vinculación

entre los roles y mandatos de masculinidad con en el proceso de salud-enfermedad-cuidados de varones cis de la ciudad de Santa Fe.

Por último, nos enfocamos en las contribuciones de Bang, Stolkiner, y Corín (2016), que en su trabajo describen y analizan una experiencia de promoción y educación para la salud integral, haciendo referencia a un dispositivo que funciona como espacio de derivación y puerta de entrada a una red de cuidados a partir de actividades y, con el vínculo que se construye con los participantes, los profesionales pueden detectar diversas problemáticas o situaciones de salud que requieren una atención especial o derivación. Dicha experiencia aporta fundamentos y conocimientos acerca del diagnóstico y dispositivo que aquí se desarrolla.

Cabe aclarar que en el área de cobertura del CAPS, a partir de nuestros conocimientos y al adentrarnos al territorio se puede afirmar que no se han llevado a cabo proyectos de intervención, basados en diagnósticos participativos como el que aquí se plantea, pero en el año 2023 estudiantes/practicantes de la carrera de Psicopedagogía llevaron adelante encuentros en formato taller que denominaron “Re-conocernos”, destinado a aquellos sujetos con enfermedades crónicas, en donde se ejecutaron diferentes modalidades de actividades. Del mismo no se encuentran registros escritos, pero sí fotográficos.

MARCO TEÓRICO

Es necesario exponer que a lo largo del presente Trabajo Final de Grado se han recuperado y fundamentado conceptos y perspectivas relevantes que se utilizan como guía y cimientos para la elaboración del mismo. A continuación, se planteará la explicación de las nociones relevantes que integran la estructura conceptual de la propuesta.

Acerca del concepto de Salud

Lo que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), es comprender que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde la disciplina que nos convoca, esta definición resulta acotada, pues deja de lado aspectos que son relevantes al momento de plantear una mirada integral, por esto, es pertinente complementar y criticar a la misma

con la perspectiva de Breilh, J. (2013), quien propone que “[...] la salud es un objeto polisémico en tanto objeto real, objeto pensado (de modo intersubjetivo) y campo de praxis” (p. 16). Esta referencia nos posibilita pensar a la misma como un concepto complejo donde interactúan muchos elementos, políticos, sociales, económicos y culturales, y no solo desde un causalismo⁷. Desde este paradigma se incorporan las nociones de proceso y de lo colectivo para entender a la salud como proceso que refiere a una situación dinámica, por lo cual se debe concebir con cierta flexibilidad y contextualización.

Es necesario posicionarnos desde una perspectiva crítica, entendiendo que no hay una única forma de comprender a la salud, pensando en ella a través de un recorrido histórico y no solamente desde paradigmas biologicistas, desde los cuales se entiende que la salud tiene una relación directa con una causa y un efecto, donde solo se tienen en cuenta aspectos biológicos. La salud pertenece al orden del ser (cosas y causas), pero también al orden del deber ser (con representaciones y significados). Es, entonces, de suma importancia romper con el paradigma biomédico el cual no tiene en cuenta el contexto en el que el sujeto se encuentra inmerso, como así tampoco la historia del mismo, haciendo que se trate sólo la enfermedad como algo independiente de la persona que lo padece.

Es importante reconocer en cada persona y comunidad su concepción de salud, y lo que ella implica para su vida nos permite abordarla desde una perspectiva de derecho. “Reconocer que todas las personas no entienden lo mismo cuando decimos salud, nos permite avanzar en la conceptualización de la práctica referida a promover, mantener y recuperar la salud desde un enfoque de equidad y de derecho”. (Auchter, Gómez, & Rubio, pág. 17). En esta línea, “[...]la salud, en cualquier contexto, cultura, es considerada como una necesidad imprescindible para poder cubrir todo tipo de necesidades, ya sea que vayan desde la satisfacción personal, hasta cubrir la canasta básica de alimentos” (Faccini, A. 2022).

Por último, a la hora de pensar la salud como un híbrido, como unidad de lo diverso, nos remitimos a Samaja, J. (2004) quien hace referencia a la complejidad de la salud entendiendo que en esta actúan diversos determinantes, se hace hincapié en la relación con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales,

⁷ Una sola causa produce enfermedades y la salud es carencia de esa causa.

familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La perspectiva de dicho autor ayuda a comprender que la salud no es simplemente una cuestión individual, sino que está influida por una serie de factores externos. Cabe tener en cuenta que cada problemática de salud está ligada a las condiciones de vida y estas condiciones forman parte de la reproducción social y sus problemas, es por esto que Samaja determina que todo fenómeno del campo de la salud es un “híbrido” como unidad de lo diverso.

En consonancia con lo mencionado anteriormente cabe resaltar que el presente proyecto se inserta en el campo de la salud, específicamente en el ámbito público de la misma. De Lellis, M. (2015) aporta que la salud pública debe ser asumida como una responsabilidad colectiva, lo cual implica un compromiso del Estado y de la sociedad civil mediante las políticas públicas sanitarias y la participación de la sociedad en general. En este sentido, define a la salud pública como un conjunto de herramientas teóricas y prácticas que procuran el bienestar y la calidad de la sociedad a partir de la accesibilidad a oportunidades y servicios sociales.

La Atención Primaria de la Salud

Es importante tener en cuenta el surgimiento de la estrategia denominada Atención Primaria de la Salud (APS), se originó en el marco de la conferencia internacional convocada por la Organización Mundial de la Salud y realizada en Alma Ata, en el año 1978.

Mediante los aportes de Messina, G (2012) es posible identificar que el sistema de salud en Argentina se estructura a partir de tres subsistemas: el público (financiado y provisto por estructuras nacionales, provinciales y municipales), el privado (organizado a través de entidades de medicina prepaga) y la seguridad social (financiado por obras sociales sindicales, provinciales y nacionales y provisto por efectores propios o del sector privado). En nuestro país y en la provincia de Córdoba, la salud pública se divide en tres niveles: el primer nivel es el más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto, en donde se desarrollan principalmente la prevención y promoción. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados.

El área encargada del manejo de las políticas públicas de salud en el ámbito municipal corresponde a la secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, esta

interviene desde el primer nivel de atención. El segundo nivel y tercer nivel, donde se contemplan las internaciones, es atendido por el sector privado y el Hospital Regional Pasteur. Los servicios de salud pública se encargan de brindar atención a través de la Asistencia Pública y los trece Centros de Atención Primaria de la Salud distribuidos en la totalidad del territorio de la ciudad de Villa María, la cual tiende a fortalecer la accesibilidad mediante la descentralización geográfica, política y administrativa.

Si seguimos las nociones que plantea Messina, G (2012), los CAPS al ser de carácter público, deben contemplar el derecho a la ciudadanía, brindando la atención a la totalidad de usuarios que lo requieran. Sin embargo, dedican especial atención a sujetos en situación de vulnerabilidad.

Los lineamientos de la ordenanza N° 7122,⁸ señalan que los Centros de Salud públicos en Argentina trabajan en relación con los hospitales zonales de alta complejidad y proporcionan la atención básica a la salud y la prevención en áreas de acción determinadas. En esta línea, y según Auchter, Gómez y Rubio (s/f) leemos que:

[...] la atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud.

Se debe tener en cuenta que cada atención y principalmente cada intervención por parte del trabajo social se da en un contexto comunitario, entendiendo a la comunidad como, la unión de sujetos que piensan, vive, aprenden, intercambian valores y cultura, sufren, sobreviven, en un contexto en el que deben satisfacerse necesidades personales y sociales, dilucidar conflictos, resolver problemas, integrar culturas y saberes. (Lillo, N., & Roselló, E. 2023).

Además, se destaca la definición de Garrido-Maturano (2012), quien fundamenta a la comunidad como común-uniión en la que se reúnen sin unificarse distintos singulares en un colectivo y que se diferencia, por tanto, de una común-unidad, esto es, de una unificación y disolución de los singulares en un plural único, implica un mecanismo de acrecentamiento constante e incesante y apunta tendencialmente a la universalidad.

⁸ Fecha de sanción: 22/03/2017

Promoción y prevención de la salud como estrategias de trabajo

La APS, debe entenderse desde su amplitud e integralidad, como estrategia para mejorar la salud de las comunidades. Estas políticas se dirigen hacia los principales problemas sanitarios, a través de la prevención y promoción, utilizando a la educación como una herramienta útil para el desarrollo de las mismas, transmitiendo métodos para prevención y control.

Lo que se pretende entonces es llevar adelante la práctica de talleres en sala de espera, entendiendo el mismo a través de la definición de Restrepo, O. (2003)

El taller ha sido utilizado para designar múltiples modalidades de trabajo colectivo y para apoyar procesos teóricos, terapéuticos, recreativos, educativos, informativos y reflexivos -entre otros- desde perspectivas teóricas y metodológicas diversas se reconoce la importancia que dicha técnica representa para la transferencia, socialización, apropiación y desarrollo de conocimientos, saberes y competencias. El taller es un dispositivo metodológico, interactivo-reflexivo donde se conjugan la palabra y la acción (mediante el uso de juegos, sociogramas, ejercicios, etc.) para posibilitar, encuentros dialógicos de saberes e intercambios comunicacionales. (p. 116)

Se toma a cada taller como una estrategia metodológica para la prevención y promoción de la salud, y de ese modo trabajar de manera colectiva sobre aspectos que hacen no sólo al cuidado personal, sino también generar una circulación de las problemáticas, de los recursos y satisfactores, pensando a estos como multiplicadores de promotores de la salud y así conformar a los talleres como un dispositivo de red social/comunitaria, además de instalarse como espacio de escucha y acompañamiento.

Según los lineamientos de Berner, J. (2012) en su guía sobre talleres en la sala de espera en los servicios de salud, se considera adecuado abordar las temáticas de salud mediante la modalidad de taller, ya que brinda un espacio donde se habilita la palabra de quienes participan, a partir de una situación disparadora, se promueve escuchar al otro, sea adulto o adolescente, esto favorece el diálogo intergeneracional, se crea un lugar donde se trabaja con la palabra, con el cuerpo, con las emociones, se visualizan los recursos que poseen quienes participan y los que la institución puede brindarles; se trabaja sobre el reconocimiento de los derechos y la promoción de los mismos y también se

sensibiliza y motiva para que se decida por sí mismo, contribuyendo a reforzar la autonomía.

Posicionamiento teórico-metodológico del Trabajo Social.

Fundar una perspectiva teórico-metodológica en el ejercicio profesional del Trabajo Social permite el desarrollo de una práctica que posibilita fundamentar tanto las estrategias adoptadas como lo son, la producción de conocimiento que aporte en la explicación de los procesos sociales que adquieren particularidad en situaciones concretas. Por eso, resulta pertinente citar a Oliva y Mallardi (2012) quienes sostienen que:

El Trabajo Social al ser una profesión que se inserta en el mercado de trabajo y donde, por lo tanto, presta sus servicios a cambio de una retribución -el salario-, desarrolla sus procesos de intervención en un contexto marcado por objetivos institucionales que pueden coincidir, o no, con los propios. Además, en la dinámica de la intervención, los intereses y objetivos institucionales y profesionales entran en juego con las necesidades, visiones y objetivos de la población usuaria. Por ello, viendo la coexistencia de intereses, convergentes o contradictorios, es necesario pensar en la intervención profesional como síntesis de múltiples determinantes objetivos y subjetivos (Mallardi, 2013, pág. 2)

La praxis del Trabajo Social en el campo de la salud tiene un papel sumamente importante, tanto sea para el desarrollo y bienestar de personas con trastornos, enfermedades o discapacidades, y el mismo se puede llevar adelante en el ámbito público o privado, en centros de salud, hospitales o clínicas. Entonces el rol del Trabajo Social en salud es fundamental, ya que aborda las dimensiones sociales que subyacen a los problemas de salud, como causa o consecuencia. Para lograr un enfoque integral, es esencial que el trabajo social pueda actuar en estrecha colaboración con un equipo interdisciplinario, donde cada disciplina aporte su perspectiva única. De esta manera, se brinda contención y apoyo a las personas, fomentando su empoderamiento y el desarrollo de habilidades para enfrentar desafíos específicos.

Como lo determina González, S. (2012) en su texto, sostenemos que:

En este sentido, el rol del trabajador social, en el marco de la atención primaria de la salud, cobra relevancia y presenta particularidades, al recuperar aspectos

vinculados a la subjetividad de las personas. Contextualizando la intervención, y reconociendo la dimensión histórico social de los procesos de participación comunitaria (p. 4).

Para definir el posicionamiento teórico metodológico que nos permita llevar a cabo la elaboración del proyecto de intervención, se abordan autores como Mallardi (2013), ya que, al momento de posicionarnos en el campo problemático, lo primero fue identificar la situación, siendo esta, la primera aproximación a la realidad teniendo en cuenta los aspectos objetivos y subjetivos, tomando los conceptos del autor. Cabe exponer que ante todo lo mencionado se tuvo presente a la de salud con perspectiva derechos, siendo el derecho a la salud el acceso conveniente, admisible y alcanzable a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

Por otro lado, con el diagnóstico, siendo éste participativo, lo que se pretende es pensar al conocimiento como una construcción colectiva y que la realidad es un significado producido por el sujeto, radicando la importancia en la integralidad y comunicación, siguiendo el concepto de construccionismo que plantea Kisnerman, N. (1998).

Diagnóstico e intervención

El momento del diagnóstico es un componente esencial del proyecto de intervención, ya que permite una comprensión profunda de la situación, problemática o necesidad que lo origina. Durante este momento, se busca esclarecer, delimitar y analizar las causas y consecuencias del problema o necesidad en su contexto específico.

En palabras de los autores Mallardi, M. & Cañizares, B. (2011) el diagnóstico situacional debe permitir “identificar las posibles determinaciones y relaciones causales que inciden en la producción de los fenómenos sociales y en delimitar las posibilidades de acción”. (p. 17)

El objetivo principal del diagnóstico es obtener un conocimiento objetivo y detallado de la realidad, que sirva de base para la planificación y ejecución de estrategias efectivas de intervención. Cuanto más preciso y profundo sea este conocimiento, más elementos se tendrán para transformar la realidad de manera positiva y sostenible.

Según Pérez, S. (2000) en el diagnóstico se describe con objetividad una situación inicial, se compara con una situación deseable y se detallan las causas del problema.

Consiste en encontrar la distancia entre lo real y lo ideal y establecer, a partir de este análisis, las necesidades que darán origen a la intervención.

Por otro lado, desde los aportes de Escalada, M. (2004) quien hace referencia a la investigación diagnóstica como momento principal de la intervención social cuando explica que:

La investigación diagnóstica supone análisis de situaciones. El análisis de la situación es un momento complejo que nos desafía a conocer lo que está sucediendo en una determinada representación de la realidad que denominamos situación, incluyendo lo que está sucediendo a quienes están actuando sobre y dentro de los límites de esa realidad. La investigación diagnóstica como momento privilegiado de articulación entre conocimiento e intervención contiene en su definición las complejas relaciones entre sujetos (actores), prácticas (acción) y escenario (estructura). (p. 76)

ESCENARIO DE LA INTERVENCIÓN: CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y EL BARRIO

Considerando las particularidades de la intervención que articula espacios institucionales y territoriales se realiza una descripción del escenario considerando los actores que participan de la misma.

La Institución

El proyecto se genera, propone y lleva adelante desde El Centro de Atención Primaria de Salud – CAPS San Martín. Entendiendo esta organización, tal como la menciona Schlemenson, S. (1998) como “...un sistema socio – técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido.” (p.38). La misma brinda atención sanitaria de calidad, prestando cuidados integrales desde la perspectiva centrada en la persona, la familia y la comunidad. Los CAPS se crean bajo la ordenanza N° 7122 del concejo deliberante de la Ciudad de Villa María con el fin de la descentralización de las áreas territoriales de la localidad por el hospital regional “Dr. Louis Pasteur”. Dicha institución se encuentra ubicada en

Tucumán 2151, dentro del edificio del Centro Cívico donde anteriormente funcionaba el Hospital Regional.

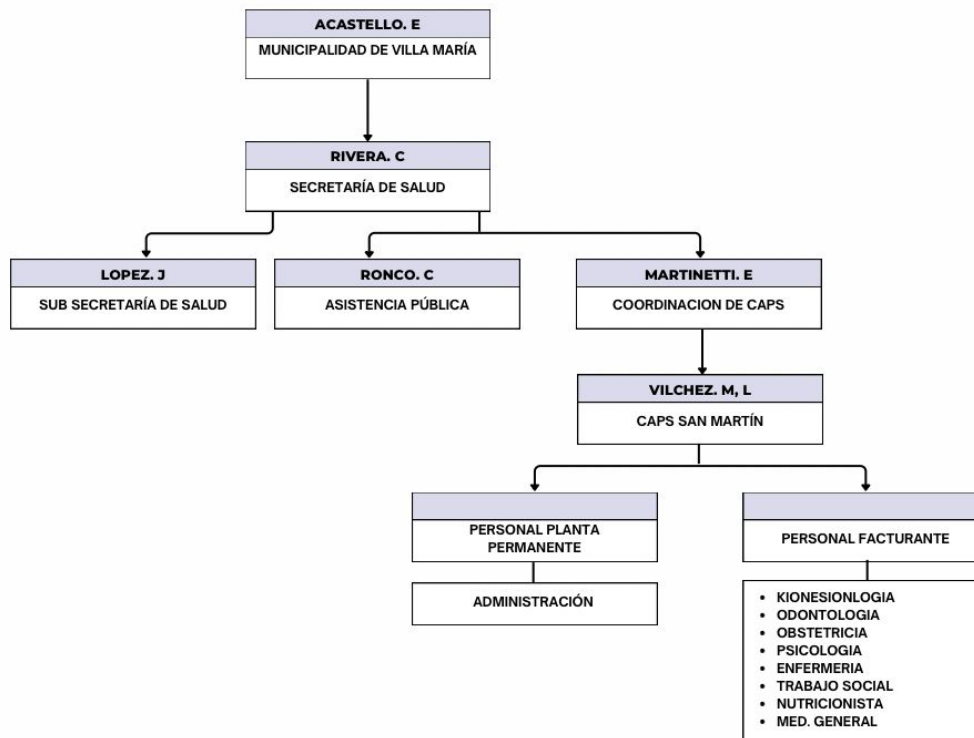
Se destaca que los CAPS responden a la demanda diaria de miles de vecinos y vecinas de los diferentes barrios de la ciudad. Son el primer puente entre la sociedad y el derecho de recibir una atención digna e igualitaria. Estos son lugares estratégicos desde donde se fortalecen las tramas vinculares de la comunidad apuntando a una salud integral pensada desde lo colectivo. Desde la creación de estos se pensó en el objetivo de garantizar la accesibilidad como principal característica estructural para el buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria para construir una Red Sanitaria que articule con centros de mayor complejidad, de manera tal de propender a la integración orientada y protocolizada, de todos los efectores en una estructura de complejidad creciente para la resolución de los problemas de salud, fortaleciendo efectiva y eficazmente la regionalización de los servicios, evitando la superposición de actividades y costos en salud.

La institución se encuentra abierta de lunes a viernes de 07:00 a 16:00 horas, cada profesional posee su horario y días de atención. Cabe destacar que se comparte el espacio físico con el Municerca 4⁹, el mismo es un centro de atención barrial que busca acercar la gestión municipal a la población y mejorar la calidad de vida de los habitantes, por lo que genera un movimiento permanente de personas, lo que para nosotras implica un lugar estratégico para concretar nuestros objetivos.

En la actualidad el CAPS cuenta con profesionales médicos (clínicos generalistas, obstetricia) enfermería, odontología, nutrición, trabajo social, kinesiología, psicología, administrativos y maestranza. Cabe exponer que, en el ámbito interior existe una jerarquización institucional dentro del espacio de trabajo del CAPS denominada “Referente”, responsabilidad asumida, en este caso, por una psicóloga. Por lo tanto, su función consiste en generar nexos comunicativos de información con el resto de los integrantes y de resguardar el orden institucional. A continuación, se anexa el

⁹ La intención es que cada espacio descentralizado tenga cobertura en zonas con mayores similitudes en lo socioeconómico. La ciudad de Villa María cuenta con cinco Municercas para treinta y nueve barrios, ubicados estratégicamente para organizar la vida vecinal. Los mismos nuclean en algunos casos hasta seis barrios y otros, hasta dos barrios.

organigrama que contempla dicha institución.



Como se mencionó anteriormente dicha institución se desarrolla en base a la ordenanza municipal N° 7.122, y todas sus actividades se enmarcan desde lo postulado en el siguiente artículo:

ARTÍCULO 1: creación en el ámbito de la ciudad de villa maría el programa de Gestión Territorial Integral (GTI) salud, familia y comunidad dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María. que tengan en cuenta los siguientes ejes:

Territorialidad: Eje sustancial y definitorio, el cual comprende al territorio, su gente, sus recorridos y sus luchas como el espacio en el que se gestan las condiciones y potencialidades ciertas de salud, enfermedad, de vida y de muerte. Áreas territoriales de población bajo cuidado.

Interdisciplinariedad: Al comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso complejo, histórico y social, la gestión de acciones de cuidado requiere la confluencia e interacción de una multiplicidad de miradas, saberes y perspectivas.

Participación social: Asumir el carácter social de la atención primaria de la salud, conlleva al reconocimiento en todas las instancias del proceso de cuidado de una multiplicidad de subjetividades, culturas y perspectivas.

Integralidad: Desarrollar acciones de cuidado que se extiendan a todas las etapas de la vida, contemplando en su desempeño los diversos aspectos físicos, emocionales, familiares, sociales, culturales que consustancial al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Intersectorialidad: Los modos de vida de una comunidad conforman la instancia determinante del proceso salud- enfermedad- atención-cuidado, así las acciones de cuidado requieren una cierta articulación con otras instituciones y sectores presentes en el territorio que den cuenta y permitan integrar acciones vinculadas a los modos de trabajo, consumo, recreación y producción de pautas culturales que instituyen la vida cotidiana.

Educación Permanente en Servicio (EPS): Constituye el eje operativo del PGTI, sustentado en la convicción de que las premisas anteriormente referidas sólo pueden hacerse ciertas mediante un proceso continuo y sostenido de construcción colectiva entre el equipo de gestión, los integrantes de los equipos de salud y la comunidad.

Si bien se desarrollan prácticas en base a programas nacionales y provinciales, los dispositivos que operan en relación a la ordenanza antes mencionada son:

DISPOSITIVOS DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD:

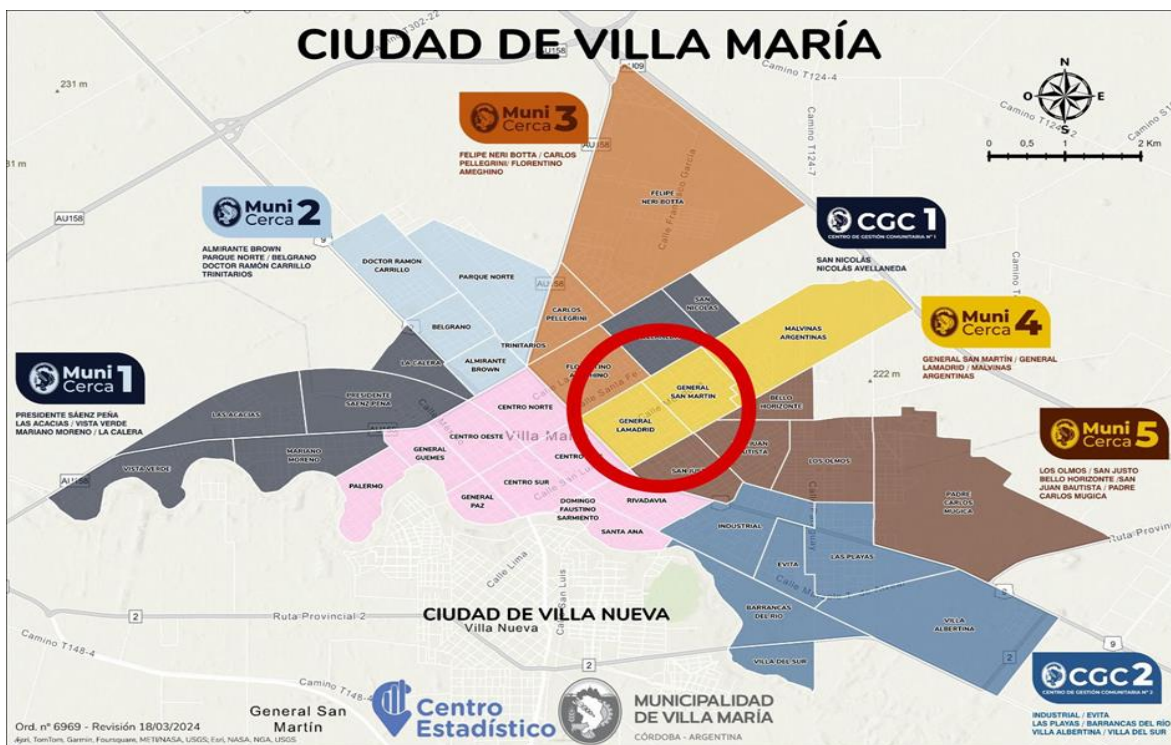
- Dispositivo de VIH.
- Dispositivo de Cesación tabáquica.
- Dispositivo de Cuidados Paliativos.
- Dispositivo de IVE.
- Dispositivo de Educación en Diabetes.
- Dispositivo Consultorio Inclusivo.
- Dispositivo de HTA - Atención cardiológica.
- Hospital de día Encuentro.

- Dispositivo de admisión y urgencias en salud Mental / 107
- Dispositivo de promoción, prevención y asistencia en consumos problemáticos.

Sujetos que interactúan en el campo problemático: actores/ agentes interactuantes.

El Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como antes se menciona, tiene como área territorial dos barrios, según estadísticas municipales en los mismo habitan aproximadamente 3.800 personas las cuales se caracterizan por ser sujetos integrantes de familias o unidades domésticas, que apuntan a generar estrategias de supervivencia, es decir, llevan a cabo acciones a nivel económico, social y cultural con el propósito de satisfacer necesidades básicas, enmarcadas en un sistema social y económico capitalista y patriarcal. Debido a que se encuentran en situación de vulnerabilidad, se entiende este concepto de acuerdo a lo expresado por Castel, R. (1995) “La zona de vulnerabilidad ocupa, en particular, una posición estratégica. Es un espacio social de inestabilidad, de turbulencias, poblado de individuos precarios en cuanto a su relación con el trabajo y frágiles en su inserción relacional”. (Pág.17)

Mapa de la división barrial de la ciudad de Villa María:



Distribución Barrial de la Ciudad y Área de Cobertura del Caps: figura recuperada en el libro de los “Dispositivos de Cuidado de la Salud”. Programa de Gestión Territorial Integral Secretaría de Salud Municipalidad de Villa María 2015 – 2019. (Jure y Ciuffolini, 2019, p. 22)

A través de las prácticas académicas desarrolladas en los años 2023 y 2024, se ha podido acceder a informes y a historias clínicas donde se denota que gran parte de la población cuenta con trabajos informales, por lo que la mayoría no posee obra social, además de obtener información por la comunicación directa con los profesionales que desarrollan su labor allí.

Es necesario reconocer que en su mayoría la población asistida es familia, o mejor expresado, madres de familia que recurren por demanda de gestiones o asistencia. Estos territorios se caracterizan, mayoritariamente, por bajos ingresos, subempleos o desempleos, precaria situación habitacional¹⁰ y hacinamiento, trabajo sexual, consumo problemático de sustancias ilegales (drogas y alcohol) y violencia de género.

Siguiendo la clasificación que expone Jelin, E. (1984) los grupos familiares se caracterizan por ser extensos (varias generaciones de la familia viven juntas en el mismo techo, abuelos, primos, etc.), ensamblados o reconstituidos (padre o madre se vuelve a casar o formar pareja y trae a la nueva unión hijos del matrimonio anterior), predominando los hogares con mujeres como jefas de hogar. Poder visualizar estas características de la población nos permite ver cómo estas pueden aparecer determinando el proceso salud, enfermedad y atención. De igual modo, en su generalidad las familias tienen una composición de tipo nuclear: conformada por dos generaciones, vinculada al modelo tradicional de familia, hogares unipersonales: personas que viven solas, familias uniparentales o monoparentales: Uno de los progenitores y sus hijos, familias reconstituidas o ensambladas: combinaciones de parejas que viven con hijos anteriores/ hijos en común.

A partir del diagnóstico participativo, que aquí se propone, se obtendrán datos certeros en cuanto a características generales de los individuos que nos permitirán enmarcar la base de este proyecto. De acuerdo con Ander Egg, E. (1999) el diagnóstico participativo es un proceso que permite a la comunidad participar en conjunto con los equipos para obtener información útil, siendo un método para determinar, desde el punto de vista de los miembros de la comunidad aquello importante. Esta información permite

¹⁰ Condiciones o aspectos en los que se encuentra la vivienda, como así también, accesos que puedan tener en ella como la seguridad física de sus habitantes, espacio habitable y protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otros riesgos para la salud.

identificar las áreas de mayor interés de la población, así como sus carencias, fortalezas y recursos.

MARCO INSTITUCIONAL

Teniendo en cuenta que la institución es un CAPS, regida bajo la ordenanza N 7.122 y que en la misma se contempla la promoción y prevención como ejes principales, los profesionales que se desempeñan en esta están ligados a llevarlas adelante, no solo a través de atenciones individuales en el consultorio, sino también mediante acciones y/o actividades en el territorio de forma interdisciplinaria.

En el ejercicio profesional del trabajo social, las estrategias de intervención y acompañamiento están reguladas por un código de ética profesional y las condiciones impuestas por la institución mediante una ordenanza. Estas estrategias se basan en posicionamientos metodológicos, teóricos y políticos.

Frecuentemente, en base a efemérides o acontecimientos significativos para la comunidad se planifican encuentros, talleres, charlas con la población que contemplen ambos ejes, en ocasiones generando un trabajo interinstitucional con otras instituciones del barrio, tal como se lleva adelante con el llamado “Proyecto socio comunitario - Construyendo con amor” que convoca a todas las instituciones del barrio San Martín y los protagonistas son los estudiantes de sexto año del I.P.E.T N 56 Abraham Juárez. A principios del ciclo lectivo se reúnen los directivos y referentes de cada institución para planificar los encuentros y las cuestiones a tratar en ellos a lo largo del año.

Como se mencionó anteriormente dicha institución corresponde a una política de descentralización y por tal motivo se considera necesario exponer la lógica de las “3 P”, que se refiere a Políticas, Programas y Proyectos. En cuanto a la primera, son la unidad de mayor alcance. Fijan los objetivos, decisiones y acciones. Involucran a una diversidad de actores e instituciones. Representan procesos sociales y políticos en los que se establecen negociaciones y disputas, como lo fue la política de descentralización que dio inicio a los CAPS. Por otro lado, los programas son la unidad de mediano alcance. Instrumentalizan las políticas, a través de construcciones técnicas para la intervención. Tienen asignaciones presupuestarias y contienen en su interior diferentes proyectos, se pueden identificar entre otros el Programa Provincial Córdoba Diabetes (ProCorDia) y el RemediAR. Por último, los proyectos, como el que se presenta en esta instancia, son la

unidad mínima de asignación de recursos. Pueden tener uno o más objetivos. Definen una población beneficiaria, ubicación en el espacio y el tiempo. Prevén una fecha de inicio y finalización.

En cuanto a los recursos, el CAPS dispone de cinco consultorios y una cocina en los cuales no se podrían reunir más de cuatro personas, además del espacio administrativo. Cabe destacar, que dicha institución cuenta con dos ingresos por los que se puede acceder a la mesa de entrada, uno desde la calle Tucumán y otro desde la calle de Mendoza, pero se debe atravesar el Centro Cívico -que pertenece a jurisdicción Provincial- y el patio de la institución. Los planes, programas y proyectos con los que cuenta son en su mayoría municipales, pero también se articula con algunos provinciales y nacionales. En el presente año el modelo de Estado que rige a nivel nacional, y que se ve reflejado en el espacio municipal, llevó a que todos los recursos ya sean económicos, edificios, humanos y materiales se vean reducidos y modificados. No se considera que esto afecte a la presente propuesta ya que los recursos necesarios son edificios, -en donde se encuentra en funciones la institución- y humanos, siendo estos los mismos profesionales que ejercen su profesión allí y cuentan con el conocimiento apropiado y específico para dictarlos en base a las propuestas presentadas luego de tal diagnóstico.

Si bien no afecta en el desempeño del presente proyecto, es necesario mencionar los acontecimientos recientes dentro de la institución. En primer lugar, se implementó la tercerización de medicamentos por medio de farmacias adheridas, anteriormente eran entregados por el gobierno nacional y municipal a los CAPS y esto permitió que los profesionales los proporcionaran directamente luego de las consultas; actualmente, implica un entramado extra para los usuarios. Además, lo que antes funcionaba como "SUM" del equipo interdisciplinario, fue cedido como habitación de guardia al personal de emergencia 107 de moto ambulancias, lo que en ocasiones genera incomodidad en los pacientes y profesionales por lo que implica su estadía en el lugar, como así también se debió destinar un nuevo consultorio para el uso de sala de reuniones. Por último, otro cambio que generó un fuerte impacto, sobre todo en la población, fue que la trabajadora social, que además de ejercer su profesión era referente de la institución y trabajaba desde los inicios del CAPS en el barrio, fue promovida a otro cargo, donde debió movilizar su trabajo al edificio de la Asistencia Pública. Para muchas personas, esta profesional constituía un soporte relevante en su red de apoyo y contención, por lo que, los vínculos

que se habían formado se vieron modificados. Cabe destacar que actualmente desempeña su labor un nuevo Trabajador Social.

DISEÑO METODOLÓGICO

En este apartado recuperamos los aportes de Rosas Pagaza, M. (1998), los cuales sirven de guía a la hora de la construcción del proceso metodológico. La autora lo describe como una secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación. Los interrogantes que plantea a la hora de pensar el proceso de intervención permiten organizar la elaboración de este proyecto. En pensamientos de la autora, la realidad puede ser cambiada y transformada ya que la misma, es producto de un orden social, que en nuestro contexto se presenta como desigual.

Se considera necesario articular esta definición con la de Restrepo, V. (2003), que piensa a la metodología de intervención como un proceso de conocimiento, acción y reflexión. La metodología regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen además de incorporar el conocimiento del contexto en el cual se va actuar, objetivos de la profesión y las funciones que se pretende desarrollar.

Retomando los momentos que se exponen, en cuanto al primero, se plantea una inserción en la trama social, es decir, en las interacciones que establecen los sujetos cotidianamente con relación a la satisfacción de sus necesidades. En este momento se pretende conocer los diferentes actores presentes, sus intereses y relaciones llevando a cabo acciones que nos permitan obtener datos para conocer cómo esos actores expresan en la vida cotidiana, aquello que los interpela y problematiza. Entendiendo que cada sujeto es único y como subjetividad, está atravesada por las condiciones de un contexto social dinámico y complejo. Este primer momento se vio reflejado en el campo con el desarrollo de las prácticas académicas de formación profesional, que permitió la inserción en el campo de la salud, en la institución y su funcionamiento, el territorio y los sujetos que se encuentran en él.

En cuanto al diagnóstico como segundo momento, es fundamental para la comprensión de los emergentes dilemáticos que se plantean en el campo, aparece como la instancia de apertura al conocimiento de la realidad, pero también a su análisis y

comprensión crítica. Para este proyecto llevar adelante un diagnóstico es fundamental a la hora de tomar decisiones y la proposición de nuevas estrategias de trabajo y/o del fortalecimiento de las estrategias existentes. Aquí, el diagnóstico se presenta, en palabras de Pagaza, R. (1998), como:

[...]una instancia en la que se explicitan los nexos de la “cuestión social” relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y que, a su vez, permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional. (p.84)

En base a la información obtenida por medio de la inserción y el diagnóstico es posible comenzar a desarrollar la instancia de planificación estratégica, delimitando qué temáticas serán las pertinentes a trabajar con la población que asiste al CAPS para así programar y estructurar espacios de trabajo, los cuales se pretenden que aborden una metodología que promueva el aprendizaje colaborativo y la construcción de conocimiento a través de la práctica reflexiva y crítica, donde la comunicación sea horizontal para dar lugar a aportes de los sujetos, que en dichos encuentros se potencien la construcción las redes y vínculos colectivos. La elección de esta metodología está justificada en la intención de romper con la idea de médico-consulta, adoptando nuevas formas de promover la salud.

Al diseñar un dispositivo para la sala de espera de un CAPS, se busca ampliar la visión de la atención en salud, incorporando otras disciplinas, actores y la participación activa de las personas. Este enfoque se aleja de los modelos asistenciales tradicionales, entendiendo la salud como un proceso integral que va más allá del cuerpo biológico. Por lo que fue favorable aprovechar el espacio de espera como un punto clave para establecer comunicación, horizontalizando las relaciones entre profesionales, usuarios y el servicio, con el objetivo de mejorar la escucha y la atención de las diversas necesidades del territorio buscando el diseño de las acciones con la participación de diferentes actores, ya que esta se caracteriza por ser flexible y reflexiva, como lo detalla Pagaza, M. (1998). Podemos leer:

Está orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado en la realidad. Esta realidad es compleja en la medida en que los actores interactúan a través de distintas racionalidades y auto referencias explicativas. (p.89)

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

A los fines de alcanzar los objetivos planteados en la propuesta de Trabajo Final de Grado, se emplea una estrategia metodológica participativa. En base a lo que plantea Mallardi, M (2013), se logra comprender a la estrategia como:

La capacidad profesional de realizar una determinada intervención, o conjunto de intervenciones, orientada por una finalidad definida a partir de la convergencia de dos tendencias: la resultante de la síntesis de intereses y objetivos propios de los actores sociales que se constituyen en la expresión socio – histórica de las dimensiones propias de la práctica profesional. (p. 78)

El plan estratégico consiste primeramente en la observación tal como lo plantean Oliva y Mallardi (2012): “Es una práctica que, junto con otras tácticas permite, a través de las sucesivas aproximaciones que el profesional realiza al objeto, reconstruir las manifestaciones de la ‘cuestión social’ en la vida cotidiana de las personas.” (p. 37).

Esta instancia observacional se implementó por un periodo de tiempo establecido, lo que permitió definir qué días hay más concurrencia y en qué rangos horarios.

Por otro lado, la información que se obtuvo a partir de las entrevistas semi estructuradas que se llevaron adelante en un segundo momento, todas en la sala de espera, otorgaran objetividad el resultado de dicho diagnóstico. En las entrevistas se indago mediante categorías previamente establecidas a todo sujeto que recibió atenciones/prestaciones en el centro de salud (sexo/género, edad, motivos de asistencia al CAPS, conformación familiar, demandas frecuentes, temas de interés, cuál es su cotidianeidad, las redes de contención, puntos de referencias en el barrio y significaciones en torno a la salud, entre otras) complementándolas con instancia grupal, para la construcción del diagnóstico en los momentos en los que se generó un cúmulo de gente en la sala de espera que dio pie al diálogo colectivo. Dado que el espacio donde se aplicaron dichos instrumentos es un “área común”, se pudo trabajar sobre las categorías planteadas anteriormente en momentos específicos con las personas presentes de manera abierta, colectiva y participativa, es decir, se entrevistó a un grupo de personas al mismo tiempo, haciendo énfasis en las preguntas y respuestas entre nosotras, como entrevistadoras, y los participantes.

Cabe destacar que se comprende a la entrevista como género discursivo que permitirá la comunicación directa con los sujetos, a partir del diálogo y de poder entablar cierta confianza, dará lugar a recabar la información necesaria que refleje cuáles son sus demandas, necesidades e intereses. Restrepo, V. (2003) la define como:

Un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades, que se conectan o vinculan a través de la palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones, racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados. (p 104).

En todo el proceso se tomaron registros escritos en un cuaderno de campo, el cual es una herramienta que se utiliza para poder plasmar en un escrito los sucesos acontecidos, es decir, sucesos que observamos, en el día a día en la institución, además de las respuestas surgidas en las entrevistas, como también las observaciones que nos resulten relevantes para recopilar hechos o datos que luego se utilizará para la redacción del diagnóstico.

Luego de las mencionadas acciones, se dio lugar a un análisis de los datos obtenidos para poder determinar temas de interés y problemáticas emergentes, requerimientos y necesidades de salud de la comunidad. El presente trabajo final de grado tendrá como cimiento un diagnóstico participativo, que dará como resultado una propuesta de intervención.

Siguiendo la pauta de las entrevistas e instancias colectivas en sala de espera del Centro de Atención Primaria de la Salud, se conformó un dispositivo como punto de conexión que pretendió un primer contacto con los consultantes y el sistema de salud, condicionando positivamente la relación con el mismo. La idea de ocupar este espacio fue transformarlo en un área de comunicación no tradicional donde profesionales y usuarios se encuentren para trabajar temáticas que ahí los convoquen, siguiendo lineamientos de la ordenanza N° 7122 tales como la integralidad y perspectiva de sujeto de derechos. Por otro lado, se aprovechó el tiempo inerte de la espera para trabajar aspectos relacionados a la temática, minimizando las posiciones jerárquicas. Para ello se consideró primordial horizontalizar la relación profesional/sujetos y sujetos/servicio de salud, con miras a mejorar la comunicación y la escucha activa.

El modelo propuesto hace referencia a la amplitud con que debe abordarse “la consulta”, considerando al espacio de comunicación que se crea durante la espera como el primer eslabón en el proceso de atención y la puerta de entrada al servicio de salud. Cabe destacar que entendemos también que, frente a posibles adversidades, como la adherencia o participación a un taller con metodología tradicional, los individuos se ven afectados inevitablemente por la actividad. Es necesario mencionar que los pasillos/sala de espera son tomados como un lugar estratégico, ya que en su circulación de la población comparte con quienes esperan ser atendidos en el Municerca 4.

Si pensamos a la intervención como un dispositivo, es relevante tener en cuenta los aportes de Carballada, A. (2008), para quien la intervención en lo social se presenta como:

[...] un instrumento de transformación, no sólo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma, tanto en los problemas sociales como en las instituciones mismas. [...] De allí la intervención se enuncia como posible dispositivo de reconstrucción de subjetividades, entendiendo a la necesidad como producto de derechos sociales no cumplidos, considerando a la intervención como un medio y no un fin en sí misma, dado que contribuye a la integración de la sociedad desde una perspectiva inclusiva. (p.7)

ANÁLISIS DE DATOS.

Para llegar a esta instancia previamente se llevó a cabo el Trabajo de campo, que permitió la recolección de datos -verbalizados, manifestados, explicitados- directamente en el contexto natural donde el objeto de estudio se manifiesta, etapa fundamental para el desarrollo del diagnóstico participativo que aquí se pretende recuperar. Como se menciona en el texto de Ruano, O. (2007): “Previo a la entrada en el campo o de la realización del trabajo de campo, entendida como la fase de generación de información, los investigadores deben tomar su tiempo en preparar el trabajo de campo.” (p. 3). Al compartir la propuesta y los objetivos se obtuvo la autorización correspondiente por parte de la institución para dar comienzo al desarrollo del trabajo. Este proceso se vio facilitado debido a las relaciones y vínculos que se generaron mediante las Prácticas Académicas

de Formación Profesional en los períodos 2023/2024. Además, el previo conocimiento con los profesionales permitió una recibida cálida, que los mismos no se sintieran invadidos y que brindaran con confianza información actual del funcionamiento de la institución y la libertad de actuar en base a los objetivos.

Para esto previamente se planificaron las entrevistas semi estructuradas, siendo estas además de un instrumento de recolección de datos, una táctica operativa resignificada en el marco de la intervención profesional del trabajo social, a partir de ocho preguntas que dieran pie al diálogo y al intercambio de información con los usuarios, dirigidas a las inquietudes, necesidades, que se manifiestan en la vida cotidiana, posteriormente se realizó el contacto con la psicóloga quien ocupa el rol de referente del CAPS San Martín.

A partir de lo antes mencionado se puso en práctica la utilización de distintos métodos y técnicas aplicados de manera integral. Durante diez días, en un rango horario determinado, de 8:00 a 14:00 horas, que dio lugar a la recolección de datos que reflejan las respuestas a los objetivos planteados; todo esto fue plasmado en el cuaderno de campo que fue utilizado como recurso para el desarrollo de este apartado, y es pertinente destacar que se optó por tomar notas de lo mencionado en cada entrevista e instancia grupal y no realizar grabaciones con algún dispositivo para minimizar la incomodidad que puedan surgir en los usuarios y garantizarles el anonimato, como una estrategia que denota sensibilidad ética y cuidado del otro, para evitar generar molestias, reforzando la relación de confianza y respeto por la palabra.

Una vez iniciado el proceso de diagnóstico propiamente dicho, es posible reconstruir a partir de lo que se percibió en las observaciones y manifestó en las entrevistas aplicadas -desde un primer momento en un espacio convencional-, transformado por este ejercicio en una zona de participación e intervención no tradicional. En consonancia con el objetivo general del presente trabajo final de grado que busca fortalecer la autonomía y ejercicio de derechos de los usuarios que asisten al CAPS San Martín, mediante la promoción y prevención de la salud en espacios no tradicionales de espera.

También acompañaremos el análisis con las categorías/dimensiones que surgieron a través de los objetivos específicos, siendo estas las problemáticas emergentes y temas de interés, que refieren al primer objetivo específico: Identificar en la población temas de

interés y problemáticas emergentes en relación al campo de la salud. La segunda dimensión, nombrada como los requerimientos de salud son aquellos que la comunidad plantea en términos de necesidad y responden al objetivo de: Propiciar una reflexión crítica sobre los requerimientos y necesidades de salud de la comunidad.

Para obtener los resultados de las primeras dos dimensiones se comenzó poniendo en práctica el tercer objetivo que refiere a: Fomentar la participación activa y el diálogo entre los diferentes actores. Además, la intervención propuesta integra la participación en conjunto con los demás objetivos. Lo que se ha mencionado hasta aquí pretende ser la base y sustento del diseño de talleres apropiados para las necesidades/intereses de los sujetos que frecuentan la institución.

Con la observación en el escenario institucional, se pudo evidenciar cómo los días con más demanda/circulación de usuario en la institución son aquellos en los cuales brinda atenciones el médico generalista y la obstetra, siendo estos los días lunes, martes y viernes por la mañana, esto nos permite reflexionar en cuanto a la visión biomédica que existe en la sociedad sobre la salud, dejando de lado otros paradigmas. Dichas atenciones, por lo general, se dan por orden de llegada sin turnos previos, lo que ocasiona que en el comienzo de la mañana se aglomere cierta cantidad de usuarios. Además, hay una gran demanda por ser época de vacunación antigripal, sobre todo de adultos mayores. También, fue posible determinar horarios pico de 8:00 a 10:30 aproximadamente.

Además, mediante la metodología utilizada, se realizaron las entrevistas que permitieron iniciar con el momento de participación y escucha activa, como datos generales se puede mencionar que fueron más de cuarenta entrevistas individuales e instancias grupales, todas ellas se realizaron en el espacio de sala de espera, si bien en dicho espacio prevalece una dinámica de movimiento y circulación, esto favoreció a la aplicación del instrumento por el acceso directo a la población en un espacio familiar para ellos, lo que genera que las mismas se desarrollaran en un ambiente de comodidad hablen con mayor espontaneidad, además de una rotación constante de usuarios conllevando a poder entrevistar a una diversidad de perfiles y vivencias. Los usuarios entrevistados fueron aproximadamente setenta, de estos se auto perciben como mujeres cincuenta y dos, y el resto como hombres. Es importante señalar que la llegada de los mismos no era solo de manera individual, sino también como acompañante. Las instancias colectivas/grupales se dieron en los horarios y días más recorridos, en los cuales se generaba un cúmulo de usuarios en la sala de espera, se basaron en el debate e

intercambio, siendo conformadas entre tres y seis personas cada una, integrados en su totalidad por mujeres, en una sola ocasión se evidenció a un hombre realizando tareas de cuidado, acompañando a sus hijos.

Acompañando a menores de edad como madre/padre/progenitor se visualizó a un solo usuario hombre y siete mujeres. Además, el rango etario prevaeciente fue menores de veinte y de treinta a cuarenta y cinco años. Las atenciones más mencionadas fueron: Controles generales y fichas médicas, vacunación y rehabilitación/ fisioterapia: Muchos casos derivados del Hospital Pasteur.

En cuanto a familia o unidades domésticas, la gran mayoría de las mujeres entrevistadas tienen hijos, por lo general de dos hasta cinco. Hay también casos de madres solteras o mujeres recientemente separadas que conviven sólo con sus hijos y también se observan hogares multigeneracionales (abuela, madre, hijos y nietos).

En base a los datos antes mencionados que permitieron determinar que la mayoría de los entrevistados se perciben como mujeres, esto no es casual, las mujeres suelen ser las principales usuarias del sistema de salud, no solo por cuestiones propias sino porque cargan con las responsabilidades de cuidado de hijos, adultos mayores, etc. A nivel social y cultural, las mujeres asumen un mayor peso en los cuidados de la salud de la familia, lo que puede llevarlas a buscar atención médica más frecuentemente. Además, las mujeres suelen ser más conscientes de la importancia de la salud y de la prevención de enfermedades, lo que también puede influir en su mayor uso del sistema de salud.

“Vengo desde que abrió el CAPS, en la otra dirección. Y desde que tengo a mi hija la traigo siempre acá (...) nutricionista, porque tenemos tendencia de diabetes, al dentista, a todos, las chicas de acá nos atienden bien siempre”

“Antes mi mama me ayudaba con los turnos de los chicos, ahora ya está grande me arreglo sola”

Esto no puede entenderse como una simple casualidad ni solo como un signo de mayor "conciencia" es necesario problematizar el rol históricamente asignado a las mujeres en relación con el cuidado, tanto en el ámbito doméstico como en su vínculo con las instituciones de salud. Este rol no es elegido libremente, sino que está profundamente arraigado en estructuras sociales y culturales que distribuyen de forma desigual las responsabilidades del cuidado. Esta feminización del cuidado no solo sobrecarga a las

mujeres, sino que además reproduce una lógica en la que el sistema de salud delega parte importante de la atención en el espacio doméstico, sin necesariamente reconocerlo ni redistribuirlo.

Como sostiene la autora como Segato, R (2016), el trabajo de cuidado ha sido históricamente invisibilizado y naturalizado, funcionando como un pilar fundamental para el sostenimiento del sistema capitalista y patriarcal. En este sentido, lo que se presenta como una mayor "conciencia" o "preocupación" de las mujeres por la salud debe leerse también como el resultado de un mandato de género: ellas deben estar atentas, disponibles y responsables de la salud de los otros.

A su vez, si bien hay una gran diversidad de configuraciones familiares, en la mayoría prevalece la mujer como madre soltera y jefas de hogar, esto da pie a profundizar la crítica sobre el funcionamiento de los roles de géneros y tareas de cuidado, es posible evidenciar cómo persiste la desigualdad de género en donde las mujeres se encuentran en una situaciones de sobre exigencia, especialmente madres solteras o separadas ya que son quienes asumen mayormente el trabajo doméstico, de crianza y cuidados, incluso cuando tienen actividades productivas en el mercado laboral, por otro lado, los hombres, cuando participan en cuidados, aparecen como acompañantes ocasionales, y esto se menciona de manera naturalizada. Cabe mencionar que en algunas de las entrevistas a hombres los mismos mencionaban la "ayuda" a su pareja/esposa en la casa y con los hijos, se podría decir que se busca generar una igualdad de responsabilidades mediante el diálogo, aunque en la cotidianeidad no se ven reflejados dichos cambios, quedando la mujer con mayor actividad.

“Trabajo de albañil por día, pero ahora hace dos meses que estoy parado entonces le ayudo a mi mujer en las tareas de la casa”

Además, se constatan muchos hogares donde conviven varias generaciones (abuela, madre, nietos, primos) esto tiene enorme peso en la intervención social, porque muestra redes familiares complejas donde las cargas recaen, nuevamente, en las mujeres. Nos parece pertinente no soslayar que en varias entrevistas las mujeres expresaron no tener tiempo para actividades de ocio o pasatiempos, sus horarios se limitan al cuidado de sus hijos, como si sus responsabilidades impidieran cuidarse a sí mismas. Esto habla de una sobrecarga emocional y física que merece ser abordada.

“Todo el día yendo y viniendo con actividades de mis hijas, la plaza, la escuela”

“Trabajo de taxista, en los tiempos libres me dedico a mi casa, salgo muy poco”

Mallardi. M (2018) presenta tres dimensiones para pensar la intervención del Trabajo Social en el contexto de lo cotidiano y las relaciones familiares, consideramos pertinente articularlo con el proceso vivido. En primer lugar, la dimensión temporal que refiere a que lo cotidiano está atravesado por el tiempo, por lo que no es algo estático. Las rutinas, los hábitos, los momentos repetidos son clave, pero también lo son los cambios, las crisis y las rupturas. Nos permite entender cómo las familias organizan su vida cotidiana. Lo que se observó en la realidad es la persistencia del modelo tradicional de roles, el cual continúa organizando tanto los tiempos como los espacios cotidianos, así como también los sistemas de creencias y valores que orientan la vida familiar. Las dinámicas cotidianas han experimentado transformaciones significativas en cuanto a la configuración familiar que se denota con una menor presencia de familias tradicionales, sin embargo persisten muchas de las prácticas asociadas al modelo tradicional de familia, se evidencia que las mujeres además de asumir las tareas vinculadas al cuidado y la reproducción social, también participan activamente en el mercado laboral debido a que deben ser quienes sostienen económicamente a sus hogares, lo que genera una notable sobrecarga.

Otra es la dimensión espacial, que hace referencia a los lugares donde se desarrolla la vida cotidiana: el hogar, el barrio, los espacios comunitarios, el trabajo, la escuela, etc. El autor destaca que estos espacios no son solo físicos, sino también simbólicos, cargados de significados y sentidos para las personas. Esto se refleja en la escasa presencia de actividades recreativas o encuentros con redes de contención entre las mujeres entrevistadas. Por otro lado, entre el reducido número de varones participantes, se observa la posibilidad de dedicar tiempo a prácticas recreativas como el fútbol, las bochas o la participación en clubes barriales. Esto sugiere que los hombres continúan ocupando predominantemente la esfera pública del trabajo como en la vida cotidiana y conservan roles masculinos tradicionales, relegando las tareas de cuidado, que siguen siendo asumidas principalmente por las mujeres. El hombre ha ganado y ocupa muchos más espacios, mientras que la mujer prevalece en el hogar.

Y, por último, la dimensión relacional la cual determina que la vida cotidiana está atravesada por vínculos, relaciones, negociaciones, conflictos, acuerdos. Es allí donde se construyen y tensionan las relaciones familiares, donde se juegan los roles, las responsabilidades, los cuidados y los afectos. En este marco, los varones tienden a

reproducir los mandatos impuestos por la masculinidad hegemónica, que los posiciona como proveedores económicos, heterosexuales, exitosos, protectores, autosuficientes, procreadores, omnipotentes y desvinculados del cuidado del cuerpo. Por su parte, las mujeres continúan siendo asociadas a la esfera familiar y al mundo doméstico, donde sus redes y vínculos afectivos son reducidos.

Si bien en la vida cotidiana de todos se entrelazan dichas dimensiones, a partir de los datos recolectados es posible evidenciar que, en todas ellas, a pesar de ciertos cambios en la configuración familiar, persisten prácticas, creencias y relaciones que refuerzan desigualdades estructurales sobre todo ante la mujer. En este sentido, la disparidad de género debe entenderse como un fenómeno estructural que atraviesa y condiciona las oportunidades reales de participación y desarrollo, reproduciendo asimetrías de poder en distintos ámbitos de la vida social.

Esta desigualdad no solo se expresa en el acceso o uso diferenciado del sistema de salud, si no también en los modos en que las propias instituciones reproducen estos roles tradicionales de género. Resulta necesario que el CAPS repense los lugares sociales y roles que asigna, de forma implícita o explícita, en sus estrategias de intervención, promoviendo propuestas que incentiven una participación más transversal e inclusiva, incorporando activamente a varones, adolescentes y otros actores que tradicionalmente han sido excluidos del ámbito del cuidado. Este análisis representa un insumo diagnóstico valioso para la institución, ya que visibiliza dinámicas que pueden ser modificadas a través de políticas de salud con enfoque de género y corresponsabilidad en los cuidados, como así también, a abrir posibles líneas de acción transformadoras.

Como otra variable a analizar aparecen las características laborales, las que predominan en mujeres son ama de casa y tareas de cuidado. Las tareas domésticas y de crianza son una constante en casi todas las entrevistas, como así también estudios secundarios incompletos, abandono de carreras universitarias/terciarias o ni siquiera su inicio. Además, muchas de ellas trabajan desde su casa (peluquería, repostería, cuidado de niños, venta de comida), otras tienen trabajos por su cuenta como limpieza o cuidado de personas mayores o niños. Muchas manifiestan tener ganas de retomar los estudios o aprender oficios para trabajar desde su casa, esto nos hace pensar en la naturalización de la práctica de su vida cotidiana puertas adentro y la romanización de la maternidad.

“Empecé a estudiar prótesis dental, cuido mis dos hijos y hago las cosas de la casa (...) no me dan los tiempos, por suerte tengo el apoyo de mi novio”

“Estudiaba en el colegio Rivadavia, pero tuve que dejar cuando nació la bebe”

En los hombres, aparece el trabajo como albañiles, choferes, trabajos rurales o trabajo informal/independiente como vendedores ambulantes. También se mencionan situaciones de desempleo o falta de ingresos por problemas de salud o accidentes.

Aquí se manifiestan y es posible identificar ciertas problemáticas estructurales como lo son la precariedad laboral, ausencia de protección social, vulneración del derecho a condiciones dignas de trabajo y salud ocupacional. Las mujeres trabajan mayoritariamente en tareas no remuneradas (amas de casa, cuidado), en economía informal o en microemprendimientos domésticos (repostería, venta de comida, peluquería), en cambio, los hombres, en trabajos informales como changas y oficios. En este caso se entrecruzan dos aristas, la económica por falta de ingresos y la sanitaria por dolores crónicos, discapacidades, tratamientos oncológicos entre otros. El deterioro físico asociado al trabajo (de fuerza, repetitivo) y enfermedades crónicas impactan en la calidad de vida. La falta de ingresos estables y de acceso a derechos laborales básicos y condiciones dignas (jubilación, seguros) incrementa la vulnerabilidad social. Incluso esto deja como consecuencia la imposibilidad del pago de aportes para acceder a una jubilación o pensiones.

“Estoy operado dos veces de la cadera, ya no puedo trabajar y estoy esperando la pensión que todavía no me la dan... vengo a buscar el bolsón en el municerca y con eso tiro”

Retomando a la salud, en su concepción integral, debe ser entendida como una unidad de lo diverso, un objeto complejo que se configura en el marco de relaciones sociales históricamente determinadas. En este caso, lo que podemos problematizar, no es solamente la enfermedad o el síntoma físico, sino la imposibilidad estructural de reproducir la vida en condiciones dignas, el deterioro del cuerpo asociado al trabajo precario y la exclusión de los sistemas de seguridad social.

Esta perspectiva más amplia nos ayuda a comprender que la salud no es simplemente una cuestión individual, sino que está influida por una serie de factores externos. Cabe tener en cuenta que la problemática de la salud es consustancial con las

condiciones concretas de la vida y estas condiciones forman parte de la reproducción social y sus problemas, es por esto que Samaja (op .cit) determina que todo fenómeno del campo de la salud es un “híbrido” (como unidad de lo diverso). Es así como se entrevistó que la condición económica y laboral afecta directamente a la salud.

Cabe destacar que durante el trabajo de campo se identificaron personas mayores de 60 años que, a pesar de estar jubiladas, continúan realizando actividades laborales de bajo esfuerzo físico con el fin de complementar sus ingresos. Tal como expresaron en las entrevistas, la jubilación que perciben no resulta suficiente para cubrir sus necesidades básicas, por lo que se ven obligados a seguir trabajando o buscar alternativas.

Esta situación pone en evidencia las limitaciones del sistema de protección social en la vejez, que, si bien ha avanzado en términos de cobertura, todavía presenta desafíos importantes en cuanto a la calidad y suficiencia de las prestaciones. En Argentina, según Minoldo, T., & Peláez, E. (2015) para acceder a una jubilación contributiva es necesario haber alcanzado la edad requerida y contar con al menos 30 años de aportes. Sin embargo, sabemos que muchas personas no logran cumplir con ese requisito debido a trayectorias laborales marcadas por la informalidad, el desempleo o las tareas de cuidado no remuneradas.

En este contexto, en las últimas décadas se implementaron políticas de inclusión previsional que permitieron el acceso a una jubilación mínima aún sin contar con todos los aportes requeridos. Esto significó un avance en términos de equidad, ya que amplió significativamente el acceso a un ingreso para la población adulta mayor, incluso en casos de trayectorias laborales interrumpidas o informales. Sin embargo, la multitud de jubilaciones mínimas también tuvo como consecuencia una homogeneización de los ingresos jubilatorios, lo cual, si bien redujo desigualdades internas, generó una situación en la que una gran parte de las personas mayores percibe ingresos muy bajos, lo que afecta directamente sus condiciones de vida. En el trabajo territorial, esto se refleja en la presencia de adultos mayores que manifiestan continuar trabajando por necesidad económica, así como en la escasa participación en actividades recreativas o de formación, muchas veces por falta de tiempo, energía o motivación, producto del esfuerzo que implica sostener su día a día, priorizando resolver cuestiones urgentes o relacionadas con su bienestar inmediato.

En base a lo desarrollado anteriormente consideramos importante determinar cómo problemáticas emergentes a las dolencias físicas crónicas o derivadas del trabajo, dolores por trabajo de fuerza, tratamientos oncológicos con consecuencias físicas. Y también limitaciones económicas o laborales como desempleo prolongado o trabajo informal, ingresos insuficientes y trabajo físico agotador o con horarios que impiden el autocuidado. Algunos concurrentes expresaron

“Tengo muchos dolores por trabajo de fuerza, tenemos treinta y cuatro años de tambo, son muchos años”

“Tuve cáncer de mama por eso me tuvieron que sacar algunos ganglios del brazo y se me hincha y me duele”

“Los horarios de trabajo son rotativos y si hago algo cuando no trabajo es responsabilizar a mi hija más grande todo el tiempo del cuidado de la más chica”

“No puedo trabajar porque estoy operado de la cadera y todavía no me salió la pensión así que no hay plata por suerte acá me dan el bolsón”

Para continuar y hacer referencia a las preguntas planteadas en las entrevistas se pueden identificar algunas percepciones sobre el sistema de salud. Como aspectos positivos se mencionan la comodidad y la confianza con los profesionales del CAPS al sentirse acompañados por los mismos, la accesibilidad y la cercanía:

“Soy muy riguroso con las vacunaciones y controles. Como trabajo cerca con mi suegro vengo muy seguido acá. Espectacular la atención”

“Siempre vengo acá porque me queda cerca, vivo a la vuelta”

“Nunca tuve problema con nada, me parece espectacular el manejo del CAPS”

Por otro lado, se refieren como críticas frecuentes la dificultad para conseguir turnos y la falta de algunas especialidades (ej: pediatría, ginecología). Algunos usuarios recurren a psicoterapia de manera particular porque en el CAPS hay poca disponibilidad de turnos o largas listas de espera, lo que conlleva a que deban recurrir a hospitales, clínicas o atención particular. Expresaron:

“Vengo por controles con la ginecóloga o por control de las nenas si no consigo acá turnos voy a la asistencia. estoy conforme con las atenciones, pero tardan en tener turnos”

“Vine a consultar para hacerme estudios, pero no son activos ni resolutivos”

“Casi nunca vengo, los controles me los hago en el hospital porque cuando vengo acá me derivan para la mitad de las cosas allá así que voy allá directamente”

Este conjunto de referencias, como datos significativos permiten reconocer algunas de las percepciones y acceso al sistema de salud de la población, como cualidades favorables se puede decir que se denota que la mayoría ha construido un vínculo de confianza con la institución y los profesionales, siendo un lugar donde se sienten acompañados, contenidos, y la cercanía de la institución genera comodidad. Esto habla bien del capital simbólico que tiene el CAPS para la comunidad.

Por otro lado, se resaltan aspectos críticos que puntos débiles, se apoyan en la falta de turnos y especialidades. Esto refleja inequidades en el acceso efectivo a la salud, aunque el centro esté cerca, si no hay turnos o diversidad de especialistas, las necesidades quedan insatisfechas, conllevando a un déficit en el acceso efectivo, lo que obliga a recurrir a otros niveles, muchas veces pagos, reforzando desigualdades.

“Del jardín me piden llevarla al psicólogo por ataques de pánico y ansiedad, hace dos semanas que no la mando (...) estoy buscando una particular, aunque no sé cómo voy hacer para pagarla porque acá no hay turnos hasta el próximo mes”

Uno de los aspectos que aparece reiteradas veces es el acceso limitado a la atención en salud mental, especialmente en lo que refiere a turnos de psicología. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, además de pensar este déficit como una simple cuestión de “falta de oferta frente a una gran demanda”, consideramos pertinente analizar qué hay detrás de esta alta demanda de atención en salud mental.

Este fenómeno no puede desligarse del contexto socioeconómico y su impacto emocional que atraviesan muchas personas. Desempleo, trabajos informales y precarios, sobrecarga en las tareas de cuidado, soledad, violencias cotidianas, falta de redes de apoyo, son algunas de las situaciones que evidenciamos en las entrevistas y consideramos que afectan directamente la salud mental. La cual debe ser comprendida como un proceso social y no únicamente individual, fuertemente atravesado por el contexto. La creciente demanda por espacios de escucha, contención o acompañamiento psicológico no sólo da cuenta de una mayor conciencia social sobre la importancia de lo emocional, sino también

de un malestar más generalizado, vinculado a las condiciones de vida actuales y a la falta de tiempo, recursos y espacios para el autocuidado entre otras cuestiones.

Otro de los aspectos relevantes a tener en cuenta es que la mayoría de las personas asisten al CAPS solo cuando hay enfermedad o necesidad específica, ya sea para fichas médicas de niños y adolescentes escolarizados, rehabilitación y/o controles puntuales por enfermedades crónicas

“Por lo general solo cuando estoy enferma”

“Hoy por fichas médicas, pero además vengo una vez al mes por tratamiento con la nutricionista”

“Solamente por trámites y controles como ficha médica”

“Solo cuando mi hijo se enferma o por fichas médicas”

“Vengo siempre desde que abrió en la otra ubicación, hago consultas frecuentes con nutricionista, médico, psico, ts por mi condición”

La mayoría de las personas asiste únicamente ante una necesidad concreta, cuando hay enfermedad o requerimientos administrativos reflejando el peso que conservan los “modelos tradicionales” de atención de la salud, que entienden a la misma desde una perspectiva centrada en la enfermedad, y no desde una concepción integral que incluya la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades, evidencia que lo preventivo aún no está suficientemente instalado. En ese sentido, la salud se asocia a la ausencia de síntomas, y, por lo tanto, acudir al centro de salud sólo cobra sentido cuando “algo anda mal”.

Esto puede ser un analizador clave, el CAPS, en la percepción y uso cotidiano de la comunidad, no se constituye como un espacio de referencia permanente, de promoción o prevención en salud, sino más bien como un recurso al que se acude de manera intermitente ante situaciones específicas, se convierte en un lugar de paso frente a necesidades puntuales. Ante dicha situación nos interesa repensar el perfil que tiene el CAPS, ¿es asistencial? ¿Esto concuerda con su política de aplicación? Acá vemos reflejado no sólo limitaciones del sistema sanitario en términos de oferta y comunicación, sino también una cultura sanitaria que no promueve suficientemente el autocuidado preventivo, el seguimiento periódico o el acceso sostenido a estrategias de salud comunitaria.

Lo antes mencionado podría estar vinculado también a que las propuestas de promoción de la salud no están suficientemente arraigadas o no son reconocidas por la población como parte del rol del CAPS. Además de incidir cuestiones como la escasa disponibilidad de recursos y personal para este tipo de acciones, hasta la falta de estrategias comunicacionales que acerquen de manera clara, atractiva y participativa la dimensión preventiva a la vida cotidiana de las personas. En cuanto a esto, reflexionamos que la promoción de la salud puede repercutir en la demanda, ya sea reduciendo la misma o transformándola.

La relación entre sujeto y objeto requiere de la mediación de ciertas estructuras simbólicas, pues las experiencias perceptivas no están únicamente determinadas por las imágenes y estímulos de la naturaleza, sino que dependen de la cultura, de esas estructuras simbólicas que aplicamos al conocer; una las cuáles es el método Breilh, J. (2013) s/n

Tal como detalla el autor, lo que se puede medir y observar directamente (como estar enfermo o no), no es suficiente. lo que describe como un método empírico que sólo nos permite ver una parte de la realidad, como si estuviéramos mirando solo la punta del iceberg. Se pueden observar únicamente los efectos visibles de los problemas de salud, pero no entendemos completamente cómo se originan ni qué procesos subyacentes los causan.

Consideramos pertinente la influencia de un enfoque más integrador, que considere también la interpretación de la situación desde el punto de vista del usuario, lo que implica tomar en cuenta factores sociales, culturales y económicos. Este enfoque debe ir más allá de la simple observación de los datos y buscar entender las causas profundas de los problemas de salud contemplando los determinantes sociales y la determinación social de la salud, no solo sus efectos visibles, vinculando directamente con el entorno permitiendo entonces repensar la tríada salud-enfermedad atención asociando al contexto completo.

Por otra parte, es oportuno mencionar que la participación activa y el diálogo entre los diferentes actores se dio en la mayoría de las entrevistas y en la totalidad de las instancias grupales, pudiendo recuperar experiencias, coincidencias reflejadas e identificadas por los usuarios y recuperando los factores antes mencionados.

En una entrevista de dos personas en simultáneo, los usuarios reconocen que son vecinos, apareciendo acá el CAPS como generador de vínculos. Además, en la mayoría

de entrevistas a mujeres en paralelo, las mismas coinciden en las respuestas y aportan a estas, mayormente al momento de hablar de redes de apoyo o salud mental, reflejando una fragilidad en las redes primarias y una fuerte percepción de soledad, desconfianza o aislamiento emocional.

“La verdad que no me siento contenida por nadie porque siempre te están juzgando así que prefiero guardarme las cosas para mí.”

“Una debe mantenerse una misma, siempre entera”

“Me ocupo de mí, ahora me toca a mí”

“La gente es muy complicada prefiero no hablar”

A partir de estos comentarios que surgieron en las entrevistas e instancias grupales, es fundamental que el centro de salud propicie instancias que siembren las relaciones sociales y redes de apoyo comunitarias para generar fortalecimiento en vínculos solidarios, espacios de encuentro y redes de cuidado mutuo. En este sentido, el CAPS no solo puede avocarse a brindar atención clínica, sino también propiciar espacios de diálogo, contención y producción colectiva de saberes, donde la comunidad se reconozca como protagonista de sus propios procesos de cuidado y transformación.

Es pertinente considerar la necesidad de modificar las perspectivas y evolucionar en el modelo de atención. En este sentido, el trabajo social tiene la capacidad de transformar los espacios de atención, adoptando enfoques diversos. Esto no debe limitarse únicamente al ámbito institucional, sino que puede extenderse al territorio y a los espacios representativos de los usuarios, reconociendo las realidades sociales y contextuales en los que se encuentran. Esto indica la necesidad de trabajar no solo desde la atención individual, sino fortaleciendo redes comunitarias, grupos de pares, espacios colectivos de contención.

Para finalizar con el apartado analítico que nos permitió desenvolver el trabajo de campo hacemos hincapié en las temáticas de interés que fueron mencionadas. En esta categoría nos enfrentamos en reiteradas ocasiones, principalmente con adultos mayores, que manifestaban no tener interés para aprender algo nuevo o plantear una temática, sus respuestas evidencian una baja motivación a participar o involucrarse activamente en actividades del CAPS. Esto es un dato en sí mismo: no es solo que haya pocos mayores

participando, sino que para el caso de esta etapa etaria, parece asociada al retiro, a la no participación, al cansancio o desinterés,

“Todo lo que me interesa lo tengo claro, no necesito información de nada”

“Tengo tantas cosas y tantos problemas que no tengo ganas de aprender nada ahora”

Estas respuestas reflejan algunas barreras subjetivas que deben ser tenidas en cuenta en la intervención, pero también se podría pensar como una ausencia de propuestas verdaderamente atractivas o personalizadas para esta población. La “desmotivación” no siempre es una elección, sino muchas veces la respuesta a la falta de opciones significativas. ¿por qué la gente no quiere saber nada? Se recomienda a partir de dichas respuestas rediseñar estrategias de captación de usuarios

“No siento que tenga dudas en este momento la verdad que me informo mucho de internet”

También en muchas ocasiones se mencionaba la necesidad de realizar actividades recreativas o de goce planteadas desde un lugar dinámico, divertido o en movimiento. Particularmente aquí aparece una oportunidad para habilitar espacios de encuentro, recreación y fortalecimiento de vínculos, posibilitando reconocer saberes previos y valorando conocimientos que ya circulan, además de fomentar encuentros e instancias participativas/colectivas intergeneracionales, donde además de generarse vínculos y redes de apoyo, se establezca una circulación de cultura y memorias colectivas.

“Cosas dinámicas y recreativas, para entretenerse”

“Talleres más re creativos, me gusto uno que vi en el teléfono de reciclado de telas por ejemplo”

Por otro lado, se logró identificar repitencias en cuanto a las temáticas sobre enfermedades crónicas, prevención y manejo de las mismas. Crianza y acompañamiento familiar, alimentación y vida saludable en relación a salud, y por fuera de este campo se mencionaron: Capacitación de oficios y/o emprendimientos y actividades recreativas como pintura entre otras. Esta diversidad de temas resalta la importancia de una intervención integral que no se limite a la atención en salud, sino que considere las distintas dimensiones de la vida de las personas.

“Cómo cuidarse en tanto a la salud con respecto a los deportes, alimentación deportiva sería bueno”

“Capacitaciones sobre empleo y emprendimiento me interesa eso en este momento herramientas para emprender, organizarse”

“Aprender cosas con y para mi hija de 10 años que está en la pre adolescencia cómo hablar y cómo llevar su crecimiento”

“Me gustaría aprender sobre la tecnología para no quedarme atrás uno que ya es grande a veces tiene que hacer cosas que no entiende”

“Alimentación saludable y organización de las comidas para toda la familia”

Es necesario exhibir que luego de cada entrevista o instancia grupal se plasmó en el cuaderno de campo algunas observaciones correspondientes actitudes en general como predisposición, si estaban abiertos a hablar, receptivo, como así también si estaban apurados, nerviosos, relajados o incómodos. Incluso el vínculo con el entrevistador, si hubo confianza o dificultades para conectar, si costó que se abra o mostró agradecimiento por el espacio.

CONSIDERACIONES FINALES

Para concluir, el proceso de análisis de datos desarrollado en este trabajo se rige como una etapa clave en la construcción de un diagnóstico participativo, sostenido en una estrategia metodológica que incluyó observación, entrevistas semiestructuradas e instancias colectivas. Este abordaje integral no solo permitió la recolección de información significativa, sino que también la comprensión de las dinámicas institucionales y personales que atraviesan a los usuarios que asisten al CAPS San Martín. La recolección de datos no se limitó a un ejercicio técnico, sino que implicó una vinculación comprometida con el territorio, propiciando espacios de diálogo y participación activa.

Este diagnóstico pretende ser una herramienta para visibilizar la complejidad constitutiva del campo de la salud, donde una perspectiva integral, colectiva y participativa, puede generar procesos de transformación. Se propone no sólo como un registro de datos, sino como un posicionamiento disciplinar que permita discutir estrategias de abordaje en el primer nivel de atención. Entendiendo a la salud como un

proceso complejo, determinado socialmente, que debe ser analizado en sus múltiples dimensiones. Como refiere Samaja (op. Cit.) en su obra “Epistemología de la salud”, “...la salud no puede ser comprendida cabalmente si se la separa de las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas en las que se produce.” (P:34) a partir del mismo es posible entender a la salud no solo como un objeto natural, es decir un virus o una lesión, ni tampoco solo como una construcción social o simbólica, o sea, los significados que una cultura le otorga a una enfermedad, si no, es ambas cosas al mismo tiempo. Por eso el mismo afirma que la salud integra: naturaleza, cultura, relaciones de poder, valores normas y discursos. En palabras del autor, “hechos híbridos”, porque no se reducen a un solo tipo de realidad. “Cualquier fenómeno propio del campo de la salud (...) reúne todos los ingredientes para ser designado como ‘un híbrido’, término que emplea B. Latour para hacer referencia a la unidad de esos diversos modos de ser que presentan los hechos concretos.” (p. 32). Samaja sostiene que cada hecho en el campo de la salud constituye una unidad compuesta por múltiples niveles de realidad. Así, la salud se presenta como una “unidad de lo diverso”, desafiando las perspectivas reduccionistas que la fragmentan y promoviendo una mirada integradora que dé cuenta de su complejidad inherente, en este sentido, todo fenómeno relacionado con la salud puede ser comprendido como una realidad que entrelaza distintos modos de ser. En el trabajo de campo se pudo evidenciar que los fenómenos de salud no pueden analizarse desde una única dimensión, ya que se configuran como realidades complejas que integran elementos biológicos, sociales, simbólicos y normativos.

Entonces, el presente diagnóstico participativo no sólo visibiliza las percepciones de los y las usuarias sobre el funcionamiento del CAPS San Martín, sino que también habilita una lectura crítica del modelo de atención actual y las nociones de salud desde las cuales se interviene y acciona. Es relevante mencionar que a partir del trabajo de campo, la aplicación de entrevistas y observaciones en sala de espera, se reconstruyó una imagen del CAPS fuertemente atravesada por la lógica asistencial¹¹ apoyada en concepciones de salud de tipo tradicional, donde las personas acuden en su mayoría ante situaciones puntuales de enfermedad o trámites, y no lo reconocen como un espacio continuo de acompañamiento o fortalecimiento, ni como un lugar de referencia sostenida,

¹¹ Se limita a dar una respuesta inmediata, desconociendo las determinaciones contextuales, sin realizar un seguimiento de los resultados y cambios que se puedan producir en la vida cotidiana de los sujetos. Estas modalidades se sustentan en mecanismos de las políticas vigentes, aunque no exclusivamente, dado que también se trata de prácticas instaladas que responden a posturas individuales.

de prevención o promoción de la salud, consolidando así una vinculación que “fragmenta” la atención de la atención Primaria de la Salud, a lo paradójicamente, asistencial o curativo. Dejando como evidencia que el componente asistencial prima por sobre el promocional, y que, si bien existen vínculos de confianza con los profesionales y se valora positivamente la atención recibida, las limitaciones en recursos humanos, turnos y especialidades impiden construir un CAPS más cercano a los principios que rigen la APS. Esto no sólo habla de la estructura del sistema, sino también de una cultura sanitaria que aún no logra instalar a la salud como un concepto complejo integrada por múltiples factores que inciden directamente en la vida cotidiana, aquí cobra relevancia el trabajo multidisciplinario en la institución.

La experiencia en sala de espera permitió habilitar un dispositivo no tradicional, que revirtió parcialmente la lógica pasiva de la misma, generando espacios de escucha activa, participación y expresión. Estos espacios sirvieron para detectar demandas, intereses y malestares subjetivos que no siempre encuentran lugar en los circuitos formales de atención. Se visibilizó la alta demanda en salud mental y las escasas posibilidades de respuesta institucional, lo que convoca a repensar el lugar de lo emocional y lo subjetivo como parte estructural del derecho a la salud. Tanto la repuesta institucional como la intervención profesional, no son hechos aislados o producto de una desorganización puntual, sino que se pueden analizar en el marco de las políticas públicas que no contemplan o priorizan estos aspectos. Esto cobra aún más relevancia teniendo en cuenta el contexto actual que estamos atravesando a nivel país, en donde prima el individualismo, la competencia y la intervención del estado se ve recortada al igual que los derechos, reproduciendo una lógica asistencial, fragmentaria que deja de lado el cuidado integral.

Las condiciones estructurales de creciente desigualdad, no solo afectan las condiciones materiales de vida, sino que también erosionan la estabilidad emocional y la confianza en las instituciones. Además de cuestiones como la desigualdad de género se ve como condicionante para el desarrollo de la vida cotidiana, sobre esto es importante utilizar estrategias de auto cuidado y empoderamiento para las mujeres, que permitan disminuir brechas. El Trabajo Social, en tanto disciplina crítica, asume el desafío de problematizar estas condiciones, visibilizar las conexiones entre lo individual y lo colectivo, y generar estrategias de intervención que reconozcan la validación emocional,

pudiendo hacer énfasis en aquello que se tiene como posibilidades o facilitadores y no centrándose a limitantes capitales.

Como cierre al presente trabajo final de grado, creemos que este proporciona insumos que permitan “repensar la sala de espera”, habitualmente concebida como un espacio pasivo y de transición, pudiendo ser resignificada como un dispositivo colectivo. Esta perspectiva se posiciona como un espacio potencial para el ejercicio de derechos, el intercambio entre usuarios y el despliegue de estrategias de prevención y promoción. Estos lugares cuando se transforman en un espacio activo, democratizan el acceso a la información, promueven el encuentro entre saberes y habilitan formas innovadoras de participación. En este marco, la implementación de talleres surge como una propuesta coherente, que permite intervenir desde una lógica de integralidad, apostando a la construcción colectiva del cuidado y reconociendo a las personas como sujetos activos de derechos.

El presente trabajo permitió evidenciar la vinculación entre las distintas dimensiones constitutivas del Trabajo Social —teórico-metodológica, ético-política y socio-histórica—, poniendo de manifiesto el modo en que estas se articulan en la práctica profesional. En este sentido, sostenemos que la disciplina posee un gran potencial para intervenir de manera activa en el campo de la salud, tanto en territorios específicos como frente a las diversas situaciones que en ellos se presentan. Esta capacidad de intervención se ve fortalecida por un ejercicio profesional que exige permanentemente la capacitación y apropiación de los marcos teóricos, incluyendo los aportes de colegas y corrientes disciplinares, con las acciones cotidianas, evitando así la mecanización o rutinización de la práctica. Incluyendo además la construcción de material bibliográfico para el intercambio saberes.

El desarrollo de este diagnóstico participativo ofrece múltiples aportes, tanto al CAPS como para nuestra propia formación como futuras profesionales del Trabajo Social. En primer lugar, como se mencionó anteriormente representa una herramienta valiosa para la visibilización de necesidades, problemáticas y demandas concretas de la población, muchas veces naturalizadas o sobre intervenidas en la cotidianeidad institucional. Este trabajo permite abrir interrogantes, generar insumos para la planificación de estrategias de intervención y fortalecer la dimensión comunitaria del centro de salud. A su vez, posibilita revisar y resignificar los dispositivos existentes, como la sala de espera o espacios no convencionales, proponiendo su uso como un espacio

colectivo, participativo y promotor de derechos, lo que puede enriquecer las prácticas cotidianas de los equipos interdisciplinarios.

Desde nuestra perspectiva como estudiantes y futuras trabajadoras sociales, este proceso significó una instancia de formación clave, que nos permitió articular teoría y práctica, desarrollar herramientas de observación crítica, trabajo en territorio, análisis situado y sistematización de la realidad. Este trabajo no solo reforzó nuestras convicciones ético-políticas en torno a una salud entendida como derecho, sino que también nos permitió reafirmar el valor del Trabajo Social como una práctica comprometida y transformadora, capaz de construir intervenciones con sentido, diálogo y conciencia de contexto. En definitiva, este diagnóstico representa un ejercicio profesional anticipado que enriquece nuevas intervenciones, aporta elementos para la acción, y potencia nuestra identidad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Ander-Egg, E., & Aguilar Idáñez, M. J. (2006). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Editorial LUMEN / HVMANITAS.

Auchter, M., Gómez, J., & Rubio, C. (s/f). *Curso en salud social y comunitaria. Programa Médicos Comunitarios - Ministerios de Salud - Presidencia de la Nación*.

Bonilla-Jiménez, F. I., & Escobar, J. (2017). *Grupos focales: una guía conceptual y metodológica*. Programa Editorial Universidad del Valle.

De Lellis, M. (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Editorial Nuevos Tiempos.

Escalada, M., et al. (2004). *El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional*. Espacio Editorial.

Idáñez, M. J. A., & Ander-Egg, E. (1999). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Lumen Hvmanitas.

Jelin, E. (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. CEDES.

Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Sites/Lumen.

- Lillo, N., & Roselló, E. (2023). Manual para el trabajo social comunitario (Vol. 48). Narcea Ediciones.
- Oliva, A., & Mallardi, M. (Coords.) (2012). Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del trabajo social. UNICEN.
- Samaja, J. (2004). Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Primera parte. Lugar Editorial.
- Salvatore, L. A., Medina, M. M., Tissone, S. E., Tapia, G. E., & Bander, M. P. (2023). Sala de espera: espacio de aprendizaje para la salud bucal. In *XVII Jornadas de Ciencia, Tecnología e Innovación (Universidad Nacional de Rosario, 19 y 20 de octubre de 2023)*.
- Segato, R. L. (2016). La guerra contra las mujeres. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Vélez Restrepo, O. L. (2003). Reconfigurando el trabajo social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Espacio Editorial.

Revistas / Artículos

- Abramovich, V., & Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales. La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos, 279–340.
- Aquín, N. (1995). Acerca del objeto del Trabajo Social. *Revista Acto Social*, 4(10), 1–10. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.
- Ávila Valdés, N., et al. (2016). Proyectos comunitarios: propuestas desde la promoción de la salud y la creación artística. *Comunidad*, 18(2).
- Bang, C., Stolkiner, A., & Corín, M. (2016). Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 463–473.
- Beca Infante, J. P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 269–271.
- Berra, A., et al. (2020). Salud Mental y Comunitaria en APS: Una experiencia participativa y de organización comunitaria en Salud Integral desde el CIC

- Almafuerte en el marco de la implementación de la ley N° 26.657. *Salud Mental y Comunidad*, (8), 72–84. <https://doi.org/10.18294/smyc.2020.5101>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S13–S27.
- Cano, A., Migliaro, A., & Acosta, B. (2009). Serie: Documentos de apoyo a los proyectos estudiantiles N° 1. Formulación de proyectos sociales. Unidad de Proyectos, Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Carballeda, M., & Juan, A. (2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *CS*, (1), 261–272. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.
- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Revista Archipiélago*, (21), 27–36.
- Garrido-Maturano, Á. E. (2012). Común-unidad y común-uniión. El fundamento afectivo de la comunidad en el pensamiento de M. Henry y F. Rosenzweig. *Daímon. Revista Internacional de Filosofía*, (56), 155–171.
- González, S. B. (2012). La intervención profesional individual familiar en el marco de la atención primaria de la salud. Trabajo interdisciplinario e intersectorial. ¿Realidad o desafío? *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (66), 8–15.
- Gotlieb, V., Yavich, N., & Báscolo, E. (2016). Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.
- Hausberger, M., & Wacsman, R. (2000). Participación de la comunidad en la problemática de salud: un modelo interdisciplinario de investigación acción. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8, 123–130.
- León, J. O. C., Osorio, H. W. R., Meza, L. L. M., & Montoya, A. P. (2017). Modelo de intervención estrategia comunidades con autocuidado promotoras de salud (CAPS).
- Mallardi, M. W., & Cañizares, B. Z. (2011). La aprehensión de la cuestión social en la práctica del trabajo social: Aportes para la elaboración de proyectos sociales en el ejercicio profesional. *Portularia*, 11(2), 15–21.

- Mallardi, M. (2018) “Cotidiano y relaciones familiares: elementos para la intervención profesional del Trabajo Social”. En Informe Social y relaciones familiares. Categorías en disputa. Puka Editora. Tandil. Argentina.
- Messina, G. (2012). El sector salud argentino en dos modelos de crecimiento. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 2(3), 65–97.
- Minoldo, T. S., & Peláez, E. (2015). El universalismo como estrategia de inclusión en la previsión social. Reflexiones desde Argentina. In *XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Asociación de Estudios de Población de la Argentina.
- Núñez, M. (2023). La otra cara del privilegio: Masculinidad hegemónica y salud integral en varones cis de la provincia de Santa Fe. Encuentro de Jóvenes Investigadores.
- Oliva, A., & Gardey, V. (2014). Componentes de la asistencia profesional del trabajo social. Procesos de intervención en trabajo social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico.
- Periago, M. R. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: La propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Ruano, O. M. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa (I). *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, (28), 7.

Fuentes de Internet

Berner, E. D. (2012). Guía sobre talleres en la sala de espera de un servicio de salud [Un espacio de comunicación]. En FUSA. Willay Estudio. <https://grupofusa.org/descargas/Guia%20Sobre%20Talleres%20de%20Sala%20de%20Espera.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012).

Programa de gestión territorial integral - salud, familia y comunidad. Ordenanza N° 7122.

ANEXOS

Se expone en el presente apartado una metodología de trabajo que va en consonancia con las conclusiones finales del diagnóstico participativo.

Se pretende mediante los talleres conformar mediante los talleres un dispositivo, donde cada uno de estos cuente con:

- **APERTURA:** Presentación de los profesionales, contextualización de la actividad que se llevará a cabo.
- **DINÁMICA DISPARADORA:** Mediante algún método didáctico como audiovisual, frases, imágenes, juegos que den pie a abordar un tema central, seguido de actividades o acciones disparadoras para que los sujetos se vean interpelados e incentiven a participar. En el desarrollo de los mismos se tomará registro escrito de todo lo sucedido (cantidad de participantes, preguntas, intercambios, posicionamientos).
- **DESARROLLO:** La configuración de cada taller, además de ser única, debe posibilitar innovaciones acordes con los sujetos y contextos donde el mismo se desarrolla además de permitir recuperar experiencias, motivaciones e inquietudes.
- **CIERRE:** Al concluir cada taller, es esencial que los disertantes se reúnan para evaluar las condiciones en las que se llevó a cabo. Necesariamente se deben considerar aspectos como la participación, la idoneidad de las dinámicas empleadas, la presencia de facilitadores y cualquier obstáculo que haya surgido. Es sumamente relevante que se tome un registro adecuado diseñado específicamente para cada encuentro, esto permitirá conocer cuántas personas participaron, el interés que generó la actividad y las temáticas que más captaron su atención. Debido a que el diagnóstico es constante, se tendrá en cuenta qué se aprendió, qué resultó novedoso, qué puede quedar como tarea, entre otros aspectos.

Otra arista operativa que se tendrá en cuenta es la periodicidad del dispositivo: los talleres se realizarán cada quince días. El día se elegirá estratégicamente a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico. Al igual que las temáticas y los profesionales que participarán en el mismo podrán ser aquellos que estén habilitados mediante su profesión y conocimientos para tratar con las temáticas seleccionadas.

Taller de salud mental y emocional

Nombre sugerido: “Cuidarnos también es salud”

Temas: manejo del estrés, ansiedad, autoestima, autocuidado, redes de apoyo.

Se plantea este espacio abierto y de encuentro al cual concurre la comunidad para promover la escucha, donde las personas comparten sus experiencias e inquietudes con

los otros. A través del mismo se pretende fortalecer el autocuidado, comprender episodios de ansiedad y fomentar las redes de apoyo, manejo de estrés y autoestima. Se sugiere que el profesional disertante sea especializado en psicología o psiquiatría.

Taller de crianza y adolescencia

Nombre sugerido: “Acompañar sin agotar”

Temas: comunicación, límites emocionales, cambios en la adolescencia, redes de contención.

Orientado a abordar cuestiones vinculadas con la crianza de niños/as y adolescentes, y sobre lazos familiares, así como en la relación de las familias con otras instituciones (escuela, juzgados, etc.). Está orientado principalmente a referentes adultos. Se propone abordar cuestiones familiares, vinculares e individuales desde la importancia de la palabra, los vínculos y el juego. Dictado idealmente por profesionales en psicopedagogía, trabajo social o psicología.

Taller de alimentación saludable y cocina práctica

Nombre sugerido: “Comer bien sin gastar de más”

Temas: menús saludables, lectura de etiquetas, organización semanal, recetas económicas.

Pretende abordar conceptos básicos sobre nutrición y alimentación equilibrada, sobre todo para personas con enfermedades crónicas, además de plantear herramientas sobre cómo planificar las comidas, aprender a elegir alimentos saludables, que contemple el espacio para compartir experiencias y recetas. Disertado principalmente por profesionales en nutrición.

Taller recreativo

Nombre sugerido: “Construyendo comunidad”

Temas: reciclado, baile, arte en general.

Se orienta a mejorar las condiciones de salud de las personas en general, a la vez que ofrece un espacio para procesar mediante el cuerpo, la danza, la pintura o manualidades. Se propone convocar pensamientos, emociones y lo corporal en el abordaje desde el arte, enfatizando en la importancia de sentirnos y atendernos. El

espacio está pensado para todas las edades y géneros. La sugerencia en este taller es generar lazos con otras instituciones, con un profesional del arte, de la danza o el que se considere pertinente para la actividad recreativa elegida.