

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

# **Trabajo territorial en salud: estrategias entre la complejidad de las demandas y la vulneración de derechos.**

Lenta, María Malena, Longo, Roxana Gabriela, Tortosa, Paula Inés y Joskowicz, Adan.

Cita:

Lenta, María Malena, Longo, Roxana Gabriela, Tortosa, Paula Inés y Joskowicz, Adan (2020). *Trabajo territorial en salud: estrategias entre la complejidad de las demandas y la vulneración de derechos*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/708>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/yfg>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# TRABAJO TERRITORIAL EN SALUD: ESTRATEGIAS ENTRE LA COMPLEJIDAD DE LAS DEMANDAS Y LA VULNERACIÓN DE DERECHOS

Lenta, María Malena; Longo, Roxana Gabriela; Tortosa, Paula Inés; Joskowicz, Adan  
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, atravesados por el desmantelamiento de las políticas sociales, se encuentran en tensión en territorios de precariedad y vulneración de derechos. En este escenario los equipos de Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada afrontan diferentes demandas de atención en relación a problemáticas complejas que impactan fuertemente en los/as trabajadores/as. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva y Epidemiología Crítica, el presente artículo tiene como objetivo conocer las estrategias de trabajo de equipos de salud territoriales en situaciones psicosociales complejas de dos CESACs de la zona sur de la CABA. Para la metodología se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con un diseño mixto cuanti-cuantitativo del que participaron 29 trabajadores/as. Entre los resultados se observan las principales problemáticas con las que trabajan y cuáles son las que más les impactan. Estas son situaciones complejas concernientes a las vulneraciones de derechos en la infancia, problemáticas de género y condiciones precarias de vida. A su vez, la situación edilicia en la que las/os trabajadoras/os desarrollan su tarea, la poca articulación interinstitucional y la complejidad de las problemáticas psicosociales interpelan las prácticas y re configuran las estrategias individuales y colectivas de intervención territoriales.

## Palabras clave

Atención primaria - Equipo de salud - Territorio - Derechos

## ABSTRACT

**TERRITORIAL WORK IN HEALTH: STRATEGIES BETWEEN THE COMPLEXITY OF THE DEMANDS AND VULNERATION OF RIGHTS**  
Los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, atravesados por el desmantelamiento de las políticas sociales, se encuentran en tensión en territorios de precariedad y vulneración de derechos. En este escenario los equipos de Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada afrontan diferentes demandas de atención en relación a problemáticas complejas que impactan fuertemente en los/as trabajadores/as. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva y Epidemiología Crítica, el presente artículo tiene como objetivo conocer las estrategias de trabajo de equipos de salud territoriales en situaciones psicosociales

complejas de dos CESACs de la zona sur de la CABA. Para la metodología se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con un diseño mixto cuanti-cuantitativo del que participaron 29 trabajadores/as. Entre los resultados se observan las principales problemáticas con las que trabajan y cuáles son las que más les impactan. Estas son situaciones complejas concernientes a las vulneraciones de derechos en la infancia, problemáticas de género y condiciones precarias de vida. A su vez, la situación edilicia en la que las/os trabajadoras/os desarrollan su tarea, la poca articulación interinstitucional y la complejidad de las problemáticas psicosociales interpelan las prácticas y re configuran las estrategias individuales y colectivas de intervención territoriales.

## Keywords

Primary care - Health team - Territory - Rights

## Introducción

En América Latina hay una corriente importante de pensamiento que trabaja para retomar el contenido original de la Atención Primaria de la Salud (APS) y fortalecerlo bajo el nombre de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I) (Laurel, 2018). El modelo de APS-I coloca en el centro la satisfacción de las necesidades de salud de las personas e implica el reordenamiento de los efectores, pasando del esquema burocrático piramidal por niveles a un esquema de redes asistenciales, responsables de la atención de la salud de una comunidad (Giraldo, 2015). Este modelo exige que se integre la perspectiva de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica que conciben a la salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso singular y colectivo, entrelazado por una diversidad de dimensiones: determinantes socio-económicas; producción sociohistórica de masculinidades-femineidades y sus relaciones; sistemas de valores y creencias en relación con el cuerpo y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención de los equipos de salud (Zaldúa, Longo, Lenta y Sopransi, 2014).

Las problemáticas actuales que afrontan los equipos de salud en relación a las demandas de atención y cuidado por parte de los/as usuarios/as son sumamente complejas e impactan en el devenir de los actos de salud de los equipos que atañen el campo de la prevención, de los diagnósticos y los tratamientos

(Molinier, 2019). A esta situación se le añade la progresiva precarización y proletarización del mercado laboral en el ámbito de la salud, que posiciona al profesional de la salud en un lugar social conflictivo y contradictorio: la caída del valor social de la profesión le quita los soportes sociales que le permitían sostener la complejidad de la práctica profesional y a la vez lo ubican a una realidad laboral cotidiana muy distante de los ideales que lo condujeron a la profesión (Franco y Merhy, 2009; Molinier y Legarreta, 2019). Este interjuego negativo entre el deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas, y la problemática compleja de los usuarios de los servicios de salud impacta tanto a nivel de la salud de las/os efectores de salud como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica y en problemas organizativos (Zaldúa, Bottinelli, Lodieu, Tisera, Gaillard, Pawlowicz y Naberger, 2010). Esta situación revela cómo las tensiones sociales presentes en la sociedad impactan en los procesos de atención, en la rutina diaria de los servicios, planteando la necesidad de propiciar reflexiones colectivas sobre cuáles son los caminos a seguir en los procesos de atención en salud, frente a una realidad de vulnerabilidad social y desmantelamiento de las políticas sociales, que no sólo impacta en la salud de los usuarios, sino en la propia salud de los equipos de salud.

### **Territorios y vulnerabilidad**

Desde la Salud Colectiva, el territorio aparece como algo más que un espacio en un mapa en función de su geografía. El territorio es una construcción dinámica, variable, semantizable y resemantizable por los/as actores/as sociales que allí desenvuelven diferentes acciones de la vida cotidiana. Incluso, en un mismo espacio, por ejemplo, en un barrio conviven diversas territorialidades: las de las organizaciones sociales, las de los diferentes vecinos/as, las de los distintos grupos generacionales, entre otras, con intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes. Entre éstas se generan relaciones de complementación, cooperación, conflicto, enfrentamiento; así como también, construyen hitos, historias y narrativas acerca de los espacios (Zaldúa, Sopransi, Longo, Lenta y Bottinelli, 2012). La relación entre vulnerabilidad y salud se presenta en la vida cotidiana de las poblaciones que viven en territorios signados por inequidades estructurales y genera un escenario complejo que pone en tensión las posibilidades de respuestas integrales en salud, delimitando problemas psicosociales complejos que visibilizan la hiancia entre las necesidades y el acceso los derechos, lo que suscita diferentes expectativas sociales entre los/as actores/as territoriales (Lenta, Pawlowicz y Riveros, 2019). El territorio se vuelve fundamental en estos contextos para el equipo de salud posicionados desde la APS-I, pues está atravesado no sólo por los procesos epidemiológicos, sino también, por los económicos, políticos, culturales e históricos que delimitan situaciones de vulnerabilidad diversas, es decir, susceptibilidad diferencial según los recursos y posicionamientos territoriales

para los colectivos sociales, de sufrir distintos padecimientos (Ayres, França Junior, Junqueira Calazans y Saletti Filho, 2006). Al igual que el territorio, la dimensión de la subjetividad debe ser reconocida por los equipos de salud en la coproducción de los procesos de atención a la salud-enfermedad cuidado, evidenciando esta trama (individual y colectiva) como una dimensión fundamental en la construcción de la salud (Campos, 2006; Gondim y Monken, 2018).

El creciente aumento de problemas psicosociales en los territorios urbanos producto de la reconfiguración de las ciudades (Poggiesse y Cohen Egler, 2009) exige a los equipos de salud manejarse con un enfoque integrador, que no se limita a trabajar con el individuo y su problemática/patología, sino que tiene que estar relacionado con los alcances de atención, evaluación y prevención a nivel familiar y de comunidad. La APS-I incorpora el componente salud mental y acentúa las bases en la problemática de la comunidad, priorizando la participación social en la prevención de patologías/problemas psicosociales y la promoción de salud mental (Rodríguez Gabarrón, 2004).

El campo de la salud necesita ampliar la concepción de la importancia del territorio en la salud de las personas, bajo el entendimiento de ambos, territorio y salud, como procesos dinámicos que se concretan en las agencias específicas de las personas sobre sus lugares de vida. Esta ampliación de la mirada precisa de: una lectura de la relación territorio y salud que integre materialidades concretas, apropiaciones, transformaciones y simbolismos de lugares específicos; una concepción de la salud como dialéctica de ajuste y creación, resultado de las condiciones materiales de la vida, pero también de procesos de interacción y simbolización con los otros; una concepción de la salud pública como campo de conocimiento y acción interdisciplinar, que involucra la participación de actores concretos -no sólo los estatales- e integra saberes diversos, que propone una comprensión situada; y, en este sentido, una concepción de la subjetividad como proceso que ocurre en ambientes y bajo condiciones sociales específicas, y de un sujeto que es agente, que crea y recrea las condiciones de su vida con base en los límites impuestos por su existencia material, pero también de acuerdo sus necesidades, motivaciones, deseos y expectativas (Molina Jaramillo, 2018).

### **Vulnerabilidad y exclusión social en el territorio de la zona sur de la CABA**

Según la Defensoría del Pueblo (2015), si bien cerca de 200 mil personas habitan en los más de 30 barrios más empobrecidos de la CABA, la mayoría está ubicado en la zona sur (comunas 4, 8 y 9). En estos barrios, más del 70% de los hogares son deficitarios en sus componentes constructivos. Asimismo, el 20% carece de conexión cloacal. En el global de la Ciudad, el 11% de los hogares presenta condiciones de hacinamiento pero en la zona sur, el promedio alcanza al 20% de los hogares y en los barrios más empobrecidos llega al 56%.

Otra característica de la zona sur de la CABA es que presenta los mayores índices de desempleo (12,2% zona sur, 9,2% CABA) según un informe del Centro de Estudios Metropolitanos (2020). También sostiene que la informalidad laboral presenta mayores índices en la zona sur (34,8% zona sur, 27,8% CABA), junto con otros indicadores sobre la calidad y las condiciones de vida como el embarazo en la adolescencia (37,7/1.000 habitantes zona sur, 22,7/1.000 habitantes CABA) informado por la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (2019), la cobertura de salud pública exclusiva (34,5% zona sur, 18,6% CABA) según la Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA (2018). El escenario de vulneración de derechos e injusticia territorial observada en el desigual acceso a condiciones, recursos y oportunidades para el desarrollo de la vida, interrogan acerca de las posibilidades y obstáculos de las intervenciones de los equipos de salud territoriales que basan sus estrategias de trabajo en la APS-I. En este marco nos interrogamos en cuanto a ¿cuáles son las problemáticas prevalentes con las que se encuentran los equipos de salud territoriales? ¿Qué estrategias se plantean los equipos para el trabajo con problemáticas psicosociales complejas desde la APS-I?

### Metodología

En función del problema planteado, este trabajo presenta el objetivo de conocer las estrategias de trabajo de equipos de salud territoriales en situaciones psicosociales complejas de dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs) de la zona sur de la Ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA).

Para ello se desarrolló una investigación basada en una estrategia de Investigación Acción Participativa (IAP) en el marco del proyecto de investigación UBACyT Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado, dirigido por la profesora Graciela Zaldúa. Siguiendo a Balcázar (2003), la IAP es una aproximación teórico-metodológica para la investigación psicosocial. En cuanto estrategia, promueve la participación de los/as miembros/as de comunidades y colectivos en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas a partir del incremento del reconocimiento y control de aspectos relevantes de sus vidas cotidianas. La inclusión de las personas participantes de la investigación en los diferentes procesos de la misma incita a la conciencia socio-política entre quienes participan y las/los concibe como agentes de cambio y no, como objetos de estudio. Epistemológicamente, la IAP supone que la experiencia en el proceso reflexivo de la investigación permite a las personas participantes aprehender su propia realidad, lo que produce una desnaturalización del sentido social común y una concientización acerca de sus condiciones de vida y de los procesos y problemáticas con las que se encuentran en su quehacer. La decisión de reconocer al otro/a en su alteridad como diferente pero semejante en cuanto la valoración de conocimiento que produce hace del reconocimiento la común dignidad de la persona humana la opción prioritaria, que tiene consecuencias para

el conjunto del proceso de investigación. En el plano ontológico supone, como señala Vasilachis (2018) pasar del *qué* se investiga al *quién*. Se trata de una ruptura que permite recuperar el rostro de los participantes en la investigación, interpelar los presupuestos teóricos y apelar al camino inductivo para crear nueva teoría desde las/os actores sociales. En este sentido, la IAP fomenta también la apropiación de herramientas, métodos y técnicas de investigación por parte de sus participantes y favorece el reconocimiento de las/os mismas/os como agentes de cambio social.

En consistencia con el objetivo y el enfoque planteado, se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con un diseño mixto cuali-cuantitativo. En este marco, se trabajó con 29 participantes (10 del CESAC A y 19 del CESAC B) de los/as cuales 26 eran mujeres y 3 eran varones. Asimismo, la mayoría (13) eran médicas/os, mientras que el resto eran psicólogos/as (5), trabajadoras/es sociales (3) y otras profesiones (7) como enfermería, nutrición, fonoaudiología, administración y obstetricia.

Con los/as participantes se desarrolló un proceso de trabajo que incluyó una pluralidad de métodos y técnicas para la producción de datos, consistente con el enfoque mixto de investigación expresado en la triangulación de técnicas (Cohen y Gómez Rojas, 2018). Las personas fueron incluidas en el proceso de manera intencional en función de los criterios de accesibilidad y voluntariedad. Participaron en cuatro grupos focales para la elaboración del mapeo de cargas físicas, psíquicas y mentales del trabajo, mapeo del riesgo y de interpretación de resultados. Asimismo se implementó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas sobre condiciones de trabajo, afectaciones en la salud, desgaste laboral y participación con 52 ítems.

En este artículo se retoman resultados parciales del proceso de investigación focalizados en: problemáticas prioritarias de la población con las que trabajan, las afectaciones del proceso de trabajo y las estrategias de trabajo territorial.

Para el desarrollo de la investigación, se adoptó un posicionamiento desde la ética relacional (Dussel, 2018) para el trabajo sobre la garantía de derechos y los resguardos de los/as investigandos/as en el proceso de la investigación, en consistencia con la IAP. Siguiendo los principios autonomía en la participación, comprendida como la decisión explícita y no coactiva de la inclusión en el proceso investigativo así como la posibilidad de suspender la participación en cualquier instancia del proceso, que se especificó en el momento de inicio del trabajo a partir de reuniones colectivas para definir el tipo y modalidad de trabajo así como los objetivos y consentimiento informado. También se consideró el principio de beneficencia (no maleficencia) de la investigación en cuanto no solo se buscó no hacer daño a los/as participantes sino priorizar sus necesidades y la apropiación de las producciones del proceso investigativo. Finalmente, se trabajó con el principio de justicia en cuanto a la distribución equitativa de las cargas y beneficios del proceso entre los/as participantes.

## Resultados

### Contextualización territorial de los CESACs

Los CESACs son efectores de salud descentralizados dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA. Allí se desarrollan actividades clínico-asistenciales y se implementan estrategias de promoción de la salud a nivel territorial y comunitario. El CESAC A se encuentra ubicado en la zona suroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y posee una amplia circulación de medios de transporte a su alrededor la cual favorece el acceso geográfico al mismo. Su cercanía a un Hospital General de Agudos de referencia y su proximidad a diferentes accesos entre CABA y Provincia de Buenos Aires, configuran el escenario de demandas, problemáticas y prácticas que se desarrollan en dicha institución. Asimismo, su extensa área de responsabilidad que comprende polos textiles, frigoríficos, comercios, escuelas, centros de primera infancia, entre otras instituciones y organizaciones, permite reconocer la heterogeneidad de la población que concurre para el abordaje de su atención en salud.

El CESAC B se encuentra ubicado en la comuna que presenta el segundo mayor porcentaje de cobertura de salud únicamente estatal registrado en la ciudad. El barrio en el que se encuentra está conformado mayoritariamente por población migrante en situación de precariedad habitacional y atraviesan distintos procesos de vulneración social. Sus pocas manzanas permiten observar la creación de un paisaje donde la interacción de los habitantes con su espacio físico modeló la fisonomía propia del barrio. Dicho territorio posee una identidad comunitaria significativa y se mantiene como un centro de reunión para un determinado grupo migratorio en la CABA e incluso en el país. El barrio y sus instituciones es producto del proceso de construcción comunitaria a lo largo de décadas. La concurrencia al Centro de Salud corresponde en su mayoría a la población que se encuentra dentro de su área de responsabilidad.

El territorio opera como un sistema complejo constituido por múltiples niveles jerárquicos, procesos y movimientos (Lodieu, Longo, Nabergoi y Sopransi, 2012). El trabajo territorial de los CESACs A y B, a pesar de su configuración diferente, heterogénea y singular, coincide en el desarrollo de acciones tendientes a reducir las inequidades en salud (de clase, género, étnicas y otras) a través de la implementación de dispositivos con base en la comunidad y sus instituciones, así como también en los propios efectores de salud. La realización de diversas actividades (talleres en escuelas, comedores comunitarios, salas de espera, visitas domiciliarias, etc.) y la organización de los equipos interdisciplinarios a partir de diversas problemáticas (equipos de tuberculosis, salud sexual y salud reproductiva, prevención de dengue, promoción del envejecimiento activo, entre otros) van delineando la producción de actos de salud de manera situada e inescindible del territorio que habitan.

### Demandas prevalentes en el territorio

En el abordaje de las problemáticas prevalentes con las que trabajan se observa que en ambos CESACs la mayoría de los casos refieren a problemas vinculados a las condiciones de vida precarias (36,79%, n=106). “Lo social”, “la vivienda precaria”, “la desocupación” y/o “la crisis económica” aparecen como las problemáticas más observadas por los equipos de salud en consonancia con las características sociodemográficas de ambos territorios. No obstante, en segundo lugar (17,9%, n=106), los temas relacionados con las problemáticas de género emergen como demandas significativas al referirse a las atenciones de los embarazos no deseados (Interrupción Legal del Embarazo) y a las situaciones de violencia de género. En tercer lugar (16,4%, n=106), las problemáticas vinculadas a los estilos de vida como la obesidad, la hipertensión, diabetes, falta de cuidado o prácticas de prevención son identificadas como demandas significativas. Mientras que las problemáticas vinculadas a la falta de cuidado de las infancias (maltrato, abuso sexual infantil, retrasos madurativos vinculados a la falta de atención) son temas que ocupan el cuarto lugar (13,21%, n=106) en cuanto a los emergentes del trabajo. Finalmente, las problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas aparecen en quinto lugar (5,66%, n=106) de las demandas, especialmente en el CESAC B. Mientras que otras problemáticas conforman el 10,38% (n=106) de las demandas.

Al analizar las problemáticas definidas como prevalentes en la atención cotidiana de los equipos, la identificación por parte de los/as trabajadores/as de las condiciones de vida precarias y las problemáticas de género permite pensar en un cambio de paradigma de atención en salud respecto del modelo médico hegemónico y el sesgo reduccionista biologicista. Asimismo, la definición de las problemáticas es consistente con el planteo del 96,1% (n=26) de los/as participantes quienes afirman que los sustratos paradigmáticos de sus prácticas se transformaron en los últimos años:

*Se refrescó la mentalidad de ver la salud (era muy cerrada). Se abrieron espacios y aumentó el trabajo extramuro. Se facilitó el acceso a la población.*

*Hay articulación entre instituciones y trabajo interdisciplinario. Otra mirada sobre los derechos. (Médica generalista, CESAC A). En salud sexual, especialmente con el tema ILE, garantizar acceso a derechos o pensar el proceso de salud enfermedad atención cuidado. También en tuberculosis que se incluye la interdisciplina y las condiciones de vida. (Trabajadora social, CESAC A).*

También es posible observar cómo la visibilidad y la potencia de los movimientos feministas han transformado tanto las prácticas de los equipos de salud en relación a las demandas que se habilitan, como la exigibilidad de derechos por parte de los/as usuarios/as en relación a las diferentes problemáticas de género que aparecen en las demandas cotidianas de los CESACs (interrupción legal del embarazo, violencias, abuso sexual infantil,

entre otras):

*La nueva visión de género, masculinidades, feminismo, abre un espacio enorme. La gente se anima a hablar más. (Pediatra, CESAC A).*

*El paradigma cambió por el movimiento de mujeres. El feminismo se muestra y alza su voz. (Trabajadora social, CESAC B).*

*La visualización de problemas de género llevó a que cambiara la forma de pensar y agruparnos en el equipo de salud. (Médica ginecóloga, CESAC A).*

El proceso de incorporación de las problemáticas de género como componente de los derechos humanos emerge en el ámbito público, trascendiendo lo privado. Dicho proceso se relaciona con las demandas de la sociedad civil, en particular del movimiento de mujeres, y de un sector de profesionales comprometidos con la salud colectiva. La perspectiva de salud basada en el género interpela prácticas y representaciones cristalizadas que reproducen desigualdades y requiere revisar paradigmas y prácticas sanitarias (Lenta, Zaldúa y Longo, 2016). De esta manera, las prácticas, agencias y reflexiones de los equipos denota la integración de las perspectivas sociales en salud y permite arribar a una definición y posicionamiento: la salud como derecho humano.

### **Problemáticas que más afectan a los equipos**

No obstante, al comparar las problemáticas prevalentes en las demandas de los equipos con las demandas percibidas como más impactantes o que producen mayores afectaciones subjetivas a los propios equipos de salud, resulta relevante caracterizar las discrepancias. Al identificar las problemáticas que más afectan a los/as trabajadores/as (n=50), resulta significativo señalar que la mayoría de los casos refieren a problemáticas de género (30%) y a las problemáticas de infancia, especialmente el abuso sexual infantil y el maltrato (30%). En cambio, las cuestiones vinculadas a las condiciones de vida parecen afectar menos a los equipos ya que pasan de ser el 36,7% de las problemáticas prevalentes al 28% de las que más producen malestar, angustia o padecimiento por parte de los/as trabajadores. Asimismo, el impacto de las problemáticas vinculadas a los estilos de vida (4%) y a los consumos de sustancias psicoactivas (2%) se reducen notablemente en cuanto a la afectación que produce en los/as trabajadores/as.

Las afectaciones (implicación y producción de afectos y emociones) por parte de los/as trabajadores/as de la salud se encuentran ligadas, junto con otras dimensiones, al modo en que significan las problemáticas con las que trabajan. Si bien las problemáticas que se presentan con más frecuencia en la población son aquellas relacionadas a las condiciones precarias de vida, y a las problemáticas de género y a la vulnerabilidad de las infancias. Son estas dos últimas las que se perciben con una mayor afectación connotada, a su vez, como negativa en los espacios de discusión: “angustia”, “sensación de impotencia”,

“bronca”, “querer hacer más de lo que se puede”.

En relación a ambas problemáticas resulta importante señalar la referencia en los espacios de discusión y el cuestionario a la visibilidad sociohistórica de las violencias de género en donde se inscribe también parte de las problemáticas infantiles en cuanto a la crisis de la institución familiar para el cuidado y las situaciones de abuso sexual infantil. En relación a ello Toporosi (2018: 17) afirma que “*las crueldades se incrustan y se desarrollan de distintas formas en las instituciones de la sociedad capitalista y patriarcal bajo el amparo de distintas formas de impunidad*” que puede dar lugar a un saber-culpable (Zaldúa, Lodieu, Bottinelli y Pawlowicz, 2010) que acarrea angustia en los equipos de salud cuando reconocen situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual exacerbadas por la precarización de la vida en ciertos territorios y frente a las que encuentran límites desde el abordaje individual, lo que, al mismo tiempo, puede llevar a convertirlos en espectadores de la crueldad.

### **Estrategias frente a las problemáticas psicosociales complejas**

Las problemáticas psicosociales complejas atraviesan todo el escenario de las prácticas de cuidado, de la intervención, generando nuevas interpelaciones e interrogantes a los equipos de salud. Si bien, las problemáticas psicosociales que presentan son heterogéneas, la complejidad que presentan ciertas problemáticas o las demandas con las que llegan los/as usuarios/as se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución desde su acción, comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención. Estas cuestiones muestran la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos, atravesados por múltiples lógicas (Carballera, 2008). De esta forma, la complejidad de las problemáticas psicosociales pone en jaque cualquier resolución unívoca y lineal que pueda desarrollarse por un único actor. Es así como los/as trabajadores/as distinguen estrategias tanto individuales como colectivas para el abordaje de las diversas problemáticas:

*Desdoble la consulta, trato de tranquilizar y tranquilizar. (Ginecóloga, CESAC A).*

*Escuchar al otro, calmarme, dar devolución. (Ginecóloga, CESAC A).*

*Apoyo con otras/os colegas porque me supera la situación. (Pediatra, CESAC B).*

*Actuar con mecanismos mucho más artesanales. (Trabajadora Social, CESAC B).*

Mientras que las estrategias individuales refieren al desarrollo del afrontamiento singular para sobrellevar situaciones consabidas de angustia, las estrategias colectivas implican el trabajo en equipo y la implementación de planes de acción para el desarrollo del trabajo.

A su vez, cabe señalar que más de la mitad de los/as trabajadores/as de los CESAC A y B definen a la articulación interinstitucional como “poca o nula”. Por lo que, a momento de pensar el

abordaje de las problemáticas complejas se cuenta, ante todo, con el equipo interdisciplinario de la propia institución y no con otros equipos. De esta manera, a partir del reconocimiento de los obstáculos en la articulación con otros sectores, el equipo de salud emerge como un actor preponderante y protagónico en el acompañamiento de las problemáticas de los sujetos. Inevitablemente, el carácter por momentos unisectorial de las intervenciones implica un sostenimiento por parte del propio equipo interdisciplinario de salud en el cuidado de sí mismos/as y de los/as otros/as. Es así como se configuraría un “nosotros colectivo” que forja la identidad de ambos grupos de trabajadores/as. No obstante, los relatos de las/os trabajadoras/os de la salud dan cuenta de la necesidad de contar con una red que pueda coordinar las estrategias de cuidado eliminando la burocracia administrativa y potenciando la capacidad de garantizar la continuidad de la atención con servicios de salud organizados a través de redes integradas en los que se cuente con de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, tal como lo plantean Elorza, Moscoso y Lago (2017). A los equipos de salud se les presenta el desafío de propiciar y fortalecer redes integradas de salud mediante las cuales el acceso, la continuidad, la integralidad, la evaluación y seguimiento en salud resultan sustanciales. Sin lugar a dudas, las estrategias colectivas frente a las problemáticas psicosociales complejas demandan un conjunto de innovaciones y alternativas colectivas que requieren de procesos de articulación comunitarias, institucionales e intersectoriales en el territorio. Pero también de exigibilidad de recursos como “insumo” y espacios físicos para propiciar los encuentros intra e inter equipos.

### Discusiones y conclusiones

Los territorios de precarización y las complejas problemáticas que abordan impactan fuertemente en los/as trabajadoras/os de la salud. La “falta” de espacio, la carencia de recursos y los obstáculos frente a las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales atraviesan las prácticas generando afectaciones negativas y sentimientos de frustración. Frente a este escenario desalentador nos preguntamos: ¿Qué lugar ocupa la trama vincular para los/as trabajadores/as de estos CESACs? ¿Qué desafíos se presentan frente al “límite de lo colectivo” cuando el trabajo se percibe de manera unisectorial?

Asimismo se destaca que la mirada acerca del proceso de salud-enfermedad- atención-cuidado por parte de estos equipos basada en nuevas perspectivas paradigmáticas del trabajo en salud, permite complejizar e historizar los problemas y demandas con las que trabajan. A su vez, esto tiene como consecuencia ampliar el campo de acción en salud, de lo que resultan interpeladas las prácticas cotidianas y las estrategias utilizadas por los equipos, para pasar del abordaje individual al abordaje colectivo de las problemáticas. En este sentido se destaca la fortaleza del carácter colectivo que “constituye el eslabón central de la dinámica intersubjetiva y de la identidad en el trabajo”

(Wlosko y Ros, 2019, p. 89). A su vez estas construcciones de actos de cuidado en la tarea generan formas de reconocimiento subjetivas en los equipos que funcionan como formas de resistencia frente a los escenarios devastadores de vulneración de derechos en territorios de exclusión social.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, J. R., França Júnior, I., Junqueira Calazans, G., & Saletti Filho, H. C. (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En D. Ceresnia y C. Machado (Comps.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias* (pp. 135-162). Buenos Aires: Lugar.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. En *Fundamentos en Humanidades*, 4 (7/8), 59-77.
- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. En *Revista Salud y Población*, 4, 14-21.
- Campos, G.W.S. (2006). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. En G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Junior y Y.M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 41-80). São Paulo: Hucitec.
- Carballera, A. (2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas [Versión electrónica]. *CS*, 2, (1), 261-272.
- Centro de estudios Metropolitanos. (2020). *Indicadores Laborales. Situación del empleo en la Ciudad de Buenos Aires*. Extraído el 15 Mayo, 2020, de <http://estudiosmetropolitanos.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/Indicadores-laborales.-El-empleo-en-CABA.pdf>
- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños*. Buenos Aires: Teseo.
- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA. (2019). *Situación y respuesta 2016-2018*. Buenos Aires. Extraído el 22 Abril, 2020, de [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion\\_y\\_respuesta\\_version\\_web\\_17-2-2020\\_final\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_version_web_17-2-2020_final_1.pdf)
- Defensoría del Pueblo. (2015). *Situación habitacional en la Ciudad*. Buenos Aires: Defensoría del pueblo. Extraído el 1 Junio, 2020, de <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/SituacionHabitacional-1.pdf>
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2019). *Anuario estadístico de la Ciudad de Buenos Aires 2018*. Extraído el 30 Mayo, 2020, de [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/09/anuario\\_estadistico\\_2018.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/09/anuario_estadistico_2018.pdf)
- Dussel, E. (1998). *La ética de la liberación: ante el desafío de Apel, Taylor y Vattimo con respuesta crítica inédita de K.-O. Apel*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México.
- Elorza, M. E., Moscoso, N. S. y Lago, F. P. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (3), 1-17.
- Franco, T. y Merhy, E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5 (2), 181-194.

- Molinier, P. (2019). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?. En M. Wlosko y C. Ros (Coord.), *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo* (pp. 145-164). Lanús: UNLA.
- Molinier, P. y Legarreta, M. (2019). La perspectiva del cuidado: de lo ético a lo político. En M. Wlosko y C. Ros (Coord.), *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo* (pp. 117-144). Lanús: UNLA.
- Gondim, G.M. y Monken, M. (2018). O uso do território na Atenção Primária à Saúde. En M.H.M. Mendonça, G.C. Matta y L. Giovanela (Orgs.), *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* (pp.143-175). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lenta, M., Zaldúa, G. y Longo, R. (2016). Violencias de género. Actoras, prácticas y dispositivos de prevención y asistencia. En *Anuario de Investigaciones* 23 (2), 151-161.
- Lodieu, M., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M. (2012). *El concepto de comunidad*. Lanús: UNLA.
- Molina Jaramillo, A.N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad Saúde Pública*, 34, 75-117.
- Neffa, J. C. (2016). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Moreno: UNM Editora.
- Peiró, J.M. y Prieto, F. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo. Volumen 1: La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Poggiese, H. y Cohen Egler, T. (2009) (Comps.). *Otro desarrollo urbano: ciudad incluyente, justicia social y gestión democrática*. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez Gabarrón, L. (2004). Investigación participativa: metodología para la atención primaria de la salud mental comunitaria. *Psicología y Salud*, 14 (2), 287-294.
- Toporosi, S. (2018). *En carne viva*. Buenos Aires: Topía.
- Vasilachis, I. (2018) "Propuesta epistemológica, respuesta metodológica, y desafíos analíticos". En A. Reyes Suárez, J.I. Piovani y E. Potaschner (Coords.), *La investigación social y su práctica. Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales* (pp. 27-57). Buenos Aires: CLACSO, Teseo, Fahce.
- Wlosko, M. y Ros, C. (2019). *El Trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la psicodinámica del trabajo*. Lanús: UNLA.
- Zaldúa, G., Sopransi, M.B., Longo, R., Lenta, M.M. y Bottinelli, M. (2012). Exigibilidad y justiciabilidad desde la Epidemiología Territorial. Una construcción inicial con actores/as comunales. *Anuario de investigaciones*, 19 (1), 85-96.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M.T., Tisera, A., Gaillard, P., Pawlowicz, M. P. y Nabergoi, M. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En G. Zaldúa y M. Bottinelli (Coords.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 29-46). Buenos Aires: EUDEBA
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M. y Pawlowicz, M. P. (2010). Cuestiones desde la epidemiología crítica: trabajo y salud. En G. Zaldúa y M. Bottinelli (Coords.), *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas* (pp. 17-28). Buenos Aires: EUDEBA.