

margen N° 66 - setiembre 2012

La intervención profesional individual familiar en el marco de la Atención Primaria de la salud. Trabajo interdisciplinario e intersectorial. ¿Realidad o desafío?

Por Sabrina Burgo González

Sabrina Burgo González. Licenciada en Trabajo Social

Introducción

En el transcurso del segundo nivel de la Residencia de Servicio Social en Salud, se desarrolla la experiencia de rotación anual por el Centro de Salud N°27, perteneciente al Área Programática del Hospital Pirovano. Más precisamente, en el Servicio Social, integrado por dos profesionales de planta que cumplen la función de referentes y una residente.

El Centro de Salud 27, como efector del primer nivel de atención, desarrolla acciones asistenciales y preventivas en el marco de la estrategia de la APS (Atención Primaria de la Salud), promoviendo el acercamiento del equipo de profesionales con la comunidad y otras instituciones.

El objetivo del presente trabajo es analizar la intervención desarrollada por el equipo de salud frente a una situación de abuso sexual infanto juvenil, complejizada por la vulneración de otros derechos(salud, educación, vivienda). Resaltando las características particulares del abordaje individual familiar llevada a cabo desde el Servicio Social, al interior del Centro de Salud en cuestión.

En primer lugar, se fundamentarán las razones que motivaron la elección de la temática.

En segundo lugar, se conceptualizarán los aspectos teóricos directrices del trabajo, enfatizando la estrategia de APS desde una perspectiva de salud integral, la actividad intersectorial y el trabajo interdisciplinario como aspectos relevantes de la intervención.

Luego, se dará cuenta de la situación de intervención seleccionada, analizándola a la luz del marco conceptual elaborado e identificando, facilitadores y obstaculizadores para la implementación de estrategias de intervención profesional, en articulación con otros integrantes del equipo de salud y sectores.

Por último, se realizará una conclusión considerando los aportes de la experiencia de trabajo

concreto.

Fundamentación

La elección de la temática en cuestión se fundamenta en la importancia de la tarea asistencial desarrollada por el equipo del Servicio Social. Desde el mismo, se abordan multiplicidad de situaciones derivadas intra e interinstitucionalmente, y a través de la demanda espontánea.

De esta forma, la complejidad de la experiencia de intervención identificada como relevante para su desarrollo, resulta ejemplificadora en cuanto a la importancia del trabajo interdisciplinario e intersectorial para un abordaje integral ante situaciones de vulneración de derechos.

Por otro lado, el abordaje de la situación descrita generó, a nivel institucional, un impacto de gran magnitud, dado el proceso de reciente conformación del equipo de salud¹, entre otros motivos.

Asimismo, el trabajo desde un efector del primer nivel de atención conlleva particularidades que inciden de forma directa en la implementación de estrategias de intervención. La proximidad física entre la comunidad y el centro de salud, el vínculo cercano entre profesionales y población, entre otras, le imprimen a la dinámica institucional una singularidad que se ve plasmada en la accesibilidad en el sentido más puro: el cara a cara cotidiano.

Por último, la posibilidad de recuperar los aspectos relevantes del abordaje individual familiar desarrollado por las trabajadoras sociales del Servicio Social, es un intento de trascender la asociación, casi inmediata, de la APS con acciones del tipo preventivo y promocional con una fuerte impronta del abordaje grupal, exclusivamente.

Marco referencial

Se parte de considerar a la salud como derecho social y humano fundamental para el sujeto, que debe ser garantizado por el Estado. La Ley Básica de Salud N°153 establece que la garantía del derecho a la salud se sustenta en la concepción integral de la misma, vinculada con la satisfacción

1 El Centro de Salud y Acción Comunitaria N°27 reabrió sus puertas en el espacio físico en el que funciona actualmente en Diciembre de 2010, y el proceso de conformación del equipo de profesionales comenzó en Marzo de 2011 continuando hasta la actualidad.

de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, cultura y ambiente.

La estrategia de atención primaria de salud² (APS), representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Los requisitos indispensables para que esta modalidad de atención pueda llamarse APS son: participación de la comunidad; actividad intersectorial; descentralización; accesibilidad; tecnología apropiada.

Así, el logro del objetivo primordial de la APS, de brindar el grado más alto posible de salud en términos cuantitativos y cualitativos, implica necesariamente la intervención de diversos actores sociales y económicos, además del sector salud; priorizando la participación activa de cada sujeto y de la comunidad en su totalidad, en los procesos de salud-enfermedad.

La noción de la intersectorialidad remite, entonces, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas.

Asimismo, el escenario concreto de la práctica profesional, caracterizado por la complejidad y multicausalidad de las problemáticas sociales (por ejemplo el abuso sexual infanto-juvenil entre otras) a abordar, debería integrar a la actividad intersectorial, un trabajo interdisciplinario, que incluya la perspectiva de las distintas disciplinas en la intervención en el campo de la salud.

Según Stolkiner: “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”³.

En este entendimiento de la salud como proceso dinámico y complejo en el que intervienen multiplicidad de actores y sectores, resulta relevante, entonces considerar la determinación de factores, sociales, culturales y económicos para la construcción de un abordaje integral de cada problemática.

Desde lo local, esta perspectiva integral de abordaje de la salud incluye, entonces, la multiactorialidad en sus acciones, recuperando y/o promoviendo la presencia de otros actores comunitarios en acciones preventivas y de promoción. Esto remite a la idea de participación social considerada por la APS como uno de sus pilares fundamentales, antes mencionado.

Según la definición de la Organización Panamericana de la Salud: “la participación comunitaria es el proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer

2 Dicha estrategia se formaliza con la declaración de Alma Ata, celebrada en 1978 de la que formaron parte distintos países y organismos internacionales (OPS-OMS), cuya meta a lograr era: “Salud para todos en el año 2000”

3 STOLKINER, 2005.

sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión”.

No obstante, implica necesariamente la planificación por parte de los profesionales del equipo de salud de actividades y espacios que propicien y motiven tal proceso comunitario, en la búsqueda de empoderamiento de la comunidad, y ejercicio real de su ciudadanía.

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.

Este abordaje multidimensional del campo problemático, incluyendo tanto la perspectiva de los sujetos involucrados, como el componente histórico, permite dimensionar en lo cotidiano, “lo deseado” y lo realmente “posible”, habilitando un escenario propicio para delinear estrategias de intervención viables y tendientes al logro de una mejor calidad de vida para los sujetos implicados. En ese sentido, según Carballeda: “... la intervención implica nuevas formas de aproximación a la cuestión social, donde el protagonista es el propio actor y su singularidad, el mayor aporte... Este cambio permite un acceso diferente a lo macrosocial, ahora desde la cotidianeidad e historia del sujeto, la familia, el grupo y la comunidad”.⁴

Sumando a esto, la proximidad física y territorial entre equipo de salud-población, en el marco de la APS, facilita un conocimiento mayor de la dinámica comunitaria, tanto en términos individuales como colectivos, entendiendo la complejidad y contradicciones presentes en el espacio comunitario.

Por último, el abordaje profesional frente a situaciones de vulneración de derechos de niños/as adolescentes, específicamente ante la temática de abuso sexual infanto- juvenil, requiere de la implementación de una estrategia de intervención interinstitucional que facilite el trabajo comunitario y posibilite, incluso, el seguimiento de caso y articulación de diversas acciones.

Marco normativo

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde la sanción de su Constitución en 1996 y la puesta en vigencia de su nueva legislación, en particular de la Ley N°114 “Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes” y otras normas de igual trascendencia, ha construido un circuito de protección integral basado en los principios más importantes de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

4 CARBALLEDA, 2002 :84.

La Resolución 1956, remite a la Ley 114 que en su Art. 39 establece que : “Toda persona que tomare conocimiento de la existencia de abuso físico, psíquico, sexual, trato negligente, malos tratos o explotación de niños, niñas y adolescentes debe comunicarlos inmediatamente a los organismos competentes y a las Defensorías Zonales creadas por la presente ley. Si fuere funcionario su incumplimiento lo hará pasible de sanción”.

Así la legislación brinda una herramienta que permite que la denuncia no sea realizada directamente ante la Justicia, sino en el Consejo de los Derechos, que a través de sus servicios centralizados y descentralizados, en forma articulada con otras áreas de gobierno, implementará la estrategia adecuada para cada caso particular, teniendo en cuenta el interés superior del niño. En las situaciones que demanden la intervención de la Justicia, será el Consejo de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente quien concrete la misma, debiendo ser acompañada por las propuestas formuladas por los equipos técnicos del mismo.

Específicamente, en cuanto a la intervención del equipo de salud ante la problemática del abuso sexual infanto juvenil, (Resolución 904), la misma será realizada conforme a las características propias de cada situación, en forma interdisciplinaria, e intersectorial, abordando principalmente los siguientes ejes:

- El equipo evaluará la necesidad de continuar la batería diagnóstica y el posterior tratamiento en el efector de Salud. Si resulta necesario efectuar derivación se tendrá en cuenta la complejidad del cuadro clínico que presenta el niño/a o adolescente y/o su familia (valoración del riesgo), así como también el lugar de residencia del mismo.
- La contención psicológica necesaria para el niño/a y adolescente víctimas de ASIJ (abuso sexual infanto-juvenil), como asimismo para los integrantes de su familia o de sus referentes afectivos.
- El acompañamiento social requerido en la implementación de estrategias de “protección integral” y “medidas de protección excepcional” tendientes a la restitución de los derechos vulnerados en los niños/as víctimas de ASIJ y Violación.
- La asistencia médica necesaria para efectivizar el derecho a la salud de los niños/as o adolescentes víctimas de ASIJ.

Presentación de la situación de intervención

La adolescente M, de 16 años de edad, se presenta de forma espontánea en el Centro de

Salud, junto a su abuelo, para consultar por un dolor abdominal. En principio es atendida por el médico clínico, quien la deriva para una consulta con una de las tocoginecólogas de la institución.

Frente al relato de la adolescente durante la consulta ginecológica, quien manifiesta haber sido forzada por su novio a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento en los últimos días, se la deriva al Servicio Social.

Situación social y familiar

M convive con su abuelo materno, tíos, tías, primas y primos en una vivienda ubicada en el barrio frente al Centro de Salud. Comparte la habitación con sus primos y tíos, siendo ella la única mujer en ese sector de la vivienda.

No tiene contacto con su madre quien permanece detenida. En relación a su padre, no ha tenido nunca vínculo con él.

La adolescente, no se encuentra escolarizada (curso hasta el segundo grado del nivel primario), si bien ha realizado varios intentos fallidos de retomar sus estudios en un centro comunitario del barrio que ofrece tal posibilidad.

No posee DNI, si bien conoce su número.

De acuerdo a la información relevada, la adolescente había estado alojada en un hogar, años atrás, en función de la medida dispuesta por el Juzgado interviniente, por una denuncia de abuso sexual por parte de un tío materno hacia M. En aquella oportunidad, su abuelo habría asumido la responsabilidad del cuidado de la adolescente, motivo por el cual ésta pudo retomar la convivencia con su grupo familiar.

Cabe resaltar que si bien el relato de lo sucedido por parte de la adolescente al momento de la consulta ginecológica, fue lo que motivó la derivación al Servicio Social; el diagnóstico realizado por las trabajadoras sociales durante el proceso de intervención, dio cuenta de una historia de vida atravesada por la vulneración de derechos como característica principal, situación que demandó la necesidad de articular acciones e integrar sectores en la búsqueda de restitución de los mismos.

Intervención profesional, intersectorialidad e interdisciplina

Dada la complejidad de la situación descrita y reconociendo los múltiples atravesamientos de la misma; el trabajo intersectorial e interdisciplinario, como así también, el conocimiento de los circuitos de denuncia, atención y derivación se constituyeron en ejes centrales de la intervención profesional.

Las entrevistas realizadas en sede con M y alguno de los miembros de su grupo familiar, posibilitaron por un lado la reconfirmación del relato de la adolescente, como así también el conocimiento de la trayectoria familiar y relacional de la misma.

Bibiana Travi menciona que: “la entrevista en las disciplinas que tiene una intencionalidad interventiva (...) es el camino de acceso y el medio privilegiado para conocer y a la vez producir el cambio al que apuntan los objetivos profesionales, (...) implica considerar que se trata de “ver entre” al menos dos sujetos, los cuales aunque se encuentren en posiciones diferentes tiene plena participación en su desarrollo”⁵.

A partir de la reconfirmación, y en función de lo resuelto desde la Guardia del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y /o Adolescentes, en un trabajo de articulación intersectorial (Servicio Social-ginecología-GCDNNyA), se trasladó a la adolescente al Servicio de Obstetricia del Hospital Pirovano, donde permaneció alojada hasta su externación, días después, luego que su abuelo se hiciera responsable del cuidado de su nieta y sea autorizado por la Guardia de Abogados del CDNNyA.

Durante su internación, se convocó al Equipo de Atención a Víctimas Contra la Integridad Sexual (EVAS) conformado por profesionales de diversas disciplinas (trabajo social, obstetricia, psicología, entre otras), que cumple su tarea al interior del Hospital. Desde este dispositivo se mantuvo entrevistas con la adolescente y una de sus tías; además de acordarse el seguimiento profesional de la situación.

Por otro lado, la adolescente recibió atención por parte del Servicio de Infectología del Hospital Pirovano, desde donde instrumentaron las medidas protocolizadas frente a situaciones de exposición sexual riesgosa.

Desde el Centro de Salud, a partir de su externación, se realizó un seguimiento de la situación de la adolescente, convocándola en múltiples oportunidades al Servicio Social, a fin de reforzar la importancia de sostener el tratamiento indicado desde el Servicio de Infectología, generar un espacio de escucha para M, e intentar identificar posibles referentes familiares en la vida de la misma.

En este sentido, la proximidad física entre el efector y la familia, entendida en términos de accesibilidad geográfica⁶, posibilitó el contacto directo, incluso en el domicilio con alguno de los integrantes del grupo familiar de M, como así también la presentación espontánea por parte de los

5 TRAVI, 2006 :. 67-68.

6 Según Florear Ferrara la accesibilidad se mide por la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según sea la distancia que la separa y las dificultades para llegar a ellos.

mismos en el Servicio Social. La información relevada en campo y en sede por parte de las trabajadoras sociales, brindo elementos que aportaron a la comprensión de la realidad de la adolescente, caracterizada por la vulneración de derechos.

Asimismo ésta accesibilidad permitió que M se acercara sin haber acordado entrevista previa, en varias oportunidades, solicitando ser “atendida” por alguna de las trabajadoras sociales, o bien, sólo para permanecer sentada en la sala de espera, durante varias horas, sin manifestarse una demanda explícita. Esta última situación da cuenta del proceso de referencia institucional construido por la adolescente con el efector cercano a su domicilio.

Resulta significativo señalar que la adolescente pudo ir construyendo un vínculo de confianza con las trabajadoras sociales de la institución, a pesar de su dificultad para expresar lo sentido y vivido sumado a su escaso recurso lingüístico. Esta situación obstaculizó la posibilidad de mantener entrevistas en donde la circulación de la información fuese fluida, si bien lo sustancial del relato coincidió siempre con sus dichos iniciales.

Cabe destacar que si bien la adolescente accedió a contar con un espacio terapéutico individual a cargo de una de las psicólogas del Equipo de Salud Mental del centro de salud, sólo concurrió en algunas oportunidades, no pudiendo cumplir con el encuadre acordado.

Fue en ese espacio terapéutico donde la adolescente relató un episodio de abuso sexual por parte de su abuelo. A partir de lo manifestado, y en función de la evaluación llevada a cabo por el Servicio Social y Equipo de Salud Mental se notificó a la oficina de la Guardia del Consejo de Derechos Niñas Niños y Adolescentes sobre lo expresado por M, y se envió un informe con los datos actualizados para adjuntar a los anteriores.

Durante el proceso de intervención se concretaron entrevistas en el Servicio Social tanto con la abuela, como con su tío y una tía materna. Todos coincidieron en lo dificultosa que resultaba la convivencia con M, resaltando su modalidad de comunicación con el resto de la familia a través de los insultos y agresiones verbales, además de su negativa a incorporar pautas de aseo personal.

En cuanto a la situación de abuso, sólo uno de sus tíos, en la ambigüedad de su relato instaló fuertes sospechas “de que algo ésta pasando”, si bien intento desresponsabilizarse de todo lo ocurrido y lo que podría acontecer

A partir de la presentación y actualización de datos realizada ante la Defensoría Zonal y la Guardia del Consejo de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes. El Servicio Social mantuvo contacto telefónico regular con dichos organismos a fin de concretar un trabajo conjunto en la elaboración de estrategias de intervención tendientes a la efectivización de derechos.

Pasados varios meses del primer contacto con la adolescente, ésta se presentó en el Servicio

Social para comentar que se encontraba en situación de calle, desde hacia una noche, luego de que su tío le prohibiera el ingreso a su vivienda, después de una discusión familiar.

A partir de allí, se reitero comunicación con la GCDNNy A, desde donde se solicitó la notificación al equipo interviniente de la Defensoria Zonal sobre la situación de la joven, y se acordó el envío de un operador desde ese organismo para trasladar a la adolescente al Centro de Atención Transitoria hasta la definición de su situación.

Cabe destacar que durante la comunicación con la Defensoria, se supo que se había ya dispuesto una medida de protección excepcional que estaba pronta a ejecutarse, a partir de la cual se establecía la separación de la adolescente de su grupo familiar conviviente de forma transitoria.

Según se relevó información, la adolescente permaneció en el CAT varios días, de allí fue trasladada al Hospital Piñero tras un intento de suicidio; ingresando finalmente al Hospital Tobar García desde donde fue externada, después de varios meses de encontrarse en situación de internación, y trasladada a Casa Púrpura, institución que aborda la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.

Resulta pertinente señalar que durante todo el proceso de intervención, desde el Servicio Social se mantuvo informada a M sobre los acuerdos establecidos intra e interinstitucionalmente, anticipando ciertas estrategias a implementar por el equipo de salud, y traduciendo cierta información de forma tal que sea comprensible para la adolescente.

Este rol de “intermediario” entre el sujeto- equipo de salud que en varias oportunidades juega el trabajador social en el contexto institucional, permite horizontalizar el vinculo entre las partes, resultando beneficioso en el trabajo cotidiano y, concretamente en el abordaje de situaciones que demandan de una perspectiva integral en su atención.

Por otro lado, la tarea desarrollada desde el Servicio Social con la adolescente estuvo caracterizada por la identificación y jerarquización de las variables intervinientes, traducidas en derechos vulnerados, entendiendo la necesidad de establecer criterios de urgencia que direccionaran el proceso de intervención.

En cuanto a la articulación interinstitucional se estableció un circuito de comunicación dinámico entre “hospital-centro de salud”, recuperando “lo comunitario” en cada intervención. En este sentido dice Colombo Stella: “... la retroalimentación y cooperación entre actores relevantes en el espacio comunitario, son determinantes para la intervención profesional”.⁷

Esta posibilidad de vínculo cercano entre el Servicio Social del centro de salud con profesionales del hospital base, posibilitó por un lado, recuperar el conocimiento más en

7 COLOMBO -VEGA, 2007.

profundidad en relación a la dinámica familiar y comunitaria que aporta el trabajo desde el primer nivel de atención, como así también la agilización y la flexibilidad en relación a turnos y citas.

En cuanto a la articulación de acciones con otros organismos y dependencias por fuera del sector salud (defensoria, juzgado), a lo largo del proceso de intervención, resultó dificultosa en algunas oportunidades, ya que los tiempos institucionales no respondían a las expectativas del equipo de trabajo del primer nivel de atención considerando la cotidiana vulneración de derechos que sufría M, sumado a las diferencias de criterio profesional para implementar determinadas acciones⁸.

Esta disparidad de criterios visualizada en el proceso de articulación intersectorial e interinstitucional se reprodujo al interior del equipo de trabajo del centro de salud en cuestión; los distintos profesionales médicos involucrados en la atención de M, aportaron desde lo particular de sus disciplinas, resultando dificultosa la concreción de un trabajo interdisciplinario, basado en una construcción de sujeto-objeto-problema de atención común. La interdisciplina en definitiva: “no es un problema de encuentro o sumatoria de campos de saber sino de interacción y reciprocidad simétrica. Es decir una complementariedad...”⁹

Hablaríamos entonces, más bien de multidisciplina en el sentido que Piaget le otorga cuando la define como: “el primer intercambio mutuo y acumulativo de información, sin que se puede hablar de una verdadera interacción de disciplina. Estas no se modifican ni enriquecen sustancialmente a través de dicho intercambio”.¹⁰

No obstante, desde el Servicio Social se trabajó en conjunto con el Equipo de Salud Mental, articulando acciones, estableciendo acuerdos vinculados a la intervención a implementar, recuperando “lo interdisciplinario” en cada instancia de intercambio.

Este trabajo de articulación fue significativamente valioso, no sólo por el impacto directo que generó en la situación concreta de intervención, sino también por la posibilidad de intercambio de saberes, posicionamientos en torno a diferentes cuestiones, y la construcción de estrategias de intervención conjuntas. Sumado a esto se pudo reconocer y recuperar lo importante del trabajo en equipo, incorporando el concepto de diálogo por encima del de imposición.

A su vez, el abordaje ante la complejidad de la problemática de abuso sexual infantil juvenil, generó al interior del centro de salud la necesidad de repensar el/los dispositivo/s de

8 Cabe señalar que un obstáculo que dilató la implementación de estrategias de intervención, fue el extravío del informe social preliminar enviado en tiempo y forma por las trabajadoras sociales a la Guardia del Consejo de los Derechos de Niños/ Niñas y Adolescentes

9 CARBALLEDA, 2002 :156.

10 Citado por Castronovo y Montañés , 2006 :31.

intervención frente a situaciones de esas características, como así también la redefinición de las incumbencias profesionales.

En este sentido, la instancia de supervisión externa con el Equipo de Apoyo Técnico sobre Derechos de Niño dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, brindo aportes en relación a los circuitos de denuncia correspondientes y reforzó la importancia de preservar el vínculo construido con M desde el Servicio Social. Por otro lado, respaldó el posicionamiento del Servicio Social en cuanto a la negativa de cumplimentar con ciertos requerimientos solicitados desde la Defensoría Zonal, como el de ser intermediarios para concretar las citaciones en dicho organismo o incluso utilizar el espacio del Servicio Social para notificar a M y su grupo familiar sobre la medida excepcional, recuperando siempre las particularidades de la intervención desde un efector del primer nivel.

A partir del impacto institucional que produjo la situación en cuestión, y con el objetivo de establecer un único criterio de trabajo frente a potenciales situaciones que abordar, se diseñó un protocolo de intervención en el marco de la normativa vigente, considerando su viabilidad en el contexto institucional de aplicación. Ésta tarea fue desarrollada por el Equipo de Salud Mental y el Servicio Social, contando con el acompañamiento de la jefa del centro de salud.

A su vez, el trabajo cotidiano con M y las diversas instancias de articulación, requirieron de un repensar continuo y reflexivo en torno a las prácticas profesionales desarrolladas, independientemente de la particularidad de la disciplina implicada.

Por último resulta pertinente mencionar que la intervención profesional desde un efector del primer nivel implica el reconocimiento y la puesta en juego de los diferentes ejes directrices de la APS, debiendo generar espacios y encuadres de trabajo que favorezcan el cumplimiento de tales objetivos.

Facilitadores y Obstaculizadores de la intervención profesional

Durante el proceso de intervención desarrollado desde el Servicio Social en articulación con otros profesionales del equipo de salud, en el marco de la atención primaria de la salud, se visualizaron distintos factores que actuaron como facilitadores y otros como obstaculizadores de dicho proceso.

En primer lugar, el espacio físico común entre profesionales de diversas disciplinas habilitó la derivación inmediata y el intercambio de información de primera fuente. Esta posibilidad actuó como facilitador en la toma de decisiones vinculadas a la situación de M, enriqueciéndose el proceso de intervención. Según Carballada: “la apelación a diferentes saberes constituye una de las

tendencias más significativas dentro de la intervención en lo social, ya que ésta se hace sumamente compleja sin la posibilidad de diálogo entre diferentes campos de conocimiento”.¹¹

No obstante, esta proximidad física y posibilidad de intercambio entre profesionales diversos, resultó en algunas oportunidades “perjudicial” para el proceso de intervención ya que la información sobre la situación de M trascendió, en ciertas ocasiones, las incumbencias profesionales y los encuadres de trabajo, generando opiniones y ciertos cuestionamientos por parte de integrantes del equipo de salud en torno a las intervenciones realizadas, fundamentalmente desde el Servicio Social.

En este sentido, la dificultad que conlleva la delimitación exacta del campo de “lo social” dada su complejidad y su dinamismo constante, habilita “per se” un espacio donde convergen distintos posicionamientos y marcos conceptuales e ideológicos por parte de los diversos actores involucrados de forma directa e indirecta en el mismo. No obstante esta diversidad conceptual, se debe señalar sobre la importancia de poder diferenciar en su abordaje, el saber especializado enmarcado desde una disciplina, de aquellas opiniones y juicios de valor sin fundamentos.

Otro de los obstáculos visualizados a lo largo del proceso de intervención se encuentra vinculado al rol de control atribuido por parte del equipo de salud (e instalado en el imaginario social) al trabajador social, depositando en su identidad una cuestión sancionatoria.

Esta connotación pretende una arbitraria intervención “penalizante” que obstaculiza la posibilidad de encontrarse con el otro desde la escucha atenta y la comprensión empática. En el caso puntual analizado, la flexibilidad en cada intervención y el entendimiento de los múltiples atravesamientos en la historia de vida de M, posibilitaron la construcción de un vínculo entre las trabajadoras sociales y la adolescente, favoreciendo el acercamiento y la referencia de M con el Servicio Social, al constituirse como espacio donde canalizar sus demandas y “ser alojada”.

Por otro lado, la proximidad con la comunidad permitió resolver situaciones presentadas de forma repentina que requirieron de una definición inmediata. En el caso analizado, la posibilidad de acercarse al domicilio de M para acordar de forma personal entrevistas en el espacio del Servicio Social; o bien establecer charlas informales con familiares convivientes “in situ”, facilitó y aportó al conocimiento de la realidad comunitaria y ambiental de la adolescente.

Otro facilitador a destacar es la experiencia y trayectoria de las trabajadoras sociales del Servicio Social, quienes supieron posicionarse frente a la tarea, entendiendo la complejidad de la situación y realizando un diagnóstico preciso incluyendo múltiples variables. Asimismo, se logró la

11 CARBALLEDA, 2002 :145.

delimitación del rol profesional de forma clara; estableciendo acuerdos interinstitucionales y con el resto del equipo de salud, trabajando desde una perspectiva de salud integral y respeto por la autonomía del sujeto.

En este sentido, cabe destacar el rol que jugaron diversos referentes de instituciones relevantes del espacio comunitario como la escuela y el centro comunitario barrial, aportando información y datos relevantes en relación a la situación familiar de M y el resto de los integrantes del grupo familiar.

Dicha información aportó a la reconstrucción de la trayectoria familiar de la adolescente, identificando “nudos” problemáticos, modalidad de vinculación entre las partes; facilitándose de esta forma la posibilidad de anticipar ciertas situaciones que luego se produjeron.

Por último, el cara a cara cotidiano entre el equipo de salud y los sujetos que se acercan al efector del primer nivel puede resultar como favorecedor de un vínculo más cercano entre los actores sociales involucrados en los procesos de salud enfermedad atención cuidado. De esta forma, esta modalidad de contacto próximo le imprime a la intervención características diferenciales y particulares en relación a la atención brindada desde el hospital.

Conclusiones

La experiencia de rotación en un efector del primer nivel resultó un aprendizaje permanente, recuperando los aspectos relevantes de la tarea de prevención, promoción y asistencia, a partir de la implementación de distintos dispositivos de abordaje tanto comunitario, grupal como individual/familiar por parte de los profesionales que conforman el equipo de salud.

La decisión de tomar para el análisis un caso concreto en el cual intervino el Servicio Social en articulación con otros profesionales del equipo de salud, fue la de poder recuperar la importancia del abordaje individual familiar llevado a cabo por las trabajadoras sociales, cuya tarea suele estar asociada con actividades del tipo promocional y preventivo únicamente, invisibilizándose aquellas situaciones atendidas cotidianamente.

En el caso puntual analizado, la adolescente se presentó de forma espontánea en el centro de salud, situación que desencadenó el inicio de las intervenciones posteriores desplegadas por el equipo de salud.

En ese sentido, el vínculo cercano construido entre el Servicio Social y la adolescente permitió la implementación de estrategias orientadas a mejorar su calidad de vida y revertir la situación caracterizada por la vulneración de derechos, aunque las circunstancias familiares y contextuales requirieron de una redefinición constante de las mismas.

Sumado a esto, la tarea cotidiana de derivación, articulación intra e interinstitucional, como también el intento permanente de lograr un trabajo interdisciplinario que favoreciera la construcción de una mirada común en relación a la situación en cuestión, resultó una característica sobresaliente del abordaje realizado por las trabajadoras sociales. Si bien el intento no siempre se tradujo en intervenciones con una impronta interdisciplinaria.

Por otro lado, el cara a cara cotidiano característico de la dinámica institucional resultó una posibilidad para desempeñar la tarea profesional con mayor “fluidez”, sin tener que responder a determinados circuitos de derivación protocolizados, presentes, sí, en el ámbito hospitalario.

Por último, la posibilidad de encontrarse en un espacio común con profesionales médicos en su mayoría, implicó un desafío cotidiano y una oportunidad para promover nuevas formas de atención en el marco de la atención primaria de la salud, aportando la perspectiva integral necesaria para el entendimiento de todo proceso de enfermedad atención cuidado, superando de este modo una visión fragmentada y orientada unívocamente a la enfermedad.

“... el ejercicio de la practica médica hegemónica moderna se orienta casi exclusivamente a la curación, lo que lleva a la instrumentación de medidas curativa por sobre las de protección, prevención y conservación de la salud.... con lo cual se aleja cada vez más de una respuesta integral, humanista, y social al proceso de salud- enfermedad”¹².

Bibliografía

CARBALLEDA, ALFREDO *La intervención en lo social*. Ed Paidós. Año 2002.

COLOMBO, STELLA. FEDUCI, MARIELA. VEGA, MARÍA C. *El trabajador social en los equipos de salud y su actuación con la problemática de la desnutrición. II Congreso Nacional de Trabajo Social y Encuentro Latinoamericano de Docentes, Profesionales y Estudiantes de Trabajo Social*?. Tandil . Año 2007.

FLOREAL FERRARA *Teoría social y salud*. Ed Catálogo. Año 2005.

RAMOS RODRIGUEZ, ROSA MARÍA “Reflexiones sobre la intersectorialidad como estrategia para la salud. Conocimientos complejos para realidades complejas”. Artículo publicado desde el Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. Año 2001.

STOLKINER, ALICIA “Interdisciplina y Salud Mental”, Artículo presentado en las IX

12 RAMOS RODRIGUEZ, 2001

Jornadas Nacionales de Salud Mental: Estrategias posibles en la argentina de hoy”. Año 2005.

TRAVI, BIBIANA *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social* . Ed. Espacio. Año 2006.

Marco normativo

LEY N° 153 (Ley Básica de Salud)

LEY 114 “Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y/o Adolescentes”

RESOLUCIÓN 904 “Protocolo de Abuso Sexual Infanto Juvenil”. Ministerio de Salud de Gobierno de la Ciudad. Año 2008.

RESOLUCIÓN 1956