# Transitar los equipos
# en tiempos de “salud y enfermedad”

Desde hace algunos años comencé a tener algunas inquietudes dirigidas hacia la forma en que concebimos, pensamos y construimos los equipos de salud.

Tal vez la primera de ellas radique justamente en la posibilidad de que habilitemos la instancia de detenernos a revisar la manera en que nos encontramos con *ese otro* que se acerca a los servicios, cuáles son los hechos que producen ese encuentro, qué intereses, qué necesidades.

Desde mi perspectiva, esto se asocia a la oportunidad de interrogarnos respecto de lo que para los trabajadores implica la cuestión del acceso. Accesibilidad vinculada al derecho a la salud.

Luego de realizar un recorrido sobre diversas perspectivas conceptuales -Alicia Stolkiner expuesta en Comes y otros (2006), Garbus (2010) y Chiara (2010), me permití esbozar una idea de lo que la accesibilidad representa, entendiéndola como un proceso complejo que implica la relación que se establece entre los servicios y los sujetos que acuden allí, en la que ambos contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse, señalando que desde los servicios se producen discursos en los que subyacen concepciones sobre la población, que a la vez promueven distintas prácticas de acercamiento y utilización de esos mismos servicios. Este proceso no se produce en el vacío sino que se da en un contexto. De esta manera el nivel macro (lo económico, lo político, la normativa gubernamental), el nivel institucional (las prácticas de prestación instituidas) y el nivel micro o singular (concepciones y prácticas de los actores) se retroalimentan. Asimismo pueden identificarse barreras de acceso tales como las económicas, geográficas, temporales, organizacionales, administrativas y culturales que se constituyen en obstáculos de accesibilidad.

Tal como mencionaba anteriormente, la accesibilidad vinculada al derecho a la salud, necesariamente implica asumir una posición ideológica sobre la salud, desde donde nos posicionamos para debatir respecto de lo que implica el acceso.

Desde esta perspectiva, la salud representa el campo donde se manifiesta la problemática de la accesibilidad, y de acuerdo a las diversas concepciones que detenten -y posiciones que asuman- los agentes respecto de lo que para ellos representa la salud, atravesarán y orientarán sus discursos y prácticas cotidianas, así como los modos de facilitar u obstaculizar el acceso.

Existen diversas perspectivas al momento de conceptualizar a la salud. En la conformación intervienen nuestros conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores, por lo que podrían entenderse como construcciones socioculturales vinculadas también a circunstancias históricas.

La noción de salud, puede corresponderse con ideas diferentes, vinculadas al valor de la vida, al modo en que las diferentes culturas conciben a las personas y su lugar en

el mundo, entre los demás seres vivos, la relación que las personas y las sociedades mantienen con el ambiente, los valores morales, las formas de producción y consumo, costumbres, lenguas.

Es posible que la cultura sea en definitiva el escenario desde el cual miramos y concebimos la salud, y que bajo esta óptica el concepto implique una noción que se construye socialmente.

Desde esta perspectiva, la salud puede entenderse como un derecho y una condición inalienable de la dignidad humana. Así como un proceso de construcción dinámico que varía de acuerdo a los paradigmas de las ideas dominantes de cada sociedad, y se encuentra asociado a concepciones que se traducen en discursos y prácticas en salud de los actores, en un tiempo y espacio en particular, caracterizado por la realidad sociocultural, económica y política de una comunidad o grupo social. La “salud” se expresa a través de pautas de interacción, costumbres y creencias por las que resulta posible comprender el sentido que tienen para la personas, y que contribuyen a la elección y organización de los sistemas de cuidado.

En este plano es interesante analizar la manera en que se expresa la accesibilidad en la institución, donde se ponen en juego estructuras formales e informales, personas y relaciones que se combinan con otros elementos –intereses sectoriales, políticos, situaciones y hechos institucionales, eventos grupales, sociales, historia, cultura, entre muchísimos otros- que contribuyen a conformar un servicio cuyos rasgos operan muchas veces como obstáculo de accesibilidad. Interpela la posibilidad de la concreción de la adecuada prestación del servicio que involucra el ejercicio de nuestras propias prácticas profesionales, el desarrollo de la función institucional y la obtención de respuesta apropiada por parte del sujeto que lo demanda. Que las situaciones no sean abordadas en tiempo y forma de manera comprometida y responsable, alerta sobre la presencia de ciertos obstáculos los cuáles desde nuestra perspectiva implican la vulneración de un derecho humano universal como lo es el derecho a la salud, vinculado estrechamente al acceso a otros como el acceso a la vivienda, a la educación, la identidad, el trabajo, la cultura, es decir, derecho a vivir dignamente.

Los agentes de salud pueden desarrollar prácticas que potencien y recrudezcan la vulnerabilidad de las poblaciones, en lugar de desempeñarse como agentes garantes del pleno ejercicio de los derechos inherentes a los usuarios de los servicios, lo cual podemos concebir como una cuestión esencial de la función.

Desde este paradigma, mi búsqueda ha estado direccionada hacia la viabilidad -o no- de construcción de los equipos de trabajo, especialmente en salud, que es el campo en el que me desempeño. Me refiero a dicha construcción en términos potenciales porque considero que esta instancia de pensar los equipos tal vez no se ha planteado o propuesto desde una posición ético-política con el suficiente análisis, compromiso y responsabilidad que esto implica en la concepción o configuración de la institución-organización salud.

El asumir esta empresa, su problematización, requiere necesariamente de una revisión de los diversos aspectos que atraviesan a la salud. La comunicación entre los equipos y con la comunidad, el Modelo Médico Hegemónico, los interjuegos de poder, lo instituido y lo instituyente, son solo algunos de los elementos que a grandes rasgos atraviesan

la vida cotidiana de la organización.

La discusión respecto de las particularidades que adquieren los equipos de salud -y su construcción- es de interés, en el marco de las organizaciones, por las consecuentes relaciones que se producen y reproducen entre sus integrantes, entendiendo que un equipo de salud se integra con cada uno de los trabajadores que se desempeñan en el área, aspectos que potencian -o no- el trabajo en equipo, con posibilidades y dificultades para su funcionamiento.

Elena de la Aldea (2000), en su estudio acerca de los procesos de construcción de los equipos, señala que el trabajo en Atención Primaria de la Salud, y en el espacio comunitario, no es una labor que pueda realizarse en soledad, y que requiere de un equipo para observar desde distintas perspectivas las problemáticas, de manera mancomunada.

Tradicionalmente el trabajo en los centros de salud ha estado asociado a prácticas asistenciales, cuestión que en muchos lugares no solamente se mantiene, sino que constituye el pilar, el sustento desde donde se nutren las intervenciones, orientándose a responder de modo fragmentado según las especialidades de los profesionales y no profesionales.

El trabajo en equipo, tal vez podría proponernos una revisión de esta mirada, ofreciéndonos una potencial construcción de la interdisciplina, comenzando por la incipiente coordinación de las intervenciones.

En este sentido, la autora De la Aldea (2000) expone algunas consideraciones referidas al trabajo en equipo, abordando la discusión y enunciando que la expresión “equipo” está relacionada al trabajo, a la producción, por lo que tiene una direccionalidad enmarcada en ese proceso. Podríamos decir, que el trabajo en equipo es un proceso de construcción potencial, y que su desarrollo se produce en el marco de un proceso de aprendizaje.

Hablar de procesos, remite a lo histórico que atraviesan las instituciones, espacios en los que construimos las intervenciones cotidianas, en donde surgen diversas modalidades de prácticas a partir de la emergencia de demandas y problemáticas complejas, que requieren del desarrollo de renovadas estrategias cuyas respuestas resulten adecuadas ante las manifestaciones de la cuestión social.

Al referirnos a una construcción potencial, descubrimos que en los equipos coexisten disciplinas y no disciplinas que disponen de herramientas adquiridas desde los ámbitos académicos y desde sus respectivas prácticas, que los habilitan para analizar la realidad. Es allí donde reside ese potencial que subyace a la empiria. Sin embargo, es frecuente asistir a intervenciones estereotipadas vinculadas a cuestiones que desde el desempeño cotidiano han sido naturalizadas y resultan ser inconvenientes para la elaboración de propuestas que conduzcan al empoderamiento de los actores sociales, desterrando respuestas redundantes, que revelan modalidades de trabajo tradicionales escasamente efectivas.

Suele atravesar a los equipos cierta resistencia a reflexionar acerca de las prácticas y diversas modalidades de intervención, entre otras razones, debido a que esta tarea suele considerarse poco provechosa, considerando que muchas veces el surgimiento

de nuevas propuestas supera a las estructuras de las políticas y los programas que orientan el servicio cotidiano.

Referirse al término aprendizaje surgiere dos cuestiones a considerar, por un lado la necesidad de una actualización y reformulación teórica-conceptual, que posibilite la revisión de las prácticas cotidianas y acompañe la dinámica de los procesos sociales a través de la capacitación, que ofrezca la posibilidad de elaborar propuestas que se ajusten a una realidad permanentemente dinámica, y por otro lado, al crecimiento que implica la generación de un espacio destinado a la construcción de prácticas conjuntas o complementarias, como un modo de superar el alcance y la calidad de las intervenciones individuales habitualmente fragmentadas, que generan superposición de esfuerzos y obstaculizan la posibilidad de construir acciones integrales o mancomunadas.

Desde otra perspectiva, las organizaciones están atravesadas por expresiones de poder en el interior de los equipos de trabajo, patrimonio de los espacios institucionales, sitios en los que emergen y se expresan los sentimientos y modos de pensar de las personas que conforman las organizaciones.

Como expresiones de malestar que circulan dentro de las organizaciones, suelen visualizarse determinadas construcciones de estos espacios de poder, singularizado por el desarrollo de conductas autoritarias e intimidatorias ejercidas desde algunos integrantes del equipo hacia otros.

Asimismo se observa alguna complementariedad entre ambas conductas, que en ciertos casos se da en el interjuego de roles. Quien es objeto de conductas violentas es posible que desarrolle sentimientos de angustia, de intranquilidad, generando en algunos casos enfermedades físicas y psíquicas, incrementando la ansiedad, por ejemplo. Mientras tanto se produce en el cuerpo una somatización de este malestar, que deteriora progresivamente la salud integral del sujeto afectado, con los consiguientes efectos en su desempeño laboral y relacional con el resto del grupo, hasta desembocar en la ausencia de motivación en el desempeño de la labor cotidiana.

Todo el equipo atraviesa y siente de diversas maneras lo vivido, y cuando estas situaciones se cronifican, el malestar se profundiza, generando desgaste en el interior de los mismos. En muchos casos, se torna tan dificultosa la realización de una lectura introspectiva de lo que acontece- tomar distancia para elaborar lo sucedido-, que el agente que se siente violentado demanda traslados a otros espacios organizacionales, como vía de escape al malestar que lo abruma, cuestión que entre otras cosas atenta contra la construcción de los equipos de trabajo, a partir de la rotación incesante de sus miembros.

Al no habilitarse espacios de escucha y discusión en los que se aborde y se tramite con cuidado y respeto esta problemática, el malestar se traslada a otros ámbitos organizacionales coartando la posibilidad de construir un aprendizaje de lo acontecido, y se instala como respuesta formal para la finalización de los conflictos interpersonales. De esta manera, algunos integrantes de estos equipos adoptan como modalidad de resolución de los mismos la circulación permanente hacia otras células organizacionales, convirtiéndose en “trabajadores golondrina”, con escasa posibilidad en tales instancias de analizar, comprender y construir sus prácticas e integrarse a los equipos.

En situaciones de extrema gravedad, este malestar puede redundar en la alienación del trabajador, y en tendencias a negar o neutralizar estas situaciones donde difícilmente se brinda la posibilidad de revisar estos fenómenos de violencia, con graves secuelas en su subjetividad y perturbación en el ejercicio de sus prácticas.

Al respecto, Rosana Onocko Campos (2004) aporta una reflexión acerca del malestar en estos ámbitos laborales. Si bien la misma se encuentra destinada específicamente a una institución hospitalaria, sus observaciones resultan aplicables a cualquier institución del ámbito de la salud. La autora señala que la pretensión de "humanizar" un hospital incurre en cierta forma en una redundancia, ya que parece tratarse de una obviedad, en tanto las instituciones son creadas por personas para atender personas, vale decir, su surgimiento es social y se vincula a cuestiones profundamente humanas. Es habitual –continúa la autora- que asociemos lo humano a un valor positivo, como la solidaridad o la compasión, dejando de lado los sentimientos y conductas de abuso de poder, de desigualdad social, de violencia, que son fenómenos profundamente humanos.

En definitiva, la autora sostiene que es preciso desterrar la noción percibida desde el sentido común que asocia lo humano a lo bueno. Afirma que el hospital "masacra a todos sus sujetos" (Onocko Campos, 2004:104) de diferente manera según su inserción institucional. Que las organizaciones trabajan pensándose vacías de gente, u ocupadas por personas domesticadas por la racionalidad gerencial hegemónica, cuando en realidad las organizaciones se desarrollan con pasiones, rencores, competencias, narcisismos, ya que "lo humano" es llevado a todas partes, y es en este contexto que se acerca ese otro semejante, el ser humano fragilizado ante el dolor o el sufrimiento. Se mantiene el foco sobre ese sujeto que se acerca en este estado, aunque -señala la autora- "...el proceso de salvar vidas se realiza a costa de gastarnos la nuestra... [...] En las organizaciones que trabajan con gente una gran parte del cansancio de los trabajadores se debe a la necesidad de reponerse de su permanente exposición al sufrimiento y a la muerte." (Onocko Campos, 2004:105).

Por su parte, Stolkiner (2001) reflexiona respecto de las condiciones actuales de producción de subjetividad y de padecimiento subjetivo, y también sobre la dinámica y transformación de los actores o agentes del campo de la salud. De acuerdo con la autora la incertidumbre con respecto al futuro constituye el escenario de fondo de las narraciones de los sujetos, ante lo que el profesional encuentra en ellas un eco que lo remite a sus propias circunstancias y simultáneamente desafía sus herramientas de trabajo. Sostiene también que en las instituciones de salud la complejidad de ese enlace entre prácticas y circunstancias aparece en toda su dimensión, la problemática traída por los usuarios tanto como las vicisitudes institucionales del sector y las variaciones en los principios y formas organizativas del sistema de salud constituyen un escenario donde lo genérico, lo particular y lo singular se articulan en cada discurso y en cada acción.

Desde mi perspectiva, para la construcción de prácticas que alivien, dignifiquen e integren a los miembros del equipo con los servicios que se brindan, es fundamental la disposición hacia la instalación de espacios de introspección, escucha y debate que permitan expresar, compartir, desnaturalizar y cuestionar, estructuras de funcionamiento rígidas, tradicionales y hegemónicas que se desarrollan desde diversos espacios dentro de las organizaciones, que resultan obstaculizantes para la construcción de un sujeto protagonista, autónomo, desde la tolerancia y el reconocimiento de la necesidad del interjuego de diferentes

actores.

La puesta en práctica de estas herramientas aportan a la construcción de un sujeto protagonista, autónomo desde la tolerancia y el reconocimiento de la necesidad de interjuego de diferentes actores, fomentando espacios de autocrítica entre todos ellos, estableciendo diálogos profundos entre los saberes, respetando las especificidades pero teniendo como objetivo la complementariedad (Cazzaniga, 2001).

Asimismo, entiendo que estas transformaciones pueden germinar en cualquier organización, aquí reside este potencial de los trabajadores, y en este escenario es acuciante que las gestiones estén lo suficientemente entrenadas y formadas para identificar, acompañar, fortalecer y motivar estas semillas que enriquecerán, hechando un poco de luz en los espacios organizacionales.

En este escenario endógeno-exógeno aparece la enfermedad, presentada de manera apocalíptica, con su fogoneo del miedo, viniendo a fragmentar aún más lo descrito anteriormente, profundizando malestares que previamente circulaban en todos aquellos que viven la organización.

Esta perspectiva desafortunada, esta crudeza lamentable, tal vez venga a alejarnos un poco más de la posibilidad de construcción y fortalecimiento del lazo por el que tanto luchamos, aquel que perseguimos como plataforma o premisa de nuestra tarea.

Parecería apropiado aquí, detenernos sobre un aspecto estructural de la salud, que sin lugar a dudas direcciona y organiza el sistema de salud como lo es el Modelo Médico Hegemónico.

Parece asimismo pertinente revisar la relación entre APS y el Modelo Médico Hegemónico (MMH), ya que éste ha constituido y constituye actualmente un parámetro desde donde se construyen cotidianamente las prácticas en salud, por lo cual comprender su mirada y el recorrido que ha tenido en atención primaria nos permitirá comprender mejor los procesos de accesibilidad.

Menéndez (1988) refiriéndose al MMH señala que está conformado por un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, la cual desde fines del siglo XVIII ha establecido como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Uno de los atributos constitutivos, es el biologismo, que certifica la cientificidad del modelo, así como la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos.

El biologismo no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. El biologismo subordina metodológicamente e ideológicamente a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Lo biológico representa

la parte constitutiva de la formación médica profesional la cual se desarrolla desde contenidos biológicos independientemente de los procesos sociales, culturales.

Para la práctica médica la enfermedad es un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia, siendo otro de los rasgos estructurales del MMH su ahistoricidad.

El MMH realiza una exclusión de lo social (Menéndez, 2005), en las sociedades, los padecimientos son abordados de diversas maneras, mientras que desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado patrimonio exclusivo del saber médico, hecho impulsado por las instituciones médicas fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos. Este proceso de apropiación y hegemonía es impulsado también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por una parte de los sectores subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales.

Estas características sociales tienden a ser opacadas en las reflexiones sobre el desarrollo del saber médico, las instituciones médicas han tratado de negar o secundarizar el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad y especialmente en la atención biomédica, tratando de imponer la existencia de una mirada médica autónoma, profesional y científica. El MMH cumple funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, el personal de salud, se autoidentifica con las funciones de curación y prevención pero también los conjuntos sociales identifican la práctica médica casi exclusivamente con estas funciones sobre todo con la de curar. Ningún saber profesional que opera en la cotidianeidad de los sujetos y grupos sociales puede fundamentar su autonomía sólo en criterios científicos y técnicos, porque al trabajar con sujetos y grupos el personal de salud debería contemplar los diferentes aspectos sociales e ideológicos que surgen en la relación institución/paciente.

No es posible eliminar el papel de los sectores y grupos sociales en el desarrollo de los procesos de atención de la salud/enfermedad, incluidas las acciones y la trayectoria de los saberes médicos.

Menéndez (2005) plantea que el saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos construidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas. Eso además orienta a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud. Referir la salud y enfermedad a los condicionantes sociales constituye la posibilidad de definir una política para la salud y no sólo para la enfermedad, asumiendo que ambas son emergentes de las condiciones de vida y de trabajo; que el proceso salud/enfermedad no sólo es un problema profesional sino que implica a los conjuntos sociales.

Intentando instalar un diálogo entre la estrategia de APS y el MMH, puede decirse

que las políticas focalizadas refuerzan al MMH, por lo tanto si la estrategia de APS es una estrategia integral universal, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (Alma Ata, 1978), inspirada fuertemente en el pleno ejercicio de los derechos humanos, con las políticas neoliberales se convierte en infectiva. Asistimos actualmente a una fuerte contradicción entre la estrategia de APS, ya que su implementación requiere de políticas sociales universales en donde el Estado debe constituirse en garante y los usuarios en ciudadanos sujetos de derecho. Las políticas de corte liberal proponen respuestas focalizadas restringidas a ciertos grupos los cuáles se conforman por su situación de privación en donde su instalación y continuidad se haya sujeta a ciclos económicos.

El MMH está pensado en el marco de las políticas neoliberales, y se da una articulación entre ambos desde el momento en que se admite la incursión en el campo de salud de las reglas del mercado, dando lugar al juego de intereses y las fuerzas económicas propias de la visión neoliberal, postergando los objetivos esenciales vinculados a los derechos humanos en materia de salud.

Las políticas sociales focalizadas fragmentan las comunidades erosionando los lazos sociales ya que en ellas mismas se establecen diferencias entre los que reciben la asistencia y quienes no construyendo a la asistencia como un “beneficio” y no como un derecho.

En este escenario algunos autores han propuesto la revisión del trabajo en salud, la mirada de Sousa Campos por ejemplo, (1996-1997) sugiere una revisión del MMH con una propuesta de ampliación de la clínica actual, para la reformulación y construcción de una visión orientada hacia al sujeto. Su iniciativa impulsa el desplazamiento y reemplazo de la enfermedad como objeto de trabajo, lugar que pasa a estar ocupado por el sujeto. Este sujeto tiene una existencia concreta, está social y subjetivamente constituido, y cuenta con la posibilidad de inventar su salud (Amarante en Sousa Campos, 1996-1997).

Desde la perspectiva de Basaglia (1985) en Sousa Campos (1996-1997) la invención tiene que ver con la reproducción social del paciente, noción vinculada a la de ciudadanía activa y la de protagonismo: el mismo es concebido como sujeto de derechos, y se le otorgan las herramientas para el ejercicio de los mismos.

La circunstancia de que este sujeto singular se encuentre atravesado por alguna enfermedad, sufrimiento o dolencia, se produce en un contexto en particular, razón por la cual es preciso buscar una nueva dialéctica entre sujeto y enfermedad, desplazando la posición positivista de la medicina que se centra en aquella, buscando superar ese campo de certezas introduciéndose en la imprevisibilidad de la vida cotidiana, considerando la dolencia como parte de la existencia de los sujetos.

Existen cuantiosas posiciones posibles para enfocar y analizar esta relación entre enfermedad y sujeto. Nos encontramos con aquellas en las que la dolencia ocupa un espacio significativo en la existencia del sujeto, mientras que en otras la enfermedad constituye un suceso transitorio.

Asimismo, las enfermedades inciden de forma diferenciada conforme la historia y los recursos subjetivos y materiales de cada individuo. Los servicios de salud debieran operar

con la suficiente flexibilidad para responder adecuadamente ante estas peculiaridades, y esto es posible a través de la escucha, el análisis, la profundización de cada situación, la apertura a un diálogo con otros profesionales que permita exponer incertidumbres y compartir dudas u opiniones.

Las organizaciones -entendemos- deberían adoptar una cultura de comunicación a fin de aportar a la construcción de espacios de calidad en salud, que habilite instancias de interrogación respecto de las prácticas en forma contínua.

Finalmente cabe preguntarnos en estos tiempos si es momento de pensar-nos en una instancia donde lo que se promueve es el binomio es “recluirse” o “hacer”, ser héroes. Lo heróico nos sugiere una figura invencible, aquel que todo lo puede, que nada lo lastima. Tal vez esto nos remita o nos acerque a la cuestión de la implicancia, rasgo tan legítimo y constitutivo disciplinar, ya que la práctica de los trabajadores sociales tiene mucho de esto en su historia de construcción y legitimación.

¿Será ése el rol que debemos, podemos o queremos desempeñar en estos momentos? ¿Qué costo tiene -y tendrá- este posicionamiento, que “se pretende instalar”? Y en este contexto, ¿qué se nos pide a los trabajadores sociales? Y finalmente lo que más me interpela: ¿de qué herramientas disponemos para sostener la especificidad profesional, para fortalecernos colectivamente y reflexionar sobre nuestras prácticas?

Esto es en general lo que ocupa mis pensamientos por estos días. Estos esbozos representan en rasgos generales, inquietudes que han ido aconteciendo en función de lo que soy y lo que habito, trabajo y he trabajado a lo largo de estos años, en tiempos de mayor o menor incertidumbre, violencia y enfermedad.

Lic. en Trabajo Social
**Irene Lucia Pacheco**
Magister en Salud Mental

Bibliografía

BERBESI FERNÁNDEZ, D. Y. (2013). “Alcances y limitaciones de la noción de enfermedad”. En Revista CES Salud Pública. Consultada en el mes de octubre, 7 de 2014 en URL: (file:///F:/TESIS%20FINAL/Textos%20%C3%BAltimos%20trabajados/Dialnet-AlcancesYLimitacionesDeLaNocionDeEnfermedad-4549357.pdf)

CAZZANIGA, S. (2001). “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. Ponencia VI Jornadas de Medicina General y 1° de Equipo de Salud. Asociación de Medicina General de Santa Fe. Reconquista-Santa Fe.

CHIARA, M. et al (2010). Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de San Fernando. Los Polvorines. Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento.

COMES, Y. et al (2006). “El concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios”. Facultad de Psicología. UBA. Anuario de investigaciones. Vol XIV. Consultado en mes noviembre, 8 de 2012 en URL: (http://www.scielo.org.ar)

DE LA ALDEA, Elena (2000). “El equipo de trabajo, el trabajo en equipo”. Maestría en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos.

GARBUS, P. (2010). “Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención: Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental”. Anuario de investigaciones vol. 17. Consultado en mes noviembre, 8 de 2012 en URL: (http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862010000100030&script=sci_arttext)

MENÉNDEZ, E. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Ponencia.Consultado en el mes de junio, 18 de 2012 en URL: (http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.)

---------- (2005). “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”. Revista Salud colectiva v.1 n.1. Consultado en mes enero, 15 de 2013 en URL: (http://www.scielo.org.ar)

ONOCKO CAMPOS, R. (2004). “Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria”. En SPINELLI, H. (Comp.) Salud Colectiva. Buenos Aires. Editorial Lugar.

PACHECO, I. (2014). Tesis: “La accesibilidad a los servicios de salud de los sectores vulnerables de la comunidad de barrio San Lorenzo”.Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social. Maestría en Salud Mental.

SOUSA CAMPOS, G. (1998). “Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud”. Consultado en mes junio, 6 de 2014 en URL: (http: http://www.alames.org/documentos/equipos.pdf).

---------- (1996-1997) “La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”. Consultado en el mes de junio , 6 de 2014.

STOLKINER, A. (2001). “Subjetividades de época y prácticas en salud mental”. Revista Actualidad Psicológica. Buenos Aires. Consultado en mes de marzo, 15 de 2014 en URL:(http://www.psi.uba.ar)