

Diálogo de saberes: desafíos en la construcción de equipos de salud comunitaria

MONTORRO, Romina.

Lic en Psicología (UBA). Coordinadora general CAAC Casa Pueblo CABA. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLA)

Contacto: rominapaolamontorro82@gmail.com

AIRASCA, Madelaine.

Lic en Psicología. (UBA). Psicóloga en CAAC Casa Tesai. Profesora de canto.

Contacto: made.airasca@gmail.com

CICUTTIN, Julia.

Lic. en Psicología (UBA). Especialista en Gestión en Salud (ISCO-UNLA). Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Asesora en la Dirección de Salud Comunitaria (MSGCBA). Psicóloga en la CAAC Casa Tekopora.

Contacto: julicicuttin@gmail.com

VALLERO, Federico.

Lic. en Psicología (USAL). Especialista en el tratamiento de los consumos problemáticos (Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte")

Contacto: fede.vallero@gmail.com

Recibido: 21/07/2023; **Aceptado:** 08/04/2024

Cómo citar: Montorro, R., Airasca, M., Cicuttin, J., Vallero, F. (2024). Diálogo de saberes: desafíos en la construcción de equipos de salud comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 125-134

Resumen

El objetivo de la siguiente investigación es analizar la conformación y funcionamiento de los equipos de salud comunitaria que desempeñan sus funciones en el abordaje de consumos problemáticos. Se partirá de la experiencia de dos Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs) “Tekoporã” y “Casa Tesãï”.

La hipótesis principal es que la fortaleza de un equipo de trabajo de salud comunitaria radica en la diversidad de perfiles, saberes, disciplinas y experiencias. Como estrategia metodológica, se usaron 17 cuestionarios autoadministrados y anónimos realizados durante los meses de julio y agosto del año 2022 a diferentes integrantes de ambos equipos, contestado en forma voluntaria. Las preguntas seleccionadas apuntaron a indagar sobre la conformación de los equipos, sus fortalezas y debilidades, qué entendían como espacio de salud comunitaria, qué lo diferencia de otros espacios y el aporte de las promotoras de salud en la conformación de esos equipos.

Se describirán, en primer término, las características que constituyen a estos espacios como espacios de salud comunitaria. En segundo lugar se desarrollarán

los procesos de construcción de los equipos y luego se analizará el aporte particular de las promotoras de salud en la conformación de los mismos. Finalmente, se tomarán algunas contribuciones extraídas de los cuestionarios autoadministrados.

Palabras clave: interdisciplina - intersaberes - salud comunitaria - territorio - promotoras de salud

Dialogue of knowledge: challenges in the construction of community health teams

Abstract

The aim of the following research is to analyze the formation and performance of community health teams that carry out their functions in addressing problematic consumption. It will start from the experience of two CAACs “Tekoporã” and “Casa Tesãï”. The main hypothesis is that the strength of a community health work team lies in the diversity of profiles, knowledge, disciplines and experiences.¹⁷ self-administered and anonymous questionnaires were used, implemented during the months of July and August of the year 2022 to different members of both teams, answered voluntarily. The selected questions aimed to inquire about the conformation of the teams, their strengths and weaknesses, what they understood as a community

health space, what differentiates it from other spaces, and the contribution of the health promoters in the conformation of these teams. First, the characteristics that constitute these spaces as community health spaces will be described, secondly the construction processes of the teams will be developed and lastly, the particular contribution of the health promoters in their conformation will be analyzed. Some contributions extracted from the self-administered questionnaires will be taken into account.

Keywords: interdiscipline - interknowledge - community health - territory - health promoters

Tesãi y Tekoporã, casas abiertas a la comunidad

Tekoporã y Tesãi son dos espacios de salud comunitaria en los que se desarrollan actividades de promoción, prevención y atención/cuidado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En las mismas funcionan Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (CAACs - SeDroNar). El primero ubicado en el barrio de Parque Avellaneda, funciona desde 2019 y apunta su atención a mujeres y población LGBTIQNB⁺, mientras que Tesãi se encuentra en el barrio de Flores desde el 2022 y apunta su atención a

varones cis². Si bien se localizan en diferentes territorios y acompañan poblaciones distintas, debido a que ambos se encuentran anclados en la construcción territorial de un movimiento social, la perspectiva desde la cual se abordan las intervenciones y la construcción de los equipos es pensada en la misma línea. Tanto “Casa Tesãi” como “Casa Tekoporã” se piensan como casas abiertas a la comunidad, o lo que se puede llamar dispositivos de bajo umbral, es decir, no presentan dificultades para acceder, ingresar y permanecer. Esta característica de casa propone, en su dinámica diaria, una mirada convivencial que se vincula con la construcción de grupalidad en el desarrollo de las tareas del espacio. Entre otras cosas, apunta a favorecer la incorporación de pautas sociales, rutinas y reglas, que fortalezcan la participación ciudadana.

Otra coincidencia de estos espacios es que en ambos funcionan Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs). Estos dispositivos se enmarcan en la política general de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SeDroNar) y en las cuales se hará foco el análisis. Tal como plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 en su artículo N° 4, las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, teniendo quienes las padecen los mismos derechos y garantías que todas las personas con

padecimiento mental. Al calor de esta ley es que se han parido y fortalecido los dispositivos territoriales para el abordaje de los consumos problemáticos de la Red CAACs, de la cual también forman parte las Casas Pueblo, que dependen del Movimiento Evita. El programa de CAACs funciona a partir del subsidio que otorga la SeDroNar a organizaciones y grupos comunitarios que poseen una fuerte presencia territorial en todo el país y tienen reconocimiento en la comunidad. El programa busca reconocer y poner en valor el trabajo y las experiencias de las organizaciones.

Sin embargo, hay un marco legal que se contradice a sí mismo: por un lado, la Ley N° 23.737 de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes sancionada en 1989, la cual consta de una mirada punitivista con respecto a los consumos donde las políticas públicas impulsadas quedan en manos de organismos de seguridad. Desde el punto de vista de esta ley, el usuario de sustancias ilegales es un criminal y debe recibir una pena por sus prácticas de consumo, lo cual no lleva a otro resultado que la estigmatización, segregación y apartamiento de las personas usuarias. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, propone una nueva mirada donde se incluye al abordaje de los consumos problemáticos dentro del campo de la salud incluyendo una perspectiva de

los derechos humanos. En estas casas se abordan las problemáticas de los consumos desde una perspectiva integral, comunitaria y feminista, con un enfoque de derechos y cuidado, que comprende al consumo problemático de sustancias como un fenómeno complejo y multicausal, y que para abordarlo debemos tener en cuenta las sustancias, las personas y los contextos. La perspectiva integral tiene que ver con poder pensar el acompañamiento de las personas que asisten desde todos los aspectos de su vida y no sólo en relación a la situación de consumo puntual. Para esto es necesario pensar en abordajes interdisciplinarios, ya que los problemas se presentan como demandas complejas y difusas (Stolkiner, 2005). En este sentido, se articula con los efectores de salud del territorio, organizaciones sociales y otras instituciones del Estado para facilitar el acceso a la salud, la educación, la vivienda, el trabajo y la justicia.

Se ubica a estos espacios como dispositivos de salud comunitaria, entendiendo que la concepción de salud comunitaria incluye:

Una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y

microsocial, y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones. (Pasarn et al, 2010, p. 23)

Esta perspectiva puede observarse en las respuestas de los cuestionarios, ya que cuando se preguntó sobre lo que se entendía como un espacio de salud comunitaria, la mayor parte de lxs entrevistadxs identificaron la función de acompañamiento de los procesos de vida de lxs usuarixs como eje principal del trabajo, también “la mirada integral” y el abordaje territorial que surge a partir de las demandas y necesidades singulares. Como se menciona en una de las entrevistas: “un espacio que salga y esté disponible para la comunidad, accesible y atento a garantizar derechos o articular con instituciones que deben hacerlo”. En este sentido, se puede marcar un contrapunto respecto a otros dispositivos de atención. Previo a pasar por las Casas, los concurrentes transitaban otros espacios, algunos en los cuales ha podido encontrarse con referencias que le permitan sentirse y ser parte de algo que los trascienda, y otros que no han hecho otra cosa que agudizar la vulneración y el deterioro que viven diariamente. Algunos ejemplos pueden ser las dificultades con las que se encuentran las personas para sacar un turno en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) y acceder a un tratamiento. Esto se identifica cuando, por ejemplo, una de

las entrevistadas respondió que lo que diferencia a un espacio comunitario de otro que no tiene este abordaje, es “la accesibilidad, la cercanía y la no burocratización de la atención”.

Equipos polifónicos: un todo armónico

El equipo de trabajo de la casa se encuentra conformado por psicólogas, trabajadoras sociales, psiquiatras, médicas generalistas, enfermeras, talleristas y promotoras de salud. Por todo esto, se puede pensar con respecto a la conformación del equipo, que en principio confluyen en un mismo espacio diferentes disciplinas y saberes. Pensarlo en términos interdisciplinarios tendrá que ver, según Stolkiner (2005) con un trabajo sostenido y constante de cooperación recurrente: “la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (p.5). Acá se retoma una pregunta que trae la autora en relación al desafío en las prácticas que integran saberes que no son disciplinares, que no se estructuran como conocimientos científicos, teniendo en cuenta que también es una forma de comprensión de la realidad, ofreciendo otro tipo de saber, un saber no-disciplinario. Es así que la dimensión territorial que aportan, por ejemplo, las promotoras de salud o la di-

mención simbólica artística que aportan los talleristas, arman un todo armónico.

En música la polifonía se define como la combinación de varios instrumentos o voces, que suenan de forma simultánea, formando un todo armónico (Barrie Nettles, 1977). Estas distintas voces se enlazan dejando intervalos entre sí. Pensar entonces ese intervalo necesario para la unión de las distintas voces en términos de fisura, ranura, grieta, borde, posibilita pensarlo como amplitud a un más allá de los saberes disciplinarios.

Estas distintas formas de hablar y por lo tanto de sonar dentro de un equipo se anudan, se enlazan en la dinámica diaria de las casas, en cada una de las intervenciones posibles, formando así la armonía, que para ser escuchada debe poder resonar. El concepto de resonancia, “eco” en latín, remite a “caja de resonancia”, qué es lo que permite que la vibración suene y se amplifique el sonido. Se plantea pensar la conformación del equipo en términos de intersaberes como el armado de esa caja de resonancia, con una voz propia, dando como resultado un cuerpo que habilita a aquellas vibraciones, a aquellas voces que no han tenido donde vibrar, un lugar donde ser escuchadas.

Este todo armónico se puede ver volcado en las en-

trevistas donde diferentes integrantes del equipo resaltan la necesidad de que los equipos estén conformados por diferentes profesionales de diversas disciplinas y saberes con un objetivo en común, poniendo énfasis en la importancia de las reuniones y formaciones como herramienta para construir esta voz en común. En los testimonios de los cuestionarios que se realizaron se puede ubicar que lo que da cuenta que hay un equipo es en la cotidianeidad de las intervenciones, que sin ser habladas en el momento puntual se realizan en una misma dirección, ya que la línea de trabajo es la misma.

Al consultar sobre las fortalezas de los equipos, la mayoría de los integrantes ubicó el compromiso, la comunicación, la diversidad en los grupos y la flexibilidad de los roles. Es decir, por un lado, se resalta como un valor positivo la heterogeneidad de las experiencias, disciplinas y saberes que llevan lxs trabajadorxs de las casas. Y por otro, se señala la capacidad de que las personas puedan ocupar distintas funciones y de que estos roles no sean estáticos.

Para hacer hincapié en la importancia de la interdisciplinariedad y los intersaberes dentro de la conformación del equipo, se toma el concepto de pensamiento abismal (Sousa Santos, 2010) para poder dar cuenta de cómo estos conocimientos al no ser disciplinarios, mu-

chas veces, quedan invisibilizados y relegados como conocimientos que no son trascendentes. El pensamiento abismal consiste en un sistema de distinciones visibles e invisibles siendo éstas últimas el fundamento de las visibles. Esta fisura genera que lo que es producido como “no existente” quede por fuera de lo que el universo simbólico y hegemónico acepta. Al respecto:

En el campo del conocimiento, el pensamiento abismal consiste en conceder a la ciencia moderna el monopolio de la distinción universal entre lo verdadero y lo falso (...). Su visibilidad se erige sobre la invisibilidad de formas de conocimiento que no pueden ser adaptadas a ninguna de esas formas de conocimiento (...). Desaparecen como conocimientos relevantes o commensurables porque se encuentran más allá de la verdad y de la falsedad. (Sousa Santos, 2010, p. 31)

Es por ello que es indispensable poder recuperar aquellos conocimientos como el que aportan las promotoras de salud, que quedan por fuera del discurso hegemónico científico. Esto permite reflexionar sobre cuánto lugar realmente se le da a este saber no hegemónico, generando cierta tensión en cuanto a lo que el saber disciplinar habilita. Para ello es necesario un espacio de reflexión y el ejercicio de repensar la práctica

constantemente para intentar sostener y potenciar ese todo armónico.

Promotoras de salud: su aporte a la conformación de equipos

Las promotoras de salud tienen la particularidad de pertenecer al barrio en donde funcionan los espacios. En este sentido, se ubica la importancia de su rol como referentes territoriales, que no lo garantiza el simple hecho de vivir en un determinado barrio sino de transitarlo, conocer sus circuitos de funcionamiento, nudos, entramados y poder poner a jugar esos conocimientos a la hora de pensar acompañamientos en las casas. Volviendo a los cuestionarios que se realizaron en relación a el rol de las promotoras de salud, cabe destacar algunas frases como “una mirada más cercana al barrio”, “aporta saberes acerca del territorio”, “aporta la mirada que parte desde la comunidad con la cual se trabaja”, “conocen los barrios, sus calles, su gente”, “un acompañamiento más cercano en la cotidianeidad”, “información relevante respecto de la comunidad”, entre otros.

Se toma el concepto de territorio, tal y como lo desarrolla Carballeda (2015), como una serie de significaciones culturales con implicancias históricas y sociales, donde se subraya la importancia del relato, lo narra-

do, la ritualidad y la vida cotidiana que se construyen y constituyen a los mismos. Este concepto habilita a pensar que “la intervención en lo social desde una perspectiva territorial implica salir a buscar y despertar las historias que recorren las calles, a veces desde un sucinto nombre” (p. 3).

El rol de las promotoras de salud como parte del equipo de las CAACs se vuelve indispensable, como sujeto político presente en el territorio, participante activa de la construcción y transformación de las prácticas comunitarias, haciendo de articuladoras entre lxs habitantes del barrio y los dispositivos insertos en el mismo. Siendo parte de las actividades de planificación, programación y evaluación, con el objetivo de ejercer la tarea en el territorio realizando propuestas de educación para la salud promoviendo el conocimiento de las leyes que garantizan el derecho a la salud. Una de las actividades es recoger y analizar la situación de salud de una población, así como contribuir a definir necesidades y prioridades y proveer información para planificar e implementar el abordaje correspondiente mediante registros de las acciones y de las necesidades de la comunidad donde trabaja (UNTREF, 2022).

Es importante destacar que las promotoras de salud no solo son referentes barriales, sino que la mayoría son

mujeres que han atravesado situaciones de vulnerabilidad social, como el haber vivido en la calle y violencia de género, entre otras. Muchas de ellas han llegado a los espacios siendo usuarias en un primer momento y luego han logrado constituirse como promotoras de salud. Es decir, no solo viven en el barrio, sino que muchas veces han sido protagonistas de muchos procesos de vulneración. Esto permite la construcción de otro tipo de mirada frente a las problemáticas que se abordan en lo cotidiano de las casas, habilitando otros modos de intervención, aportando una mirada más empática que, lejos de considerar la empatía como algo negativo dentro de las intervenciones, se propone pensar cómo esta perspectiva otorga otra potencia. Esta proximidad habilita el pensar la mirada no desde un afuera, sino desde un más acá, desde un adentro que permite una modalidad distinta del estar presentes, de poner los cuerpos y la escucha.

Se piensa este aporte como condición necesaria para poder generar en la conformación de los equipos la pluralidad, el todo armónico, rescatando estos saberes y experiencias. Al fin y al cabo este armado no es sin estragos, desacuerdos, inarmonía, que por momentos genera ruido, más preguntas e incomoda. Se apuesta a que en el armado de algo distinto, que rompe con las hegemonías históricas que instalan que sólo lxs profe-

sionales con formación académica son idóneas para el trabajo en salud, es menester armarse de incertidumbres, seguir apostando a las preguntas y sostener un poco el ruido.

Reflexiones finales

Como resultado de la experiencia, es interesante destacar el rol que tienen las promotoras de salud en la conformación de equipos de salud comunitaria. Entendiendo que sus referencias barriales y sus recorridos personales son esenciales en el relevamiento territorial de las problemáticas y los circuitos de consumo, facilitando el acceso de las personas al dispositivo y articulando con los efectores de salud. Se sostiene que el reconocimiento de estos actores se vuelve indispensable para ampliar los horizontes de posibilidades construyendo reales abordajes integrales de la salud en los territorios. Si bien las organizaciones sociales reconocen este rol hace muchos años, es reciente el reconocimiento oficial por parte del Gobierno de la Ciudad. En este sentido, recién en el 2020 ingresaron a planta por primera vez en tanto promotoras de salud en los CESACs.

Por otro lado, si bien resulta fundamental pensar que los equipos de trabajo están constituidos por diferentes disciplinas y saberes, se considera que la sola

presencia no garantiza la conformación de ese todo armónico en el cual todas las voces tienen lugar. Para generar horizontalidad en la toma de decisiones es necesario elaborar estrategias que habiliten que todo el equipo se sienta autorizado a realizar aportes, a preguntar y a reflexionar sobre las acciones que se llevan adelante. Para esto, se cree fundamental visibilizar, en primer lugar, las tensiones y las relaciones de poder que operan entre los diferentes saberes y disciplinas. Y, en segundo, generar ajustes en las condiciones y espacios de trabajo para facilitar el acceso y permanencia de todos los trabajadores.

En síntesis, se piensa la salud comunitaria construida desde el territorio y con la comunidad que lo habita, rescatando las distintas narraciones y prácticas para intentar armar un cuerpo que dé respuestas a las problemáticas existentes. Tal como se fue desarrollando, se sostiene que el diálogo entre saberes no jerarquizados habilita una práctica que reconoce la incompletud de cada disciplina, dando margen al intervalo, a un espacio que permite que las diferencias se puedan enlazar. Es por eso que en los equipos de “Casa Tekoporã” y “Casa Tesãï” intentan, compartiendo el día a día con los sujetos que transitan padecimientos de salud mental y vulneración de derechos en los territorios, diseñar las estrategias de acompañamiento necesarias con el fin

de propiciar un puntapié para el desarrollo de sus proyectos de vida. El hecho de ofrecer un todo armónico, complejo, diverso, heterogéneo, como un cuerpo donde puedan resonar otros cuerpos, otras voces, resulta un ejercicio continuo que muchas veces deja más preguntas que certezas. Es por eso que se cree en la importancia de habilitar espacios de reflexión para repensar la práctica cotidiana y resonar en la potencia de esa polifonía de voces.

Bibliografía

Carballeda, A. (2015) El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen*, (76), pp. 1-6.

Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010

Nettles, B. (1977). *Armonía 1*. Berklee College of Music. Traducido al español por Hugo Acuña

Pasarín, M.S.; Forcada, C.; Montaner, I.; De Peray, J.L. y Gofin, J. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010*. Agencia de Salud Pública de Barcelona, España.

Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ed. Trilce.

Stolkiner, A. (2005). Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental*. I Jornadas Provinciales de Psicología. Posadas, Misiones, Argentina.

Universidad Nacional de Tres de Febrero (2022). *Manual Atención Primaria de la Salud, Salud Comunitaria y Programación*. UNTREF.

Notas

1. Lesbianas, gays, bisexuales, travestis, trans, queers, no binaries y otras identidades.
2. Cis es una palabra utilizada para describir a una persona cuya identidad de género y sexo asignado al nacer se corresponden.