

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO DE TERRITORIO A PARTIR DE LA  
EXPERIENCIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN CONTEXTO  
EMERGENCIA SANITARIA**

Estudiante: Luan Olivera  
CI: 4.974.744-7

Montevideo, Junio, 2022

Docente tutor: Prof. Tit. Luis Giménez  
Docente Revisora: Prof. Adj. María Julia Perea

## ÍNDICE

1. Introducción al TFG y al Programa de Practicantes y Residentes en convenio con la Administración de Servicios de Salud del Estado
  - 1.1. Reforma del Sistema de Salud
  - 1.2. Incorporación del Psicólogo de Área
  - 1.3. Nuevo rol: Psicólogo de Territorio
2. Preguntas y Objetivos Planteados en el TFG
3. Contextualización del Servicio de Salud
4. Contextualización y descripción de la experiencia: Emergencia Sanitaria y cambios en el PNA
5. Análisis de la experiencia
  - 5.1. Modelos de Atención en Salud: tensión entre paradigmas en escenario de emergencia sanitaria
  - 5.2. Desafíos y estrategias para el desarrollo del trabajo intersectorial e interdisciplinario
  - 5.3. Grupo “Arte para Mujeres”: Abordaje comunitario desde una mirada a los Determinantes Sociales de la Salud
  - 5.4. Aportes de la Psicología Comunitaria al trabajo con grupos sociales
6. Conclusiones
7. Referencias bibliográficas

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Grado (TFG) se enmarca en la experiencia desarrollada como practicante de psicología en el Programa de Practicantes y Residentes (PPRSS) de la Facultad de Psicología en convenio con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) —principal prestador de salud, único presente en todo el territorio nacional y con servicios en todos los niveles— durante el período de Febrero 2020- Febrero 2021.

Desde el año 2010 el PPRSS contribuye al desarrollo de una formación específica de grado y posgrado que ofrece procesos formativos alineados con las exigencias y competencias establecidas en la nueva reforma del sistema de salud del año 2007. Siguiendo a Perea (2017) el PPRSS consiste en una formación académica en Servicios de Salud que promueve un perfil específico para trabajar en los distintos niveles de atención y particularmente en el Primer Nivel de Atención (PNA), está orientado a la formación de recursos humanos en salud, psicólogos con niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (s/p). También propone la producción de conocimientos psicológicos en el campo de la salud.

Cada practicante y residente cuentan con un docente referente del PPRSS y un licenciado en Psicología referente inserto en el servicio dispuesto por ASSE. Semanalmente se realiza un plenario entre los practicantes y el equipo docente del Programa que oficia de espacio de encuentro, intercambio, problematización y análisis de las experiencias que atraviesan la práctica, en los que se comparten visiones, reflexiones y orientaciones frente a las problemáticas que emergen de ellas. Residentes y practicantes realizan su plenario por separado, pero comparten instancias formativas e informativas. Como parte de las horas que los practicantes deben dedicar a su formación académica y frente a la necesidad de la articulación entre la teoría y la práctica se toman cursos de capacitación en diversas áreas —conjuntamente con la asistencia a simposios, conferencias, exposiciones de investigación— que contribuyen a fortalecer las competencias de cada estudiante en el desarrollo de las acciones llevadas a cabo en el trabajo de campo.

Al ofrecer esta formación conjunta con la práctica en un servicio de salud público —mediante un contrato laboral que los estudiantes establecen con ASSE—, se establece un

escenario privilegiado para la cooperación entre la institución universitaria y las instituciones prestadoras de servicios de salud. (Perea, 2017, s/p)

Los ámbitos de inserción para estudiantes y egresados están distribuidos en los tres *niveles de atención*. El PNA, —representado por Centros de Salud y Policlínicas— es el más cercano a la población, es concebido como el primer contacto del sistema de salud con la comunidad; este nivel debe tener las competencias para organizar los recursos que permitan resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, a partir de actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, procedimientos de recuperación y rehabilitación. El Segundo Nivel de Atención (SNA) se ubica en instituciones y establecimientos hospitalarios que cuentan con servicios de medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. El Tercer Nivel de Atención (TNA) atiende a problemas poco prevalentes, patologías complejas cuyo abordaje requiere procedimientos especializados y de alta tecnología, se reserva para la atención de problemas poco prevalentes. Esta forma de organizar los recursos, en orden y estratos, no se concibe únicamente en términos de servicios prestados sino que presenta el imperativo de satisfacer y resolver las necesidades poblacionales. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011)

Dentro del PPRSS la inserción del practicante fue en el equipo de Psicología de Territorio (PT) en el Centro de Salud “Dr. Ruben Misurraco” perteneciente a la U.E 02 de la *Red de Atención Primaria en Salud Metropolitana* de Montevideo (RAP Metropolitana). Este servicio del PNA, forma parte de los centros de salud del Regional Este de la Región Sur y depende de la Gerencia General de ASSE. La presentación de esta experiencia está ineludiblemente ligada a dos circunstancias indivisibles de relevancia política, social y económica: la declaración de un estado mundial de emergencia sanitaria por la propagación del virus SARS COV2 (COVID-19) —en Uruguay se declara el 13 de marzo del año 2020— y el cambio de gobierno en el país el 1º de marzo del mismo año. Este escenario impone una serie de cambios —a nivel global y local— que desafían a toda la población en su conjunto. El objeto de este trabajo se enmarca específicamente en dos instituciones públicas, por un lado ASSE principal efector de salud pública y por otro la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), que establecen contacto a través del PPRSS y es a partir del análisis de mi experiencia dentro del PPRSS que se persigue identificar y problematizar los desafíos atravesados en esta coyuntura.

## 1.1. Reforma del Sistema de Salud

La reforma del sistema de salud en el año 2007 impulsó, entre otras, tres leyes: la Ley de Descentralización de ASSE, la Ley de Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Piñeiro & Trillo, 2011). A partir de la aprobación de la Ley n° 18211 se crea el SNIS, cuyos principios rectores están dirigidos a la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno, los estilos de vida de la población y la intersectorialidad de las políticas en salud. Otros de sus principios orientadores son: la equidad, universalidad, justicia y continuidad en el acceso asistencial, la integralidad, la calidad, la ética y eficacia además de la eficiencia social y económica del sistema, poniendo de relieve una atención humanitaria basada en la participación social y la administración democrática. Para ello propone organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

El SNIS implica un cambio de modelo de atención que además de promover la salud oriente sus acciones a la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades, la rehabilitación de secuelas para la adecuada recuperación de la salud, la dispensarización del usuario crónico y la legítima disposición de cuidados paliativos (Ley n° 18211). Estas acciones se deben desarrollar en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), para asegurar la mayor capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención (PNA) (García, Triaca, Lopez Mesa, Barrios, Novoa, Porteiro & Romano, 2018).

La estrategia de APS tiene su origen en la *Declaración de Alma Ata* que surge de la *Conferencia sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata en 1978*. Una de las más importantes de sus reivindicaciones fue considerar a la salud como un derecho humano fundamental de todas las personas. La APS se interpreta como una estrategia política de los Estados y la sociedad civil para transformar los sistemas de salud y los procesos de determinación social de la salud de la población.

La Comisión de Alto Nivel, denominada *Salud universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata* reafirma su idea esencial: la transformación de los sistemas de salud debe partir de un nuevo modelo de atención, para que sea posible crear políticas de Estado que además de garantizar el derecho a la salud de todas las personas, respeten la diversidad, fortalezcan a las comunidades y las entiendan como factor de transformación de las realidades. El acceso, la calidad, equidad y justicia social son los principios orientadores de una propuesta de

construcción social, política y técnica, que atienda el ejercicio efectivo especialmente de aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social. (OPS & OMS, 2019)

De este modo, los cambios en la gestión, los modelos de atención, el sistema de gasto y financiamiento planificados, establece acuerdos de Cuotas de Salud para el cumplimiento de Metas Asistenciales y Contratos de Gestión según un Plan Integral de Prestaciones que incluye Programas Prioritarios entre los que se encuentra el de Salud Mental. En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP encargada de operativizar el Programa Nacional de Salud Mental impulsado en 1996 a través de Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM). Los desarrollos del Programa se incorporan al SNIS en consonancia con el cambio de modelo, siguiendo sus principios rectores, priorizando la estrategia de APS mediante el trabajo en equipos interdisciplinarios. (Piñeiro & Trillo, 2011)

En el año 2008 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, cuyo objetivo es gestionar la asistencia de las personas usuarias de la institución que padecen enfermedades mentales, pero también participar en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental, en actividades destinadas a la prevención y la rehabilitación. Para cumplir este cometido la dirección cuenta con una red de servicios de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

El nuevo modelo de atención en salud mental refiere a la atención integral de la salud mental como acciones coordinadas entre los tres niveles, haciendo énfasis en las áreas de promoción y prevención, la atención de la persona en su medio y el enlace con programas de rehabilitación y resocialización.

Sin embargo, este nuevo modelo en tanto paradigma coexiste con modelos tradicionales cuya posición se orienta a la atención de la enfermedad basada en hipótesis etiopatogénicas, el saber mono o bidisciplinario, una posición científico-técnica restrictiva que sostiene una actitud autocrática, cuyo objeto de acción es un individuo descontextualizado, pasivo, huésped del agente patógeno, en suma un individuo esencialmente biológico (Saforcada, 1999). Por lo tanto el modelo tradicional operando desde el imperativo de la salud como ausencia de la enfermedad, en las prácticas concretas tensiona y obstaculiza el desarrollo de nuevos modelos de atención que atiendan y entiendan a la salud como un proceso y al individuo como un sujeto biopsicosocial, político y cultural.

## 1.2. Incorporación del Psicólogo de Área

La implementación de proyectos fue una de las líneas de acción priorizadas dentro de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, en donde se considera “la incorporación de recursos específicos en áreas con demanda insatisfecha, de difícil accesibilidad, con carencia de cobertura” (Piñeiro & Trillo, 2011, p. 142) con el fin de atender a los usuarios en zonas más cercanas a su entorno. A partir de la evaluación de datos sociodemográficos la mencionada Dirección considera —siguiendo la propuesta del Equipo de Gestión Central de la Rap- ASSE— la incorporación de Psicólogos de Área (PA) en la periferia de Montevideo —zona Oeste y Noreste—, por tratarse de las zonas con mayores niveles de exclusión social y sanitaria, mayor vulnerabilidad social, índices altos de pobreza que implican mayores probabilidades de daños en su salud, menor accesibilidad a la atención y tratamientos en su medio.

La integración de los psicólogos a los *Equipos de salud de Área* de la RAP Metropolitana inserta recursos especializados en el nivel en que se resuelven el 85% de los problemas de salud, participando en programas prioritarios mediante la conformación de los equipos interdisciplinarios que los llevan a cabo.

Siguiendo a Piñeiro & Trillo (2011) las principales responsabilidades del PA están vinculadas a la participación, promoción y prevención en las áreas y programas prioritarios. A su vez, le compete al PA realizar diagnósticos de situación y diagnósticos precoces con el objetivo de acelerar los procesos de resolución; diseñar intervenciones multidisciplinarias programadas que generen un mayor contacto con la comunidad y sus necesidades; orientar al usuario a través de estrategias y metodologías que tomen en cuenta la situación crítica del momento, con diferentes enfoques: individual, familiar y comunitario; atender consultas psicológicas, para focalizar en la demanda puntual del usuario y desarrollar mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia. Manteniendo su especificidad e integrados a los Equipos de Área, los psicólogos se insertan en una red amplia de servicios de salud, actuando en forma interdisciplinaria. Las acciones que realizan pretenden contribuir a una atención integral de la salud de los usuarios, articulando sus acciones con agentes comunitarios, instituciones, organismos y demás efectores vinculados a la temática. Además de atender las situaciones de enfermedad mental, desempeñan trabajo intra e intersectorial a nivel

comunitario con la intención de favorecer la participación de todos los involucrados y potenciar las acciones (p. 144)

### 1.3. Nuevo rol: Psicólogo de Territorio

En el año 2017 la RAP- Metropolitana y el Proyecto de Reorganización de los servicios impulsa la conformación de Equipos de Soporte Territorial (EST) que tienen la misión de cuidar una población definida en un espacio geográfico delimitado *Zona de Intervención Territorial*, cuya finalidad es dar respuesta a la salud integral de la población del territorio intervenido. Los EST son integrados por: medicina familiar y comunitaria, enfermería, auxiliar de enfermería, pediatría, odontología, psicología, trabajo social, registros medios y/o auxiliar administrativo, auxiliar de farmacia y según el perfil de la población a cargo la incorporación de Nutricionista y Obstetra partera.

La consolidación del rol y perfil de la psicología en territorio fue parte de un proceso de equiparación salarial, luego de constatar formas de contratación, salarios y prácticas profesionales diversas.

La psicología en los EST se fundamenta en la revisión del rol definido para la psicología de área y se denomina “en territorio” para dar cuenta de su inserción en los EST. En el año 2018, la Dirección de la RAP y la Coordinación de Salud Mental —responsable de operativizar el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) —, reformulan el rol y promueven una práctica profesional, que centrada en el PNA responda al cambio de modelo de atención y siga los lineamientos de la estrategia de Atención primaria en salud (APS). (RAP Metropolitana 2019)

La inserción de la PT tiene como objetivo dar la primer respuesta a nivel asistencial, a problemas que afecten la salud de los usuarios y puedan ser abordadas mediante la consulta psicológica, que se plantea como herramienta privilegiada, actividades grupales y comunitarias, desde el modelo comunitario de atención en salud mental en consonancia con la nueva Ley de Salud Mental n° de Ley 19529.

La Ley de Salud Mental aprobada en el año 2017 indica que la atención en salud mental se debe organizar por niveles de complejidad, teniendo como estrategia la APS y otorgando prioridad al PNA. En este sentido, el proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, desde abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, fomentando el



establecimiento de redes territoriales de atención, que articulen la labor con otros recursos existentes en la zona y puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Las tareas asignadas al PT están vinculadas con la asistencia clínica pero también con la participación en redes de articulación territorial, el trabajo interinstitucional e intersectorial, y la integración de equipos interdisciplinarios. Cumple el rol de articular el acceso oportuno a prestaciones provistas por los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) en una dinámica sostenida de referencia y contrarreferencia y espacios de coordinación que oficien como garantes de la continuidad asistencial. Le compete al PT brindar apoyo técnico a los integrantes del EST mediante co-consultas o los medios de comunicación de los que se disponga. (RAP-Metropolitana 2019)

## **2. PREGUNTAS Y OBJETIVOS PLANTEADOS**

El TFG tiene como objetivo general analizar la implementación, en contexto de emergencia sanitaria, del nuevo modelo de atención en salud propuesto con la creación del SNIS desde la práctica del psicólogo en territorio.

Se presentará parte de la experiencia práctica desarrollada durante el año 2020, junto al equipo de Psicología de Territorio en el Centro de Salud “Dr. Ruben Misurraco” y el equipo interdisciplinario de la Policlínica " San Martín 2", en el marco del PPRSS en convenio con ASSE. Persiguiendo este objetivo, se utilizarán aspectos de la respuesta institucional para el abordaje de la pandemia como medio para identificar tensiones entre los modelos de atención en salud tradicionales y emergentes.

Se utilizará como experiencia central la línea de acción comunitaria “Grupo Arte para Mujeres” la cual será escenario para el análisis de la construcción de perspectivas de atención en salud alineadas con los principios del SNIS. Si bien se considera que la implementación de un nuevo modelo es un desafío que antecede dicha emergencia y práctica, este TFG buscará de forma específica poner de relieve las vicisitudes identificadas mediante el trabajo intersectorial y comunitario en el PNA en esta coyuntura y se describirán las principales estrategias desplegadas para enfrentarla.

Se persigue responder a las siguientes preguntas:

¿Qué observaciones se pudieron realizar en la práctica en relación a la implementación del nuevo modelo propuesto con la creación del SNIS?

¿La emergencia sanitaria profundizó las problemáticas preexistentes en el trabajo del PT y/o permitió evidenciarlas con mayor claridad?

¿Qué modificaciones impuso la emergencia sanitaria en las líneas de acción del Psicólogo de Territorio?

¿Cómo impactó la emergencia sanitaria en el desarrollo de la actividad grupal comunitaria?

### **3. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SERVICIO**

El Centro de Salud Dr. Rubén Misurraco ex Santa Rita, pertenece a la U.E 02 RAP Metropolitana, integra los centros de salud del Regional Este de la Región Sur y depende de la Gerencia General de ASSE. La entonces directora de la Rap Metropolitana Gabriela Lamique señala —en el taller abierto sobre PNA organizado por la Red de Municipios y Comunidades Saludables en el año 2020— que la RAP Metropolitana es una unidad ejecutora de las más complejas de la Red de ASSE, atiende unos 419 mil usuarios, aproximadamente el 30% de los usuarios de ASSE. La RAP cuenta con servicios de atención domiciliaria, atención grupal e individual, realiza actividades de prevención, promoción, diagnóstico de enfermedades agudas y también aborda los determinantes de los problemas crónicos de salud y entiende que el PNA no es únicamente centros de atención. (Red de Municipios y Comunidades Saludables, 2020. p. 83)

Ubicado en el barrio Marconi, el centro de salud presta servicios en la zona territorial de Casavalle en Montevideo. Como menciona Álvarez Pedrosian (2013) la ocupación de este territorio se produjo por el desplazamiento y relocalización territorial continuo de personas del medio rural, ciudades pequeñas o desalojadas de zonas céntricas, en algunos casos formando parte de complejos habitacionales de iniciativa estatal y otros por medio de la

ocupación irregular de asentamientos. Si bien se han realizado mejoras urbanas, como las impulsadas por el Plan Cuenca Casavalle, aún es una zona de difícil acceso y movilidad con altos índices de pobreza, exclusión y vulnerabilidad social.

El último Censo del Instituto Nacional de Estadística en el año 2011 estimaba una población aproximada de 35979 habitantes, mientras que el Departamento de Análisis y Estudios Sociales (DAES) y la División de Estudios Sociales y Trabajo de Campo (DESyTC) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en conjunto con la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) estableció una concentración de personas por hogar (3.54p/h) mayor que la del promedio del total del país. Del mismo modo la cantidad de población menor de 20 años y personas en situación de dependencia —menores de 15 años y mayores de 64— supera la del promedio total del país.

Por otra parte la población adulta alcanza un nivel educativo equivalente a la educación primaria, se estima que el 49% de esta población culminó primaria, el promedio de educación alcanzada en el país corresponde a Ciclo Básico. En cuestiones de empleo las tasas de actividad son menores que las de desempleo y permanecen por debajo del promedio de las tasas de empleo del total del país, a su vez las mujeres presentan tasas de desempleo superiores a los hombres.

Respecto a la vulnerabilidad socioeconómica el Índice de Carencias Críticas arroja que el 48% de los hogares cumplen con los criterios necesarios para percibir transferencias monetarias no contributivas, los indicadores de vivienda precaria, hacinamiento, saneamiento precario y emergencia habitacional son más altos que los del promedio total del país. En lo que respecta a la atención en salud la mayor proporción de población de Casavalle se atiende en servicios de ASSE.

El centro de salud cuenta con policlínicas dependientes: la Policlínica “Dr. Ruben Alonso” (Barrio Placido Ellauri), Policlínica “Los Reyes” (Barrio Placido Ellauri Norte), Policlínica “San Martín II” (Barrio Santa María) y la Policlínica “Águiles Lanza” (Barrio Municipal Instrucciones). También dispone de personal en las policlínicas gestionadas por la Intendencia de Montevideo (IM), la Policlínica “Casavalle” (Barrio Unidad Casavalle) y la Policlínica “Los Ángeles” (Barrio Municipal Instrucciones).

El centro de salud y sus policlínicas se presentan como centros de referencia barriales, no solo por prestar asistencia médica o social, sino por su trayectoria de participación e integración con la comunidad. Mediante actividades culturales, educativas, recreativas, de

prevención y promoción de salud, comisiones vecinales, etc.. En este sentido cabe mencionar, que fueron los propios vecinos los que tomaron contacto con la dirección y el equipo de trabajo del centro cuando, a raíz de una grave agresión a un médico de familia en el año 2016, se planteó cerrar el centro puesto que no existían las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los trabajadores que allí se desempeñaban. Actualmente, Misurraco cuenta con un servicio de traslado de personal desde la Av. Gral Flores hacia el centro de salud y servicio policial permanente en la institución.

En cuanto a sus líneas de acción, Misurraco destina sus horas de actividad principalmente a la asistencia sanitaria, mientras que las acciones comunitarias se desarrollan desde las policlínicas dependientes que cuentan con equipos básicos de salud conformados por médico de familia, auxiliar de enfermería, trabajador social y una especialidad más dependiendo del perfil poblacional del lugar. Estas policlínicas realizan talleres en Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), escuelas públicas y otras instituciones, proyectos de salud comunitarios (Formación de agentes comunitarios en salud, proyecto Manejá-te de seguridad vial y prevención de accidentes de tránsito), un grupo de mujeres, Espacios de Salud Adolescente y participación en redes territoriales. Los equipos de las policlínicas hacen la coordinación interna una vez por mes.

Misurraco cuenta, además del equipo de salud básico, con especialidades como pediatría, psiquiatría de adultos e infantil, ginecología, cardiología, neurología, odontología, nutrición, psicología, endocrinología, farmacia, auxiliares de servicio, administración y archivo, servicios de electrocardiograma, laboratorio, ecografía, imagenología e inmunizaciones. El centro de salud ofrecía un grupo de ODDH (Obesidad, diabetes, dislipemias e hipertensión) que actualmente se transformó en un grupo de Tai Chi por iniciativa del nutricionista a cargo. La otra línea de acción proyectada es el equipo interdisciplinario de seguimientos de intentos de autoeliminación adolescente (IAE) de regularidad mensual.

En lo que refiere a salud mental el centro de salud cuenta con un Equipo Comunitario de Salud Mental (ECSM) y un Equipo de Psicólogos de Territorio (EPT). El ECSM está conformado por coordinador, psiquiatría, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social y administración. Estos equipos especializados trabajan desde un enfoque clínico-asistencial realizando valoraciones, tratamientos y rehabilitación individual y grupal en casos de alta complejidad. La PT se caracteriza por la atención integral de la salud en las dimensiones sujeto-familia-comunidad, poniendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de

enfermedades. Responde a consultas de alta frecuencia y baja complejidad, realizando procesos focalizados de corto plazo, mediante consulta individual, familiar, dispositivos grupales, co-consultas e interconsultas. Al brindar la primera asistencia psicológica regula el acceso a prestaciones de ECSM. La PT forma parte de equipos interdisciplinarios entre ellos el Equipo Básico de Salud (EBS), el Equipo de Soporte Territorial (EST) y Espacio de Salud Adolescente (ESA), a la vez que participa en espacios de articulación territorial y redes zonales.

#### **4. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA: Emergencia Sanitaria y cambios en el PNA**

En el año 2020 el Centro de Salud Dr. Rubén Misurraco incorpora por primera vez un practicante del PPRSS y lo integra al equipo de PT.

La reciente creación del rol y conformación del equipo de PT converge con la primera experiencia de un practicante del PPRSS, hecho que tiene sus obstáculos pero también invita al desafío de la construcción de un rol singular que busque contemplar los principios de la estrategia APS. Los lineamientos de acción para el desarrollo de una práctica formativa no contaban con antecedentes, con experiencias previas de practicantes que pudieran oficiar de parámetro para establecer su inserción, sin embargo el trabajo del practicante fue diseñado a partir de sus intereses, perfil y competencias, articulados con los requerimientos del perfil del Psicólogo de Territorio, las necesidades del equipo de PT, el servicio de salud y la población usuaria.

Un aspecto que favoreció el desarrollo de la práctica fue contar con una referente que había participado en el PPRSS en calidad de practicante y contaba con un marco de referencia acerca de los objetivos formativos del Programa, orientando las acciones del practicante con énfasis en la dimensión formativa del trabajo de campo.

La creación del rol de Psicólogo de Territorio en el año 2019 por parte de la RAP Metropolitana y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE— define una función específica y crean un nuevo ámbito de inserción de la psicología en el campo de

la salud. El practicante de psicología desarrolló las siguientes líneas de acción: dispositivo grupal con énfasis en la promoción de salud y prevención primaria, co-consultas con Medicina Familiar y Comunitaria y Trabajo Social, entrevistas de recepción, integración de equipo interdisciplinario de Intentos de Autoeliminación en adolescentes, participación en mesas de coordinación zonal y nodo de familia, talleres e integración de proyectos.

La Organización Mundial de Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 categoriza a la COVID-19 como una pandemia mundial debido a los altos niveles de propagación y gravedad que puede ocasionar a la salud de la población. El MSP, previo a la aparición del primer caso en el país, definió una serie de líneas de acción en el marco de un Plan Nacional de Contingencia (MSP, 2020) que contempla tres niveles de respuesta: 1) alerta y preparación, 2) riesgo inminente de propagación, 3) respuesta coordinada multisectorial nacional. Este plan se basa en la evaluación del riesgo que implica el brote de la enfermedad y su impacto en la salud pública. La evaluación del riesgo considera las características del agente, su capacidad de propagación, la gravedad, la vulnerabilidad de la población, la extensión geográfica de los casos, las conexiones comerciales y turísticas, la disponibilidad de medidas de prevención y control y las recomendaciones de la OMS (MSP, 2020).

Por su parte la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), crea un plan institucional para la contingencia de la infección, que parte del plan de contingencia del MSP y las recomendaciones de la OMS. Este plan tiene como objetivo definir la respuesta institucional que brindarán los distintos niveles y servicios de salud ante la identificación de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, así como también las medidas de protección necesarias para los trabajadores de la salud (ASSE, 2020). El plan contiene: la creación de dispositivos para la comunicación y coordinación institucional (Comité Central de Contingencia para COVID 19, Comité de Contingencia de la Unidad Ejecutora y Referente de COVID 19 de las unidades ejecutoras), medidas generales de prevención, notificación, diagnóstico etiológico, procesos de atención en diferentes servicios de la red - COVID 19, recursos humanos, insumos y equipamiento, acciones en el primer nivel de atención, acciones en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, seguimiento, monitoreo y vigilancia.

Atendiendo particularmente al Primer Nivel de Atención (PNA), nivel que se aborda centralmente en el presente trabajo, lo propuesto por ASSE (2020) le otorga un rol fundamental en la detección precoz de casos sospechosos. El PNA por sus características se

encargará de la asistencia inicial, el seguimiento domiciliario y la definición de la necesidad y oportunidad de traslados. Coordinará la asistencia en contemplación de la situación clínica del paciente y su contexto, teniendo en cuenta los recursos disponibles en la red asistencial.

Las líneas de acción para el PNA, se enmarcan en los niveles de respuesta 1 y 2 del MSP, en cuanto a promoción y prevención en salud propone: - A nivel de usuarios: la educación para la salud, la participación comunitaria y la comunicación social; difusión de materiales técnicos de apoyo a través de cartelera, whatsapp y correo electrónico, evitando la entrega en forma personal; fomentar la inmunización contra la gripe para disminuir diagnósticos diferenciales, principalmente en los usuarios de riesgo. - A nivel de funcionarios: Difundir las medidas de promoción a todo el personal sin distinción de cargo; difusión de material de apoyo con los mismos criterios antes mencionados y fomentar la inmunización contra la gripe para disminuir diagnósticos diferenciales. (ASSE, 2020 documento de plan de contingencia)

También se establecen criterios relativos a las vías y modos de comunicación oficial, la disposición del espacio físico (evitar hacinamiento y aglomeraciones, disminuir la circulación de personas y funcionarios, establecer espacio específico para atención de casos sospechosos), la organización de recursos materiales y “Adecuar los RRHH de acuerdo a los procesos de atención que se definan para COVID 19.”

Todas las medidas establecidas por ASSE para el PNA, son adoptadas por La Red de Atención Primaria (RAP Metropolitana) U.E 02, la cual modifica el funcionamiento de sus servicios (centros de salud y policlínicas) para atender a los criterios establecidos. La dirección de la RAP Metropolitana exhorta a mantener el funcionamiento de todas la oficinas administrativas, asistenciales y servicios de apoyo de la UE bajo nuevas condiciones que implican presencialidad en formato de guardia, distribución de tareas a cumplir en domicilio y mecanismos supervisión de la actividad remota (pudiendo requerirse la presencia del funcionario en cualquier momento en la oficina respectiva). Se establece la suspensión de todas las instancias colectivas presenciales incluyendo talleres, capacitaciones, jornadas, etc. (ante la necesidad de mantener alguna instancia deberá utilizarse la plataforma ZOOM, previo acuerdo con la Unidad de Comunicación de la RAP Metropolitana) y suspensión de todas las licencias (anual reglamentaria, por estudio, por compensables, por congreso y toda otra licencia que no se corresponda a una certificación médica). Estas entre otras medidas se deben adoptar de manera transitoria a partir del 19 de marzo de 2020, hasta nueva comunicación de la Dirección de la RAP Metropolitana. Estas medidas fueron modificadas

durante todo el período de práctica, sin embargo no hubo retorno al funcionamiento habitual del servicio.

Las líneas que se llevaban adelante hasta entonces por parte del equipo de PT estaban vinculadas con asistencia clínica —entrevistas de recepción, procesos terapéuticos focalizados individuales y familiares, entrevistas de orientación con usuarios y representantes de instituciones presentes en territorio, derivaciones, etc—, talleres en escuelas públicas, actividades de promoción y prevención de la salud en sala de espera, proyectos de salud y seguridad vial, proyectos de formación de agentes comunitarios en salud, co-consultas y un grupo de mujeres que será parte central del análisis de la experiencia.

## **5. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

La dirección del centro de salud Dr. Ruben Misurraco junto al equipo de gestión, realizó planes de acción y adoptó medidas específicas para atender a los criterios establecidos por el MSP y ASSE. La primera medida adoptada fue el cierre de la mayor parte de las policlínicas dependientes del centro ubicadas en la periferia del territorio. Los trabajadores que desempeñaban sus tareas en estas policlínicas se distribuyeron para trabajar en el centro de salud, reorganizando sus tareas, horarios y roles, debido a la suspensión de las consultas programadas, los controles, los proyectos y grupos comunitarios, entre otros. Por su parte, los estudiantes —practicantes y residentes— no pudieron continuar desarrollando su trabajo de campo en territorio, lo que impulsó el trabajo a distancia. El PPRSS se encargó de movilizar los recursos materiales y de infraestructura —disponibles en la Facultad de Psicología— para hacer posible el teletrabajo de los estudiantes, enfatizando la continuidad de la práctica y la consecuente continuidad del contacto con la población usuaria del servicio.

Estos lineamientos protocolares fueron modificados durante todo el período de práctica, en función de la evolución del virus y la contingencia de su reproducción. No obstante, la adherencia a los protocolos estuvo atravesada por demandas específicas de algunos trabajadores del equipo, principalmente representantes de Medicina Familiar y Comunitaria, Trabajo Social y Psicología, quienes cuestionaron el cese de actividades y el cierre de servicios por considerar que estas medidas afectan a la población usuaria de mayor vulnerabilidad, ya que en el territorio coexisten la emergencia sanitaria con una emergencia habitacional y alimentaria precedente, que además de aumentar el riesgo de contraer



enfermedades de diversa índole requiere una atención especial a su contexto para que sus condiciones de vida no aumenten la vulneración de sus derechos. Resulta fundamental en este contexto el despliegue de estrategias que no solamente se enfoquen en la inmunización y la bioseguridad sino que además permitan una atención integral de la salud en la que la participación de los usuarios constituya un eje para la toma de decisiones y la transformación de su realidad.

La protección de la salud es un derecho fundamental de la población y también un deber del Estado, las instituciones que lo representan deben velar por su cumplimiento, es imprescindible para ello garantizar la accesibilidad de la atención y su continuidad, por lo que el cese de los servicios prestados y el cierre de las policlínicas constituyó un obstáculo a considerar.

### 5.1. Modelos de Atención en Salud: tensión entre paradigmas en escenario de emergencia sanitaria.

Las respuestas planteadas como señala Gimenez (2020) dan cuenta de una mirada oficial determinada por una perspectiva biomédica. Al decir del autor, en la primera fase la cual denomina como *repliegue y desconcierto*, predominan las medidas y recomendaciones de bioseguridad para evitar los contagios, a la vez que se preparan de forma prioritaria los segundos y terceros niveles de atención para enfrentar la emergencia. El PNA con inserción comunitaria cerró centros y policlínicas por no contar con la infraestructura necesaria para garantizar el cumplimiento de los protocolos sanitarios. Teniendo en cuenta la especificidad del PNA y considerando la emergencia sanitaria como un hecho social total debido a la afectación de las esferas económico, social, educativa y política, las poblaciones de mayor riesgo social que utilizaban dichos servicios se vieron afectadas en el proceso de atención, es menester señalar que dichas policlínicas, no atienden únicamente cuestiones relacionadas a la enfermedad sino que a partir del trabajo interdisciplinario e intersectorial impulsan procesos de reinserción laboral y educativa, ponen en conocimiento al usuario acerca del acceso a prestaciones económicas no contributivas cuando es necesario, los servicios de asesoría legal de los que disponen en territorio, realizan también trabajo con grupos especialmente vulnerados.

Se entiende en función de las medidas tomadas y los discursos institucionales reproducidos y validados en este proceso, que aún predominan los paradigmas individual-reduccionista (modelo clínico) en detrimento de los paradigmas social-expansivos (modelo salubrista), cuya existencia se expresa en términos de exclusión o subordinación. Como señala Saforcada (1999) cuando la acción se dirige al mismo objeto, en el mismo escenario, desde visualizaciones y conceptualizaciones diferentes generalmente los paradigmas no son complementarios sino que los fenómenos serán antagónicos, una manifestación excluye o degrada a la otra.

Guida (s/f) define Modelo de Atención en Salud como “procesos históricos, culturales y económicos complejos que involucran la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas sociales en salud”.(p.1) El *modelo* refiere al esquema teórico de un sistema, estos modelos muestran tensiones entre diferentes paradigmas —hegemónicos, caducos, emergentes—, difieren en los grados de aceptación por parte de la población, los profesionales y las instituciones que proveen los servicios. Los modelos de atención cuando se concretan en prácticas institucionales son regulados por normativas. (Guida, s/f, p.1)

En representación del paradigma individual restrictivo se toma como referencia al Modelo Médico Hegemónico (MMH) cuyos rasgos estructurales son: “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.” (Menendez, 1988, p. 452)

Segun Menendez (1988) el biologismo es el rasgo dominante del MMH, porque además de garantizar la cientificidad del modelo, subordina a otros factores explicativos metodológica e ideológicamente, la enfermedad se valora según este rasgo excluyendo la red de relaciones sociales que determinan el fenómeno. Los rasgos estructurales del MMH evidencian una relación problemática con la APS, puesto que la APS surge históricamente a partir de la articulación del sector salud y la comunidad para actuar en situaciones de pobreza y crisis prolongadas, como estrategia para maximizar la eficacia y disminuir los costos de los servicios, permitiendo constituir formalmente el PNA.

El MMH se identifica con una práctica curativa, de alta complejidad, con segundos y terceros niveles cada vez más sofisticados y costosos, esto se pudo observar durante la emergencia sanitaria con la jerarquización de los recursos para dichos niveles, la asesoría del

gobierno con profesionales médicos y la primacía del enfoque biólogo sobre enfoques que integran aspectos biopsicosociales, económicos y políticos. La subordinación de los enfoques alternativos se observa en protocolos y recomendaciones para servicios, trabajadores y usuarios de la salud mediante discursos que no contemplan la diversidad de condiciones materiales existentes; “quedate en casa”, “mantener la distancia”, “utiliza alcohol en gel”, “usa tapabocas”, etc. imperativos costosos cuando se invisibiliza la desigualdad de recursos para incorporarlos. Estas condiciones materiales aluden no solamente a la realidad material de la vida cotidiana de los usuarios, sino también a la realidad material y los recursos humanos de los centros de salud y policlínicas, puesto que consideraron prescindibles a profesionales no-médicos, cerrando sus agendas y orientando sus acciones al servicio de la medicina en tareas de diversa índole, principalmente de orden administrativo.

Este fue el caso del EPT que debió suspender las agendas programadas, obstaculizando la continuidad de los procesos terapéuticos y las entrevistas, derivando en una pérdida de la calidad asistencial, el aumento de la demanda en espera, profundizando la distancia entre el servicio y la población usuaria. Si bien la creación del SNIS establece la protección de la salud como un derecho humano fundamental y propone para su efectivo goce la sustitución de los modelos tradicionales de atención a la enfermedad por un modelo que privilegie la prevención y la promoción basada en la estrategia APS con énfasis en el PNA, en este contexto se evidencia la dificultad para avanzar en la construcción de un modelo alternativo que se base en los Derechos Humanos.

## 5.2. Desafíos y estrategias para el desarrollo del trabajo intersectorial e interdisciplinario.

Durante el primer período de la emergencia el contacto con la comunidad constituyó un desafío debido a las medidas que promovían distanciamiento social. Una de las principales estrategias desplegadas para sostener el contacto y conocimiento del estado de situación de la comunidad fue participar en mesas de coordinación zonal y nodos de familia. Estas reuniones de carácter semanal se realizaron vía Zoom con la participación de representantes de diversas organizaciones e instituciones que conformaban hasta entonces una red de soporte para el trabajo intersectorial. En cada reunión se ponía de manifiesto la situación de cada organización, los servicios prestados, los servicios suspendidos, las demandas recibidas y se planificaban acciones conjuntas entre los diferentes actores territoriales.

Las principales inquietudes identificadas en las reuniones de la mesa respecto de la población, estaban vinculadas al acceso a agua potable, la inasistencia escolar, el desempleo, la escasez de alimentos, la falta de insumos de higiene, la falta de profesionales en el área de salud mental en el territorio, sumada a una percepción general de peligro vinculado al cese de los contratos de varios programas sociales. Las ollas populares autogestionadas por los vecinos reclamaban ante la red falta de apoyo estatal en cuanto a suministro de alimentos y el cansancio por falta de recursos humanos para sostener la actividad llevada hasta entonces de forma voluntaria. Desde las mesas de coordinación zonal se elaboraron y elevaron cartas a autoridades municipales, para solicitar apoyo para la población de Casavalle sin logros mayores.

Con la asunción del nuevo gobierno y a pocos meses de declarada la emergencia sanitaria, proyectos como SOCAT, Equipo Territorial de Atención Familiar (ETAF), Jóvenes en Red, Centro de Ministerio de Educación y Cultura, Plan Juntos, entre otros, recibieron la noticia de cese de contrato por parte de las nuevas autoridades ministeriales, hecho que culminó en la retirada de estos equipos en territorio, configurando una pérdida de recursos para toda la red. Los puestos de trabajo perdidos, los procesos de acompañamiento familiar inconclusos, los sistemas de referencia y contrarreferencia entre instituciones y organizaciones detenidos, aislaron no solamente a la población sino también al equipo de salud de la policlínica cuyos recursos para derivar y/o acompañar situaciones complejas dentro del territorio disminuyeron significativamente.

Por otra parte, el equipo interdisciplinario de IAE del centro de salud, no logró retomar sus reuniones debido a los cambios constantes de horario y tarea de los trabajadores, quienes tenían previamente pautado un día al mes para reunirse y planificar estrategias de seguimiento para los adolescentes. Esta labor se hizo de forma parcial, algunos integrantes del equipo realizaron llamadas de seguimiento en casos anteriormente asignados de forma individual.

Las reuniones del EPT con el ECSM aumentaron en frecuencia, utilizando exitosamente la plataforma Zoom. El objetivo de estas reuniones en las que participó activamente la dirección del centro, era la de organizar los recursos humanos en salud mental para poder responder a la demanda que crecía y a la que continuaba en espera, demanda entendida en términos de consultas clínicas individuales. La ausencia del rol de coordinador del ECSM en esta situación derivó en una distribución desigual de las tareas y en consecuencia la sobrecarga

laboral de algunos trabajadores. La especificidad del EPT, dada su reciente creación, aún no era comprendida ni su función debidamente incorporada dentro del equipo de salud. El sistema informático utilizado por el centro tampoco contemplaba los criterios y especificidades de atención de cada uno de los equipos, es decir, el ECSM atiende casos de alta complejidad y baja frecuencia y el EPT atiende casos de baja complejidad y alta frecuencia. Quienes establecían los criterios de derivación eran los médicos a partir de un formulario, la tendencia observada eran derivaciones de usuarios sin patologías psiquiátricas que presentaban desajustes conductuales y/o alteraciones en la esfera emocional de criterio *leve* bajo la categoría de patología.

El EPT atravesado por el imaginario del equipo de salud, que liga sus tareas exclusivamente a la asistencia clínica, encontró dificultades para efectivizar las horas destinadas al trabajo comunitario que en escenario de emergencia fue valorado como innecesario, poco útil o incluso arriesgado para enfrentarla, orientando esas horas a la teleasistencia.

### 5.3. Grupo “Arte para Mujeres”: Abordaje comunitario desde una mirada a los Determinantes Sociales de la Salud.

La línea de acción comunitaria vinculada al grupo “Arte para Mujeres”, ubicado territorialmente en zona nucleada por el Centro Comunal Zonal 11 del Municipio D, se encuentra activa desde el año 2016 y es coordinada por el equipo interdisciplinario de la Policlínica San Martín II y el Servicio de Orientación y Articulación Territorial Centro de Participación Popular (SOCAT CPP). Su creación parte de una propuesta impulsada por una representante de medicina familiar y comunitaria y una representante de trabajo social de la policlínica San Martín 2 en conjunto con el SOCAT CPP a la que recientemente se incorpora PT también de la Policlínica San Martín 2.

El grupo comenzó sus actividades en el año 2016, en el espacio del salón comunal 1° de Mayo en el que se reúnen semanalmente con una duración aproximada de 3 horas. Es un grupo abierto a mujeres a partir de los 15 años, residentes del barrio y zonas cercanas. El grupo está conformado por unas 15 mujeres aproximadamente, de distintas edades, todas usuarias del servicio.

Los encuentros se realizan en formato de taller, en donde se trabaja con distintas materias, generalmente para uso y expresión libre, mientras se comparten experiencias y vivencias diarias, historias de vida, problemas actuales, preocupaciones, necesidades, información de la red comunitaria, etc. Mensualmente se planifica un taller temático relacionado a temas de género, así como también se realizan talleres de técnicas artísticas particulares impartidas por talleristas voluntarias externas al grupo.

El objetivo general del grupo es generar un espacio de disfrute y tiempo libre, que a través del arte como herramienta facilitadora de la expresión, permita la reflexión, la libre expresión, el apoyo mutuo, la participación y el encuentro. Es un encuentro que busca el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres de construir espacios propios en donde se reconozcan sus necesidades, su trabajo y sus derechos, y a partir de esto puedan generarse procesos de empoderamiento individual y colectivo.

Además de las propuestas artísticas realizadas en los espacios de encuentro del grupo, algunas de las mujeres han participado y participan de actividades en la zona, algunas propuestas por la Comisión de Equidad y Género del Municipio D, el CCZ11, las mesas de coordinación zonal de los SOCAT del territorio, reuniones de vecinos junto a representantes de Salubridad y medio ambiente de la IM en relación a la limpieza y desratización del barrio, del cual fueron agentes comunitarias en la difusión de la información y la promoción de la participación de dichas tareas. También han realizado un curso de formación con el apoyo del fondo social del SUNCA que financió una tallerista de maquillaje, con materiales adquiridos con fondos económicos del SOCAT CPP y el aporte articulador del Plan Juntos. Esta iniciativa realizada en el Complejo Municipal Sacude, fue con el fin de que mujeres jóvenes y sin formación pudieran acceder a una capacitación técnica, que les pudiera permitir una salida laboral.

En coordinación con el SOCAT de la Obra Ecumenica, algunas de las mujeres del grupo fueron invitadas a una jornada de reflexión acerca del significado personal de la celebración del 8 de Marzo. Luego de la instancia de reflexión, se crearon materiales que reflejaran sus sentires como mujeres (pancartas y carteles) y se las invitó a su participación voluntaria a la movilización del 8M del 2020. De esta instancia participaron médicas de familia, practicante de psicología del Centro de Salud Misurraco y mujeres de todo el territorio de Casavalle.

A nivel territorial se las ha convocado a participar de encuentros de mujeres, como fue el caso del encuentro de mujeres que organiza el Municipio D anualmente y el encuentro de

mujeres propuesto por el SOCAT O.E en 2020 en el Centro Cívico Luisa Cuestas, donde representantes del grupo fueron a presentar su trayectoria como grupo y el trabajo que vienen desarrollando.

Se puede identificar como factor nodal de esta iniciativa la problematización acerca de la alta frecuencia de mujeres que consultan por dolores físicos cronificados, malestar emocional, angustia, depresión, estrés, ansiedad, soledad, cansancio, falta de apoyo económico, social y familiar, etc. Integrando la perspectiva de género, se entiende que los motivos de consulta no pueden ser entendidos únicamente en términos biológicos e individuales sino que expresan la existencia de determinantes sociales y estructurales, cuyo factor común es la desigualdad de género. Por este motivo, se establece la necesidad de implementar un modelo de atención que permita, siguiendo a Saforcada (1999) “explicar los fenómenos emergentes del proceso de salud-enfermedad partiendo de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales.” (p.78) en este caso un modelo social-expansivo que implique considerar que el ser humano es una entidad biopsicosociocultural y económico-política. Por otra parte se puede pensar la problemática desde un paradigma de salud comunitaria puesto que como indica Saforcada (2012) las concepciones y prácticas llevadas a cabo no surgieron de ámbitos académicos sino del contacto con la comunidad.

Previo al cese de los encuentros el grupo realizaba dinámicas basadas en propuestas recreativas (juegos de cooperación, integración, motivación, etc.), talleres mediados por distintas técnicas artísticas (crochet, cerámica, bordado, dibujo y pintura, confección, plástica con materiales reciclados), talleres orientados a emergentes: salud sexual y reproductiva, gestión y educación emocional, violencia basada en género, contención y promoción de medidas de protección ante la pandemia de COVID19, etc., utilizando distintas materias y recursos audiovisuales.

El equipo de salud promueve en el espacio la realización de controles regulares de salud de las mujeres y sus familias, realiza acompañamiento en procesos de inserción laboral, acerca propuestas formativas y culturales para la continuidad educativa (Educación Formal y No Formal), brinda soporte para la creación y presentación de proyectos en instituciones gubernamentales, promueve la integración de las participantes en instancias de mejoramiento ambiental y de salubridad llevados adelante por diversos actores estatales.

La interrupción de los encuentros implicó malestar para todas las participantes, principalmente por el corte abrupto de la actividad que en la mayoría de los casos era su única actividad fuera de la esfera doméstica. Desde el equipo de salud de la Policlínica se iniciaron propuestas alternativas para disminuir el impacto producido por la noticia del cierre y el aislamiento. La no presencialidad fue un obstáculo importante para realizar las actividades de forma habitual, pero apostando a la creatividad y desde el compromiso con los dispositivos grupales, se logró continuar con propuestas alternativas.

El grupo logró mantenerse activo durante todo el período 2020, a partir de la declaración de la emergencia se comenzaron a utilizar TIC 's (tecnologías de la información y comunicación), como grupo de Whatsapp, página de Facebook, reuniones vía zoom, llamadas telefónicas y reuniones presenciales. Las reuniones presenciales se realizaron con previa autorización de la dirección del Centro de Salud respetando el cumplimiento de los protocolos sanitarios a mediados del año. Pese a las dificultades presentadas por la pandemia se lograron realizar todas las propuestas presentadas por el equipo de salud y por las integrantes del grupo. Sin embargo fue necesario solicitar la presencialidad con medidas de protección, debido a la baja participación por falta de dispositivos, acceso a internet, privacidad o desconocimiento de uso de plataformas propuestas.

Un punto a destacar fue la proactividad e iniciativa de las mujeres que se encargaron de coordinar encuentros al aire libre con medidas de protección y distanciamiento adecuado, cuando el equipo de salud no podía por disposición de la dirección participar de los encuentros. Los esfuerzos por parte del equipo interdisciplinario de la Policlínica San Martín 2 de sostener la continuidad del grupo y la reciprocidad por parte de las usuarias da cuenta de un vínculo de reconocimiento, una valoración positiva de lo propuesto y una apropiación del espacio.

En palabras manifestadas por algunas mujeres del grupo en un audiovisual realizado en el marco de la práctica, en el que participaron algunas de sus integrantes y el equipo de coordinadoras de la policlínica “San Martín 2”, se considera al grupo como un espacio de encuentro y aprendizaje. Con el fin de conocer algunos aspectos del sentido y significado subjetivo que tiene para ellas el grupo—respetando el anonimato se mencionará solo la inicial de su nombre y algunas características personales— se transcriben algunos de sus aportes: D. de 18 años dice “Vengo hace tres años al grupo... Me gusta estar con mujeres de distinta edad...Aprendí a hacer muchas cosas”. M.N.de aproximadamente unos 35 años, madre de



dos niños afirma “el grupo de mujeres es encontrarme con mis vecinas, con mis amigas, tener mi espacio, mi tiempo y aprender”. A. de unos 40 años, dice “el grupo de mujeres para mi es todo, distracción, me desenchufo, me gusta estar con el grupo porque es muy bonito, tengo buenas compañeras y somos muy unidas”, S. de unos 60 años afirma “ El espacio para mi es mi lugar, es mi encuentro, es todo...Es un lugar donde soy yo, estoy con mis pares, disfrutamos, conversamos, hablamos de cosas que en otro lado no haría o no hablaría...Es especial, el jueves es especial”. Por su parte la trabajadora social Cecilia Piaggio manifiesta “El grupo de mujeres es una posibilidad, que nos da de poder trabajar desde la salud y la policlínica hacia afuera; trabajando en un espacio bien distinto a la consulta, y que a nosotras nos empodera también como profesionales, logramos acompañar procesos que son muy gratificantes”, Anabel Avalos Lic. en Psicología referente comparte “Para mi el grupo de mujeres es un espacio de aprendizaje, de mucho disfrute, de momentos compartidos, de muchas risas y es el día favorito de la semana”

Durante la emergencia sanitaria por Covid19, atendiendo a las necesidades de reconocimiento de problemáticas que afectan a las mujeres, particularmente el costo del acceso a productos de higiene personal como son las toallitas higiénicas, las vecinas del barrio coordinaron un taller de confección de toallitas de tela para todas las mujeres de la zona que estuvieran interesadas, con una alta participación de representantes del grupo de mujeres.

Estas iniciativas son clave para analizar el impacto de la emergencia sanitaria en un grupo poblacional en el que se relacionan varios *determinantes sociales de la salud* importantes como el género, el nivel económico y el nivel educativo. También para invitarnos a pensar en que el trabajo con la comunidad para ser sostenido debe contar con un equipo de salud alineado con la perspectiva de la complejidad y la determinación social de la salud como señalan los principios de la APS. Promover la participación activa de la comunidad en la construcción de espacios de los que puedan apropiarse para encontrar soluciones a problemas comunes, fue una estrategia que a largo plazo resultó en la construcción de autonomía de las usuarias frente a una situación inesperada de emergencia multidimensional.

Los determinantes sociales de la salud son “un conjunto de condiciones y factores que intermedian entre las inequidades que subyacen a los determinantes estructurales y los resultados de salud”. (Menendez & Toledo, 2012, p.4) Los determinantes estructurales se

conforman por el *contexto* —Estado de Bienestar y Protección Social, Mercado de Trabajo y Poder Político— y la *posición socioeconómica* —Territorio, sexo, etnia, ocupación, edad, educación, ingresos y clase social— ; los determinantes sociales contemplan las condiciones de vida y trabajo, los hábitos de vida, las redes y apoyo social y al sistema de salud. La exposición y vulnerabilidad a los determinantes sociales existentes entre los distintos grupos sociales es modelada por el conjunto de determinantes estructurales.

Se consideran respecto al sistema de salud la cobertura poblacional, financiera y efectiva, la disponibilidad de recursos. la aceptabilidad, accesibilidad, contacto o utilización. El sistema de salud como determinante social puede reforzar o potenciar las desigualdades preexistentes de la sociedad por lo que es necesario evaluar la incidencia de sus acciones en la reproducción o eliminaciones de las inequidades. (MSP, 2012)

La Organización Panamericana de la Salud (2017) considera que el género por sí mismo no origina todos los obstáculos para el acceso a la atención en salud sino que el acceso a los recursos necesarios para obtener logros en materias de salud se ve más limitado cuando la desigualdad de género se relaciona con otros determinantes importantes de la salud como los ingresos, la educación, la edad, la etnia y la orientación sexual. (p.4)

Es en este sentido que el trabajo con el grupo de mujeres adquiere especial relevancia por los múltiples determinantes que atraviesan su realidad y por el riesgo que impone la emergencia sanitaria en este grupo poblacional.

#### 5.4. Aportes de la Psicología Comunitaria al trabajo con grupos sociales

Como mencionan Rodríguez y Montenegro (2016) la noción de comunidad “dialoga en cada caso con la singularidad de los contextos de intervención” (p.15) Siguiendo a las autoras, cuando esta noción se emplea de forma genérica debilita su carácter político inherente. Para enfrentar el sentimiento de extrañeza producido por el hallazgo de comunidades que no son precisamente cómo se han conceptualizado desde la Psicología Comunitaria (PC) , es necesario permitir las interpelaciones que surgen de las observaciones, la escucha y aquello que se experimenta como parte del compromiso social. En este sentido los sujetos de la acción de la PC serán la diversidad de actores sociales que influyen en cada contexto específico en la dirección de promover u obtener procesos de emancipación.

(Rodríguez & Montenegro, 2016). Estas autoras, haciendo referencia a Wiesenfeld (1997), cuestionan el carácter homogéneo que se le ha dado a dicha noción que se sustenta en la idea de que los miembros comparten necesidades comunes. Sin embargo, se concuerda con que es la toma de decisiones la manera en que se puede experimentar la comunidad, es decir la forma en la que estamos con otros. Es desde el tratamiento de la diferencia y la posibilidad de ir a su encuentro donde reside el componente político y ético de lo que se entiende por comunidad. Aquello que distingue a la comunidad de otras formas de organización social es el componente intersubjetivo, “sentimientos que unen a miembros de la comunidad como personas que pertenecen a un grupo, colectivo o red y se autodefinen como tal”. (Rodríguez & Montenegro, 2016, p. 17) Lo central su aporte respecto a la noción de comunidad es que esta radica en la fortaleza de las relaciones entre sus miembros y la capacidad de acción de los grupos sociales para abordar problemas e intereses mediante la participación y la organización, como herramienta de transformación social.

Además de la noción de Comunidad, se consideran relevantes los aportes de la PC en relación a elementos prácticos, algunos de los que fueron incorporados en los espacios de encuentro con las mujeres del grupo como son los procedimientos de problematización, discusión y reflexión, considerados una forma de: “Generar situaciones en las cuales las personas se ven forzadas a revisar sus acciones u opiniones acerca de hechos de su vida diarios vistos como normales, convertidos por tal razón en habituales, o percibidos como inevitables al considerarlos naturales.” (Montero, 2006, p.231).

Montero (2006) considera que problematizar puede ser una estrategia para el desarrollo de la conciencia crítica y que es a partir de la reflexión y la acción que se produce la transformación, “la problematización sensibiliza, desnaturaliza, establece las bases cognitivas y afectivas, para producir una motivación de cambio que se traduce en acciones concretas de transformación.” (Montero, 2006, p. 231). Al problematizar se generan ciertas alertas sobre formas de opresión, exclusión, minusvalía, conocimientos impuestos con su consecuente su reproducción acrítica que operan como condiciones alienantes. La problematización tiene un carácter liberador y desideologizador que permite generar conocimiento y cuestionar la hegemonía de las ideas que justifican dichas condiciones. Este proceso puede ser entendido como una herramienta inicial para construir y reconstruir una conciencia integral que produzca una comprensión más global de la sociedad en la que se vive, pudiendo generar una posición política en sentido amplio del término. (p. 232). Poder discutir y reflexionar en

torno a distintas problemáticas que emergen en el encuentro, permite la planificación de estrategias y posibles soluciones además de generar un aprendizaje y enseñanza mutua, en un proceso constante de reelaboración de aciertos y errores. (p.217)

En esta coyuntura tan particular, en la que las dificultades iban en aumento fue necesario sostener la existencia de un espacio de participación para el intercambio de saberes. El esfuerzo conjunto por mantener el espacio le otorgó al equipo de salud la posibilidad de problematizar junto con las mujeres aquellos atravesamientos que la emergencia sanitaria tenía en su vida cotidiana, entre los que se destacaron la imposibilidad de sostener el aislamiento por cuestiones laborales, en su mayoría vinculados a trabajos informales, la dificultad de sostener la educación de sus hijos a distancia, la falta de productos alimenticios, insumos de higiene, así como la afectación emocional producto de la soledad que se presentaba como consecuencia del cese de las actividades que realizaban. El apoyo emocional fue de gran importancia para atravesar junto con ellas el estado de emergencia.

Por otra parte, como plantea Rodríguez (2007) -a partir de los aportes de Saforcada, 1999- la Psicología hereda concepciones y prácticas del paradigma biologicista e inaugura un modelo centrado en la clínica y lo patológico. La vigencia del modelo psicologista pudo observarse en la práctica en tanto la resolución de las demandas en atención en salud mental se planteaban en términos de atención clínica dando prioridad a la atención individual sobre otras formas de abordaje propuestas, incluso las establecidas en las prestaciones de SM.

Siguiendo a la autora, se puede considerar que el tránsito hacia un modelo social-expansivo requiere no sólo la concepción de un ser humano inseparable de sus circunstancias sociales, económicas y culturales, sino también la comprensión e intervención en el entorno inmediato de los sujetos, por ello la importancia de los aportes de la PC. La PT en su práctica se orienta hacia dicho tránsito, como se observa en las actividades realizadas principalmente en el grupo “Arte para Mujeres” pero también mediante la defensa —en los espacios de discusión y diálogo con otros actores de la institución— de una transformación que es necesaria para mayor operatividad del PNA.

El desafío que propone este cambio para la tarea del psicólogo está en relación con transitar de un abordaje centrado en el ámbito institucional, hacia la intervención en el ambiente comunitario. Para ello es necesario partir de la prevención primaria y la promoción de salud para orientar las intervenciones a situaciones de la vida cotidiana, situaciones de crisis, atendiendo a los grupos de pertenencia de los sujetos (Rodríguez, 2007, p. 29) .

Considerando que los ordenamientos en relación a la promoción de salud mental se centran en el abordaje y prevención de desórdenes o enfermedades mentales, sin considerar las problemáticas que hacen al padecimiento subjetivo de una comunidad y que no están relacionadas necesariamente con diagnósticos psicopatológicos.

Para comprender la Promoción de Salud (PS) se considera el documento final de la reunión celebrada en Ottawa en 1986, en el que se considera la importancia de “proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma” (De Lellis, Interlandi, Martino.,2015, p.24). La PS se propone conciliar la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones del ser humano. Según lo expuesto por De Lellis, Interlandi, Martino (2015) no sólo es relevante para la salud tener donde vivir, tener con qué alimentarse, tener un servicio de salud al cual acudir, sino también tener la posibilidad de crear, innovar, sentir placer, tener acceso al arte, la cultura, poder llegar a la vejez, entre otras posibilidades. Crear entornos favorables y fortalecer la acción comunitaria son solo algunos de los lineamientos claves de la PS y en el caso de la intervención con el grupo de mujeres son sus pilares fundamentales.

En este sentido poder identificar la desarticulación de los lazos sociales y las formas de organización colectivas como problemáticas que inciden negativamente en el proceso de salud-enfermedad-atención, permite impulsar abordajes que consideren que los padecimientos singulares presentan su correlato en la trama social y son vividos de forma colectiva, por lo que exceden un abordaje puramente individual. Según esta consideración la estrategia de promoción en salud mental comunitaria debe orientarse a generar procesos participativos. (Bang, 2014, p.111)

Atendiendo lo expuesto anteriormente, se entiende que cada grupo comunitario es único en cuanto a la trama vincular, la historicidad, los determinantes de salud que lo atraviesan, las necesidades y demandas que sostienen, la existencia o construcción de fines comunes, así como los recursos humanos y materiales con los que cuentan, incluyendo el equipo de salud.

Las prácticas de salud son heterogéneas e inseparables del contexto, por ello la propuesta inicial del grupo tuvo que enfrentar continuidades y discontinuidades que llevaron a una reconfiguración de la dinámica grupal . Las nuevas circunstancias obligaron a una transformación necesaria, repensar las prioridades y generar un balance de lo hecho, lo logrado y aquello que debía ser modificado para la continuidad de los encuentros. En este

sentido apostar a la creatividad y renunciar a las propuestas unilaterales, escuchando de forma activa las propuestas del grupo enriquecieron además del proceso grupal, los lazos entre las personas del grupo y los integrantes del equipo de salud.

En relación a los obstáculos para las intervenciones basadas en una promoción de salud, se considera indispensable manifestar que existe una diferencia entre los discursos, las normativas y las propuestas preestablecidas y el quehacer posible. Es decir, hay una distancia entre lo que se debe hacer, lo que recomiendan distintas autoridades competentes y lo que en efecto es posible realizar. Cada servicio, cada comunidad, cada profesional constituyen un escenario de acción particular que requiere hacer frente a contradicciones, “imposibilidades”, frustraciones, para poder adentrarse en la riqueza de la complejidad y la creatividad de que de esta se desprende.

Las circunstancias para la acción no son siempre ideales, como se pudo observar durante la emergencia, las condiciones socio-económicas fueron un factor diferencial para poder lograr una adherencia a las sugerencias sanitarias y para poder realizar actividades por medio de TICS de forma sostenida. Las sugerencias de las autoridades se realizaron en función de un ideal de sujeto que no representa en este caso a las mujeres del grupo ni a la población usuaria en general. Condiciones materiales de existencia favorables, acceso al trabajo y la educación formal, tiempo libre y actividades deportivas, acceso a productos de higiene y una alimentación equilibrada, acceso a medios tecnológicos, acceso a un sistema de salud de calidad en el medio cercano, fueron algunas de las condiciones necesarias más importantes para poder disminuir el impacto de la emergencia sanitaria y como se mencionó anteriormente las mujeres del grupo, en su mayoría, no contaban con ellas.

Esta circunstancia particular, el retiro progresivo de las organizaciones e instituciones que oficiaban de red de sostén y articulación territorial, los cambios de tarea y la priorización del modelo clínico individual, tuvieron como consecuencia una profunda desorientación para el equipo. Sin embargo, la reivindicación de las mujeres por mantener su espacio de actividad, la solidaridad frente a las dificultades de acceso, el diseño de nuevas propuestas, su actitud frente a la emergencia, lograron incentivar al equipo a reflexionar sobre su posición y sus acciones.

Por último mencionar que no se entiende a la participación como una posición de autosuficiencia, ni responsabilidad exclusiva de cada grupo o persona. El derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado como lo indica la Ley 18911. Aquí lo que se intenta

destacar son algunos de los resultados que pueden lograrse mediante el trabajo con la comunidad en los espacios en los que esta vive y que aún en los escenarios más desfavorables se pueden impulsar cambios.

## **6. CONCLUSIONES**

A modo de cierre considerar que la emergencia sanitaria ofició de lente en tanto puso de relieve el estado de situación de la implementación del nuevo modelo de atención en salud. Las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias tuvieron un impacto desfavorable para el desarrollo habitual de las líneas de acción del PT, principalmente en la implementación de nuevos proyectos territoriales y las intervenciones comunitarias existentes. La velocidad y variabilidad de las medidas protocolares adoptadas durante el periodo de práctica generaron escenarios inestables no solo para la acción sino también para la observación in situ.

Al tratarse de observaciones situadas en un devenir inaprensible, el presente TFG da cuenta de las observaciones de las instancias más significativas para el análisis del proceso de práctica. Siguiendo los objetivos formativos del PPRS, se considera necesario observar las líneas de acción del PT en relación con los marcos teóricos y legales que le dan sustento a su rol. En función del recorrido teórico realizado se entiende que la implementación del nuevo modelo propuesto por el SNIS es un desafío que antecede esta práctica concreta y que la declaración de estado de emergencia permitió identificar tensiones históricas existentes entre los modelos de atención en salud tradicionales y los modelos emergentes. La tensión se constata en las decisiones tomadas por las autoridades nacionales e institucionales y los discursos que, basados en una perspectiva esencialmente biomédica, le dan sustento.

Se desprende de la presente experiencia que la reproducción de los modelos teóricos tradicionales están presentes en las lógicas con las que operan las instituciones de la salud y que en efecto inciden en el quehacer profesional indistintamente del área de sus competencias. Por otro lado se observa una tendencia disruptiva frente al modelo instituido presente en profesionales comprometidos con la posibilidad de transitar hacia el nuevo modelo vigente en la ley n° 18.211.

Siguiendo los cambios en el ámbito clínico, la emergencia sanitaria profundizó algunos problemas precedentes como la demanda en espera a la vez que se vieron interrumpidos los

procesos psicoterapéuticos que se estaban llevando a cabo. Continuando con esta línea de acción, se considera como impacto favorable la frecuencia de las reuniones entre los equipos de salud mental y la dirección del servicio, permitidas por el uso de TICS y el cese de la presencialidad de los usuarios. Estas reuniones permitieron identificar concepciones instituidas sobre el quehacer psicológico y problematizar en las reuniones del equipo del PT la incidencia de modelos y perspectivas en salud que distaban de las concepciones propias de los profesionales de esta área. Por otra parte, se hallaron limitaciones en cuanto a la participación de los profesionales en la toma de decisiones sobre su propias tareas, quedando reducida su colaboración al cumplimiento de protocolos.

Es menester destacar que con el transcurso de los encuentros se pudieron establecer algunos acuerdos con la dirección del servicio y concretar estrategias propuestas por el ECMSM y el equipo del PT para reorganizar los recursos y poder dar respuesta a la demanda.

Frente a un escenario cambiante, es relevante considerar como estrategia de contención, la estabilidad de los equipos en las distintas dependencias y la alineación de perspectivas sobre la salud entre los profesionales. Estas herramientas habilitaron cierta autonomía del equipo para habitar los espacios de mayor relevancia para la contribución entre el sistema de salud y la población usuaria en un contexto en el que se profundizaba la vulnerabilidad precedente. La participación en mesas de coordinación zonal permitió una aproximación al estado de situación del territorio, a conocer los recursos y ponerlos a disposición de los usuarios y otros profesionales.

El rol del PT se construye de forma singular, utilizando el nuevo modelo de atención como orientador de las acciones, frente a los desafíos propios de cada servicio y comunidad.

El grupo de mujeres cobró notoria importancia debido a que logró sostenerse aún en condiciones desfavorables. Este hecho fue gratificante para el equipo que de algún modo pudo hacer visible algunos de los resultados que pueden producir los procesos de promoción de salud y participación comunitaria. No obstante, se considera una piedra angular para los mencionados procesos la presencia del Estado en territorio—mediante sus diferentes instituciones— para posibilitar el trabajo intersectorial orientado a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

La Salud no puede entenderse solamente como un estado de bienestar biopsicosocial, sino que debe oficiarse como una perspectiva que oriente las acciones en favor de la construcción de



un camino que sea capaz de desarticular las relaciones de poder que dan lugar a la perpetuación de inequidades dentro y fuera del sistema sanitario.

Cuando la resignación frente a lo “imposible” quiso “disfrazarse” de única alternativa para la práctica, el grupo de mujeres fue un “punto de inflexión”, un “banco de arena en mar abierto”, la “cresta” a continuación del “valle”, un espacio de construcción colectiva en el que el nuevo modelo de atención de salud pudo verse y transformarse en el horizonte hacia el que es posible caminar.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Pedrosian, E. (2013). *Casavalle bajo el sol. Investigación etnográfica sobre territorialidad, identidad y memoria en la periferia urbana de principios de milenio*. Montevideo, Uruguay: Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República. (CSIC-UdelaR)
- ASSE. (2020). *ASSE Informa: Plan Institucional para la contingencia de la infección (COVID-19) por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2)* Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-INFORMA-PLAN-INSTITUCIONAL-PARA-LA-CONTINGENCIA-DE-LA-INFECCION-COVID-19-POR-EL-NUEVO-CORONAVIRUS-SARS-COV-2--12194>
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl>
- De Lellis, M., Interlandi y C., Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En De Lellis (2015) *Perspectivas en salud pública y salud mental*. (pp. 11-42) CABA, Argentina: Nuevos Tiempos.
- García, M., Triaca, J., Lopez Mesa, G., Barrios, M., Novoa, G., Porteiro, F. y Romano, S.(2018) *Propuesta para la implementación de la nueva Ley de SM en ASSE*. 1era etapa. 2019-2020 (Resumen)
- Giménez, L. (2020) Uruguay en el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19. La Psicología de la Salud en el enfrentamiento a la COVID-19 en América Latina. Asociación latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA). Recuperado de: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/52877/LB\\_Infante\\_POE-Grau\\_%c3%81JA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/52877/LB_Infante_POE-Grau_%c3%81JA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Güida, C. (s/f) Modelos de Atención en Salud. Curso Niveles de Atención en Salud.

Recuperado de: [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficha-modelo.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-modelo.pdf)

Menéndez, E.(1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires:

Argentina. pp 451- 464. Recuperado de:

[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

Mendez, F. y Toledo, A (2012-2014) *Inequidades en Salud y sus Determinantes Sociales en Uruguay*. Ministerio de Salud Pública. Montevideo: Uruguay. Recuperado de:

[https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP\\_Determinantes%20sociales\\_Documento%201.pdf](https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP_Determinantes%20sociales_Documento%201.pdf)

Montero, M (2006) *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

MSP (2020) *Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS CoV2) Lineamientos para la gestión de la respuesta*. Recuperado de:

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/01\\_MSP\\_COVID\\_19\\_PLAN\\_NACIONAL\\_CONTINGENCIA\\_GESTION\\_RESPUESTA.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/01_MSP_COVID_19_PLAN_NACIONAL_CONTINGENCIA_GESTION_RESPUESTA.pdf)

OMS (2020) *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

OPS (2017) *Determinantes Sociales de la Salud en la región de las Américas*. Recuperado de:

[https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es)

OPS & OMS (2019) *Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Ed. Revisada*. Recuperado en:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Perea, M. (2017) *Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud*. Maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería, Montevideo.

Piñeiro, M.J y Trillo, J.M. (2011) Integración de psicólogos a los equipos de Área. *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS.

Recuperado de:

<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011.pdf>

Red de Municipios y Comunidades Saludables (2020) *Experiencias en salud comunitaria, trabajo en redes, formación y acción en contextos de pandemia*. Montevideo:

Uruguay. OPS, OMS. Recuperado de:

[https://psico.edu.uy/sites/default/pub\\_files/2021-12/DIGITAL\\_Red%20de%20Municipios%20y%20comunidades%20saludables.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2021-12/DIGITAL_Red%20de%20Municipios%20y%20comunidades%20saludables.pdf)

Rodríguez, A.(2007) Desde la promoción de Salud Mental hacia la producción de la Salud.

La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales.

*ALTERIDAD Revista de Educación*. Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca:Ecuador.

Rodríguez, A. y Montenegro, M. (2016) Retos Contemporáneos para la Psicología

Comunitaria: Reflexiones sobre la Noción de Comunidad. *Revista Interamericana de Psicología*, vol.50 (1), pp. 14-22. San Juan: Puerto Rico. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/284/28446021003.pdf>

Saforcada, E. (1999) Análisis de las concepciones y prácticas en salud. En *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. (pp. 63-104). Buenos Aires: Paidós.

Saforcada, E (2012). Psicología Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, vol.4 (2), 120-130. Buenos Aires: Argentina. Recuperado de:  
<http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/96/137>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*. vol. 33 (1), 7-11. Montevideo: Uruguay. Recuperado de:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)