



Programa de Residentes y Practicantes

Convenio ASSE – Facultad de Psicología (UdelaR)

Especialización de Psicología en Servicios de Salud:

Trabajo Final

***Percepciones sobre
Interdisciplina en profesionales
del Primer Nivel de Atención en
Salud ASSE.***

Residente: Lic. Pablo Casal

C.I.: 4.232.440-0

Resumen

El proyecto tuvo por objetivo identificar las percepciones y significados imaginarios que construyen los profesionales sobre el trabajo en interdisciplina en servicios del Primer Nivel de Atención de Salud (PNA) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Para ello, se buscó caracterizar qué definiciones de interdisciplina aparecían en el discurso de los profesionales de salud de los centros seleccionados, y sobre la participación de los otros saberes disciplinarios en las tareas que desarrollan, indagando facilitadores y obstáculos.

La metodología de la investigación fue cualitativa y los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad a profesionales de diversas disciplinas (medicina familiar, trabajo social, enfermería, pediatría y psicología) que desempeñan actualmente tareas de asistencia en PNA en ASSE. El análisis de los datos se realizó según la Teoría Fundamentada. Dada la inserción del investigador mediante el programa de Practicantes y Residentes en determinados servicios de atención en salud del PNA en ASSE en la periferia de Montevideo, se utilizaron dichos centros como muestra y recorte poblacional.

Este proyecto es planteado en un contexto de reforma de la atención en salud mental en el país mediante la Ley 19.529, la cual impulsa y da prioridad a la atención interdisciplinaria en salud mental. De esta manera, resulta pertinente indagar sobre las percepciones y acciones en torno a la interdisciplina presentes en los equipos de salud que actualmente desarrollan tareas en el PNA.

Se espera producir y difundir conocimiento sobre el trabajo interdisciplinario de los equipos de salud logrando un acercamiento, desde la perspectiva de los mismos profesionales, a cuáles son las competencias, habilidades y actitudes que facilitan u obstaculizan el trabajo en interdisciplina. Esto puede ser de beneficio tanto para los profesionales de la salud, así como para otros actores sociales involucrados en el diseño de políticas públicas y formación académica pertinentes.

Entre los resultados obtenidos, toman protagonismo la poca integración de la interdisciplina en la formación de grado y posgrado de los entrevistados, así como las dificultades encontradas en consolidar equipos de trabajo incluyendo los juegos de poder y jerarquía que revisten a todo grupo humano. También toman relevancia las relaciones históricas establecidas entre las disciplinas actuantes, embestidas en los sujetos que las portan, así como las políticas públicas que pautan las prácticas de

atención en salud sostenidas en el Primer Nivel de Atención, involucrando exigencias y expectativas institucionales de interdisciplina que no coinciden con la modalidad de evaluación individualizada del desempeño de los profesionales.

Palabras clave: interdisciplina, primer nivel de atención, SNIS, percepción subjetiva

Índice

1. Fundamentación	5
2. Antecedentes	8
2.1 Internacionales	8
2.2 Regionales	9
2.3 Nacionales	11
3. Marco Teórico	16
3.1 APS, PNA, Promoción Y Prevención de la salud	16
3.2 Interdisciplina	18
3.3 Interdisciplina y Sistemas Sanitarios	22
3.4 Interdisciplina y Trabajo en Equipo	24
3.5 La formación en interdisciplina	28
3.6 Interdisciplina y Psicología	29
3.7 Percepciones subjetivas	29
4. Problema y preguntas de investigación	30
5. Objetivos	32
5.1 Objetivo general	32
5.2 Objetivos específicos	32
6. Metodología	33
6.1 Diseño Metodológico	33
6.2 Instrumentos de recolección de datos	34
6.3 Procedimiento	35
6.4 Población objetivo	36
6.5 Características de los Centros de Salud considerados para la Muestra	37
6.6 Alcances y limitaciones	39
7. Consideraciones éticas	41
8. Cronograma de ejecución	42
9. Resultados esperados	43
10. Análisis de las entrevistas	44
10.1 Entrevistados por especialidad y centro de salud	44

10.2 <i>Esquema de dimensiones de análisis</i>	45
10.3 <i>La concepción de la salud integral y su atención</i>	46
10.4 <i>Noción de interdisciplina</i>	47
10.5 <i>Construcción de la interdisciplina.</i>	51
10.6 <i>Formación en interdisciplina.</i>	54
10.7 <i>Características personales que influyen en el trabajo interdisciplinario</i>	57
10.8 <i>Modalidades de comunicación en el equipo.</i>	62
10.9 <i>Lugar de la interdisciplina en la práctica.</i>	63
10.10 <i>Entre la expectativa y la realidad.</i>	70
10.11 <i>Interrogantes a partir de la práctica interdisciplinar.</i>	73
11. Conclusiones	76
12. Referencias bibliográficas	79
13. Anexos	84
13.1 <i>Anexo 1: Hoja de Información</i>	84
13.2 <i>Anexo 2: Consentimiento Informado</i>	87
13.4 <i>Anexo 3: Pauta para entrevistas semiestructuradas en profundidad</i>	88

1. *Fundamentación*

La ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) vigente desde el año 2007 (Uruguay, 2007), en su Art 19 plantea la conformación de equipos interdisciplinarios en distintas áreas. Por su parte, al tomar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como principio regulador de las prácticas en el nuevo sistema sanitario, se incluye indirectamente a la interdisciplina como una de sus características destacadas, junto con las tareas de prevención y promoción en salud.

Bajo esta reforma sanitaria en el país, se pretende consagrar a la salud como derecho humano esencial y la equidad en las prestaciones de salud ofertadas. Se apunta principalmente al desarrollo de acciones de promoción y prevención enfocadas en la salud integral del sujeto. De allí la necesidad de integrar el enfoque interdisciplinario a las acciones desempeñadas en todo nivel del sistema sanitario (Uruguay, 2007).

Según la Ley 18.211 se pretende: “Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica” (Uruguay, 2007, Artículo 4 Apartado F).

A partir de este primer hito, se han impulsado diversas legislaciones en el país que fortalecen a la integración de las intervenciones interdisciplinarias en el marco del SNIS. A continuación, se desarrollan las principales menciones en relación a la interdisciplina y la atención en salud mental.

El Plan de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011), expone: “los desarrollos del plan deberán incorporarse al SNIS (...) de acuerdo con los cambios en el modelo de atención y de gestión (...) a través del trabajo en equipos interdisciplinarios”. (MSP, 2011, p.4)

En el año 2017, se aprueba la nueva Ley de Salud Mental 19.529. En los Artículos 17 y 19 de la misma se refiere que la atención en salud mental en todos los niveles del sistema se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a la promoción y reforzamiento de los lazos sociales. (Uruguay, 2017)

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental de Uruguay (2020) plantea que el equipo de salud, de forma interdisciplinaria, diseñará mediante el Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) una estrategia integral que dé continuidad al proceso asistencial durante todo el ciclo vital de la persona. (MSP, 2020)

El SNIS propone cambios en tres aspectos fundamentales: en cuanto al modelo de gestión, en las formas de financiamiento y en el modelo de atención. Es en este último punto en el cual la universidad, desde sus diversas Facultades en el ámbito social y de

la salud, ha realizado una marcada y aún en proceso adecuación de sus currículas y planes de estudio, en pos de actualizar su oferta académica al nuevo rol que desempeñarán los profesionales en el sistema sanitario. Así, la Facultad de Psicología aporta a la consolidación de los cambios que deben acompañar la reforma tanto en referencia a la formación de recursos humanos, como a la investigación científica referente al tema (Bianchi et al., 2010)

Desde el año 2009 existe entre La Facultad de Psicología y la Administración de Servicios de Salud del Estado ASSE un convenio para la formación de recursos humanos dedicados al trabajo en servicios de salud, en la forma del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS). El mismo apunta a la formación de psicólogos especialistas en el trabajo en servicios y en el campo de la salud, bajo los principios rectores del SNIS, tanto para estudiantes de grado como de posgrado (Giménez, 2012). Dicho convenio y programa responde a la actualización del rol del psicólogo dentro de la reforma del SNIS, así como a la necesaria producción de conocimiento psicológico referente al campo de la salud y las prácticas del psicólogo en el mismo. De esta manera, en el caso de los egresados en psicología, el programa se compone de una metodología que combina la capacitación desempeñando tareas en un servicio del SNIS, con la formación académica mediante la Especialización de Psicología en Servicios de Salud, apostando a la articulación teórico-práctica y a la formación en trabajo en equipo e interdisciplina. (Bianchi, et. al, 2010)

El siguiente proyecto se enmarca dentro de la experiencia del investigador en su formación de posgrado en la Especialización de Psicología en Servicios de Salud de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Se participó en el PPRSS como residente de psicología en varios servicios de ASSE, por el período de tres años (2017-2020), donde se formó parte de variados equipos interdisciplinarios. A partir de esta inserción, surgieron interrogantes sobre la propia formación de grado en psicología con respecto al trabajo interdisciplinario y a la modalidad de trabajo en equipo en el sector salud, así como la importancia que se le brinda a estos conceptos también en la formación de las otras disciplinas con las cual se comparte el trabajo. También surge la interrogante sobre la aplicabilidad de las actuales políticas públicas al respecto en las intervenciones que se dan a nivel cotidiano en los diversos servicios de salud del Primer Nivel de Atención.

Se parte desde la concepción que el trabajo en equipo y la interdisciplina son necesarios para el abordaje de las problemáticas sanitarias que revelan cada día mayor multicausalidad y que, por lo tanto, implican el diseño de intervenciones integrales cada vez de mayor complejidad (Perea, 2017). Resulta necesario entonces

que el profesional que se desempeña en el ámbito sanitario esté formado en estas temáticas, más allá de su competencia técnica específica. El trabajo en equipos de salud implica procesos y relaciones entre los profesionales que enfrentan variados desafíos y múltiples potencialidades a la hora de la resolución de conflictos y el diseño de estrategias (Stolkiner, 2005).

Es pertinente entonces, contar con recursos humanos competentes y capacitados de forma específica para el trabajo en equipo en la salud, lo cual configura un desafío para las instituciones formadoras de estos recursos humanos (Giménez, 2012). Dicha formación deberá focalizarse en cumplir las metas y principios rectores del SNIS, como también entrenar competencias indispensables para las distintas modalidades de trabajo más allá de la especificidad disciplinar (Gandolfi y Cortázar, 2006).

Desde esta postura, se fundamenta la pertinencia de la presente investigación, ya que podría contribuir a los equipos a pensar sobre las distintas concepciones de interdisciplina. A partir de esto, se apunta a poder difundir la información generada con la intención de contribuir a la producción de conocimientos sobre el tema tanto para los profesionales de la salud, así como para otros actores sociales y participantes en el diseño de las políticas públicas pertinentes. Se espera que de esta forma se pueda contribuir a fortalecer las prácticas y detectar los obstáculos y facilitadores que involucran a las condiciones de producción de la interdisciplinariedad en el Primer Nivel de Atención en salud del SNIS.

2. Antecedentes

A partir de la búsqueda de investigaciones y proyectos en torno a la temática interdisciplina y trabajo interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención en Salud, se encontraron algunas producciones, cuyas breves reseñas y comentarios se presentarán ordenadas respecto a su fecha de publicación y región de origen.

2.1 Internacionales:

Martínez Jambrina, 2017, España

Tesis doctoral sobre el Modelo Avilés para la implementación del tratamiento asertivo comunitario en Madrid. Aporta varios elementos para la comprensión del trabajo interdisciplinario: identificar el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios del programa Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) considerando la organización interna, actividad asistencial, la coordinación externa y accesibilidad. Se determina que realizan reuniones de coordinación y actividades en la comunidad, así como coordinaciones con instituciones. Concluye que existe una carencia de definición de roles de cada profesional. Compara datos de desempeño y calidad de atención de dicho programa entre los informes de los años 2010 y 2014. En 2014 se determina que más del 60% de las actividades se realizan en el ámbito comunitario. Enfatizan la importancia de garantizar mediante el trabajo interdisciplinario la coordinación del programa TAC con otros niveles del sistema sanitario. (Martínez Jambrina, 2017).

Ibañez, et al., 2001, España

Realizan un estudio en 35 Servicios de Salud Mental de Madrid sobre la distribución y asignación de tareas asistenciales entre los profesionales de la salud mental comunitaria, con el objetivo de conocer el modelo de atención basado en la interdisciplinariedad. Se brindan datos acerca de las actividades clínico-asistenciales y su percepción sobre las mismas. Se destaca que en el trabajo con adultos son los psiquiatras quienes realizan la mayoría de las tareas, mientras que los psicólogos participan de menor manera. Por otro lado, en el Programa Infanto-juvenil, entre psiquiatras y psicólogos se reparten el 50% las distintas actividades realizadas. Personal de enfermería y trabajadores sociales participan solamente en actividades de coordinación con dispositivos sanitarios y educativos. Por su parte, pediatras y médicos de Atención Primaria realizan tratamientos principalmente farmacológicos. (Ibañez, et al., 2001)

2.2 Regionales: América Latina

Tamayo, Besoain-Saldaña, Aguirre y Leiva, 2017, Chile

Como objetivo se plantean determinar la percepción de estudiantes universitarios en torno al trabajo interprofesional entre los miembros del equipo del que formaban parte en atención primaria. Estudio analítico y transversal con estudiantes de todas las carreras profesionales de universidades estatales de la región metropolitana. Se busca identificar la importancia que le dan las universidades al trabajo interprofesional y la que luego le darán los equipos en el sector salud. Como resultado arroja que la mayoría de los estudiantes consideran que en su formación se le dio gran importancia al trabajo con otras disciplinas, excepto en un 27,1% de los encuestados. Un 15.6% de los estudiantes piensan que es imprescindible la habilidad de trabajar en equipo interdisciplinario en APS. Como conclusión traen la necesidad de fortalecer la formación para el trabajo interprofesional. (Tamayo, et. al., 2017)

De Perini, Benítez, & López, 2014, Argentina

Investigación realizada en ámbito de la Secretaría de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (UNaM) con el objetivo de describir y analizar estrategias de abordaje interdisciplinario y comunitario de los equipos profesionales en la Provincia de Misiones, en el marco de la nueva Ley de Salud Mental Argentina. Plantean que la interdisciplinariedad defendida en la ley implica refundar la intervención profesional, lo cual implica una diferencia sustantiva entre el "deber ser" que impone la ley, muy lejos de lo que se hace actualmente en los diversos espacios de atención. Se concluye que, si bien la ley propone, no transforma ni modifica las prácticas profesionales desplegadas. Se explica que el cambio de modelo planteado es posible si los técnicos son capaces de asumir el desafío de diseñar nuevas prácticas y no simples experiencias de trabajo cooperativo limitado a la interconsulta. Señalan que el trabajo interdisciplinario requiere revisar las competencias y habilidades profesionales disponibles, identificar obstáculos y resistencias, prejuicios, facilitadores que afectan las prácticas cotidianas. (De Perini, Benítez, López., 2014)

Flórez Moreno & Gallego Jacded, 2011, Colombia

Revisión en 89 artículos y 23 capítulos de libros publicados entre 2000 y 2010. Analiza la transdisciplinariedad en salud mental desde el modelo integral. La búsqueda fue basada en los ejes: salud mental, transdisciplinariedad, integralidad y psicología integral. Concluyen que la hiper-especialización de cada disciplina en el abordaje de sus objetos de estudio ha generado fragmentaciones internas provocando altos costos teórico-prácticos. Plantean la pertinencia de trascender las disciplinas ya que no es

favorable abordar la salud mental desde un enfoque solamente limitado a lo psicológico, contrariamente a un trabajo transdisciplinario e integral, pudiendo incorporar otras herramientas y alternativas que contribuyan a la salud. (Flórez Moreno, J., & Gallego Jacded, H., 2011).

Brunetti, 2011, Argentina.

Estudio sobre el trabajo interdisciplinario desde la aprobación de La Ley Nacional De Salud Mental en Argentina. Se realiza revisión de las leyes vigentes en Salud Mental. En particular trabaja sobre aspectos de las políticas anti-manicomiales y propone un esquema de trabajo con múltiples actores para el abordaje de usuarios internados; considerando para esto la mirada interdisciplinaria como imperativo ético necesario para el trabajo en equipo, además de la participación comunitaria. Dentro de estos equipos de profesionales planteados por la Ley, se incluyen: psicólogo, enfermería, psiquiatra, terapeutas ocupacionales, trabajo social, abogados. (Brunetti, 2011)

Farías-Batista y Grisi-Veloso, 2008, Brasil

Enfoque cualitativo. Se exploran representaciones sobre el concepto “trabajo en equipo” de un grupo de profesionales que componen los equipos de salud del Programa de Salud Familiar (PSF) del Sistema Universal de Salud de Brasil. Se llega a la conclusión que los profesionales consideran la importancia del carácter interdisciplinar, a pesar de que trabajan regularmente solos o en pares, y se destaca que el trabajo en equipo configuraría más bien una filosofía del PSF, y no una práctica cotidiana de los equipos. Se concluye que la formación de los profesionales entrevistados se basó en planes en estudio donde se privilegiaba el abordaje individual, curativo y hospitalocéntrico. (Farías-Batista y Grisi-Veloso, 2008)

Romero, Rathgeb, Rebolledo, Olivares & Coronado, 2004, Chile

Trabajo sobre el Imaginario Social de los equipos interdisciplinarios. Dejar ver que las significaciones expresadas por los profesionales respecto a la figura del Trabajador Social están influidas tanto por características personales de los profesionales concretos, como por las experiencias anteriores que los integrantes de los equipos han tenido con otros Trabajadores Sociales. Concluye que dichas significaciones serían el resultado de las interpretaciones de la experiencia propia subjetiva. Además, el estudio señala que dicho registro imaginario se reconoce tanto en lo expresado por los sujetos como en lo actitudinal. Se entiende que el Imaginario Social se va construyendo de manera dinámica en función de elementos tanto psíquicos como socio históricos en los profesionales entrevistados. (Romero, et. al., 2004)

2.3 Nacionales:

Ma. Gabriela Novoa, Tesis de Maestría en Psicología Clínica, 2019

Indaga la integración de la evaluación y tratamiento en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención a través de la formación en dicho componente de los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria en la Región Sur de ASSE. Utiliza un diseño exploratorio, descriptivo transversal con una metodología cuanti-cualitativa, aplicando cuestionarios y entrevistas semiestructuradas a 125 médicos y 10 informantes calificados. Concluye que, si bien Uruguay avanza hacia un cambio de modelo asistencial en el sector público, persisten dificultades para una respuesta integral en Salud Mental. Agrega que la formación en Salud Mental recibida en grado y posgrado es insuficiente (Novoa, 2019).

Varenka Parentelli, Tesis de doctorado en Ciencias de la Educación, 2019

Tesis de doctorado en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Estudia la noción e implementación sobre el concepto de Interdisciplina en la formación de grado de la Facultad de Ciencias de la Información (FIC) UdelaR, Uruguay. Para esto se basa en encuestas y grupos focales aplicados a estudiantes, a docentes, y el análisis de los distintos cursos impartidos en base a sus guías curriculares del plan de estudios actual y de otros pasados. Los resultados muestran una tensión entre la interdisciplinaria considerada una presencia clásica en el campo de trabajo de la profesión, y la propuesta formativa que se desarrolla en la FIC. Asimismo, existe poca reflexión y problematización sobre el término interdisciplina, y las definiciones construidas son de corte epistemológico. Concluye señalando que no sería necesario un cambio de estructura de las mallas curriculares para fortalecer la formación en interdisciplina, simplemente una modificación en aspectos metodológicos, pedagógicos y didácticos. (Parentelli, 2019)

M. Eugenia Castro, Pre-Proyecto de Investigación Licenciatura de Psicología, 2018

El objetivo general del pre-proyecto es conocer las condiciones de producción de la interdisciplinaria en el campo de la salud mental comunitaria. Para esto utiliza como recorte poblacional y caso de estudio la policlínica UDAI II dependiente del Centro de Salud Sayago de la Red de Atención Primaria (RAP). Desarrolla un rastreo de los antecedentes pertinentes y plantea posibles resultados esperables en pos de identificar fortalezas y debilidades del trabajo interdisciplinario en tal centro. (Castro, 2018)

M. López, Pre-Proyecto de Investigación Licenciatura de Psicología, 2018

Busca conocer los significados que se otorgan al trabajo en interdisciplina en la formación de grado de psicólogos en la UdelaR. Utiliza metodología cualitativa, basada en la teoría fundamentada de datos y se propone realizar entrevistas semiestructuradas a estudiantes o egresados de la licenciatura en psicología, que hayan participado del PPRSS como Practicantes en Psicología dentro del período 2010-2018, preseleccionando a todos aquellos que hayan trabajado en equipos interdisciplinarios. Con esto aspira a producir conocimiento sobre las potencialidades de las acciones interdisciplinarias desde la formación de grado en psicología. (López, 2018)

Julia Perea, Tesis de Maestría en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, 2017

Se plantea como objetivo conocer cómo significan su quehacer los psicólogos que se desempeñan en el primer nivel de atención en salud de ASSE, en los departamentos de Montevideo y Florida. Plantea como pregunta problema que existen desajustes entre lo que los psicólogos hacen, consideran que deben hacer y lo que se les pide que hagan. La metodología utilizada es cualitativa y tiene un diseño exploratorio y descriptivo con un muestreo teórico por conveniencia, intencional y no representativo, tomando como unidad de análisis el discurso de psicólogas del PNA acerca de su quehacer mediante entrevistas en profundidad y codificación de las mismas.

Como resultados trae que el “hacer” está compuesto por acciones derivadas de la convivencia de dos modelos sobre la salud que provocan tensiones y conflictos, aunque prevalecen las significaciones de un modelo hegemónico clásico. Sobre lo que “consideran que deben hacer” aparece la búsqueda de más actividades enfocadas a la promoción y prevención de la salud, en concordancia con la propuesta de cambio de modelo del SNIS. Respecto a lo que “se les pide que hagan” aparece que se les solicita trabajar desde un modelo integral grupal, pero se las evalúa desde un modelo hegemónico individualista. Sienten que no hay flexibilidad con el horario dedicado a tareas y existe un doble discurso institucional que genera desconcierto, enojo y frustración. Se concluye con recomendaciones respecto a los hallazgos encontrados (Perea, 2017).

Gabriel Guido, Monografía de la Licenciatura de Psicología, 2017

Presenta una articulación teórico – reflexiva sobre la interdisciplina en la atención adolescente en el PNA mediante la participación en los Espacios de Salud Adolescente (ESA). Desarrolla conceptos teóricos y para su discusión utiliza como insumo entrevistas a profesionales que integran un ESA de un centro de salud de la

RAP- ASSE. Concluye que aparecen indicadores que señalan la falta de articulación del trabajo interdisciplinario a nivel del ESA evaluado, destacando cuáles son las contribuciones reales que realizan los profesionales a ese espacio. (Guido, 2017)

Cecilia Sienra, Pre-Proyecto de Investigación Licenciatura de Psicología, 2016

Se plantea explorar representaciones respecto a las intervenciones interdisciplinarias en el discurso de los profesionales que participan de los equipos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Realiza un análisis de hipótesis institucionales y respecto a los constructos “Trabajo en equipo” e “Interdisciplina”. Diseña una metodología cualitativa en base al método que ofrece la Teoría Fundamentada para el análisis de los datos recabados, planteando realizar entrevistas a profesionales del área salud mental, social y médicos ginecólogos en policlínicas de Salud Sexual y Reproductiva en mutualistas. (Sienra, 2016)

Sandra López, Tesis de Maestría en Psicología Social, 2015

Se plantea como pregunta de investigación sobre la construcción interdisciplinaria en la praxis utilizando un caso testigo: el Centro de Salud Reina Reyes y la perspectiva de profesionales de este centro. Apunta a comprender las condiciones para la construcción de espacios de reconocimiento entre disciplinas y entre saberes. Organiza una búsqueda de antecedentes en Uruguay y Argentina. Realiza un extenso y completo recorrido histórico sobre la inclusión de actividades interdisciplinarias en las prácticas de extensión universitarias desarrolladas por la UdelaR, desde diferentes espacios y servicios, destacando en 2007 la creación del Espacio Interdisciplinario-UdelaR. Se define un enfoque cualitativo y se realizan entrevistas individuales a referentes calificados, observación y registro de diferentes instancias de equipo del centro. Los integrantes del equipo acuerdan que la práctica en interdiscipliniedad es compleja, y refieren que el centro no es interdisciplinario en sí, sino que cuenta con condiciones para producir interdisciplina, pudiendo lograrlo algunas veces y otras no. Concluye que la interdisciplina no se construye en la praxis, sino que es praxis. Agrega que para que la praxis interdisciplinaria se conforme en un movimiento transformador deben sostenerse espacios de intercambio de equipo y procesos productores de una nueva co-visión, a través de un posicionamiento ético-político (López, 2015).

Nelson Pizarro, Pre-Proyecto de Investigación Licenciatura de Psicología, 2015

Toma como estudio de caso la experiencia del Grupo Cerro Largo (GCL)- Uruguay (2002-2008), en la cual participaron más de ochenta estudiantes de diferentes servicios de la Universidad de la República (UdelaR) durante 6 años: Agronomía,

Bellas Artes, Ciencias Sociales, Geografía, Instituto Superior Educación Física, Psicología y Sociología. Analiza la experiencia mediante entrevistas en profundidad a los participantes y realizando un rastreo documental, con un diseño metodológico flexible y emergente. Concluye que la experiencia, además de fortalecer la mirada interdisciplinaria y las herramientas de comunicación entre los integrantes, permitió realizar una mirada interna a cada disciplina en conocer sus propios alcances y limitaciones (Pizarro, 2015).

Alicia Cabezas, Tesis para la Maestría en Enseñanza Universitaria, 2012.

Investigación sobre la formación de grado en la Facultad de Odontología de la UdelaR, vinculados al SNIS y la estrategia de APS. Se entrevistaron estudiantes. Los mismos expresan que existen instancias de trabajo interdisciplinario a lo largo de la carrera, e inclusive señalan que el trabajo en equipo configura parte del perfil de egreso, aunque destacan que no siempre es fácil desplegar estas habilidades a la hora de la experiencia profesional. Se concluye que, en términos generales, el plan de estudios al momento contaba con las características necesarias para la formación de profesionales con inserción en el SNIS. (Cabezas, 2012)

Bianchi, De la Cuesta, Gandolfi y Muñiz, 2010

Ponencia realizada por el equipo de coordinación de PPRSS en Facultad de Psicología de la UdelaR, en el Primer Congreso Latinoamericano de Salud. Trata sobre los procesos de formación de estudiantes y egresados recientes de psicología desde una concepción integral de la salud. Se relata la perspectiva de los primeros practicantes y se menciona el trabajo en equipo e interdisciplina como herramientas esenciales para la labor en servicios de salud. (Bianchi, et. al, 2010)

Romano, S., Novoa, G., Gopar, M. Cocco, A., De León, B., Ureta, C., Frontera, G., 2007

Resume la sistematización de información generada en la experiencia de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de ASSE desde 1996. Describe los cambios en la organización y el trabajo en equipo en el contexto comunitario. Se describen elementos relacionales e institucionales como factores que influyen en la tarea, y las respuestas desde los integrantes del equipo. Concluyen en la importancia que para generar cambios es necesario elaborar un marco normativo que oriente las prácticas de forma más definida y que promueva la comunicación efectiva en los equipos. (Romano, et al.,2007)

Pastorino, Monografía de la Licenciatura de Ciencias Sociales, 1999

Analiza la inclusión y rol del Trabajador Social en los equipos interdisciplinarios en el campo de la Salud Mental. Desarrolla conceptos de trabajo interdisciplinario y de

trabajo en equipo. Utiliza como metodología una lectura crítico-reflexiva de la literatura sobre el tema. Plantea que en el nuevo contexto de desinstitucionalización de los tratamientos en Salud Mental debe de romperse con las delimitaciones de los saberes tradicionales ya que las problemáticas complejas exceden las posibilidades de las disciplinas individuales para su abordaje. Propone un trabajo interdisciplinario con abordajes integrativos y espacios de encuentro para identificar los facilitadores del trabajo interdisciplinario. Concluye que en el sistema sanitario es evidente que los técnicos trabajan de manera simultánea, pero aislada, manteniendo coordinaciones superficiales sin espacios para una planificación conjunta. (Pastorino, 1999)

Cruz, P.; Vienni, B., Aguiar, X., y Repetto, L., 2012

Investigación realizada por el Espacio Interdisciplinario UdelaR con el fin de generar un relevamiento sobre los grupos de investigación interdisciplinarios en ese momento activos. Dicho abordaje exploratorio no parte de una concepción preestablecida sobre la interdisciplina, sino que intenta construir una definición a partir de los emergentes que aparecen en las propias percepciones de los actores universitarios que la llevan a cabo. Para el estudio se analizaron modalidades de trabajo interdisciplinario, fortalezas, obstáculos de las diversas propuestas extensionistas presentes en ese momento. (Cruz, et al., 2012)

3. Marco Teórico

A continuación, se desarrollarán algunas referencias y constructos teóricos formulados en base a la bibliografía consultada y a los antecedentes planteados, en relación con conceptos centrales para el presente estudio.

3.1 APS, PNA, Promoción Y Prevención de la salud

A partir de la conferencia de Alma Ata (OMS, 1978) inicia uno de los cambios de paradigma más notorios en el campo de la salud a nivel internacional: el planteo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en adelante “APS” (OMS, 1978). La misma plantea una nueva visión hacia el proceso de salud-enfermedad de los sujetos y determina innovadoras modalidades para su abordaje (OPS, 2005).

En la mencionada conferencia, se define a la APS como:

“...la asistencia sanitaria esencial, basada en técnicas y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente alcanzables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (...) con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (...) Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.” (Alma Ata, 1978, apartado VI).

En la misma conferencia, se plantea la necesidad de garantizar el acceso universal de los usuarios a la salud y programas de calidad. Se entiende que dichos servicios de APS desarrollan estrategias orientadas a la resolución de problemas, reorientando cuando fuera necesario en clave de integralidad, intersectorialidad e interdisciplina. (Perea, 2017)

La estrategia de APS pone un fuerte acento en las tareas de promoción de la salud, concepto que fue desarrollado posteriormente en otras convenciones como la “Carta de Otawa” de 1986. El énfasis estaría dado por el desarrollo de políticas que favorezcan la salud en su sentido más amplio, creando ambientes saludables que impulsen las habilidades personales, refuercen la acción comunitaria, permitan a las personas tener autonomía y control sobre su salud y rediseñen los servicios sanitarios en pos de estos objetivos. (Perea, 2017)

La promoción de la salud entendida desde este paradigma, engloba un proceso político y social. Además de estar enfocada en las habilidades y capacidades de los sujetos, apunta también a modificar la sociedad en su conjunto con el fin de generar las condiciones de producción de prácticas saludables. Esto refleja implicancias que exceden al servicio sanitario únicamente, con connotaciones económicas, culturales, entre otras. El concepto de promoción en salud se separa de la tradicional óptica biologicista, y se acerca a una mirada ecológica integral. (OPS, 2005)

Asimismo, la estrategia de APS también destaca el rol de las políticas y acciones de prevención en el cuidado de la salud. Se entiende por prevención a la posibilidad de un diagnóstico precoz de enfermedad sin haber sido detectados síntomas clínicos, ayudando a que los tratamientos sean oportunos. Esta detección temprana de enfermedades minimiza futuros riesgos o complicaciones y optimiza los tratamientos, actuando en una fase “preclínica”. De esta manera, la prevención en salud estará destinada a disminuir factores de riesgo específicos para las patologías de mayor prevalencia en la población abarcada, y detener complicaciones en padecimientos sintomáticos. (Vignolo et. al, 2011).

En Uruguay, el SNIS plantea una organización en niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones brindadas (Uruguay, 2007). El Primer Nivel de Atención en Salud (PNA), llamado la “puerta de entrada” al sistema de salud, se constituye por el conjunto de actividades sectoriales dirigidas al sujeto, familias, comunidades y medio ambiente, tendientes a satisfacer y resolver las necesidades básicas de salud más frecuentes y propiciar un mejoramiento de la calidad de vida, fomentando la participación de todos los involucrados y en contacto directo con su contexto social.

Como fuera destacado anteriormente, desde la Ley del SNIS se plantea que las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura adecuada a la atención ambulatoria y domiciliaria. Asimismo, se priorizarán las coordinaciones locales entre servicios de salud del Primer Nivel y el sistema de referencia y contrarreferencia con los otros Niveles de Atención. (Novoa, 2019). El PNA consiste en establecimientos de baja complejidad instrumental, como pueden ser consultorios, policlínicas, centros de salud, en donde se insertan equipos integrados por enfermeros, médicos generales o de familia, psicólogos, trabajadores sociales, y algunas veces otros especialistas como ginecólogos, odontólogos y/o nutricionistas. Suele postularse que en este nivel se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes, fomentando una adecuada accesibilidad geográfica, cultural, económica y simbólica a la población, pudiendo realizar intervenciones oportunas y eficaces. (Vignolo et al, 2011)

Por su parte, la mencionada estrategia de APS atraviesa todos los niveles de atención, privilegiando la descentralización y coordinación de funciones. Dado su fuerte componente de prevención y promoción de la salud a nivel comunitario, se jerarquiza el PNA y la prevención primaria o diagnóstico precoz como su núcleo central, con marcado desarrollo del trabajo en equipos multidisciplinarios, llamados Equipos

Básicos de Salud (EBS), la participación de comunitaria en las decisiones sobre los procesos de salud y el aumento del tiempo de atención (Novoa, 2019).

En la actualidad, dicho enfoque de APS se ha encontrado con múltiples resistencias en su aplicación en los servicios de salud (Perea, 2017). Algunas de ellas tomaron la forma de malinterpretaciones considerándolo un ataque contra el colectivo médico y su jerarquía en la decisión sobre los tratamientos individuales o, también, que quitaba recursos y protagonismo al sector hospitalario al considerarlo un enfoque centrado exclusivamente en el PNA. (Novoa, 2019)

Sumado a esto, la estrategia de APS encontró otras dificultades en su aplicación a nivel mundial:

“Es importante considerar también, otros obstáculos para su implementación como lo son intereses corporativos (algunas asociaciones de especialidades médicas, la industria farmacéutica y otros grupos de poder) que rechazan el fortalecimiento de la estrategia de APS en tanto sus intereses se oponen a la reforma de la salud siendo esta una amenaza para el *statu quo* que prefieren mantener.” (Novoa, 2019, p. 16-17)

Otras de las críticas que recibió este modelo de atención fue que, si bien los lineamientos políticos y protocolos que se planteaban desde la reforma del SNIS apuntaban a privilegiar el trabajo interdisciplinario y las intervenciones integrales, los mecanismos utilizados para la evaluación del desempeño de los profesionales seguían enfocados en aspectos individuales de la tarea y cantidad de pacientes atendidos por hora. Este doble discurso institucional se suma con las resistencias que conlleva todo cambio de paradigma en salud, oficiando como un obstáculo para la instauración del mismo (Perea, 2017).

3.2 Interdisciplina

Existe cierta polisemia o dificultad de definición de la interdisciplina. El concepto fue mencionado por primera vez en 1937 por el sociólogo Louis Wirtz que lo define como una búsqueda sistemática de las teorías, métodos e instrumentos, nucleados por un objetivo común (Guido, 2017). En la actualidad pueden encontrarse varias definiciones, dependiendo del contexto de producción de las mismas.

A decir de Carvajal (2010), la interdisciplina sería la colaboración y diálogo entre varias disciplinas para alcanzar un nuevo conocimiento que las elude por separado. Implica el encuentro entre profesionales de distintas áreas, capaces de sostener una postura problematizadora y crítica. Involucra intercambio y cooperación, incluyendo afrontar la problemática del poder disciplinar en el seno del propio equipo interdisciplinario (Carvajal, 2010).

Si se entiende entonces a la interdisciplina como la interacción entre disciplinas, para avanzar en la definición del concepto resulta importante detenerse a considerar ¿qué es una disciplina?

Según Morin (1990), la disciplina es una categoría organizacional creada en el contexto del conocimiento científico: refiere a la subdivisión de dominios pertinentes a la ciencia y, por lo tanto, a la especialización del trabajo científico. Esta modalidad de organización disciplinaria comienza a difundirse con la formación de las universidades modernas en el siglo XIX. Puede entenderse entonces que las disciplinas tienen una historia: nacimiento, institucionalización, evolución y que esta historia se inscribe en la de la universidad, que a su vez está inscrita en la historia de una sociedad y de una cultura particular. (Morin, 1990) (Parentelli, 2019)

Najmanovich (1998) llama a la comparación con la fusta, también llamada “disciplina”, látigo de una o varias cuerdas, usado para la mortificación por algunas órdenes religiosas para asegurar la adherencia a un código. La institución disciplinaria entraña un riesgo que encarna en el cuerpo del investigador: que éste tienda a cosificar su objeto de estudio, olvidando que el mismo es extraído o construido de forma artificial (Najmanovich, 1998). Sobre esto dirá Morin (1990):

“El objeto de la disciplina será entonces percibido como una cosa en sí; las relaciones y solidaridades de éste objeto con otros, tratados por otras disciplinas, serán dejadas de lado, así como también las ligazones y solidaridades con el universo del cual el objeto es parte.” (Morín, 1990, p.10)

Este es uno de los desafíos más importantes de la noción de salud integral del sujeto: cada disciplina suele considerarse a sí misma como la que puede percibir mejor al objeto (la salud) y presentar un saber más completo de él. Lograr instaurar un pensamiento complejo que permita ver al sujeto en una forma global y no parcializada resulta un problema de fundamento epistemológico, cuyas consecuencias se viven en las prácticas sanitarias cotidianas.

Moti Nissani (2015) entiende a la disciplina como un área de dominio auto-contenido y aislado de la experiencia real humana, y que refiere y define a una comunidad de expertos. Por lo tanto, para el autor la interdisciplinariedad será aquello que conjuga los componentes distintivos de una o más disciplinas, aunque refiere directamente a que el concepto se “resiste” a ser definido, a pesar de su pertinencia para la praxis. En palabras del autor:

“Por supuesto que es imposible en nuestra época ser experto en todo. Pero si tomamos erróneamente el conocimiento disciplinario por sabiduría, nos olvidamos de cuánto desconocemos, (...) los interdisciplinarios nos ayudan a recordar estos aspectos. De esta forma, nos incitan a ver los diversos componentes del conocimiento humano como lo que son: las piezas de un rompecabezas panorámico.” (Nissani, 2015, p. 54)

En esta misma línea, Ana María Fernández (2016) plantea la necesidad de cuestionar las certidumbres que las disciplinas han adquirido, en relación a problemáticas de naturaleza compleja. Existen modelos disciplinares imperantes que operan desde la certeza, como suele hacerlo el predominio médico, pero podrían también agregarse a la lista las consecuencias de la cultura “psi” que se conforma como un saber totalizante sobre la vida afectiva de los sujetos y marca su espacio de incumbencia en conflictivas tales como la patologización de los conflictos relacionales, de los procesos de duelo, entre otros.

Estas lógicas marcan zonas de jurisprudencia, y por lo tanto de poder o jerarquía para los Psicólogos dentro de algunos equipos; encargo seductor pero que no debe dejar de ser cuestionado. Se producen en el SNIS múltiples derivaciones de usuarios a psicología debido al malestar que produce en los profesionales de otras disciplinas lidiar con la angustia que despliegan las personas en sus consultas de forma cotidiana (Perea, 2017). En la interacción entre las disciplinas es donde se puede visualizar la existencia de un imaginario que trae cada profesional respecto a la disciplina del otro. (Stolkiner, 1999)

Entonces, ¿de qué modos se relacionan las disciplinas? Si bien existen varias clasificaciones, para el presente trabajo se considerará la planteada por Edgar Morin (1990).

Dicho autor plantea que por un lado existe la Multidisciplina, la cual se caracteriza como la superposición de varias disciplinas que en principio tienen poca relación entre ellas. Resulta en una mezcla no-integradora en la cual un campo teórico se apropia de elementos, métodos, desarrollos conceptuales de otro campo para aumentar su conocimiento de un mismo problema, sin que dicha interacción contribuya a modificar o enriquecer a alguna de las disciplinas originales. (Morín, 1990)

Por otra parte, la Pluridisciplina corresponde al encuentro de varias disciplinas que presentan relaciones entre sí, es decir que se da entre áreas del conocimiento compatibles o adyacentes, por ejemplo: las distintas especialidades médicas o escuelas psicológicas, pero una de ellas lidera estas relaciones y plantea los términos. Se desarrolla una unión no-integrativa donde todas conservan sus métodos y modelos propios sin la existencia de sistematización o integración. (Morín, 1990)

Quizás una de las concepciones más trabajadas en la literatura sea la de Transdisciplina, planteada por muchos teóricos como una utopía o punto de referencia a futuro. La misma se trata de una interacción disciplinar en la cual distintos especialistas son capaces de elaborar, de manera integradora y en relación al estudio

de un problema común, un marco conceptual y teórico compartido que trasciende al conjunto de sus marcos teóricos individuales. En este acto de comunicación, crean una nueva concepción epistemológica, una metodología y una terminología común. Es habitual que este no sea un estado permanente, sino más bien que los equipos interdisciplinarios logren breves momentos de transdisciplina en sus prácticas en pos de intervenciones concretas. (Morín, 1990)

Morín (1990) también aclara que las clasificaciones de Multi-pluri-inter-transdisciplina no constituyen una especie de escalera evolutiva, sino modos de relación y colaboración entre disciplinas igualmente válidas. Agrega que muchas veces corresponden a distintos momentos de la historia de la conformación de los equipos de trabajo. (Morin, 1990)

En cuanto al surgimiento de la interdisciplina, Stolkiner (2005) expresa lo siguiente:

"La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones, imbricadas con cuerpos conceptuales diversos" (Stolkiner, 2005, p.1).

Ésta misma autora, en otra publicación (Stolkiner, 1999), expresa que la simple yuxtaposición de profesionales con diferentes visiones pertenecientes a distintas disciplinas no necesariamente constituye un diálogo interdisciplinario. Para que el mismo se produzca es necesario arribar a las condiciones de producción que permitan la construcción conceptual común de un problema a abordar (Stolkiner, 1999). En el mismo sentido, Menéndez afirma (1998):

"La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, ni el troceado a la carta de las distintas terapias. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada." (Menéndez, 1998, p.145)

Stolkiner (2012) plantea que el accionar interdisciplinario apunta a más que solamente traspasar fronteras disciplinares, se hace necesario derribar barreras establecidas entre conocimiento y acción. Según la autora (Stolkiner, 2005), lo que se plantea es realizar un movimiento que va desde la Ciencia poseedora de un método que piensa en pos de un objeto recortado, a la configuración de Campos conceptuales articulados que construyen situaciones problemáticas sobre la práctica en territorio. Se busca de esta manera "desterritorializar" el conocimiento en oposición a la "propiedad privada"

disciplinaria y así abrir la puerta a distintas perspectivas que nos permitan construir narrativas multidimensionales (Stolkiner, 2005) (Fernández, 2016).

Para Tamayo (2017), la interdisciplina será la acumulación de aspectos específicos de la interacción entre disciplinas, pero que dentro del conjunto adquieren un sentido auténtico, identificable o similar a una matriz disciplinar propia.

Hablar de interdisciplina requiere trabajar desde el pensamiento de la complejidad y en un paradigma pos positivista. Implica defender que se cuestionen las relaciones de causalidad lineal y sostener que las situaciones complejas requieren de intervenciones complejas. Asumir que la naturaleza del problema a abordar no permite que el mismo sea resuelto desde una sola disciplina y necesita del aporte de varias perspectivas. Así, sostener una práctica interdisciplinaria exige un ejercicio de humildad profesional y epistémica: descentrarse de uno mismo, generosamente, compartir y aceptar la incertidumbre como parte del método (Fernández, 2016).

Con respecto al desarrollo de la visión interdisciplinaria en Uruguay, el ex rector de la Udelar, Rodrigo Arocena (2012), afirma:

“La interdisciplina es lo más antiguo del quehacer académico y, a la vez, su futuro. El trabajo interdisciplinario existe desde Larrañaga, desde antes de la fundación de la Universidad, y se hacía en la academia griega. Por otro lado, la actividad científica moderna tiene un carácter conectivo. Ya sea para interpretar o para transformar el mundo se necesita de distintas disciplinas.” (Arocena, 2012, citado en López, S., 2015, p.8)

La mirada en clave interdisciplinaria, a entender de Morin (1990), se ocupa de interpretar los acercamientos entre las disciplinas, donde existen mutuas invasiones. El planteo implica que al hacer visibles las fronteras entre disciplinas se pueden comprender los mecanismos que las interrelacionan, habilitando la existencia de un nuevo lenguaje entre las mismas. (Guido, 2017)

3.3 Interdisciplina y Sistemas Sanitarios

A entender de Gandolfi y Cortázar (2006), la Interdisciplinariedad es una de las características principales de la APS, pero es al mismo tiempo un espacio de conflicto, ya que implica una cierta tensión dentro de los equipos de trabajo y que puede llegar a trasladarse a quienes reciben la atención. La ley de creación del SNIS (Uruguay, 2007), declara que los equipos interdisciplinarios que llevan adelante la atención deben comunicarse de forma no autoritaria con los usuarios, manteniendo un diálogo empático y comprensivo de las necesidades e intereses del sujeto, en una escucha activa dentro del contexto de la atención (Uruguay, 2007).

Perea y Girona (2011), señalan que las experiencias de interdisciplina fortalecen al PNA, ya que se vuelven necesarias para todo lo que implica el abordaje integral de la salud de los sujetos y comunidades, situaciones en las cuales el profesional debe abandonar el individualismo, estableciendo como exigencia la autocrítica (Perea y Girona, 2011).

En este sentido, Stolkiner (2005) expresa que el trabajo en interdisciplina es un posicionamiento ético que tiene en cuenta las limitaciones que presenta cada disciplina, y reconoce la posibilidad de potencia que tiene el trabajo conjunto. Desde el cambio en el modelo de atención planteado por el SNIS, al optar por el trabajo en equipos interdisciplinarios se apunta a una renuncia del saber omnipotente y a las luchas jerárquicas entre las disciplinas, como piedra angular del nuevo sistema sanitario (Díaz y Ramírez, 2017).

Algunos autores afirman que el auge actual de la interdisciplina se debe a la aparición creciente de problemas sociales de magnitudes complejas, a las cuales los mecanismos de acción anteriores ya no parecen brindar respuestas (Stolkiner, 1999). El trabajo en territorio requiere del intercambio disciplinario para su abordaje, accediendo a dimensiones del problema antes ignoradas desde visiones unitarias (Perea y Girona, 2011). La interdisciplina permite sostener la carga del abordaje complejo, en cuanto apela a la interrelación de fenómenos de campos disímiles, pero delineando elementos heterogéneos (Stolkiner, 2005).

Con respecto al ámbito comunitario, el modelo interdisciplinar implica diseñar estrategias que apunten a la actuación comunitaria y el enfoque territorial, haciendo uso articulado de los recursos y dispositivos sanitarios y no sanitarios que se encuentren desarrollados en el área, desde un plano horizontal de diálogo y respeto (Castro, 2018).

En este sentido, el nuevo Plan de Salud Mental (MSP, 2020) y lo establecido en la Ley de Salud Mental vigente (Uruguay, 2017) apuntan a un modelo de integración comunitaria, instituyendo el empoderamiento de los usuarios y valorando sus saberes propios. De esta manera, los equipos interdisciplinarios requieren establecer un diálogo activo y constante con la comunidad, para poder valorar las necesidades y potencias que revierten las condiciones de vida de los sujetos. Intervenir en los procesos de resolución de conflictos, de la reflexión colectiva, prevenir e identificar elementos potencialmente problemáticos para la calidad de vida comunitaria.

También en referencia al tema, Menéndez (1998) plantea varios requisitos para el desarrollo del trabajo interdisciplinario. Entre ellos se cuentan: la participación

comunitaria, la referencia territorial, la actuación integrada (planificación conjunta entre administraciones) e integral, la actuación sobre el medio socio-familiar del usuario y responsabilidad por parte del equipo que atienda a las necesidades asistenciales, según la evolución de la situación.

3.4 Interdisciplina y Trabajo en Equipo

A entender de la OMS (1973), el equipo de salud es una asociación no jerarquizada de personas, que provienen de diferentes disciplinas y saberes profesionales, pero que apuntan a un objetivo en común (OMS, 1973).

En referencia a los equipos, Stolkiner (1999) señala que coexiste: “Un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que son las que las aportan, las reproducen y las transforman” (Stolkiner, 1999). De esta manera, los equipos interdisciplinarios deben ser comprendidos desde una lógica que abarque tantos aspectos subjetivos personales como de las relaciones intersubjetivas y dinámicas grupales que se establezcan, comprendiendo que los saberes disciplinarios configuran formas de poder y, por lo tanto, despliegan distintas relaciones basadas en la jerarquía y el dominio. Al respecto, Sánchez (2006) afirma:

“La práctica demuestra, insistentemente, que cuando se conforman equipos interdisciplinarios, surgen dificultades que obstaculizan la realización de las actividades. Esto se expresa, por ejemplo, en incompatibilidades teóricas y metodológicas que sectorializan al objeto y que no logran articularse posteriormente en un conjunto coherente, así como también en conflictos de poder, donde no está ausente la vanidad profesional y personal.” (Sánchez, 2006, p.68).

Ander-Egg (2001) plantea que el discurso que los equipos sobre el “trabajo en equipo” dista mucho de su trabajo en equipo real, el cual encuentra múltiples dificultades para su concreción. Romano (2007) señala la discriminación entre equipo y grupo, ya que el primero es caracterizado como un proceso que necesita tiempo para construirse, ligado a una co-construcción de pautas de funcionamiento comunes. Al respecto Ander-Egg (2001) señala: “No se puede realizar un trabajo interdisciplinario sin constituir un equipo de trabajo” (Ander-Egg y Aguilar, 2001, p.12).

Con respecto a los integrantes del equipo, muchas veces sucede que los profesionales tienden a aferrarse rígidamente a la identidad disciplinaria y a sus modelos propios, resistiéndose a realizar actividades que consideran de otras profesiones o sintiendo que el otro invade su campo de pertinencia. Surgen sentimientos de desvalorización donde la tarea del otro parece de mayor o menor relevancia, competencia que deja al usuario a merced de las luchas entre los profesionales (Stolkiner, 2005).

Como contracara de esto, puede aparecer el agobio ante la responsabilidad de ser el representante o portavoz de la disciplina, o que se genere ansiedad por hacer aportes significativos que justifiquen la presencia de la disciplina en ese equipo (Stolkiner, 2005).

El equipo es primero un grupo humano, y como tal pone en juego la cuestión del poder (Stolkiner, 2005). El discurso disciplinario y la experticia profesional son herramientas de poder, aceptar la invitación de la interdisciplina a tolerar la limitación de los mismos, reduce la percepción del poder propio. Todo esto entra en juego en los equipos de salud en la distribución de funciones, los espacios físicos de trabajo, consultorios, asignados a cada uno, la circulación de la información, entre otros (López, 2015).

Por otro lado, ciertos rasgos de la personalidad de los integrantes del equipo facilitan el desarrollo del trabajo en interdisciplina: la capacidad de tolerar lo desconocido y la incertidumbre, la apertura al pensamiento complejo, la capacidad de adaptación en las diversas tareas y roles, la autocrítica, el uso de la creatividad, la paciencia, el respeto y la habilidad de negociación. (Morín, 1990)

La renuncia narcisista que implica la incompletud de la propia disciplina se relaciona con lo que algunos autores denominan el egocentrismo intelectual y el hermetismo del pensamiento, que se protege y repliega para evitar ser cuestionado desde otras perspectivas (Menéndez, 1998). Cuando estas lógicas se vuelven rígidas, resulta difícil sobrepasar las jergas científicas particulares para lograr comunicarse con los otros (Stolkiner, 2005).

Según Edgar Morín (1990), la hiperespecialización del lenguaje corre el riesgo de construir una Torre de Babel que incomunique a los distintos profesionales. Por lo tanto, toma protagonismo el cuidado del vocabulario en los equipos interdisciplinares, donde cada uno de los miembros pueda participar sin perder la especificidad que aporta su propio lenguaje, pero creando a su vez un lenguaje interno de comunicación, que facilite los intercambios y el entendimiento entre los miembros del grupo. Será relevante para analizar la predisposición a la interdisciplinariedad de un equipo el uso de los conceptos o vocabulario de otras disciplinas, y si esto responde a una jerarquía específica que da cuenta del funcionamiento y los juegos de poder internos, o a una construcción colectiva desde el respeto mutuo. (Morín, 1990)

Es preciso notar que no se considera interdisciplinar a la relación entre disciplinas en la que una disciplina opera como auxiliar de otra. Se espera una cooperación entre disciplinas que conlleve interacciones reales con reciprocidad en los intercambios y, por lo tanto, un enriquecimiento mutuo. Esto difícilmente sucede en los casos en que

una disciplina oficial de subordinada (y por lo tanto prescindible), de otra u otras. Como fuera señalado anteriormente, los diversos autores coinciden en que para lograr interacciones interdisciplinarias se requiere algo más que la mera coincidencia de distintas profesiones trabajando en un mismo lugar (Fernández, 2016).

Según Menéndez (1998), el llamado “Modelo Médico Hegemónico” se instaura desde principios del siglo XIX, y coloca a la medicina en un lugar privilegiado respecto al saber sobre la enfermedad. Presupone una mirada biologicista e individual del sujeto. Instituye en la práctica la subordinación en la relación médico-paciente: el profesional posee todo el conocimiento, sin reconocer lo que pueda aportar el mismo paciente sobre su dolencia. (Menéndez, 1998)

Es importante señalar que más allá del nombre brindado por el autor, estas lógicas son muchas veces sostenidas por profesionales de variadas disciplinas, incluyendo las de origen social o “psi”. Cuando desde los equipos se llevan a cabo intervenciones que reducen el diagnóstico interdisciplinario al diagnóstico psiquiátrico, en ese movimiento se reduce el concepto de salud-enfermedad a la categoría de la enfermedad individual, plenamente identificable, restando importancia a sus otras dimensiones singulares (Fernández, 2016). Entran en cuestión las incumbencias profesionales: el paradigma Médico Hegemónico establece que solamente el médico puede llegar a un diagnóstico acertado de lo que le sucede al sujeto y, por consiguiente, prescribir un tratamiento pertinente, que en primera instancia es medicamentoso. Este sutil movimiento presume el retorno a una conceptualización restrictiva de la salud que pone el eje central en el medicamento, donde lo primero que se pierde es el discurso del usuario, quien debería tener voz y voto sobre su propio sufrimiento (Díaz y Ramírez, 2017).

A la luz de la nueva Ley de Salud mental que propone el cierre de los nosocomios (Uruguay, 2017), toma importancia el debate por la interdisciplina para poder instaurar un verdadero cambio de perspectiva, y no caer en “un maquillaje superficial del modelo asilar, ahora extendido en la comunidad” (Díaz y Ramírez, 2017).

Como fuera desarrollado anteriormente, no debe de confundirse la perspectiva interdisciplinaria con la perspectiva multidisciplinaria, esta última más cercana a la propuesta jerárquica, totalitaria y reduccionista que hasta ahora impera en la mayoría de los equipos. (Díaz y Ramírez, 2017). El trabajo multidisciplinar viene históricamente llevándose a cabo en nuestro sistema de salud en la figura de la interconsulta, las reuniones no sistematizadas de equipo o el “préstamo” de conceptos sin que esto genere una modificación global de su forma de entender la práctica. El abordaje multidisciplinario fragmenta el problema de modo que cada disciplina aborde la parte

que le compete como su objeto, manteniendo así la ilusión de dominio exclusivo de una parcela de la realidad. Esto sostiene la lógica del saber totalizante de cada disciplina, volviendo innecesaria la comunicación entre ellas y negando la visión integral de la salud del sujeto como fuera postulada en la Ley. (Díaz y Ramírez, 2017)

Al respecto, López (2015) trae a colación las reflexiones del historiador y politólogo Gerardo Caetano sobre los riesgos que corren los profesionales de jugar al “como si” de la interdisciplina, cuando alguna de las disciplinas actuantes se impone de manera imperialista sobre otras y esa subordinación es aceptada, instalándose un “simulacro de interdisciplinariedad”. (López, 2015)

En estos casos, la autora plantea que, dentro de los equipos, pretendidamente interdisciplinarios:

“...la búsqueda no inaugure un nuevo espacio sino que la “armadura disciplinar” obture la construcción de lo interdisciplinar. En ese contexto, las tensiones desdibujan, se imponen actitudes defensivas e irrumpen lógicas conservadoras definidas en términos de territorios/chacras de las diversas profesiones. (...) se re-crea así el simulacro de interdisciplinariedad en prácticas dissociadas de análisis reflexivos que no dan lugar a una praxis transformadora.” (López, 2015, p. 16)

En esta lógica, es importante señalar que el pensamiento en clave interdisciplinaria incluye también la valoración de los saberes que no necesariamente pertenecen a una disciplina científica, sino que conforman saberes no-disciplinarios o no tecnocráticos, como pueden ser el arte o los conocimientos que aporta un educador popular, un referente barrial u otros integrantes del equipo de trabajo sin formación académica específica, y el de los propios usuarios. (Stolkiner, 2005)

Otro de los elementos importantes a considerar cuando se valora el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud son los espacios de encuentro. La “mercantilización” del sistema de salud, como podría llamársele, aplica lógicas y principios de la economía al campo de la salud en relaciones explícitas y estudiadas de costo-beneficio de las prestaciones, propiciando formas cuantitativas de evaluar y medir la productividad de los profesionales que, generalmente, no se condicen con los objetivos de la práctica interdisciplinaria ya que valoran la tarea individual por sobre la colectiva (Perea, 2017). A decir de Ander-Egg (2001), la cooperación en el trabajo genera dificultades potenciadas por las estructuras organizativas que suelen alentar la competencia mediante: “...estructuras de personalidad socializadas dentro de un esquema individualista.” (Ander-Egg, 2001, p.8).

Se constatan numerosos problemas con el sistema de agendas electrónicas para agregar las actividades que impliquen más de un profesional. Muchos profesionales refieren a la interconsulta en pasillos o por un mensaje telefónico fuera del horario de atención (Perea, 2017).

Es necesario abrir la discusión sobre qué importancia se les dan a los espacios sistematizados para el encuentro de los equipos, cuando para ellos es necesario poner en pausa las actividades de asistencia y consulta individual. Es aquí donde pueden visualizarse las resistencias o el interés por el trabajo interdisciplinario, tanto desde los órdenes jerárquicos que legitiman (o no) las reuniones de equipo, y de los equipos que luchan (o no) por concretar el espacio, y luego por sostenerlo en el paso del tiempo (Perea, 2017).

De esta manera, se propone que la interdisciplina no se da de forma natural en los equipos, sino que se construye en la praxis cotidiana, es resultado de un trabajo específico de producción que necesita ser “armado” (López, 2015) (Pizarro, 2015).

3.5 La formación en Interdisciplina

Siguiendo a Gandolfi y Cortázar (2006), durante su formación como futuros profesionales, los estudiantes no solo se nutren de los contenidos de las currículas respectivas, sino también a través de los modelos que les presentan sus propios docentes y otros técnicos en los espacios donde desarrollan sus prácticas. Dicen las autoras: “Se van aprehendiendo métodos y estilos de trabajo, así como creencias, mitos, prejuicios, relaciones de poder naturalizadas, presentes en acciones y discursos” (Gandolfi y Cortázar, 2006). De esta forma se generan zonas de no visibilidad, puntos ciegos que pueden constituirse en verdaderos obstáculos en el relacionamiento con otras profesiones con las que se trabajará en el futuro. Frecuentemente los integrantes de los equipos interdisciplinarios desconocen el contenido de otras disciplinas y qué potenciales aportes puedan hacer (Gandolfi y Cortázar, 2006).

Se plantea como necesario un proceso de revisión de las prácticas instituidas desde la universidad que sostienen paradigmas y modelos disciplinares bajo los que ya se han formado varias generaciones de profesionales, que encuentran hoy dificultades en la implementación de prácticas interdisciplinarias como las que plantea el SNIS (Novoa, 2019). Las desigualdades jerárquicas y la valoración que se les da dentro del área salud a algunas disciplinas por sobre otras, sostiene una importante fractura que se distingue desde la universidad y se extiende posteriormente en los equipos asistenciales (Gandolfi y Cortázar, 2006).

Los autores refieren a que se deben superar los prejuicios históricamente sostenidos hacia algunas disciplinas, y las barreras administrativas y burocráticas inter-facultades para emprender proyectos de extensión y prácticas pre profesionales que fortalezcan la capacitación de los recursos en el área de la Salud (Díaz y Ramírez, 2017).

Desde esta postura se entiende al ejercicio y la transmisión de la interdisciplina como un posicionamiento y una ruptura, una apuesta al reconocimiento de la incompletud de los saberes disciplinarios y a la potencia de la articulación (Pizarro, 2015). La interdisciplina no se opone a las disciplinas o a su especificidad, se opone al aislamiento disciplinar, a la carencia de diálogo, intercambio y de colaboración (Morin, 1990). No significa la homogeneización del conocimiento, sino el reconocimiento de los saberes del otro y la escucha de la diversidad.

3.6 Interdisciplina y Psicología

El ejercicio en interdisciplina de la psicología es regulado mediante el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a del Uruguay (1997), en particular en el capítulo que refiere a la relación con otros profesionales e instituciones:

“Artículo 49º: la relación con otros/as profesionales debe estar centrada en el respeto mutuo, con énfasis en el trabajo interdisciplinario y en equipo, buscando los medios apropiados que beneficien al receptor de los servicios manteniendo las normas de su propia profesión y jerarquización de la misma.

Artículo 50º: como integrante del equipo multi e interdisciplinario, el/la psicólogo/a no debe tomar decisiones que afecten al resto del equipo sin la debida consulta a éste. Su responsabilidad individual no desaparece por el hecho de trabajar en equipo.” (Código de Ética Profesional del Psicólogo/a, 1997, Cap VIII, Arts 49 y 50)

3.7 Percepciones subjetivas

Mientras que los enfoques empiristas consideran que la percepción subjetiva constituye un conocimiento directo no conceptualizable o cuantificable, es decir, una impresión o sensación que tiene un sujeto sobre un objeto o concepto; los enfoques racionalistas destacan la influencia que tienen los elementos cognitivos sobre la calidad de la interpretación de los estímulos. (Echegoyen Olleta, s/f)

El presente trabajo de investigación tiene la intención de acceder a las percepciones subjetivas de los profesionales, es decir, las impresiones que los técnicos reconocen y describen sobre la interdisciplina a partir de su propia experiencia profesional. Dichas percepciones implican aspectos cognitivos, intelectuales y referenciales teóricos singulares, contruidos en base a su formación, reflexión y experiencia personal y profesional.

4. Problema y preguntas de investigación

El interés de este proyecto refiere a generar conocimiento entorno a cómo se percibe y construye lo interdisciplinar en el marco de un equipo de trabajo, dilucidar los obstáculos y facilitadores que afectan al arduo proceso que implica trascender lo disciplinar singular y abocarse a la construcción colectiva de nuevos dispositivos con un potencial transformador. Es importante considerar que las problemáticas que se presentan hoy en día en el sistema de salud en el PNA adquieren un nivel de complejidad que hace necesario el pensamiento en clave integral, diseñando intervenciones multifocales y complejas.

Como fuera desarrollado, la interdisciplina implica siempre un encuentro con otro, lo cual puede revestirse de tensiones y resistencias que afectan al trabajo en conjunto. Es en estas tensiones en que queda en evidencia que la interacción en el campo no se da entre las disciplinas, sino entre las personas que las portan y el atravesamiento que el discurso disciplinar hace en cada una de ellas.

El SNIS privilegia al trabajo Interdisciplinario como la forma de poner en juego distintos saberes, reunión necesaria para que las intervenciones puedan dar respuestas a situaciones multicausales. Dado que este enfoque interdisciplinario es impuesto por las diversas leyes y políticas públicas a los equipos de salud, resulta pertinente analizar el modo en que los profesionales comprenden y aplican estas nociones, partiendo de sus percepciones y acciones en el desarrollo de su intervención cotidiana.

Conocer el significado que como profesionales se le asigna al trabajo interdisciplinario, implica a su vez rastrear sus experiencias previas, formativas y pre-profesionales. Generar conocimiento sobre este tema, se fundamenta en la necesidad de producir información sobre las prácticas y funciones que se llevan adelante en el PNA de ASSE, pero también sobre los acercamientos a la interdisciplina que proveen las Facultades que forman a los profesionales que luego se integrarán al SNIS.

Se considera necesario problematizar la interdisciplina, término históricamente polisémico y de difícil definición. Preguntarse sobre los diferentes significantes imaginarios que aparecen en las percepciones de los profesionales de la salud al respecto, implica preguntarse sobre la construcción colectiva del concepto, y sobre su pertinencia en este contexto, para que la misma opere en pos de la atención de los sujetos y no en contra de los mismos.

Resulta imprescindible trabajar con equipos compuestos por varias disciplinas, lo que no necesariamente implica la apertura a un trabajo o un enfoque interdisciplinario donde se construyan lecturas y respuestas colectivas a las problemáticas que afectan a la salud integral de los sujetos, familias, comunidades e instituciones. Comprender que la mera suma de profesiones en un mismo espacio no siempre supone la creación de un marco referencial común para el abordaje y las acciones. De esta manera, es importante indagar las percepciones de los profesionales que forman parte de tales equipos para detectar los obstáculos o facilitadores que aparezcan en estos procesos en sus preconcepciones, y en su reflejo en las prácticas cotidianas.

En función de la situación descrita las preguntas que orientaron el presente estudio son:

¿Qué significado otorgan los profesionales de las policlínicas Don Bosco, 24 de Junio y El Monarca al trabajo en equipo y a la interdisciplina?

¿Cuál es la preparación para el trabajo en interdisciplina recibida en la formación de los profesionales que trabajan en policlínicas Don Bosco, 24 de Junio y El Monarca?

¿Cómo entienden la construcción de lo interdisciplinar los integrantes de las Policlínicas de Primer Nivel de Atención Don Bosco, 24 de Junio y El Monarca?

¿Frente a qué casos consideran que es importante el abordaje interdisciplinario?

¿Qué dificultades o facilitadores son detectados por ellos mismos en su desempeño profesional cuando abordan interdisciplinariamente los casos en el PNA?

¿Qué prácticas concretas llevan adelante en su praxis cotidiana que consideran constituyen abordajes interdisciplinarios?

¿Cuáles son las condiciones necesarias para que un equipo interprofesional trabaje interdisciplinariamente de forma cotidiana?

¿La reflexión sobre la construcción interdisciplinaria se integra al trabajo de los equipos interprofesionales?

¿El trabajo en las policlínicas Don Bosco, 24 de Junio y El Monarca se reconoce a sí mismo como interdisciplinario?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Identificar las percepciones y significados imaginarios que construyen los profesionales sobre el trabajo en interdisciplina en servicios del Primer Nivel de Atención de Salud de ASSE.

5.2 Objetivos específicos

- ❖ Caracterizar qué definiciones de interdisciplina y de trabajo interdisciplinar aparecen en el discurso de los profesionales de salud de los centros seleccionados.
- ❖ Determinar la percepción de los profesionales sobre la participación y aportes de los otros saberes disciplinarios en las tareas que desarrollan.
- ❖ Comprender la relación entre la formación recibida en el grado sobre la temática y el desempeño actual percibido por los integrantes del equipo interdisciplinario.
- ❖ Indagar sobre los facilitadores y obstáculos para el trabajo interdisciplinario que identifican los trabajadores durante su práctica profesional.

6. Metodología

6.1 Diseño metodológico

El presente proyecto tiene un diseño de investigación metodológico cualitativo, de tipo descriptivo-exploratorio, por considerar que este método se adecúa al objetivo de conocer la construcción de significados que hacen los sujetos de la investigación sobre del fenómeno que se intenta indagar, contemplando la diversidad de discursos presentes y respetando sus significados particulares (Strauss y Corbin, 2002) (Flick, 2007). Ya que el contenido a estudiar es de carácter subjetivo, se considera que la metodología cualitativa permite analizar y procesar la información que se obtuvo en la complejidad que los datos requieren (Flick, 2007).

Desde el modelo cualitativo, se realizó la presente investigación con un estudio de caso, debido a que el mismo presenta una estrategia metodológica de investigación científica que permite generar datos y resultados plausibles de análisis. Este modelo de investigación se caracteriza por mantener procedimientos rigurosos, pero sin apoyarse en la medición numérica o estadística; logrando de ésta forma acercarse a la comprensión científica de fenómenos de difícil cuantificación, por ejemplo, los de carácter subjetivo. (Flick, 2007). El investigador en diseños cualitativos procura preservar la diversidad de realidades o visiones disímiles de los eventos, como fueron relatados por las personas (Martínez Carazo 2006).

Se utilizó el enfoque del interaccionismo simbólico, ya que se buscaba comprender los significados subjetivos asignados por los sujetos a sus rutinas, acciones y ambientes profesionales. De esta manera, se apuntó a conocer las representaciones sobre la actividad laboral desde el punto de vista de los profesionales, por lo que fue necesario sostener la interacción entre participantes e investigador. (Flick, 2007).

Para el análisis de la información, se dió uso a la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 2006) debido a que este método de investigación es adecuado para la construcción de teorías explicativas de fenómenos sociales, asentada en el Método de Comparación Constante (MCC). La metodología de la Teoría Fundamentada desarrolla tres momentos interconectados para el análisis de los datos. Primero, la codificación abierta: implicó la sistematización de la información cualitativa en un conjunto de códigos y señaladores, con el objetivo de identificar los componentes del discurso social. Segundo, la codificación axial: en el cual se buscó establecer conexiones entre los conceptos así y generar categorías de análisis. Tercero, la codificación selectiva: que apuntó a la construcción de hipótesis explicativas sobre los fenómenos identificados y sus interrelaciones. (Glaser y Strauss, 2006)

Como señalan algunos autores, el proceso de investigación cualitativa no se da de forma lineal, por lo que es considerado un formato flexible que admite la posibilidad de modificaciones sobre las decisiones dependiendo del desarrollo del proceso (Glaser y Strauss, 2006) (Flick, 2007) (Valles, 1999).

6.2 Instrumentos de recolección de datos

Como herramienta para la recolección de datos se optó por un instrumento que diera acceso a la información considerada pertinente por los entrevistados sobre el tema de investigación, y que contemple las formas de expresión propias. La entrevista de investigación social encuentra en la metodología cualitativa y el estudio de caso una oportunidad no solo para explorar un lugar delimitado de la realidad social, sino por adentrarse en el espacio comunicativo e intersubjetivo, donde la palabra es el vehículo principal para transmitir la experiencia personal y autorreferencial que condiciona las conductas cotidianas. Se propuso como herramienta la Entrevista Semiestructurada en profundidad (Valles, 1999) dado que la misma favorece la captación de las manifestaciones discursivas personales de los entrevistados de forma libre, en comparación con lo que se logra en la aplicación de cuestionarios. (Flick, 2007)

Según Valles (1999) la entrevista en profundidad es más que el registro del discurso del sujeto, y conforma un constructo comunicativo en sí mismo. Los discursos desplegados no existen de forma previa al proceso de registro que implica la entrevista, sino que son constituidos en el aquí y ahora del espacio de la entrevista, lo que implica un marco social, una situación dual y conversacional co-construida en parte tanto por el entrevistador como por el entrevistado. Hay aspectos culturales, cognitivos y de implicación personal del entrevistador que pueden generar distintos efectos en el discurso desplegado en el espacio de la entrevista (Valles, 1999).

A decir de Valles (1999) este instrumento permite interacción personalizada, y por lo tanto flexible de los interlocutores. Brinda la oportunidad de adquirir riqueza informativa y una descripción profunda de la perspectiva subjetiva en los relatos. Para poder orientar la entrevista y no perderse de los objetivos de la investigación, se confeccionó una pauta orientada que dió el carácter de semi-estructurada a la entrevista. En este sentido, Valles (1999) menciona:

“... el guión de las entrevistas en profundidad contiene los temas y subtemas que deben cubrirse, de acuerdo con los objetivos informativos de la investigación, pero no proporciona las formulaciones textuales de preguntas ni sugiere respuestas. Más bien se trata de un esquema con los puntos a tratar, pero que no se considera cerrado y cuyo orden no tiene que seguirse necesariamente.” (Vallés, 1999, p.204).

De esta manera, el investigador puede, a partir de la pauta general, mantener el foco de la entrevista en el problema que se busca indagar, pero teniendo la posibilidad de

invitar al entrevistado al diálogo espontáneo modificando o introduciendo temáticas que se consideren pertinentes de explorar en profundidad, para precisar conceptos u obtener mayor información (Novoa, 2019).

Las entrevistas tuvieron como objetivo principal recoger discursos acerca de representaciones, valores, comportamientos, actitudes y opiniones de los profesionales de la salud en relación a la temática interdisciplina, a su formación al respecto y a la integración de la misma en su accionar cotidiano.

Para el diseño de la pauta para entrevista semiestructurada (Anexo 3) se tuvieron en cuenta los objetivos del proyecto, los antecedentes tomados, así como las dimensiones establecidas desde el marco teórico del presente trabajo y consideraciones sobre la metodología a utilizar. Se diseñó, por lo tanto, una pauta de entrevista con la finalidad de indagar sobre la formación del profesional de salud en interdisciplina, sus concepciones sobre el modelo de atención en que las promueve, sus construcciones subjetivas individuales sobre el concepto, y su aplicación de las mismas en las intervenciones en salud realizadas desde el equipo de trabajo.

Debido al contexto de pandemia y las medidas sanitarias de distanciamiento físico, y considerando las restricciones desde ASSE respecto a la circulación de personal, usuarios y otros profesionales dentro de sus instalaciones, las entrevistas fueron realizadas mediante dispositivos de video-llamada (plataformas whatsapp, zoom, otras) a coordinar en cada caso con los entrevistados. Esto se debió también a la intención del investigador de respetar los protocolos diseñados por la institución prestadora de los servicios, así como de proteger la integridad y la salud física de los entrevistados ante posibles focos de contagio por COVID-19.

6.3 Procedimiento

Finalizada la etapa de recolección de la información se prosiguió a realizar la desgrabación del material y su respaldo a un soporte digital en formato texto.

Como fuera planteado anteriormente, se utilizó para el análisis de datos la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 2006). Dentro de la misma el primer momento corresponde a la codificación abierta: comparación de la información obtenida, “traducción” de todas las diversas fuentes de información a un lenguaje común con el fin de ser procesada más adelante.

Luego, para el segundo momento o codificación axial: se generaron categorías que denominaron y agruparon a elementos de los discursos que compartían ideas

similares sobre el fenómeno. Se identificaron categorías centrales y subcategorías, así como sus propiedades y dimensiones (Glaser y Strauss, 2006).

Por último, se dió paso a la codificación selectiva: proceso en el cual se comenzaron a relacionar las categorías generadas entre sí mediante hipótesis causales para construir una línea narrativa que integrase las diversas clases en un relato coherente de proposiciones e hipótesis, conformando una teoría explicativa plausible, aunque no necesariamente verificable, sobre el fenómeno (Glaser y Strauss, 2006) (Valles, 1999).

Estos momentos de recolección de datos, codificación, e interpretación de la información se realizaron de manera simultánea a lo largo de la investigación, cada etapa siguió operando a lo largo del proceso (Glaser y Strauss, 2006) (Flick, 2007).

La etapa final estará configurada por la exposición de los resultados de la investigación, realizando una devolución a la institución, a los sujetos participantes, y mostrando disposición para instancias de debate y reflexión que sean pertinentes.

6.4 Población objetivo

Muestreo

La problemática planteada involucra a profesionales integrantes de equipos multidisciplinarios de Salud de la red de ASSE. Por tal razón, y habiendo elegido la metodología del estudio de caso, para cumplir con los objetivos del proyecto se seleccionó la muestra mediante criterios preestablecidos. De esta forma se utilizó como criterio de selección el modelo de Muestra Intencional (Valles, 1999).

Debido a la inscripción institucional de este proyecto dentro de la Especialización de Psicología en Servicios de Salud y en referencia al pasaje del investigador por la Residencia de Psicología en Servicios de Salud (dentro del PPRSS), se determinó que el muestreo correspondiere con los centros de salud donde el investigador desarrolló tareas y estableció vínculos profesionales con el equipo de trabajo. Dicha muestra fué conformada por los profesionales de distintas disciplinas integrantes de los equipos multidisciplinarios de atención en salud de las policlínicas “Don Bosco”, “24 de Junio” y “El Monarca” dependientes del Centro de Salud Jardines del Hipódromo de la Red de Atención Primaria-ASSE (RAP-ASSE).

Criterios de inclusión:

-Desempeño laboral profesional en las policlínicas “Don Bosco”, “24 de Junio” ó “El Monarca”, pertenecientes a la RAP-ASSE.

-Ejercicio en dicha práctica profesional en el centro desde hace al menos un año.

Criterios de exclusión:

-No cumplir con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Se utilizó el criterio de saturación para el recorte muestral. Sobre el mismo se entiende:

“...el agotamiento de información o efectos de sentido no conocidos previamente. Como esquemas de significación la información es finita. Por ello, la repetición no agrega información. Así la representatividad del conocimiento producido está dado en la forma del objeto reconstruido. Lo que circula como lo social es precisamente lo formado compartido, los esquemas o códigos o lenguas comunes.” (Canales, 2006, p. 23-24).

De esta manera, no se determina a priori un número de sujetos participantes, si no que se recolectan datos hasta saturar categorías (Corbin, J. y Strauss, A., 2002) (Canales, 2006).

6.5 Características de los Centros de Salud considerados para la Muestra

Como parte de las tareas desempeñadas en el Rol de Residente de Psicología en las Policlínicas seleccionadas, se confeccionó un informe de familiarización (Casal, 2018) identificando características de los equipos presentes en los Centros de Salud y de la población asistida. Algunos elementos del mismo se presentan a continuación para favorecer la identificación de la muestra. La conformación disciplinaria de los equipos corresponde con la existente al final del proceso de la Residencia, en el año 2020.

Las policlínicas Don Bosco, 24 de Junio y El Monarca se ubican en la región nordeste de Montevideo (Municipio F) sobre el eje Ruta 8, compuesto por otras policlínicas, a saber: Policlínica “El Monarca” km 21. 800, Policlínica “El Eje” km 21, Policlínica “Silvia Da Luz” km 19, Policlínica “Don Bosco” km 16 y Policlínica “24 de Junio”. Todas ellas son administradas por el Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Éste a su vez, depende de la RAP de ASSE como unidad ejecutora.

Los barrios a los que pertenece la población de las policlínicas son Villa Don Bosco, Asentamiento 24 de Junio, Villa García, El Monarca y Punta de Rieles, aunque las referencias de pertenencia más citadas por la gente de la zona se inscriben a los límites marcados por los kilometrajes y por los asentamientos como sub-barrios (Casal, 2018).

El barrio Villa García limita con el departamento de Canelones en el arroyo Toledo y pertenece al CCZ 9, (sub-zona 1, Municipio F). Se despliega a ambos lados de la ruta 8 (Camino Maldonado). Hacia el centro de Montevideo, limita con el Arroyo Manga. Desde los años 90 gran parte de la población vive en asentamientos irregulares que se fueron ubicando en zonas anteriormente destinadas a la producción rural. Es frecuente la aparición de movimientos de vecinos que se trasladan a la zona e inician

procedimientos de apropiación de los terrenos que, llegados a niveles de masividad, desembocan en la creación y reconocimiento de nuevos asentamientos. Este ha sido el modelo histórico de poblamiento del área, en constante crecimiento. Entre los asentamientos más renombrados de la zona se encuentran “El Monarca”, “La Rinconada”, “24 de Junio” y “Don Márquez” o “Barrio Nuevo” ubicados en predios linderos aunque, según sus moradores, presentan características muy distintas entre ellos (Casal, 2018).

En cuanto a las principales problemáticas socio-sanitarias identificadas, se reitera la complejidad en sostener hábitos de alimentación saludable, muchas veces asociado a dificultades económicas, que repercuten en problemas nutricionales y hasta de desarrollo corporal y cognitivo, principalmente en niños. También existe limitado acceso a servicios básicos como sanidad, electricidad o agua potable, siendo el caso de algunas viviendas en la zona Don Bosco y 24 de Junio que no cuentan con baño propio. Las escuelas de la zona presentan altos niveles de repetición escolar, principalmente en los primeros años de inserción, con poca adaptación de los niños (y muchas veces de las familias) a las pautas propias del sistema educativo (Casal, 2018).

Policlínica Don Bosco – Está ubicada en el edificio de la parroquia y Obra Social Educativa Don Bosco, la cual cedió parte de su infraestructura a ASSE para el funcionamiento de la policlínica, de allí su nombre. Es una de las policlínicas más antiguas de la zona y se encuentra en un punto de referencia tanto geográfico como simbólico para el barrio, lo que facilita su accesibilidad para los usuarios y para los equipos de redes zonales. El caudal de solicitudes de consultas (programadas y espontáneas) en todas las disciplinas es constante y sostenido la mayor parte del año (Casal, 2018).

Cuenta con una amplia sala de espera, una recepción construida recientemente dentro de la sala de espera, una enfermería, un consultorio odontológico, un consultorio de medicina familiar, un consultorio de pediatría/psicología, un baño, y un salón multiuso (Casal, 2018).

El equipo técnico que trabaja en Don Bosco está conformado por un Médico de medicina familiar y comunitaria, una Enfermera; una Odontóloga; una Pediatra; dos Psicólogas; una Trabajadora Social y un Nutricionista. Tanto el Médico de familia, como la Pediatra y una de las Psicólogas son integrantes de la Unidad Docente Asistencial (UDA) de la Facultad de Medicina Udelar, por lo que es constante en

determinadas etapas del año académico la integración al equipo de grupos de estudiantes de dicha disciplina (Casal, 2018).

Asimismo, dentro del grupo de adultos mayores autodenominado “Las Margaritas” que se reúne una vez a la semana, se integra una psicomotricista junto a un grupo de estudiantes en formación de la misma disciplina, que realizan talleres con las participantes. Por otro lado, se agrega al equipo un Practicante de Psicología perteneciente al PPRSS, por el período de un año. El local también es utilizado por algunos programas territoriales del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) para recibir consultas, como lo son el Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT) y Uruguay Crece Contigo (UCC) (Casal, 2018).

Policlínica El monarca - Ubicada dentro del asentamiento que le da su nombre, debe su existencia al trabajo de la Comisión Vecinal que propició la construcción de la policlínica. La misma cuenta con dos consultorios (medicina familiar y psicología/enfermería), una sala de espera, un baño y un espacio multiuso. El equipo de trabajo está conformado por dos Médicas de medicina familiar y comunitaria; una Psicóloga; una Enfermera; una Trabajadora Social y se agrega al equipo un Practicante de Psicología perteneciente al PPRSS, por el período de un año. Asimismo, el espacio multiuso es utilizado también por agentes del programa SOCAT (Casal, 2018).

Policlínica 24 de Junio

Esta policlínica fue construida por los vecinos del asentamiento a través de jornadas solidarias, terminando las obras en el año 2015.

El equipo está conformado por una Médica de medicina familiar y comunitaria; una Psicóloga; una Enfermera; un Pediatra y una Trabajadora Social. En este caso, también hay técnicos que integran la UDA y sus estudiantes circulan por la policlínica en ciertos períodos del año. Por otro lado, se agrega al equipo un Practicante de Psicología perteneciente al programa de Practicantes y Residentes de Psicología Udelar, por el período de un año.

6.6 Alcances y limitaciones

Resulta importante destacar algunas preocupaciones en torno a las limitaciones o posibles obstáculos de implementación del presente proyecto.

Por un lado, es necesario relevar que el mismo originalmente fuera diseñado para recolectar datos mediante la realización de entrevistas de forma presencial, lo cual fue necesario modificar debido a las ya mencionadas medidas sanitarias nacionales de

distanciamiento físico en el contexto de la pandemia de Covid-19 declaradas desde el 13 de marzo de 2020. En este sentido, será pertinente preguntarse luego de la aplicación si la utilización de medios virtuales para la recolección de datos afecta de alguna manera la herramienta de la entrevista en profundidad, o la calidad de recolección de la información. Se considera que existen aspectos de lo paraverbal del discurso, por ejemplo, gestualidades, que aportan componentes de metalenguaje, y cuya transmisión puede verse coartada por el dispositivo a distancia, si bien será necesario profundizar en el tema al momento del análisis de datos.

Asimismo, se desconoce al momento del desarrollo de este proyecto sobre los posibles cambios de recursos humanos en la conformación del personal que forma parte del equipo de los Centros de Salud seleccionados, contemplando las modalidades de atención que se puedan estar desarrollando desde las policlínicas en el contexto de la atención a distancia desplegada por el sistema de salud a la fecha.

7. Consideraciones éticas

La selección de los sujetos de la investigación fue por declaración de voluntad propia y por mantener vínculo laboral profesional con los Centros de Salud de Primer Nivel de Atención definidos como recorte poblacional en el apartado de Metodología.

Previo al inicio, se le entregó a cada participante la hoja de información (Anexo 1) en la que se describen los objetivos de la investigación y las actividades que implicaban su participación, explicitando la no obligatoriedad del sujeto en todo momento a participar y el derecho a culminar su participación en todo momento del proceso en el que considerara necesario desistir de la investigación sin que esto revirtiera ningún tipo de consecuencia para sí mismo.

Se les solicitó a los sujetos participantes consentimiento para participar en la investigación de manera libre e informada mediante la firma del documento Consentimiento Informado (Anexo 2), en el cual se les aseguró la confidencialidad en el manejo de la información obtenida, el uso de la misma exclusivamente con fines académicos, así como también la explicitación que no existían ni riesgos ni beneficios que pudieran generarse en el desarrollo de las entrevistas.

En el caso de las entrevistas semiestructuradas, para el análisis y redacción de resultados, se mantuvo el anonimato de los participantes a través de la asignación de un código aleatorio de cuatro dígitos. Solo el investigador tuvo acceso a este archivo que unifica nombre y apellido con los 4 dígitos, lo que apunta a que no exista posibilidad de identificación del dato por terceros. En las citas del análisis solo se utilizó como referencia este número y no se utilizaron datos que posibiliten la identificación, de manera de preservar la confidencialidad de los participantes. De esta manera se cumple con la normativa vigente en relación a investigaciones con seres humanos (Decreto No. 379/008), la Ley 18.331 sobre la Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (2009), así como también con lo previsto por el Decreto CM/515/08 (2008) en cuanto a la ponderación de riesgos y beneficios. Adicionalmente la investigación se encuentra regida por las consideraciones éticas expuestas en el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a (2001, Udelar - Universidad Católica).

Debido al contexto de pandemia y las medidas sanitarias de distanciamiento físico, y considerando las restricciones desde ASSE respecto a la circulación de personal, usuarios y otros profesionales dentro de sus instalaciones, se propuso como aceptación de los consentimientos informados que los entrevistados enviaran su

expresión de conformidad acompañada con foto (dorso y frente) de su documento de identidad.

Se informó a las personas que decidieron participar sobre las garantías para conservar su anonimato, considerando que el tema por el cual se les consultó implica su desempeño laboral y por lo tanto ninguna de sus opiniones los afectará en su trabajo, dado que sus datos serán mantenidos en confidencialidad, y nadie más que el responsable del estudio podrá acceder a su información personal.

Se atendió la relevancia social de la investigación. Se respetaron los valores culturales, sociales, morales, religiosos, éticos, así como los hábitos y costumbres de los entrevistados.

El estudio no conlleva riesgos psicológicos, físicos, legales, sociales ni económicos para los participantes. En el caso de ser necesarias medidas de reducción y atención del eventual daño, las mismas quedarán a cargo del responsable de la investigación.

8. Cronograma de ejecución

Mes	1	2	3	4	5	6
Contacto con profesionales de los Centros de Salud y presentación de la propuesta	■					
Entrevistas	■	■	■			
Desgrabación de Material y respaldo		■	■			
Codificación y Análisis de datos			■	■	■	
Elaboración de Informe Final				■	■	
Difusión de resultados						■

9. Resultados esperados

Mediante el presente trabajo se pretendió dar respuesta a los objetivos planteados y conocer cuáles son las percepciones de los profesionales respecto a su trabajo desde la interdisciplinariedad en el Primer Nivel de Atención en salud en ASSE.

La investigación pretende ser un aporte al significado construido en torno al trabajo en equipo y a la interdisciplina en los equipos de trabajo interdisciplinarios.

Se espera generar información sobre la calidad del trabajo interdisciplinario de los equipos de Salud, habiendo identificado y caracterizado las significaciones imaginarias sobre estos conceptos presentes en los profesionales que brindan atención, y logrando describir, desde la perspectiva de los mismos profesionales, cuáles son las competencias, habilidades y actitudes que facilitan u obstaculizan el trabajo en interdisciplina.

Se pretende conocer más sobre la influencia que los procesos de formación en interdisciplina de grado de los futuros profesionales de la salud ejerce sobre su posterior desempeño integrando equipos de trabajo interdisciplinarios. Este proceso de identificar fortalezas y debilidades puede aportar a reflexionar sobre ajustes necesarios y pertinentes en las currículas de estudio actuales.

A partir de esta producción, se apunta a poder difundir la información generada con la intención de contribuir a la producción de conocimientos sobre el tema tanto para los profesionales de la salud, así como para otros actores sociales y participantes en el diseño de las políticas públicas pertinentes.

10. Análisis de las entrevistas

Se concretaron 8 entrevistas individuales a profesionales con desempeño laboral en las policlínicas “Don Bosco”, “24 de Junio” ó “El Monarca” en ejercicio desde hace al menos un año. Dichos profesionales fueron considerados como informantes calificados para los objetivos de esta investigación. Es pertinente aclarar que algunos de los profesionales entrevistados desempeñan, simultáneamente, tareas en varios de los centros de salud elegidos como recorte poblacional. En relación a los entrevistados, se detalla el siguiente cuadro:

10.1 Entrevistados por especialidad y centro:

Institución donde se desempeña	Especialidad
Don Bosco	Medicina Familiar y Comunitaria
24 de Junio	Medicina Familiar y Comunitaria
24 de Junio	Pediatría
24 de Junio	Enfermería
24 de Junio y El Monarca	Trabajo Social
El Monarca	Medicina Familiar y Comunitaria
El Monarca	Medicina Familiar y Comunitaria
24 de Junio, El Monarca, Don Bosco	Psicología

Culminado el trabajo de campo se inició el de desgrabación y posterior procesamiento del material (entrevistas individuales). Se realizó la lectura de las entrevistas y se consideraron las interrogantes planteadas para dar inicio a la organización e identificación de dimensiones de análisis y, a medida que el material se iba procesando, se fueron integrando otras perspectivas. Este proceso habilitó la posibilidad por parte del investigador de fundamentar y reflexionar críticamente sobre la temática propuesta.

En las citas del análisis solo se utilizó como referencia el número de cuatro dígitos asignado aleatoriamente a cada entrevistado, a fin de proteger datos que posibiliten la identificación, de manera de preservar la confidencialidad de los participantes.

10.2 Esquema de dimensiones de análisis:

Categorías	Definición	Códigos
La concepción de la salud integral y su atención	Conocer la comprensión que se tiene del concepto de salud y, por lo tanto, los modelos de atención prevalentes.	
Noción de interdisciplina	Conocer la comprensión que se tiene del concepto de interdisciplina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades para definirlo 2. Lo co construido 3. Como ámbito/espacio de acción 4. Suma de disciplinas 5. Permanencia o reformulación 6. Quiénes la integran
Construcción de la interdisciplina.	Identificar el sentido presente del porqué y el para qué del trabajo interdisciplinario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por concepción integral de la salud y/o trabajar juntos 2. Por un contexto específico ó problemáticas frecuentes complejas 3. Por lo sintomático específico: derivaciones
Formación en interdisciplina.	Identificar el origen del conocimiento sobre interdisciplina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formación disciplinar. 2. En el ejercicio de la profesión en territorio.
Características personales que influyen en el trabajo interdisciplinario.	Identificar las variables personales favorables o desfavorables necesarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto 2. Apertura 3. Compromiso 4. Habilidades comunicacionales 5. El ego
Modalidades de comunicación en el equipo	Identificar los modos de intercambio principales y la autopercepción del equipo sobre su comunicación interna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispositivos de intercambio 2. Autovaloración de la comunicación en el equipo
Lugar de la interdisciplina en la práctica.	Lugar y tiempo que le dan los equipos a lo interdisciplinario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qué lugar y tiempos se le da en la práctica a lo interdisciplinario. 2. Las reuniones de equipo 3. Estabilidad del equipo 4. Jerarquía en los equipos
Entre la expectativa y la	Valorar la presencia de un	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencias frustradas

realidad	“como si” de lo interdisciplinar.	2. Influencia del marco institucional y políticas públicas
Interrogantes a partir de la práctica interdisciplinar.	Identificar si a partir de las prácticas interdisciplinarias se generan interrogantes en los profesionales que participan de las mismas.	1. Obstáculos identificados por los equipos 2. Fortalezas identificadas por los equipos

10.3 La concepción de la salud integral y su atención

Desde la fundamentación desarrollada por la presente investigación se desprende que, en el modelo de atención del SNIS, la interdisciplina toma relevancia dentro de los procesos asistenciales e intervenciones en el área de salud y, por lo tanto, en la noción actual sobre el proceso de salud-enfermedad de los usuarios. De esta manera, se entiende pertinente reflexionar sobre las ideas que presentan los participantes de la investigación sobre el concepto de salud como una forma de acercamiento a las prácticas desarrolladas. Al respecto, un entrevistado declara:

“Los problemas de salud son los problemas de la vida. Vos decís ¿qué es salud? Es bienestar, es desarrollo, es potencialidad ...en su esencia es vida. Y la vida es muy compleja y para poder abordarla se necesita distintos saberes.” (E3085)

En el mismo sentido, aparecen a lo largo de los discursos las referencias al Primer Nivel de Atención como sostén de las prácticas en salud a partir de la reforma del SNIS y del actual modelo asistencial.

“Porque es un cambio en el modelo de atención en el primer nivel de atención, sobre todo. Porque el lugar donde están centrados los cambios en las prácticas no es en los CTI ni en lo quirúrgico, es en el primer nivel de atención” (E2490)

Si bien en ninguno de los entrevistados aparece mencionada explícitamente la estrategia de APS, su espíritu en cuanto a la visión integral de la salud y la participación activa de los sujetos, fomentando su creciente autonomía y participación de la comunidad en los procesos que involucran su salud está presente en la mayoría de los discursos:

“...un convencimiento en el primer nivel, a ese encuentro con el otro ya no con el otro solo profesional si no con el usuario, con la autonomía, con lo que es más de la base del sistema de salud, de los pilares del primer nivel, que es fundamental como puerta de entrada y como potencial para incidir algo en la vida de las personas.” (E1692)

Esta mirada generalizada en los centros sobre el cambio de modelo de atención, se encuentra fuertemente ligada la forma de comprender la vivencia subjetiva de quienes consultan en el Primer Nivel de Atención, y genera algunas reflexiones sobre el contexto histórico en el cual se desarrollan las reformas en los sistemas de salud, enunciando a la vez, los obstáculos con los que se encuentran:

“La imagen clásica del usuario, de la persona internada, es de una persona que se siente muy mal, (...) que seguramente haga todo lo que le digan porque está preocupada, se quiere mejorar. Pero el usuario en el primer nivel de atención es una persona que está haciendo su vida, entonces el cómo se va a cuidar (...) qué ejercicio va a hacer, qué va a comer, cómo va a cumplir todo eso, es una construcción que va a ir haciendo esa persona. Y entonces el lugar de acompañar eso, y el lugar de acompañar a alguien que se está muriendo son dos cosas totalmente distintas. Y que precisamos generar equipo para la primera, porque lo que se hizo históricamente fue trasladar la mirada del tipo jodido en el hospital a la persona que nos viene a ver al consultorio y son dos mundos distintos.” (E2490)

Esta última reflexión sobre la persistencia de una “mirada” o un modelo de comprender la atención en salud de un sujeto, pero aún ligado a la tradición hospitalo-céntrica coincide con lo planteado por Perea (2017) cuando marca la presencia de resistencias presentes en el sistema de salud al cambio de modelo de atención. Por su parte, Novoa (2019) también plantea esta dificultad entre los cambios de paradigmas de salud que suscita que persistan dificultades para llevar adelante una respuesta integral, en particular en la atención en Salud Mental.

10.4 Noción de interdisciplina

1. Dificultades para definirlo

Partiendo de la ya mencionada polisemia en el concepto de interdisciplina, en esta investigación interesó especialmente indagar las nociones subyacentes que atraviesan a los profesionales entrevistados, en la perspectiva de que tales concepciones determinarán sus prácticas asistenciales y las modalidades de interacción con las otras disciplinas.

En referencia a las dificultades para definir el término, esto aparece en los discursos de forma indirecta, en los rodeos que se brindan para llegar a una definición, o en la necesidad de recurrir a ejemplos concretos de su aplicación:

“¿Interdisciplina?...A ver...No es tan fácil de describir.” (E1102)

“Con las compañeras de la policlínica hemos hablado muchas veces de la depresión, de situaciones de violencia familiar, de acompañamiento de niños, muchas situaciones de esas habladas en conjunto, pensadas en conjunto.” (E2490)

Por otro lado, luego de sortear esta dificultad inicial, aparecen definiciones de diversa índole que pueden clasificarse dependiendo de cuáles características destacan, y que desarrollarán a continuación.

2.Lo co construido

Aparece en las entrevistas la noción del otro, o de los portadores de las otras disciplinas como alguien a quien acercarse y con quién construir un saber, una intervención, o ambas. El foco principal parecería darse por la construcción colectiva de un “saber hacer” que no se tenía de antemano y que es pertinente para el trabajo con la población:

“Es compartir los objetivos, trabajar con diferentes disciplinas compartiendo los objetivos con quien estamos trabajando, cada persona desde su saber, pero además tratando también de comprender los abordajes de las otras personas. Si no entendiéramos cómo trabaja la otra persona serían más bien interconsultas.” (E1102)

“...nos respetamos de alguna manera los campos, pero a la vez intentamos poner y entrar un poquito cada uno para poder empatizar en el trabajo que el otro está haciendo.” (E1102)

“No es una sumatoria de disciplinas, no es que estemos representados allí la mayor cantidad posible de profesionales. Si no de que tengamos accesibilidad a esos otros formados desde otras áreas.” (E1692)

Reforzando esta postura, compartida desde la teoría por varios autores (Morin, 1990; Stolkiner, 1999, 2005; Fernandez 2016; Díaz y Ramirez, 2017; entre otros) se expresa:

“Creo que con el tema de la interdisciplina... y bueno el cómo articularlas es un arte. Quiero decir, la potencia del equipo está dada, para mí, no solo por la presencia de las disciplinas si no por el grado de interacción que se pueda generar.” (E2490)

3.Como ámbito/espacio de acción

También se encuentran varias definiciones brindadas por los entrevistados que refieren a un ámbito, espacio o campo de acción.

“Es un ámbito de acción donde, nada, se conjugan distintas disciplinas para darle como una respuesta o una visión a determinadas problemáticas o, en este caso, para abordar situaciones que plantean los usuarios que traen.” (E5916)

“Un espacio en el cual pueden trabajar varios actores de acuerdo al lugar y a lo que se esté trabajando. Diferentes actores vinculados a determinado tema con diferentes visiones.” (E8782)

Estas conceptualizaciones resultan más abstractas y ponen el énfasis en el encuentro con la finalidad operativa sobre una problemática que se entiende compleja y trayendo la dimensión de la complementariedad de miradas:

“Pensando en la integración de miradas de disciplinas distintas tiene que ver con que en un espacio de trabajo, en donde en un proyecto de trabajo o en una institución o en un lugar concreto se integran miradas de disciplinas distintas a los efectos de, yo que trabajo en la atención en salud, a los efectos de brindar atención en salud.” (E2490)

4. Suma de disciplinas

En contraposición a lo definido hasta el momento, también pueden encontrarse algunas definiciones que, si bien plantean la necesidad de un otro saber o el aporte de la mirada de otra disciplina, ponen su foco principal en los aportes individuales compartimentalizados de cada profesional. Puede entenderse que, en estos casos, no necesariamente el foco se centra en la interacción o lo que se pueda crear desde ese encuentro entre disciplinas, si no en la suma coordinada de intervenciones de distintos actores individuales.

“Interdisciplina es los conocimientos que forman parte de un equipo donde cada uno tiene su cuestión y su especificación en ese campo en que trabaja.” (E3205)

“Yo la entiendo como el trabajo en conjunto de, valga la redundancia, distintas disciplinas. Es en realidad un trabajo en conjunto donde cada uno de las técnicas que aplica cada uno de los participantes pueden colaborar, sumar, en mejorar la atención de un paciente y darle... En definitiva cuando vos pedís una interconsulta estas llamando a un técnico que no es de tu disciplina pero que vos deberías, a través de ese contacto y a través del paciente que tenes como ejemplo, poder ir adquiriendo conocimiento.” (E5208)

Esta diferencia de perspectivas puede entenderse bajo la mirada de que cada cambio de modelo de atención genera sus resistencias y enfrenta obstáculos en la modificación de las prácticas. Otra dimensión pertinente tiene que ver con la formación de los profesionales que portan las distintas disciplinas, y por otras variables que serán analizadas más adelante.

5. Permanencia o reformulación

Un concepto discutido en la literatura (Morin, 1990) es sobre la cualidad de permanencia de la interdisciplina como paradigma de trabajo en los equipos constituidos por diversos actores. Sobre ello los entrevistados opinan:

“Lo primero que se me cruza por la cabeza es tener lo más claro posible, que por supuesto no es de una vez y para siempre, si no que es un instrumento que uno afila constantemente. Porque uno no es que lo adquiere en un momento porque tiene ya equis cantidad de años de trabajo, en su trabajo o con esos equipos, es permanente eso, es un trabajo en lo singular y con el otro.” (E1692)

Estas afirmaciones concuerdan con las posturas teóricas más actuales, que tienden a discriminar momentos concretos y finitos de producción interdisciplinaria (o transdisciplinaria) en los equipos de composición multidisciplinar que, si bien se nutren de sus experiencias previas como insumo de la cooperación y trabajo colectivo, deben iniciar de nuevo el proceso de definir los objetivos conjuntos y llegar a acuerdos en pos de cada situación nueva (Morin, 1990) (Stolkiner, 2012) (Díaz y Ramírez, 2017).

Al respecto:

“Y eso tiene la paradoja de que solamente lo podés poner en juego vez por vez, haciendo el propio trabajo haciendo la lectura, la intervención desde el saber de uno, pero a su vez pudiendo contar con esos otros.” (E1692)

Esta discusión entre la permanencia del capital de trabajo generado, o la necesidad constante de reformular las bases del encuentro para que sea productivo interdisciplinariamente, aparece en los discursos de los entrevistados. Se plantea la necesidad de tener un problema, una intervención concreta a resolver para activar estas interacciones.

“Es en torno a un problema que se pone en juego, a una problemática dada, es ese trabajo que se da en un conjunto de personas. La interdisciplina vendría a ser eso: el trabajo en conjunto de distintas disciplinas o saberes o habilidades para solucionar un problema en común.” (E3085)

“Es la interdisciplina como una cuestión teórica entre interdisciplina y transdisciplina. La transdisciplina es un momento de mayor integración de miradas de las disciplinas que operan en un lugar concreto, en un problema concreto, y que influyen en las estrategias concretas desde ese lugar integradas desde el consenso y la articulación.” (E2490)

6. Quiénes la integran

Los individuos son necesarios para que haya interdisciplina. Las disciplinas y los discursos disciplinares deben ser portados por sujetos para poder ejercer su accionar. (Stolkiner, 1999). Sin embargo, es común que se logre identificar cierta resistencia a la integración de conocimiento de parte de los individuos en un esfuerzo por mantener los límites disciplinares claros. Flórez Moreno y Gallego Jacted (2011) plantean que la hiper-especialización de cada disciplina en el abordaje de sus objetos de estudio ha generado fragmentaciones internas provocando altos costos teórico prácticos y en la interacción entre profesionales.

De la misma manera, la fortaleza en la cultura de la institución universitaria suele producir una valorización de los saberes académicos de tipo universitarios por sobre otros adquiridos en otros espacios o de otras maneras. (Stolkiner, 1999)

Sin embargo, algunos entrevistados plantean también que para que exista interdisciplina, es necesario integrar además la voz de los actores comunitarios, destacando otros tipos de saberes y discursos:

“ Trabajar con el otro profesional, con el otro técnico. Y a veces no técnico.” (E1692)

“Es ese trabajo que se da en conjunto de personas que trabajan que pueden ser profesionales o no, pero que tienen un saber específico y es ese trabajo que se da en conjunto.” (E3085)

En esta misma línea, Stolkiner (2005) incluye en la mirada interdisciplinaria la valoración de los saberes no-disciplinares o no tecnocráticos, como pueden ser el arte o los conocimientos que aporta un educador popular, un referente barrial u otros integrantes del equipo de trabajo sin formación académica específica. En las entrevistas este discurso aparece en reiteradas ocasiones:

“Ya de por sí el agente comunitario sería un gran personaje de lo que es la interdisciplina, en este caso en donde yo trabajo no existe un agente comunitario, sí hay referentes de la comunidad. Un vecino puede ser también un pilar fundamental en lo que es el trabajo interdisciplinario. No por eso la interdisciplina requiere de personas que tengan formación profesional.” (E8782)

Al momento de consultar a los entrevistados sobre la integración de los equipos, no se refiere a la presencia actual (aunque sí en el pasado en uno de los centros de salud) de ningún actor o referente comunitario no profesional.

10.5 Construcción de la interdisciplina

Cada uno de los entrevistados elabora su propia teoría respecto al porqué y el para qué del trabajo interdisciplinario. De ello surgen las siguientes categorías

1. Por concepción integral de la salud y/o trabajar juntos

Emerge de las entrevistas una concepción de la interdisciplina como posibilitadora de creación de algo nuevo a partir de la colaboración, intercambio y cooperación de disciplinas, en cercanía con el planteo de Alma Ata (1978).

En los discursos:

“Ya de por sí me parece que es una riqueza poder trabajar en interdisciplina y no tener que trabajar solo.” (E8782)

“Es importante en todos los aspectos de lo que es la vida en relación de un individuo. Si no existiera la interdisciplina me parece que sería muy difícil hacer un trabajo completo en la salud y la comunidad.” (E8782)

Esta última afirmación coincide con lo planteado por Brunetti (2011) que considera la mirada interdisciplinaria como imperativo ético necesario para el trabajo en equipo y en Primer Nivel de Atención en Salud. Varios entrevistados reiteran este aporte:

“En el primer nivel realmente es algo del abc, es fundamental. Yo no concibo el trabajo en el primer nivel sin la interdisciplina.” (E1692)

Se menciona una riqueza disponible en el encuentro, o una mejoría en la atención brindada como consecuencia del mismo. También aparecen significantes que refieren a la reforma del SNIS, cuando se menciona la necesidad de otras miradas para aportar una salud integral o más completa.

“... para dar una respuesta y encauzar esa problemática, ese usuario que plantea determinada problemática darle una respuesta más asertiva y más integral.” (E5916)

“Poder ampliar el horizonte, no tener solamente el foco desde la disciplina en la que yo me paro, si no con esas otras miradas ampliar la mirada y poder entender e intervenir de manera más integral.” (E5916)

En el mismo sentido, Carvajal (2010) trae a la interdisciplina como un modo de colaboración que hace lo nuevo, en cuanto a las acciones pero también a la teoría generada. Esto da cuenta de que, más allá de lo instrumental, se alcanza un nivel de reflexión epistemológica en torno a la interdisciplina.

“Lo que es tener el enfoque de otra persona que se formó y estudió o que conoce la comunidad. A veces uno se sesga mucho en lo disciplinar y no te das cuenta que con 5 minutos de escucha puedes estar ayudando o solucionando un problema.” (E8782)

2. Por un contexto específico o para abordar problemas complejos

Stolkiner (1999) distingue entre prácticas de tipo interdisciplinario que se dan en espacios hospitalarios de aquellas que se dan en lo comunitario. Desde su perspectiva, es en el encuentro con la comunidad y frente a la aparición de problemas complejos que escapan al modelo hospitalario que surge la necesidad de integrar otros saberes para dar respuesta a la realidad de lo cotidiano.

“Bajándolo acá a la policlínica, porque sabemos que toda problemática no se la puede leer desde una unidisciplina, es imposible abordar a los usuarios desde solamente una pata. Por eso es importantísimo que estén presentes esas otras lecturas de la realidad.” (E5916)

“...para poder trabajar en un contexto como acá en el barrio, en todas las policlínicas... no puede haber un técnico ni un especialista en una sola cosa. Por eso se trabaja con muchas personas, muchas disciplinas diferentes.” (E3205)

En la misma línea Morin (1990) defiende el imperativo de “humanizar” el conocimiento científico, cuestionando la separación sostenida entre academia y sociedad, para poder abarcar los “problemas humanos” de manera más cercana. En los entrevistados este concepto aparece:

“Generalmente, sabemos que las problemáticas que se presentan acá en la policlínica, que es una policlínica de contexto, que es un asentamiento, son problemáticas multidimensionales que no es solamente la pobreza monetaria, hay otros tipos de problemáticas que engloban la situación (consumo, abuso, violencia) y es en ese sentido que acá en el barrio, es importantísimo esa otra mirada porque la explicación no se da solamente por ausencia de dinero si no por otra multiplicidad de factores.” (E5916)

“Cuando pensamos las situaciones concretas que llevarían a la utilidad de las miradas de distintas disciplinas, entonces está bueno sentarse tranquilo, ver qué está promoviendo cada uno, tener en cuenta el punto de vista de cada uno, qué de lo que el otro hace nos puede servir a nosotros, qué de lo que nosotros hacemos le puede servir al otro. Cómo esto juega en la atención de una persona pero también de una familia y también en las acciones sobre la salud comunitaria.” (E2490)

Desde estas afirmaciones, parecería que la pertinencia del trabajo en interdisciplina surge de la necesidad de afrontar problemáticas particulares de las consultas en el PNA y en poblaciones con deficiencias socioeconómicas, lo cual lleva a plantear la pregunta de si, por lo tanto, esta visión del trabajo no fuera necesaria en otros contextos de atención. Al respecto, se debate sobre el tema de forma directa:

“Trabajo en este lugar que tiene determinadas características del lugar en sí: una policlínica en un barrio de la zona metropolitana, suburbana con ciertas características vinculadas a lo económico y a la población, donde, para que negarlo, la pobreza predomina, pobreza y a veces más complicaciones vinculadas a lo social. A mi me toca trabajar de esa manera porque trabajo acá, pero si trabajara en otro medio sería lo mismo.” (E1102)

Resulta interesante que se otorgue la categoría de “necesidad” de trabajar con otros, como fuera planteado por los propios entrevistados:

“En general el trabajo en salud la interdisciplina es siempre necesaria. Obviamente hay situaciones en que es más necesaria que otras, si es un problema de salud que tiene que ver con condiciones sociales... En general todos los problemas de salud tienen que ver con condiciones sociales. Es difícil. Para mí es importantísimo en todo lo que uno va a trabajar si quieren trabajar bien porque no puedes sesgarte solo a tu saber y trabajar solo... es difícil. Lo puedes hacer, pero me parece que es medio... es como de pedregullo que está mal.” (E3085)

3. Por lo sintomático específico: derivaciones

Aparece otra postura, que refiere a la necesidad del trabajo interdisciplinario, pero en la forma de la interconsulta o la derivación a otro profesional debido a un síntoma específico que escapa de la idoneidad disciplinar. En esta mirada se pone el foco en la intervención de varias disciplinas sobre la salud de un individuo, no necesariamente en el trabajo conjunto entre los profesionales para abordar el problema de salud de manera integrada o en la construcción de un conocimiento nuevo.

“Cuando empieza a aparecer algún síntoma que ya no es tan común y de acuerdo a la sintomatología que presenta el paciente, uno tiene cierta duda de que podría no ser suficiente sus conocimientos en ese momento y descansar o apoyarse en la idoneidad de alguien que tenga que ver más con eso. Es apoyarme en algo que no tengo claro qué es, que me gustaría que al paciente lo vea alguien específico de la dolencia que tiene en este momento y yo después sí volver.” (E5208)

En la intervención se refiere incluso a la comunicación entre profesionales, la cual será tratada como tema más adelante, pero en este caso con la finalidad de conocer los diagnósticos realizados por otro, sin intención (explícita al menos) de establecer un diálogo entre los profesionales.

“Ahora se facilita mucho con el sistema (Historia Clínica Electrónica). Porque el sistema me permite ver la fecha de cuando fue a consultar con el otorrino y qué informe hizo el otorrino y yo ya lo tengo antes de que venga el paciente.” (E5208)

En otros entrevistados, esta postura aparece de forma más solapada, respetando los límites de los campos disciplinares como límites para la intervención propia:

“Hay cosas con mi disciplina que se que tengo que derivar otros, porque hay algo que no es mi función y no conozco tan en profundidad la disciplina o la especificidad que tenga esa persona.” (E3205)

Sobre este modelo, también aparecen ciertas críticas, destacando las consecuencias que los entrevistados han encontrado a esta forma de emprender el trabajo conjunto.

“En un montón de lugares donde hay distintos técnicos y un técnico puede derivar al otro pero donde cada persona en su consultorio hace lo que le parece que está bien, con la mejor buena voluntad. Eso tiene algunos problemas llevado a las prácticas, porque una persona puede ser atendida por un médico y un psicólogo y un trabajador social pero de algún modo las opiniones y las recomendaciones, siendo válidas todas, pueden ser hasta contrarias o contrapuestas una de la otra.” (E2490)

10.6 Formación en interdisciplina

1. Formación disciplinar.

Luego de indagar sobre las concepciones actuales sobre la interdisciplina, es de interés explorar si las mismas fueron orientadas por su formación curricular y experiencia universitaria. Los entrevistados obtuvieron sus titulaciones en instituciones universitarias estatales (excepto uno de ellos) con muchos años de diferencia pero, sin embargo, coinciden en su mayoría en reconocer la carencia de formación para el trabajo en equipo y para el trabajo interdisciplinario que recibieron en su formación de grado (y en algunos casos posgrado).

“En la formación de grado poco. Tuve sí, pero acotada, muy limitada a dos o tres cursos en toda la carrera.” (E1692)

“No, formación específica en eso no. Ni en el grado y posgrado.” (E5208)

“No, ni a palos. Nada. Eso es como un signo de interrogación en la carrera e inclusive los posgrados.” (E2490)

Esto coincide en parte con los hallazgos de Novoa (2019) cuando concluye que, a modo de ejemplo, la formación en Salud Mental recibida en grado y posgrado por médicos de medicina familiar es percibida por los propios profesionales como insuficiente.

Por su parte, Follari (2005) refiere a que en los últimos tiempos las universidades “operativizaron” la formación y de ese modo el interés se centra en capacitar profesionales desde una lógica eficientista, de buscar resultados rápidos y comprobables, lo que implica consecuencias en el actuar sobre lo social y los

procesos de atención en salud. En relación a esto, Farías-Batista y Grisi-Veloso (2008) concluyeron en su investigación que la formación de los profesionales se basaba en planes en estudio donde se privilegiaba el abordaje individual, curativo y hospitalocéntrico.

Al respecto un entrevistado responde:

“En mi carrera de grado no. Formación teórica específica no. Nos hicieron mucha énfasis en la interdisciplina pero no nos hicieron una formación específica en eso. Si te tengo que decir la verdad la formación era como muy individual, no teníamos ni trabajos en equipo. Nosotros siempre tratamos de proponer hacer trabajos, ya sea revisión de artículos científicos en grupos, pero en realidad siempre fue como muy individual. No tuvimos formación en lo que es trabajo en equipo.” (E8782)

Algunos destacan la presencia de cursos o profesores de otras disciplinas en la currícula, pero señalan la falta de articulación específica y de aplicación en prácticas propiamente interdisciplinarias:

“Desde que se empieza es fundamental el trabajo en equipo. No se puede trabajar solo, dependemos de todo el mundo. Hasta del chofer, del conserje que tiene su función. Y estar en un permanente contacto, de comunicación. Se estimula a que se haga eso, desde el estudiar, no es que haya una clase digamos que nos den para eso, pero después en el camino de toda la carrera y lo que vas estudiando te vas dando cuenta que es fundamental eso.” (E3205)

“Cursos específicos no, pero atraviesan la malla curricular. No específicos, pero justamente la mía es una disciplina que necesariamente interviene e interactúa con otros paradigmas. Que es necesario. Y creo que desde el momento cero hasta que se finaliza la carrera están presentes esas líneas de trabajo e intervención.” (E5916)

Sobre el propio interés de los entrevistados en la temática durante su formación, aparecen apreciaciones:

“La verdad es que tenemos formación abundante desde el primer año en trabajar en comunidad y somos formados por profesionales de otras disciplinas. La facultad está llena de otros técnicos y técnicas. En mi generación aprendimos mucho y bueno en los años de estudio tenemos la posibilidad de intercambiar con otras disciplinas ya cuando somos estudiantes. Creo que está por lo menos hasta ahora bastante solventado. Por lo menos están las nociones.” (E1102)

“En la formación de grado no tuve (formación en interdisciplina). En el posgrado sí, se trabajó interdisciplina pero medio por arriba y no tanto como tema sino más sobre la marcha y sobre las cosas que se van dando. Para trabajar en equipo me formaron en el posgrado.” (E3085)

Tamayo, et al (2017) en una investigación sobre universidades arroja como resultado que la mayoría de los estudiantes (73%) consideran que en su formación se le dio gran importancia al trabajo con otras disciplinas lo cual coincide con la afirmación del entrevistado.

Por otra parte, Alicia Cabezas (2012) en un estudio referente a la Facultad de

Odontología de la UdelaR concluye que existen instancias de trabajo interdisciplinario a lo largo de la carrera, aunque concluye que no siempre es fácil desplegar estas habilidades a la hora de la experiencia profesional. Sobre estas experiencias de grado en otra Facultad un entrevistado expresa:

“Hay un momento en la carrera que obviamente es necesario realizar prácticas, porque nuestra carrera principalmente trabajo con otro, de manera práctica, sin desestimar la teoría, pero en una instancia llegado el momento más avanzado de la carrera tenemos que concurrir a un centro de prácticas, donde siempre hay un referente de mi disciplina y hay otros especialistas.” (E5916)

Parentelli (2019) plantea que en la universidad estudiada (FIC-UDELAR) existe poca reflexión y problematización sobre el término interdisciplina, y las definiciones construidas son de corte epistemológico. En la misma línea, uno de los entrevistados, formado en otra Facultad, plantea haber estado presente la idea de interdisciplina durante su formación, pero no así su aplicación práctica.

“Nunca nos prepararon para poder trabajar en equipo, para poder decir ‘bueno, vamos a discutir juntos tal usuario’.” (E3205)

Otro, por su parte, algunos señalan las capacitaciones posteriores como principal fuente de formación al respecto:

“Por supuesto existen capacitaciones en el tema. De la RAP siempre están muy atentos a justamente a la formación en otras áreas, a que exista intercambio y conocimiento de lo que hace el otro, que haya puntos de encuentro desde lo que es la formación teórica.” (E1692)

2. En el ejercicio de la profesión en territorio.

Por otro lado, todos los participantes coinciden en que el punto fuerte de su capacitación en interdisciplina se dió al llegar al territorio de trabajo, es decir con el inicio de sus prácticas profesionales y preprofesionales.

Al respecto afirman:

“Cuando empezas a avanzar en la carrera, empezas a ver que llega un momento en que tenes que pedir una interconsulta con un especialista y ahí se empieza a hablar. Hay pacientes que requieren de la asistencia de un equipo. Eso lo vas aprendiendo a medida que vas viendo.” (E5208)

“Lo aprendí en la práctica. Fuimos aprendiendo sobre la marcha.” (E8782)

Algunos de los entrevistados ponen el foco en el encuentro en territorio con otros profesionales como un potenciador de estos aprendizajes:

“Me formaron mis compañeros y compañeras.” (E2490)

“En mi caso en particular lo adquirí en la práctica, en el trabajo. Arranqué en el trabajo en hospital, y ahí, pese a ser en un segundo nivel era con otros profesionales. Ahí fui adquiriendo esas primeras herramientas del trabajo en equipo e interdisciplina. Fue en el campo mismo.” (E1692)

Sobre este mismo punto, un entrevistado se detiene en plantear las dificultades que genera que un primer encuentro del profesional con el trabajo interdisciplinario sea en el espacio de las prácticas, sin una formación previa que lo respalde.

“Entonces lo que no sabes, como te decía el profesional que de pronto no se formó en el grado que siempre está acostumbrado a otra manera de actuar, termina aggiornándose. Porque no le queda otra.” (E1692)

Más adelante, se expresa sobre las dificultades que presentan los propios campos disciplinares para el intercambio, y lo relaciona directamente con la formación que sus compañeros reciben.

“Quizás te das cuenta trabajando con otros que los compañeros de algunas disciplinas están siempre mucho más predispuestos al trabajo en equipo y te das cuenta que eso viene de la mano de su formación. O sea en cambio una disciplina como XXXX, tiene serios problemas para trabajar con otros. Acá estoy separando, ya no el perfil personal que también hace, si no más lo disciplinar. Hay disciplinas o profesiones que están más afín con el encuentro y con el intercambio y otras que no les es tan fácil. No los forman en eso.” (E1692)

10.7 Características personales que influyen en el trabajo interdisciplinario

Como fuera mencionado anteriormente, Stolkiner (1999) señala que las disciplinas no existen per se en el campo, sino que son sostenidas por sujetos que las reproducen y las representan. Por lo tanto, puede pensarse que las características personales de los mencionados sujetos, incluyendo sus habilidades comunicacionales, determinarán de variadas maneras la posibilidad de encuentro entre las disciplinas que estos sujetos portan.

“No es fácil trabajar entre disciplinas, creo que también tiene variables personales para que eso ocurra, más allá de lo teórico.” (E1102)

En el mismo sentido, Morín (1990) plantea que ciertos rasgos de la personalidad de los integrantes del equipo potencian el desarrollo del trabajo interdisciplinario y enumera, entre otros, la capacidad de tolerar la incertidumbre, la capacidad de adaptación, la creatividad, la paciencia, el respeto y la habilidad de negociación. Algunos de estos elementos son mencionados por los entrevistados como habilidades necesarias para el trabajo en interdisciplina.

1. Respeto

Como primer elemento personal indispensable para el trabajo en interdisciplina, los entrevistados traen la dimensión del respeto: tanto por el colega con quien se va a trabajar como por la disciplina y el tipo de conocimiento que el otro representa. En el discurso de los entrevistados:

“El respeto de cada disciplina por parte de cada uno de los técnicos en primera instancia. La necesidad de saber que la otra disciplina existe y es respetable, eso no va de suyo. Saber que es necesario que el otro esté presente.” (E1102)

“Entiendo que el poder abrirse a que no es solamente lo que yo voy a hacer o lo que yo sé, sino que el saber del otro también es importante y tengo que respetarlo.” (E3085)

En concordancia con lo anterior, el respeto por la diversidad en los aportes y las miradas distintas también es mencionado:

“Pero yo creo que el desafío mayor que involucra, que no pasa por la teoría, es la posibilidad de poner en juego los distintos saberes y la tolerancia de las diferencias. De lo que cada uno puede aportar, que es distinto.” (E1692)

Algunos entrevistados del área de la medicina realizan una autocrítica respecto al sesgo de la propia disciplina en este punto, señalando cómo en algunos casos en los médicos opera la omnipotencia profesional y ello dificulta el trabajo colaborativo sostenido en los vínculos de respeto y horizontalidad, donde pueda reconocerse el posible aporte del otro. Al respecto los entrevistados afirman:

“Porque muchas veces, sobre todo nosotros los médicos, estamos acostumbrados mucho a la omnipotencia. Parece que el saber del médico, en el caso de la salud, sería como el saber que sabe más. Y sin embargo, eso es una chantada. Es como querer tapar el sol con un dedo. Porque el médico está más acostumbrado a trabajar la parte lo físico, lo biológico. Todo lo otro es como si no existiera. Por suerte eso ahora está cambiando con las nuevas generaciones, pero es un proceso muy difícil que tiene idas y venidas.” (E3085)

Esto va en línea con lo planteado por Menéndez (1998) sobre el Modelo Médico Hegemónico que instaura una mirada biologicista e individual del sujeto y, por lo tanto, toma como centro de toda intervención en salud a la medicina, desplazando a las otras disciplinas, y a la integración entre las mismas a un segundo plano. También se trata de forma implícita la importancia de la formación de grado por la pasan los profesionales, para lograr un cambio en la forma de comprender estas problemáticas.

Perea y Girona (2011), por su parte, señalan que el profesional debe abandonar el individualismo, estableciendo como exigencia la autocrítica. Esto es contemplado en el siguiente testimonio:

“Porque además tiene que ver con algo, que lo vemos en los compañeros de medicina

familiar y comunitaria como que a veces se hacen los giles. Se hacen los que no entiendo cuando estamos hablando del cambio en el modelo de atención.” (E2490)

2.Apertura

Otro de los elementos mencionados reiteradas veces tiene que ver con la apertura a la experiencia nueva, a la escucha de una mirada distinta.

“Apertura, compromiso.” (E5916)

Fernandez (2016) sostiene que para trabajar en interdisciplina es necesario que cada actor acepte la incertidumbre que implica trabajar en lo complejo, lo que conlleva una reflexión sobre aceptar las limitaciones del propio campo.

“Uno tiene que tener la predisposición de poder interactuar con otros y aceptar lo que las otras disciplinas pueden aportar. Mente abierta, escucha activa, dar pie a que eso se pueda propiciar.” (E5916)

Aparece también la dimensión de la disponibilidad, entendiendo que la distancia real y simbólica entre los involucrados sea salvable y pueda producirse el necesario encuentro y diálogo disciplinar.

“Porque si uno dice bueno, en esta situación requiero de trabajar conjuntamente con ciertos otros y después no tengo ese acceso, ahí se complica.” (E1692)

3.Compromiso

La dimensión del compromiso con la tarea toma protagonismo en los entrevistados, mencionado de forma directa en la mayoría de los casos.

“Hay que ponerse la camiseta.” (E3205)

Algunos entrevistados incluso plantean que el compromiso con la atención sería una condición necesaria para poder sostener el trabajo, en relación a las frustraciones que, según relatan, traen aparejadas las intervenciones realizadas desde el Primer Nivel de Atención.

“Hoy por hoy es tal el caos tal las situaciones heavy que tenemos, que si no estuviéramos comprometidos y convocados por la tarea, y no se, te dedicas a otra cosa o buscas un traslado.” (E1692)

También se mencionan aspectos no cognitivos si no afectivos, en los que el querer y el deseo atraviesan la elección del espacio de trabajo y la manera de vincularse con los compañeros.

“Y en el caso de mis compañeras está todo esto atravesado por el deseo sincero de dar lo mejor que tienen al prójimo. Entonces las personas ayudan.” (E2490)

“Hay que querer trabajar de esa manera. Eso también tiene factores personales, no forma parte del trabajo previsto, de alguna manera, yo creo que es un plus.” (E1102)

4.Habilidades comunicacionales

Como fuera traído en la literatura reiteradas veces (Ander-Egg, 2001; Castro, 2018; Fernández, 2016; Follari, 2005; Gandolfi, 2006; López, 2015; Menéndez, 1998; Morín,

1990; Najmanovich, 1998; Stolkiner, 1999), la capacidad de cada sujeto de comunicarse efectivamente con los otros es uno de los principales elementos necesarios para el trabajo en interdisciplina. En las entrevistas este elemento se hace presente:

“El hecho de poder dialogar con otra gente es fundamental. Por ejemplo en lo que es mi tarea, y con los colegas también siempre, antes de tomar una decisión o hacer algo siempre trato de vincular a otras disciplinas.” (E8782)

Asimismo, los entrevistados hablan de la importancia de poder resolver conflictos dentro del equipo mediante el diálogo:

“El diálogo me parece fundamental, donde en otros lugares no existe el diálogo. Entonces pasa esto de que pasan cosas y lo primero que hacemos es llamamos y nos quejamos a los de arriba digamos, cuando debería solucionarse primero entre nosotros.” (E8782)

En un entrevistado el aspecto de los vínculos personales entre los profesionales como potenciador de la comunicación toma protagonismo:

“Porque en realidad hay cosas que nosotros trabajamos fuera del contexto de trabajo también trabajamos fuera de la policlínica, nosotros nos reunimos en la casa...tenemos una amistad, en realidad. No se si eso es bueno o es malo, o si tenemos que estar preparados para no tener que ser amigos. El tema de ser amigos, es un tema... siempre nos va a jugar a favor porque la comunicación está. Y es lo principal que hay que tener en cuenta. Mientras esté eso, ta, solucionado todo el resto.” (E3205)

Sin embargo, esto también es cuestionado por el entrevistado, ya que se identifica que no sería un requisito excluyente para lograr trabajar en equipo, sino más bien una circunstancia que lo facilita:

“Vos tenes que saber trabajar en equipo aunque no sean amigos, tenemos que aprender a hacerlo. Y tratar de dejar otras cosas de lado, cosas personales de lado. Trabajar en equipo es así.” (E3205)

5.El ego

Sánchez (2006) menciona que en muchas ocasiones la interdisciplina se juega en la interacción entre sujetos con relaciones e historia personal, la cual no está exenta de tensiones y conflictos de poder. El autor agrega que en estas relaciones no suelen estar ausentes la vanidad profesional y personal.

En línea con lo planteado anteriormente sobre el ejercicio de un supuesto saber omnipotente, surge la dimensión de los discursos de los entrevistados el carácter particular de los sujetos como uno de los obstáculos más fuertes frente al desempeño de la tarea interdisciplinar, e incluso aparecen varias reflexiones referentes al tema. Este aspecto personal negativo, disruptivo o contraproducente para el trabajo en equipo suele ser mencionado principalmente como “ego”:

“Que a veces pensamos que sabemos y no sabemos, que a veces hay egos, también,

los egos no son buenos para el trabajo en equipo. Nadie sabe más que nadie, simplemente cada uno opina desde el área que conoce.” (E5208)

“Y en ese tema importan la disciplina o sea los saberes, pero también importan las personas y las relaciones personales entre cada uno y muchas veces los egos, las tensiones que pueda haber entre las personas, porque somos seres humanos, obviamente, y muchas veces influye muchísimo eso.” (E3085)

Menendez (1998) refiere a los conceptos de “egocentrismo intelectual” como una forma de hermetismo del pensamiento, que aparece cuando el sujeto posee una baja capacidad de autocrítica o de tolerar las críticas de los demás, y se protege y repliega sobre sí mismo para evitar ser cuestionado desde otras perspectivas.

El juego de poderes determina el funcionamiento en todos los equipos de salud, por más que no se lo tenga presente: en la distribución de funciones, los espacios físicos de trabajo, consultorios asignados a cada uno, la circulación de la información (López, 2015). Todos estos aspectos determinan las condiciones previas al diálogo interdisciplinario, generando efectos en los sujetos que lo sostendrán y determinando su potencia o fracaso, antes de que el encuentro pueda concretarse. Uno de los entrevistados señala:

“Quién ejerce la disciplina, me parece, que es incluso más importante que la disciplina en sí misma. Sobre todo eso de que hay diferencias que son irreconciliables entre los puntos de vista y eso para el trabajo interdisciplinario es importantísimo que se puedan ver y trabajar y si no se puede trabajar juntos, no se trabaja juntos.” (E3085)

Stolkiner (2005), trae la relevancia de los problemas asociados a la lucha entre los profesionales que intentan defender los espacios de poder otorgados por sus disciplinas. La autora plantea que en estas disputas surgen sentimientos de desvalorización donde la tarea del otro parece de mayor o menor relevancia, y que esta competencia deja al usuario a merced de las luchas entre los profesionales.

Uno de los entrevistados refiere a la superposición de intervenciones cuando las coordinaciones no se dan de forma adecuada para propiciar el trabajo en conjunto, y el cuestionamiento de si es necesario sostener tales intervenciones o si resultaría más productivo para el usuario que el técnico, haciendo uso de su humildad profesional, se reservara de tal intervención.

“Y ahí no va de suyo, no es tan común que todos estemos en sintonía. A veces se produce esto de algunos aislamientos, por supuesto implica también y a veces juegan los perfiles de las personas. Por otro lado, decía antes que hoy por hoy hay bastante representatividad de las distintas disciplinas y de los distintos programas pero uno se encuentra también en situaciones donde intervenimos muchísimos profesionales, pero en forma descoordinada. Casos y situaciones familiares donde están sobre intervenidos, pero no se logra aunar criterios y hasta a veces hay después que restar y decir bueno pero si se está haciendo este abordaje acá, ¿para qué le vamos a sumar este otro? ” (E1692)

10.8 Modalidades de comunicación en el equipo

1. Dispositivos de intercambio

Se enumeran a continuación las principales referencias de los entrevistados a los dispositivos sostenidos por los equipos para la comunicación interna:

“Mayoritariamente tet a tet, presencialmente, puede ser por intercambio debido a pacientes que normalmente surgen de la consulta y se derivan. A raíz de eso podemos intercambiar. Sería más que nada en lo presencial.” (E1102)

“Puede ser que yo me dirija al consultorio de otro, u otro viene hasta acá y me plantea ‘tal y tal usuaria a ver qué te parece tener una instancia porque surgió tal tema en la entrevista’, es más o menos así. O también vía whatsapp. A veces surge por esa vía el intercambio.” (E5916)

“Con otros profesionales también, llego e igual situación ‘discúlpame que ayer te mandé por teléfono’... ahí está otro método o dispositivo. El teléfono en nuestro caso, todos nos manejamos cuando necesitamos comunicarnos. Para un lado y para el otro. Y después tenemos chats, que tenemos varios grupos. Y mail. ” (E1692)

Principalmente aparecen como modos de intercambio el encuentro presencial durante el horario laboral, y la comunicación mediante plataforma whatsapp a diversas horas del día, aunque de esto último se traen experiencias positivas y negativas, dependiendo de la visión de cada entrevistado:

“Usamos poco redes sociales. No tenemos un grupo. En un momento quisimos tener, pero no funcionó, porque no tenía el objetivo de un grupo de equipo de trabajo, se desvirtuaba. Entonces lo que decidimos es comunicamos cosas cuando estamos, cuando nos vemos, y si no usar el teléfono en caso de que sea necesario, llamar a la persona que corresponda.” (E8782)

“A mi me ayuda la memoria por ejemplo el whatsapp, la comunicación por whatsapp porque queda registrado. No se si es mejor, pero no voy a esperar hasta el día que coincidimos para comunicarle lo que yo vi que necesitaba que ella viera. Yo se lo comunico a las 10 de la noche igual, y no es ah che estás trabajando todo el día. Pero a mi me queda un registro que es un ayuda memoria porque los pacientes son muchos y son muy similares y te confundís. Con otros compañeros no lo tengo porque no usan tanto como yo el celular. La comunicación creo que debería ser un poquito más a través de la tecnología, esa es mi opinión ahora. ” (E5208)

2. Autovaloración de la comunicación en el equipo

Respecto a la comunicación en general, todos los entrevistados coinciden en que es adecuada y correcta.

“(Comunicación) Es muy buena. Es excelente. ” (E8782)

“(la comunicación) Es muy buena, es fluida, es sistemática, forma parte del trabajo. Está instituida de alguna manera.” (E1102)

Como fuera mencionado anteriormente, Morin (1990) afirma que para analizar la predisposición a la interdisciplinariedad de un equipo, es indispensable analizar la forma que toma el discurso de sus integrantes. En particular se debe identificar el uso

de los conceptos o vocabulario de otras disciplinas, y determinar si esto responde a una jerarquía específica o a una construcción colectiva. Respecto a este aspecto, no se detecta en esta investigación el uso preferente de vocablos de una disciplina determinada. Los discursos de los entrevistados despliegan un lenguaje común en el que se repiten conceptos como “salud integral”, “trabajo de equipo”, “empatía” y “compromiso” que refieren a un discurso salubrista enfocado en el Primer Nivel de Atención, y que todos parecen compartir, lo cual posibilita una autopercepción positiva de la comunicación que no encuentra barreras en este aspecto.

“(la comunicación) Fluida, abierta, no hay barreras, se escucha, siempre hay apertura, y ese ida y vuelta como que se genera una sinergia importante en el diálogo, siempre a la apuesta de los usuarios y usuarias, no noto ningún tipo de dificultad” (E5916)

“Estamos en comunicación con todo el equipo. Nos reunimos, charlamos un caso en específico, o nos mandamos mensajes...” (E3205)

Por otra parte, en uno de los entrevistados, si bien comparte su opinión con los demás, aparece la idea de que un canal de comunicación institucionalizado o no informal como los utilizados hasta ahora, mejoraría las condiciones de comunicación en el equipo.

“Es buena, pero falta mucho. Debería ser mucho más fluida la comunicación. Deberían haber canales institucionales de comunicación.” (E3085)

10.9 Lugar de la interdisciplina en la práctica

1. Lugar y tiempos

Un primer punto que aparece en el discurso de los profesionales tiene que ver con la aplicabilidad del trabajo en interdisciplina en el PNA, diferenciando entre el sector público y el privado. Si bien se entiende que la reforma del SNIS fuera planteada para todo el Sistema Sanitario en el territorio nacional, los entrevistados remarcan las diferencias que encuentran en las prácticas propias, y las de colegas con otras inserciones laborales.

“Yo creo que estamos más habilitados, por cuestiones de elaboración estratégica que se hizo en algún momento, en el área pública para trabajar en interdisciplina, yo puedo hacerlo, tengo mi tiempo disponible, y tengo el recurso también así como lo tienen otros con respecto a mi persona, o a mi especialidad. No es así en otras áreas más del mutualismo o... este enfoque se habilita también desde la estrategia de salud de donde estamos. No puedo discutir con algunos compañeros que trabajan en el mutualismo, pero la verdad es que esto funciona a nivel público.” (E1102)

Por otra parte, aparecen reflexiones sobre la diferencia de trabajo entre los Niveles de Atención en Salud:

“En el Hospital se habla desde la teoría: este paciente debe ser tratado de forma interdisciplinaria, pero después faltan las articulaciones, quién habla con quién, tengo que hablar yo, no la paciente. Porque a la paciente capaz no le dan bola. Eso es fundamental para mí, falta más, a mí no me cuesta nada ir, voy y le hago los pedidos de interconsulta, no me cuesta nada.” (E5208)

Surge como denominador común en los discursos el tiempo disponible para el encuentro como una dimensión imperativa para el trabajo en conjunto. En esto, las realidades entre disciplinas son disímiles. Por un lado, se encuentra la realidad los médicos en medicina familiar y comunitaria:

“Nosotros somos especialistas en mfyc y tenemos habilitadas horas comunitarias... que de no ser así no podríamos hacer las coordinaciones y trabajar interdisciplina en las horas asistenciales.” (E1102)

Sin embargo, aparentemente sólo los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria cuentan con las llamadas “horas comunitarias” dentro de su esquema de trabajo formal, mientras que para los otros profesionales no existe aún una modalidad institucionalizada de este trabajo:

“Cada uno está muy al palo con lo suyo y tiene los tiempos asignados medio justos y no hay asignados tiempos y espacios para el trabajo interdisciplinar. Y últimamente menos, todavía.... ” (E3085)

“Y ahí sí quizás un obstáculo que yo encuentro en mi tarea es la falta de tiempo. Porque quizás, no que no esté el profesional, sino la falta de tiempo que involucra el encuentro con el otro. El poder encontrarte, el poder dialogar, ponerle pienso, porque no es solo el momento de la intervención si no toda esa previa y post, eso lleva tiempos.” (E1692)

La mayoría de los entrevistados refiere a la conformación de una modalidad de intercambios “de pasillo” como mecanismo auto compensatorio de la falta de tiempos institucionales asignados para la interacción entre profesionales, que queda ligada a la buena voluntad de los participantes y en un plano de informalidad:

“Muchas veces el intercambio de informaciones está en las cortitas: en esa cuestión de yo entro y vos salís entre paciente y paciente de pronto, a mirá fulano. Me parece que lo más frecuente en este momento es ese tipo de intercambio.” (E3085)

“En esos espacios que uno se genera, a diario, que les podemos llamar informales si se quiere, pero que paradójicamente hacen a la sistematización. Por ejemplo en una de las policlínicas ya está sistematizado implícitamente que antes de que inicie XXXX su trabajo, siempre pasa por mi consultorio y hacemos una puesta a punto de che mirá a esta usuaria le pasó tal situación, llegó de juzgado tal cosa, qué te parece.” (E1692)

“Nosotros estamos muy acostumbrados, pero porque nos ha funcionado, esto de juntarnos cinco minutos en la mitad de una consulta. Esto puede ser muy desordenado pero es la verdad. A veces charlamos un poquito y decimos ‘ta ta lo hablamos después’. Pero tenemos una cuestión que nosotros la tenemos integrada, que en cualquier momento del día cuando sea que podamos dos o tres si hace falta nos juntamos cinco minutos y charlamos cinco minutos y vemos qué hacemos. Cortito, te digo cinco minutos pero pueden ser tres.” (E2490)

Esta lógica sostenida en todos los centros de atención que integran la muestra, produce una carga de trabajo paralela o “extra” que no siempre es reflejada en los informes de actuación de los profesionales, los cuales cuentan con un importante subregistro del trabajo de coordinación realizado, a veces hasta fuera de su horario laboral:

“Cuando yo veo una cosa me gustaría que vea otro profesional... les aviso con un mensaje, les comento, después cuando viene nos reunimos unos minutos antes de empezar a trabajar para hablar sobre el tema. O ya viene preparada con lo que yo ya le escribí de antemano y ya viene con un data más, las historias.” (E3205)

“De las modalidades, con algunas variantes, tienen que ver básicamente con esto de la disposición a poder intercambiar en instancias las que llamamos muchas veces de pasillo, que son en los intersticios por la falta de tiempo que tenemos. Ahí es donde uno se encuentra articulando y coordinando situaciones familiares, de algún usuario en particular, de algún emergente, se lo encuentra coordinando entre un paciente y otro, en el momento del almuerzo.” (E1692)

“Más de charla cortita entre paciente y paciente. Pero sin asignarle la importancia que tiene, de un tiempo, un espacio...” (E3085)

2.Las reuniones de equipo

De esta necesidad planteada de sistematizar los espacios de encuentro, aparece la reunión de equipo como una figura que carga diferentes representaciones. Algunas de ellas son la dificultad de consolidar el espacio debido a diferencias en horarios de trabajo de los profesionales:

“Respecto a la policlínica se realiza, una vez cada tanto, reunión de equipo, que son los momentos en que nos juntamos, a veces, depende del momento de la semana hay veces que coincide que estoy acá y hay veces que no, porque va turnando para que... porque es imposible congregarse a todos los técnicos en un día solo. Obviamente tenemos horarios distintos. Se va rotando para que podamos estar en distintos momentos.” (E5916)

“Antes hacíamos muchas reuniones de equipo. Es difícil concretar un día que estemos todos. Con el tema de la pandemia... nos faltan consultorios. No nos podemos juntar nunca porque venimos días distintos.” (E3205)

Otra dificultad que aparece en los discursos ligada a las experiencias truncas para establecer la permanencia del espacio, tiene que ver con otras tareas que se privilegian sobre la reunión, o lo ligado al período de pandemia COVID 19 que limitó los encuentros. El resultado actual es que las reuniones, en la mayoría de los centros considerados, quedan ligadas a dar solución a situaciones concretas y por lo tanto no se dan de forma periódica:

“Siempre cuando planificamos el trabajo del año tratamos de ponerle una fecha fija cada mes para reunión de equipo. Pero pasa que nunca lo podemos cumplir porque siempre tenemos algún detalle que lo impide. Últimamente hacemos reunión de equipo cuando pasan cosas que queremos solucionar, y ahí nos damos cuenta lo necesario que es hacerla más periódica. Pero la realidad es que no la hacemos.” (E8782)

“Nosotros la otra vez decíamos en broma que habían tres reuniones de equipo distintas: una tenía que ver con cuestiones prácticas como que se rompió una puerta, o se gotea el techo, o problemas de horario o problemas de vínculos entre compañeros. Otra que tiene más que ver con la operativa: de los números, de cómo se agenda. Esas son reuniones de equipo, que en la policlínica son muy esporádicas. Y después está la red focal que es sobre algún caso: pasa algo con un persona en que está bueno que intervengan dos o tres que están y entonces nos reunimos esos dos o tres.” (E2490)

A modo de hipótesis, esta modalidad de trabajo de reuniones esporádicas, en su mayoría no sistematizadas y centradas en un problema o situación concreta a resolver, podría llegar a complejizar el diseño estrategias o intervenciones a nivel longitudinal y prospectivo que involucren a todo el equipo de salud. Podría pensarse que se instaura una lógica de trabajar “apagando incendios” y no necesariamente previniéndolos, dificultando la concreción de lo que fuera estipulado en la estrategia de APS como pertinente para el PNA.

Pastorino (1999) afirma que en el sistema sanitario es notorio que los profesionales trabajan de manera simultánea, pero muchas veces aislada, manteniendo coordinaciones superficiales sin espacios para una planificación conjunta. Parte de esta afirmación podría seguirse considerando vigente, aún luego de la reforma del sistema sanitario, ya que los entrevistados relatan constituir pocos espacios de intercambio, y que los que se logran sostener no estarían sistematizados.

Es pertinente destacar que en la mayoría de los entrevistados surgen cuestionamientos respecto a la modalidad actual de las reuniones de equipo y reflexiones sobre su potencial. En particular, aparece en el discurso de los integrantes de dos centros de salud que el espacio para las reuniones fue “conquistado” por el equipo luego de exigir reiteradas veces a la Dirección de los Centros la cancelación de la agenda de consulta individual de todos los profesionales para poder lograr ese lugar de encuentro y, sin embargo, en ambos casos, el espacio no pudo ser apropiado por los técnicos y cayó en desuso.

“Nosotros antes hasta hace un tiempo teníamos una reunión más o menos mensual con todo el equipo. Ahora eso cambió, hace tiempo... este año por ejemplo tuvimos una sola. En la reunión de equipo se intercambiaba mucha información y se organizaba mucha cuestión. Con todo el tema covid nos ha venido a cambiar en mucha cosa.” (E3085)

Anteriormente, se planteó que según Perea (2017), uno de los indicadores de interés en el trabajo interdisciplinario que presentan los equipos, refiere al nivel de importancia que los mismos otorgan a los espacios sistematizados para el encuentro. Esto refiere a que para realizar los mismos es necesario poner en pausa las actividades de asistencia y consulta individual y aquí pueden visualizarse las resistencias o el interés

institucional por el tema (Perea, 2017).

“Y a eso le agregamos, quizás como cuestiones más sistematizadas tenemos hoy en día las reuniones de equipo que fluctúan mucho y en contexto pandemia también cambiaron las modalidades porque tuvimos mucha cosa virtual.” (E1692)

En concordancia con lo presentado, Díaz y Ramírez (2017) califican el trabajo entre profesionales realizado en el SNIS como multidisciplinar y plantean que viene históricamente llevándose a cabo en la figura de la interconsulta y en las reuniones no sistematizadas de equipo.

3. Estabilidad del equipo

Volviendo a la noción del tiempo compartido necesario para el trabajo en interdisciplina, aparece otra vertiente referente al “tiempo para conocerse” entre los profesionales. Como fuera establecido anteriormente, es destacado por los entrevistados que el vínculo personal y las experiencias profesionales compartidas afectan de forma directa a la producción de interdisciplina y, en este sentido, los recientes cambios de personal y la inestabilidad laboral como factor estresante dificultan dicha producción:

“El tema de la falta de constancia del personal, nosotros tenemos un determinado vínculo que nos coincide, que es lo que más nos aferra a nosotros, nos conocemos, y el cambio, que nos cambien permanentemente es medio complicado. Porque cuando uno ya establece estos vínculos y de repente te cambian una persona, y tenes que volver a conocer a la persona...” (E3205)

“De repente aparecen nuevos integrantes en los equipos. Yo puedo tener una idea de qué hace tal profesional, o en otros tiempos hizo, pero realmente este compañero en particular, que también tiene su perfil y su impronta, si no tenemos una instancia de intercambio donde pueda plasmar sus objetivos, su modalidad de trabajo y hacer esa puesta a punto, se complica.” (E1692)

Sobre este último punto, Romano (2007) apunta a discernir entre los conceptos de equipo y grupo, siendo el primero caracterizado como un proceso que necesita de un tiempo para construirse, en el cual se dará una co-construcción de pautas de funcionamiento comunes.

“Igualmente la nuestra es de los lugares que tienen los equipos más compactos, más fuertes... En (otra policlínica) me parece que es más todavía, porque la gente hace más tiempo que está entonces tiene más tiempo de trabajo, tienen más aceitado el trabajo. Pero acá se tiene cierta cuestión de potencial. Falta un tiempo porque hubieron más cambios.” (E3085)

“También hay una cuestión que esto lo permite que es el hecho de haber trabajado mucho juntos y que ya nos conocemos y ya sabemos lo que piensa el otro, te lo estoy diciendo así pero esto se fue construyendo a lo largo del tiempo.” (E2490)

Se entiende que la permanencia de los integrantes en los equipos es percibida por la mayor parte de los entrevistados como un factor fuertemente ligado a la capacidad de

realizar un trabajo interdisciplinario en tal equipo.

4. Jerarquía en los equipos

Díaz y Ramírez (2017) plantean que la piedra angular de la reforma del SNIS, en cuanto al modelo de atención, requiere de una renuncia del saber omnipotente y de las luchas jerárquicas entre las disciplinas. Si bien ya se trató sobre aspectos personales que pueden afectar negativamente al encuentro interdisciplinario (aquellos que los entrevistados optaron por llamar “ego”), aquí se dejarán plasmadas algunas reflexiones de los entrevistados sobre la jerarquía y su funcionamiento dentro de los equipos.

“No cerrarse en ‘ah, esto es mi única verdad’ como que hubiera una jerarquía de saberes, si no más en el plano de la horizontalidad tal vez” (E5916)

“La interdisciplina se da en una situación en la que la mirada de cada disciplina y la acción de cada disciplina no está fuertemente condicionada por la mirada de las otras.” (E2490)

Las presentes reflexiones van en línea con lo que plantea Fernández (2016) cuando afirma que, desde su postura, no se consideraría interdisciplinar a la relación entre disciplinas en la que una disciplina opera como auxiliar de otra. La autora pone el énfasis en el carácter de cooperación entre disciplinas, lo cual necesariamente conlleva interacciones con reciprocidad en los intercambios apuntando a un mutuo enriquecimiento. De esta manera, es entendido que todas las disciplinas que acuden al diálogo deben de llegar en condiciones de relativa igualdad o pretendida horizontalidad, para que se generen las condiciones de producción de un legítimo trabajo en conjunto.

Sobre este aspecto, algunos de los entrevistados plantean que la jerarquía ofrece un necesario orden para los equipos, que de otra forma se desestructuran:

“Es difícil formar un equipo, es difícil sostener un equipo. Porque a veces en el equipo hay que poner límites, tiene que haber un criterio, un orden, porque bueno sí, somos equipo, pero no que cada cual hace lo que quiere, cada cual tiene su rol dentro del equipo, y ese rol tiene que ser cumplido. A veces te enfrentas a esto de cuándo o cómo poner límites. Me ha pasado de conocer a otros colegas que le ponen hasta la autoridad del título (profesión). No me ha pasado a mí pero sí se que he tenido que poner límites en cuanto a: aca no se hace esto, este no es el horario.” (E8782)

Sobre esta misma postura, uno de los entrevistados plantea que la jerarquía debería responder al profesional que haya realizado el primer contacto con el paciente. En esta definición está implícita la idea de un trabajo escindido entre los profesionales donde cada uno realiza su tarea de forma independiente. Aunque se menciona una coordinación general ordenando la intervención, no parecería haber una intención de pensar el caso en conjunto.

“Puede haber un organizador que puede ser tal profesional u otro pero que está punteando en los distintos problemas del paciente. Ni siquiera se llama líder el que coordina, es alguien que recibió por primera vez al paciente, en el sentido en que tenía que derivarlo y de repente ese paciente se transforma más en un paciente de un equipo que de otro. Entonces ahí yo simplemente lo que hago es retroceder y ver un poquito cómo se trata esa patología del paciente y después yo complementar con lo otro.” (E5208)

Nuevamente, toma protagonismo el llamado “Modelo Médico Hegemónico” desarrollado por Menéndez (1998), ésta vez en la forma en que la jerarquía impone una mirada única sobre la salud del paciente, si bien, al mismo tiempo, esto es cuestionado:

“Porque cada vez estamos viendo más dentro de compañeros médicos y de medicina familiar también, cómo esta cuestión de que la inercia te va llevando a la predominancia de lo biomédico sobre lo psicosocial, y el trabajo del primer nivel de atención claramente no es así.” (E2490)

“Porque lo que pasa es que sigue habiendo, quizás en una mayoría de colegas médicos, la idea de que lo que tiene para aportar el equipo psicosocial es importante sí, pero bastante menos que lo que tenemos para aportar los médicos, no es que no importa pero importa menos.” (E2490)

Gandolfi y Cortázar (2006) defienden que las desigualdades jerárquicas y la valoración que se les da dentro del área salud a algunas disciplinas por sobre otras, sostiene una importante fractura que se distingue desde la universidad y se extiende posteriormente en los equipos asistenciales. Los entrevistados encuentran respuestas a esta tendencia en los procesos históricos de integración de las disciplinas no médicas al sector salud, concluyendo que aún se encontraría en una etapa de transición primaria de la que cuesta desprenderse:

“En la experiencia de trabajo en el primer nivel de ASSE... hace muchísimos años no había ninguna otra disciplina que no fuera medicina y enfermería: después se dio la integración de otras disciplinas. Cuando se da de ese modo, yo creo que se pierden un montón de riquezas y un montón de posibilidades de dar respuestas en esta cuestión de que yo estoy en mi consultorio y se la mando al del consultorio de al lado y cada uno en su consultorio hace lo que mejor le parece, que no es ningún pecado, pero bueno, es una cuestión primaria cuando se están integrando.” (E2490)

Respecto a ésta transición, López (2015) advierte sobre los riesgos de quedar estancados en una primera etapa de integración de las disciplinas, en un “como si” interdisciplinario que instaure lo que ella llama un “simulacro de interdisciplinariedad” que tiende a solidificarse con el paso del tiempo. Refiere específicamente a este proceso cuando alguna de las disciplinas actuantes se impone de manera imperialista sobre otras y esa subordinación es aceptada o naturalizada, incluso sin que haya ningún tipo de “mala voluntad” por parte de los profesionales involucrados. (López, 2015)

Uno de los entrevistados reflexiona sobre el discurso institucional que llega a los

equipos como mandato implícito de diversas maneras, y los efectos que éste genera en las relaciones de poder:

“Hay una primera cuestión que marca la cancha, y que en este momento se está en una cuestión sumamente contradictoria que es la mirada institucional. Porque es esta cuestión de yo desde la institución qué espero con la contratación de un psicólogo, de un trabajador social, de un médico de familia. Que tiene que ver con cómo se generaron históricamente, que fue bajo la predominancia de la mirada biomédica. La mirada médica en enfermería está como sobreentendida.” (E2490)

10.10 Entre la expectativa y la realidad

1. Experiencias previas

Romero et. al (2004) realizan un estudio sobre las impresiones de los trabajadores de un equipo respecto al rol del Trabajador Social, y concluyen que dichas representaciones están influidas tanto por características personales de los profesionales concretos, como por las experiencias anteriores que los integrantes del equipo han tenido con otros Trabajadores Sociales.

Tomando esta referencia, se pregunta a los entrevistados sobre sus experiencias previas dentro del equipo de trabajo en interdisciplina, con diversos resultados. Por un lado aparecen experiencias exitosas de trabajo en las que el equipo logró reunirse a discutir un problema del centro de salud y resolverlo en conjunto:

“Teníamos pocas horas de auxiliar de limpieza, y ahí como equipo tuvimos que hacer como una petición bastante importante haciendo énfasis en que nos exigían por un lado la higiene entre paciente y paciente pero no nos daban el recurso. Entonces estaba eso de que la enfermera dijo yo no me voy a poner a limpiar, el administrativo dijo yo no voy a lavar un piso, y bueno ahí fue como que nos tuvimos que poner un poco firmes con respecto a la atención en consulta, hasta que logramos el cometido en realidad. Hicimos una reunión de equipo y lo planteamos a la dirección. En esa reunión estaban todos.” (E8782)

“Convocamos a una reunión porque el año pasado cerraron las policlínicas barriales, entonces tuvimos varias movidas para encontrarnos y generar alguna incidencia, sobre todo la última policlínica que pudimos lograr abrir. Ahí había algo muy insistente que desde las autoridades no querían abrirla por el tema de que no estaba separada ninguna habitación para los casos covid. Entonces por la infraestructura no la permitían. Entonces ahí estuvimos con vecinos, con equipos, montones de movidas hasta que pudimos negociar un contenedor en el jardín y eso se logró.” (E1692)

Por otra parte, aparecen también experiencias en las cuales la modalidad de trabajo interdisciplinaria no logra concretarse:

“XXX (tal profesional) tenemos uno que es del centro de salud que no tiene mucha... no se siente parte del equipo porque su forma de trabajar es muy diferente y nosotros veníamos acostumbrados a otra persona que trabajaba muy diferente. Eso es algo que hay que afinar.” (E8782)

“A mi me paso, hace años tratando de hacer una investigación en una escuela:

armamos toda la investigación con una muchacha de otra disciplina, y resultó que después se interpusieron sus temas personales... Pero fue muy difícil de trabajar y no por la cuestión interdisciplinar, fue difícil por la cuestión personal. Y eso es inevitable.” (E3085)

2. Influencia del marco institucional y políticas públicas

Los entrevistados plantean varios comentarios sobre la influencia de las políticas públicas que rigen el accionar de la atención en salud, en su trabajo diario. En general, coinciden en una falta de comunicación de los equipos con los Centros de Salud que dictan las normas de su trabajo y las políticas públicas que deben acatar, lo que resulta en políticas ajenas a la realidad en la que trabajan y una incongruencia que se transmite en la atención.

“También nos pasa eso: los canales de comunicación ya no son los mismos que antes. Antes estaba institucionalizado... La reunión de equipo tenía su tiempo y su espacio, pero además no la del equipo de la policlínica, si no la del equipo de todo el centro de salud. Pero ahora esos canales están todos cortados, yo no recuerdo la última vez que las autoridades del centro de salud de referencia estuvieron en la policlínica... Debe hacer más de dos años. Entonces eso es loquísimo.” (E3085)

“Ese mito de que trabajar en la periferia está muy vinculado a la pobreza, que no es así, un mito digamos, y mucha gente no llega. Entonces es como dar una orden desde un lugar de repente sin conocer una situación y los que dan la cara es la gente del equipo que es la gente visible y la gente que está en vínculo estrecho con la comunidad.” (E8782)

Perea (2017) plantea como resultado de una investigación con psicólogos en el Primer Nivel de Atención que existe una discrepancia entre lo que los profesionales entienden que se les pide institucionalmente que hagan (actividades enfocadas a la promoción y prevención de la salud, en concordancia con la propuesta de cambio de modelo del SNIS) y la manera en que se las evalúa desde un modelo individualista, conformando un doble discurso institucional que genera desconcierto. Esto también aparece en el discurso de los entrevistados:

“Como que los pocos espacios que había se fueron cerrando, también. Nos están sacando las horas de trabajo comunitario que teníamos designadas, nos están pasando a trabajo más individual, más de consulta o seguimiento de casos, específicamente respiratorios. Y el tiempo que teníamos para trabajar en red, para hacer educación para la salud se nos está cerrando.” (E3085)

“A veces lo visible cuando finalmente se llega a plantear una estrategia es muy recortado y puntual, pero eso implicó toda una serie de pasos. Eso lleva tiempos, que son muy difíciles también en lo que hace a los registros, cómo demostrarlo y mostrarlo y ahí también me encuentro un obstáculo: en estos tiempos. Me encuentro un obstáculo en lo que se prioriza dentro de las políticas. Por ejemplo, tendría que estar avalado institucionalmente. Si por un lado se determina desde lo conceptual y se espera que haya trabajo desde la interdisciplina y en red e intersectorialmente, pero después se pide cantidad de números, estadísticas y no se pasa eso que es más del orden de lo cualitativo a otro registro, entonces también estás en problemas, estamos en problemas.” (E1692)

Al propiciar desde la gestión formas cuantitativas e individuales de evaluar y medir la productividad de los profesionales de los equipos, no se condice con los objetivos de la práctica interdisciplinaria que deberían valorar la tarea colectiva a la par con la individual. Uno de los entrevistados hace referencia directamente al problema de las agendas electrónicas que no contemplan el encuentro entre profesionales, y cómo esto afecta a su labor diaria.

“Tendrían que existir espacios que estén sistematizados de encuentro. Y vos eso tenes que poder agendarlo, tenes que darle lugar. Y ahí entonces empiezan como los hilos a cruzar porque, por un lado tiene que estar habilitado institucionalmente para que te lo permitan en la agenda, y a la vez darle vos el margen a eso, o sea ubicarlo. Por supuesto que la mayoría de nosotros lo hacemos igual, pero no logramos sistematizarlo. Lo haces cuando ya estás con la urgencia.” (E1692)

“Por eso digo, están después esos cortocircuitos. Por un lado te capacitan, te dicen que sí interdisciplina, ponen el acento en lo comunitario y después para bajarlo a la práctica se dificulta. El tema del registro, es un tema... el tema del rendimiento, qué se evalúa cuando se evalúa, es difícil. Porque siempre traducir una cuestión cualitativa en algo cuantitativo es... ¿cómo lo medís? Algunos programas, que eso es histórico, han logrado o han acompasado esto con otras políticas, y en la RAP esto no es tan así. No está resuelto.” (E1692)

Por su parte, uno de los entrevistados reflexiona sobre este doble discurso institucional cuya gestión, si bien genera obstáculos para legitimar el encuentro interdisciplinario, por otro lado ha impulsado la aparición de nuevas disciplinas en espacios que anteriormente no estaban presentes:

“Ojo, no quiere decir que la institución sea contraria a la interdisciplina, porque ha ido contratando técnicos de otras disciplinas. Ha generalizado la presencia del equipo psicosocial en el primer nivel de atención. Con respecto al equipo psicosocial igual creo que hay una cuestión a mitad de camino porque no se termina de organizar bien el lugar que tiene y la jerarquía que tiene y por eso hay diferencias grandes entre las horas de los cargos de integrantes del equipo.” (E2490)

En Romano et. al (2007) se caracterizan elementos institucionales como factores que influyen en la labor y respuestas de los profesionales. Arriban a la conclusión de que para generar cambios en el funcionamiento de los equipos, es necesario elaborar un marco normativo que oriente las prácticas de forma definida de acuerdo a los objetivos reales que se buscan lograr. Uno de los entrevistados retoma el aspecto de las reuniones de equipo, pero en relación a los mandatos y habilitaciones institucionales:

“Todo lo que tiene que ver con la articulación y coordinación entre nosotros parte de nuestra iniciativa, ninguna es una iniciativa institucional. Y además, esto genera graves problemas en equipos en donde no hay una iniciativa dentro del equipo de articulación fuerte y de pronto hay compañeros que hasta, al revés, no están interesados en que eso suceda, donde si no me reúno mejor, tengo un problema menos. ” (E2490)

10.11 Interrogantes a partir de la práctica interdisciplinar

1. Obstáculos identificados por los equipos

Algunos de los entrevistados plantean no encontrar obstáculos para el trabajo interdisciplinario dentro de sus equipos:

“(obstáculos) No, ahora no...me cuesta como visualizar...” (E5916)

“Obstáculos no se me viene ninguno a la mente porque si no los sorteamos lo encaramos bien como equipo, tenemos las prioridades muy bien marcadas y sabemos como ir afrontándolas paso a paso.” (E8782)

Por otra parte, el obstáculo identificado con mayor frecuencia por parte del resto de los entrevistados parecería ser el tiempo disponible para el trabajo, incluyendo variaciones que refieren al tiempo de la reunión de equipo, a la carga horaria de los contratos, o al tiempo para realizar reuniones. Suelen referir a la dificultad que implica el aumento constante de la carga asistencial individual.

“Y de las desventajas más que nada yo las vincularía al exceso de trabajo particular de cada disciplina, las veces que no nos podemos encontrar porque el trabajo asistencial en sí, es cada vez mayor. Los cargos de algunos son absolutamente insuficientes en cuanto a horas. El resto de los equipos no tienen como nosotros un equipo multidisciplinario completo. No es la general de la ley que así exista. Eso nos recarga a nosotros.” (E1102)

“Capaz que más tiempo, que no sea tan espaciado, o tener un... no se como llamarlo, pero para situaciones más complejas o que requieren más pienso, tener instancias que en realidad nunca hemos tenido... a veces los tiempos asistenciales nos corren detrás y nos juega en contra totalmente.” (E5916)

“Sobre todo la falta de tiempos y espacios para trabajar en conjunto. Para mi eso es el obstáculo mayor, digamos.” (E3085)

“(debilidades) El tema de las reuniones de equipo...no son seguido.” (E3205)

Nuevamente aparece la dimensión del tiempo necesario para conocer a los compañeros de los equipos, un tiempo subjetivo de construcción de un conocimiento sobre la tarea y percepción del otro.

“Pero cuando empiezan los cambios de gente, de personas en el equipo uno ya empieza un poco... No sé si nos preparan para poder evitar eso. ” (E3205)

“La debilidad es que no sabemos trabajar en equipo. Yo me parece que de las personas que deberían de tomar la posta de impulsarlo yo tendría que ser una de ellas y me agarra medio cansada, medio pasada de laburo. No contar con los tiempos y los espacios. Todos muy sobrepasados de laburo por las urgencias y las cosas que se van dando y con poco tiempo, pero también poco tiempo institucional de generar esto de trabajo en equipo. Falta un montón, faltan años luz, para generar un buen trabajo en equipo.” (E3085)

En línea con lo anterior, en las respuestas también aparece una dimensión del “saber hacer con otro”, de un aprendizaje necesario de cómo trabajar en equipo y la capacidad de apertura, que no todos dan por asegurada.

“Me encantaría que realmente todos los especialistas que rodean al área de la disciplina en que trabajo tuvieran el concepto del trabajo en equipo. No es lo más común.” (E5208)

“Siempre la tentación es a pensar que el problema es que existan los recursos humanos. Pero yo creo que ese es un nivel. Sin desconocerlo, eso existe no tanto en la representación de otras disciplinas, si no en la cantidad de horas. Pero yo en realidad pienso igual que la mayor dificultad está en la disposición del otro, la interlocución con el otro y la aceptación de que es parte del trabajo y que suma a los distintos abordaje ese diálogo y ese intercambio y esas estrategias a veces compartidas.” (E1692)

“En realidad a veces lo que para mi sería lo correcto, para otro no, y llegar a un acuerdo es bastante complejo. Y más cuando a veces estás trabajando con situaciones que son complejas como judicializadas y demás en el cual nosotros que estamos trabajando en interdisciplina tenemos un criterio y una visión de la situación que otro equipo interdisciplinario capaz no tiene, y entonces ponerse de acuerdo es a veces hasta frustrante te diría. Y eso te lleva años, y a veces nunca se resuelve. O sea pasas de reuniones con equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios y no llegas a una conclusión ni a resolver nada y te sentís frustrada porque no le diste una solución a esa niña o esa familia o esa persona.” (E8782)

Desde otro enfoque, aparece el aspecto ya mencionado de la dimensión institucional como un obstáculo que puede limitar el trabajo.

“La debilidad que tiene, de nuevo, para mi es el marco institucional. Yo creo que lo institucional es un obstáculo porque generar una mirada más actualizada...la experiencia que tenemos algunos equipos ya daría para sacar conclusiones” (E2490)

Es relevante destacar que si bien la mayoría de los entrevistados se expresó sobre este aspecto anteriormente, solo uno de ellos lo hizo de forma explícita ante la pregunta directa por los obstáculos encontrados, mientras que los demás lo dejaron implícito en su discurso al mencionar regímenes de contratación o políticas de trabajo.

2. Fortalezas identificadas por los equipos

Uno de los primeros aspectos que aparece en los discursos en referencia a las fortalezas del equipo es la trayectoria del mismo y el capital de conocimiento sobre la población que han generado:

“Me parece que tenemos la experiencia de los profesionales que recontra conocen a las familias.” (E5208)

“La médica de familia es super querida acá, tiene una basta trayectoria. La policlínica en el barrio tiene un peso importante. El compromiso de la doctora que es un pilar. Estamos en una institución de salud y el rol de la médica es preponderante.” (E5916)

“Las fortalezas están vinculadas al conocimiento y al compartir los objetivos entre los miembros del equipo en general. Otra son los años de trabajo, ya hace muchos años

que se trabaja con esta metodología con esta forma. La fortaleza del conocimiento del equipo del lugar, de la zona, de las familias, la longitudinalidad y la continuidad la tenemos de todo el equipo. Eso es muy ventajoso.” (E1102)

Otro de los aspectos que se reitera en varias respuestas es el compromiso por la tarea, que fuera valorado anteriormente junto a otras características personales importantes en el desarrollo del trabajo interdisciplinario.

“Destaco mucho el compromiso y el ponerse, la empatía, ponerse en el lugar del otro, tratar a los usuarios de manera muy amena, no es algo frío, es un equipo sumamente cálido, las características del médico de familia van en esa línea, no es tanto como un médico en un consultorio frío que no la ves nunca como que no hay un trato tan amigable con los usuarios.” (E5916)

“Fortalezas tiene muchas porque son toda gente que tiene ganas de trabajar en equipo, que me parece que tiene puesta la camiseta de bueno acá yo vengo a trabajar y vengo a trabajar para la gente, no vengo a ganarme el sueldo y salir corriendo ni me pienso mejor que la gente. Me parece que todo el equipo, todos y cada uno, no hay ninguno que no sienta amor por lo que hace y que no trabaje con gusto y con ganas.” (E3085)

“Creo que lo principal que tenemos es que, generalmente los que trabajamos el primer nivel, al menos mis compañeros, que yo les estoy muy agradecida y trabajo muy cómoda con ellos, querés lo que hacés. De mis compañeros yo no estoy con gente que no esté comprometida con lo que hace.” (E1692)

Uno de los entrevistados hace referencia a las posibilidades de comunicación dentro del equipo, al cual valora positivamente como un facilitador del trabajo conjunto:

“No encuentro problemas para la comunicación, es sólo sentarse y hablar.” (E5208)

Por último, gran parte de los discursos de los entrevistados se refiere a las características del equipo en cuanto a su composición multidisciplinaria y el nivel de formación de sus integrantes, lo cual es muy valorado:

“En mi forma de trabajo, los años que trabajo acá, es casi impensable trabajar sin los otros miembros del equipo. Por supuesto que se puede pilotear, como lo pilotean otros compañeros en otras policlínicas pero esto es una buena forma de abordaje que yo creo que ha tenido sus beneficios en la población.” (E1102)

“La verdad que ahí tenes todo, policlínica pobre pero honrada, tenes psicólogo, tenes médico de familia, tenes enfermero, tenes auxiliar de servicio. Te podés jactar frente a otros que no tienen un XXXX (profesional de otra disciplina) metido ahí compartiendo el escritorio.” (E5208)

“La forma de funcionar del equipo es muy buena. Tener el equipo como bien formado e identificado. Cada cual sabe en el equipo cuál es su rol. Creo que eso ya es una fortaleza que no todos los equipos tienen el privilegio de tenerla.” (E8782)

“Y lo que tiene a favor el equipo es que las cosas se dieron de un determinado modo, de articulación creciente entre nosotros, y lo primero que tuvo que ver es la calidad humana de las personas que están involucradas, incluyendo la inteligencia, la preparación y eso. Que hayan sido quienes son para mi es una bendición del cielo, y no tiene precio.” (E2490)

11. Conclusiones

Es pertinente aclarar que los resultados arrojados por la presente investigación representan un conocimiento acotado a una muestra particular. Los mismos no pretenden ser resultados generalizables a todos los centros de salud del Primer Nivel de Atención de ASSE, ni a todos los profesionales que en ellos trabajan. Sin embargo, el estudio permitió un acercamiento a las percepciones y significados imaginarios que construyen los profesionales de algunos centros de salud sobre el trabajo en interdisciplina en servicios del Primer Nivel de Atención de Salud de ASSE. De esta manera, se entiende por alcanzado el objetivo general del presente estudio.

También resulta relevante preguntarse si la utilización de medios virtuales para las entrevistas en profundidad afectó de alguna manera la calidad de la información recibida (recorte de aspectos paraverbales, gestualidades).

A nivel general, el estudio comparte algunos resultados con otras investigaciones (López, 2015; Perea, 2017) ya que destaca que los profesionales entrevistados acuerdan que la práctica interdisciplinaria es compleja y de difícil definición. Agregan que se requieren diversos aspectos para la interdisciplina: del carácter personal, de formación profesional y hasta de encuadre institucional. Por último, concuerdan en que los centros de salud en los que trabajan no son interdisciplinarios en sí, sino que los equipos multidisciplinarios que los integran cuentan con condiciones necesarias para producir momentos e intervenciones interdisciplinarias, pudiendo lograrlo algunas veces y otras no.

A continuación se valorarán los objetivos específicos que fueron planteados para el proyecto:

Determinar la percepción de los profesionales sobre la participación y aportes de los otros saberes disciplinarios en las tareas que desarrollan.

Se concluye que los entrevistados presentan una buena valoración general del aporte de otras disciplinas, algunos considerándolo indispensable para su forma de trabajo en particular, y/o para el abordaje integral a la salud en el Primer Nivel de Atención. El foco de algunos se centra más en esta necesidad por una visión integral de la atención en salud que implica ese abordaje, en otros por la complejidad y el tipo de consultas que se reciben (violencia, maltrato infantil, abuso sexual, consumo de sustancias, entre otros), y en otros por una necesidad de resolver problemas de los pacientes que exceden al interés de su disciplina y es necesario sortear para continuar con otro abordaje.

Caracterizar qué definiciones de interdisciplina y de trabajo interdisciplinar aparecen en el discurso de los profesionales de salud de los centros seleccionados.

Los entrevistados coinciden en que la interdisciplina, en su área de trabajo, refiere a la construcción colectiva de abordajes en salud que integren las miradas de los distintos actores involucrados, que puede incluir a profesionales como a otros actores portadores de saberes no profesionales, y que es un trabajo difícil pero necesario para resolver problemáticas complejas de la población.

Asimismo, coinciden en que hay características personales de los integrantes de un equipo que facilitan o dificultan el diálogo interdisciplinario, a saber: el respeto por el otro y su disciplina, la apertura de pensamiento y disponibilidad a lo diverso, el compromiso con la tarea asistencial y la población atendida, las habilidades comunicacionales, y el manejo del egocentrismo profesional en la aceptación de las limitaciones propias y de la disciplina.

Comprender la relación entre la formación recibida en el grado sobre la temática y el desempeño actual percibido por los integrantes del equipo interdisciplinario.

Las principales percepciones de interdisciplina presentes en los entrevistados son auto-formadas en la práctica clínica, con muy poca o nula información y/o experiencia en el tema durante la formación de grado o posgrado. Lo mismo aplica a lo que los entrevistados refieren como “habilidades para el trabajo en equipo”. Esto es compartido por todos los profesionales de las distintas disciplinas y con distintos años de cursada y egreso de sus carreras, lo que deja planteado el cuestionamiento a cómo se trabaja el aspecto interdisciplinario de las profesiones de la salud en las diversas Facultades involucradas.

A pesar de esto, hay pocas o leves discrepancias en la comprensión de la tarea interdisciplinaria por parte de los profesionales, ya que esta noción ha sido co-construida dentro de los equipos en los que participan los entrevistados, y asumida posteriormente por las nuevas incorporaciones de personal.

Indagar sobre los facilitadores y obstáculos para el trabajo interdisciplinario que identifican los trabajadores durante su práctica profesional.

Más allá de los aspectos personales ya mencionados, los entrevistados identifican como principal obstáculo para la interdisciplina a las contradicciones entre el discurso promovido por las políticas públicas vigentes (SNIS, Ley de Salud Mental, otros) y la valoración del profesional que realiza la gestión actual, midiendo el desempeño profesional en cantidad de casos individuales atendidos en un período de tiempo. Esto coincide con otras investigaciones locales que arrojaron resultados similares donde los profesionales suelen referir a la dificultad que

implica este tipo de evaluación del trabajo, y el aumento constante de la carga de asistencia individual. (Perea, 2017; Lopez, 2015; De Perini et. al., 2014)

En la misma línea, se plantea que no se asigna un tiempo institucionalmente determinado para los encuentros (reuniones de equipo, coordinaciones, interconsultas) que se entienden necesarios para promover la interdisciplina, obligando a los profesionales a hacerse cargo de esto en la medida en que pueden. Se genera una modalidad de reuniones de equipo inconstantes, consultas “de pasillo”, mensajes y llamadas fuera de horario laboral. A estos problemas se suman la inestabilidad que generan los cambios frecuentes de personal, o los integrantes que cuentan con contratos con poca carga horaria, aspectos que dificultan aún más el encuentro productivo con el resto del equipo.

Por otra parte, en las respuestas también aparece el desconocimiento de “saber hacer con otro”, de un aprendizaje necesario de cómo trabajar en equipo que trae preocupación.

Como principales facilitadores de la tarea interdisciplinaria aparecen: la trayectoria de los equipos, su antigüedad en el territorio y el capital de conocimiento sobre la población que han generado, el compromiso por la tarea, características personales importantes como las posibilidades de comunicación, disponibilidad personal y capacidad de resolución de conflictos dentro de los equipos.

Gran parte de los discursos de los entrevistados refiere a la conformación multidisciplinaria de los equipos y el nivel de formación de sus integrantes como aspectos que potencian el trabajo en conjunto.

Por último, se destaca la calidad humana y empatía de los profesionales con quienes se comparte equipo como un facilitador de la tarea interdisciplinaria.

Finalizado esta investigación, se abren varios aspectos para continuar estudiando, de los cuales quizás los más relevantes sean la marcada influencia de las políticas institucionales en el trabajo de los profesionales y el malestar que esto genera; la poca o nula mención a las coordinaciones intersectoriales o con otros Niveles de Atención en Salud como parte del trabajo cotidiano, ni a tareas de prevención en salud comunitaria (talleres, charlas, otros) que los profesionales refieren llevar a cabo, pero a las que no brindan protagonismo cuando se discute sobre sus tareas de prevención, promoción y/o interdisciplinarias.

Referencias bibliográficas

- Ander-Egg, E. y Aguilar, M.J. (2001). El trabajo en equipo. México: *Ed. Progreso*.
- Arocena, R. (2012). Compartiendo resultados, desafíos y oportunidades para el Espacio Interdisciplinario. Exposición realizada como comentarista invitado al Seminario Interdisciplinario desarrollado en setiembre de 2012 en la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. Recuperado de:
<http://universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/30927/refererPageId/12>
- Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A. y Muñiz, A. (2010). Formación de Psicólogos para el Sistema de Salud. Programa de Practicantados y Residencias. Trabajo presentado en el Primer Congreso Latinoamericano de salud: determinantes sociales y participación ciudadana
- Brunetti, M. (2011). *El Trabajo Interdisciplinario a partir de la Ley Nacional De Salud Mental*. UBACYT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:
<https://www.aacademica.org/000-052/595.pdf>
- Cabezas, A. (2012) La formación de grado de los doctores en odontología de la Universidad de la República y el Sistema Nacional Integrado de Salud: un estudio de caso. Tesis de Magíster en Enseñanza Universitaria. Recuperado de:
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/10635>
- Canales, M. (2006) Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. Santiago de Chile: Lom. Recuperado de:
<https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-eron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf>
- Carvajal, Y. (2010). Interdisciplinariedad: Desafío para la Educación Superior y la Investigación. Revista Luna Azul 31, 156-169. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>
- Casal, P (2018) Familiarización Ruta 8. Informe de familiarización con el servicio de salud y el entorno comunitario, en el marco de la Residencia de Psicología y Especialización en Psicología en Servicios de Salud (Udelar). Inédito.
- Castro, M. (2018) Salud Mental Comunitaria: Condiciones de Producción de Interdisciplinariedad. Pre-Proyecto de Investigación, Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de:
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg._final_0.pdf
- Código de Ética Profesional del Psicólogo/a del Uruguay (1997). Disponible en:
<https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- Corbin, J. y Strauss, A. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de

<https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>

- Cruz, P.; Vienni, B. ; Aguiar, X . y Repetto, L. (2012) Apuntes para la caracterización del trabajo interdisciplinario en la Universidad de la República. Revista Digital Universitaria [en línea] 13 (5) Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/index_may12.html
- De Perini, Laura , Benitez, R. López, C. (2014). *La intervención interdisciplinaria en Salud Mental: lo que la Ley no puede resolver*. Recuperada de: <https://docer.com.ar/doc/nscece>
- Díaz, A. & Ramirez, R. (2017) La salud mental comunitaria y su relación con la interdisciplina y los recursos humanos. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Ed *Psicolibros Universitario*. Montevideo. 211-226
- Echegoyen Olleta, J. (s/f). Diccionario de Psicología Científica y Filosófica. Recuperado de <https://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Percepcion.htm>
- Fariás-Batista, R. y Grisi-Veloso, T. (2008). Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(2), 374-389. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n2/v28n2a12.pdf>
- Fernández, A. M. (2016) Conflictividad en los discursos en un ámbito interdisciplinar. Conferencia de Apertura Magistral en el Curso de Posgrado: Administración de Justicia y Clínica de la Vulnerabilidad., Escuela de Verano de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Argentina, 22 de febrero de 2016.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Flórez Moreno, J; Gallego Jacded, H. (2011). La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral. (Tesis Psicológica), núm. 6, pp. 118-141. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá, Colombia. Recuperada de: http://www.redalyc.org/pdf/1390/Resumenes/Resumen_139022629008_1.pdf
- Follari, R. (2005) La interdisciplina revisitada. *Andamios*. Revista de Investigación Social 1(2), 7-17. [Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62810201](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62810201)
- Gandolfi, A. & Cortázar, M. (2006). El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. Recuperado de: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf
- Giménez, L. (2012). Practicantados para estudiantes avanzados de Psicología en el campo de la salud, en los servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). [Propuesta de trabajo]. Recuperado de: <https://eva.psico.edu.uy/mod/resource/view.php?id=23737>
- Glaser, G. y Strauss, A. (2006). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Jersey, Estados Unidos: Aldine
- Guido, G. (2017) La contribución que realizan los equipos interdisciplinarios de salud a los espacios de salud adolescente en el primer nivel de atención. Monografía, Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de:

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_gabriel_guido.pdf

- Ibáñez, M. Alfaya, M. Escudero, C. Navarro, A. Otero, C. Pascual, P. Suárez, V. (2001). El reto del trabajo interdisciplinar: ¿hasta dónde hemos llegado?. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 79, pp. 91-99. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300008
- López, M. (2018) Interdisciplina, trabajo en equipo y Formación de Grado en Psicología. Pre-Proyecto de Investigación, Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_maria_de_las_mercedes_lopez_mayo_2018.pdf
- López, S. (2015) La construcción interdisciplinaria en la praxis: reflexiones a partir de un caso testigo: Centro Reina Reyes (zona oeste de Montevideo). Tesis de Maestría para la obtención del Título de Magister en Psicología Social. Universidad de la República, Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5492>
- Martínez Carazo, P. (2006) El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, Número 20 (p. 165-93) Universidad del Norte. ISSN 1657-6276
- Martínez Jambrina, J. (2017). El Modelo Avilés Para La Implantación Del Tratamiento Asertivo Comunitario En España. (Tesis doctoral). Departamento De Psiquiatría. Facultad De Medicina Universidad Autónoma De Madrid. Avilés, Asturias. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681683/martinez_jambrina_juan_jose.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Menéndez, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XVIII, n.o 65, pp. 145-150. Recuperada de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1998/revista-65/12-interdisciplinariedad-ymultidisciplinariedad-en-salud-mental.pdf>
- Morín, E. (1990) Sobre la Interdisciplinariedad. Trabajo presentado en Boletín No. 2 del Centro Nacional de Investigación Científica Interdisciplinaria. (CIRET), 1er. Congreso Internacional de Transdisciplinariedad organizado por la Dirección de Investigaciones de la U.P.B. Colciencias, CNRS. Embajada Francesa y Unisalle. Recuperado de: https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/2562/1/Sobre_interdisciplinariedad.pdf
- MSP (2020). Plan Nacional de Salud Mental (2020- 2027). Montevideo: Autor. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>
- MSP (2011) Plan de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf

- Najmanovich, D. (1998) Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico. En *Tramas, Rev. de la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, Tomo IV, Nro 4
- Nissani, M. (2015). Diez aplausos para la interdisciplinariedad: en defensa de la investigación y el conocimiento interdisciplinarios. En *Encuentros sobre interdisciplina*. (pp. 43-62). Montevideo: Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República/Trilce
- Novoa, G. (2019) Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: La formación del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Tesis de Maestría para la obtención del Título de Magister en Psicología Clínica. Universidad de la República, Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/27423>
- Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978, 91. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0864-34662009000400003>
- Organización Panamericana de la Salud (2005) Declaración de Montevideo. Conferencia Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. 46 Consejo Directivo, 57a. Sesión del Comité Regional. Montevideo: OPS Recuperado de: <https://www.paho.org/paho->
- Parentelli, V. (2019). La interdisciplina en la enseñanza de grado: El caso de la Facultad de Información y Comunicación de la Universidad de la República. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1823/te.1823.pdf>
- Pastorino, G. (1999) Interdisciplina, trabajo en equipo y formación de grado en psicología. El necesario desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de la salud mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de trabajadores sociales. (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/17937>
- Perea, J. (2017) Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud. Tesis de Maestría en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería de la Udelar. Montevideo.
- Perea, M.J., y Girona, M.A. (2011). Sistematización de la experiencia del trabajo del equipo docente del subprograma adolescentes del programa Apex-Cerro Udelar. "Aquí se respira esperanza." En *Apuntes para la acción II. Sistematización de experiencias de extensión universitaria*. Recuperado de: www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/Apuntes-para-la-accio%C81n-II.pdf
- Pizarro, N. (2015) La perspectiva interdisciplinaria en la formación de Grado en Facultad de Psicología. Universidad de la República. Una experiencia: Grupo Cerro Largo (Uruguay). Pre-Proyecto de Investigación, Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5781>

- Romano, S. Novoa, G. Gopar, M. Cocco, A. De León, B. Ureta, C. Frontera G. (2007). El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Revista de Psiquiatría del Uruguay ;71(2):135-152. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/06_asm.pdf
- Romero, C., Rathgeb, A., Rebolledo, A., Olivares, F., y Coronado, V. (2004). El imaginario social de equipos interdisciplinarios y significación del quehacer del trabajador social. Chile: Facultad de Arte, Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Católica de Temuco
- Sánchez, E. (2006). La Alianza Universidad Comunidad: Un Vínculo Necesario para el Fortalecimiento Mutuo. Revista de la Escuela de Psicología 25 (1), 61-76.
- Sienra, C. (2016) La interdisciplina en el consultorio: Intervención profesional de los equipos de salud en IVE. Pre-Proyecto de Investigación, Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_cecilia_sienra.pdf
- Stolkiner, A (2012) Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina con Alicia Stolkiner. Revista: en Diálogo. Extensión Universitaria número 12 año 4 (pp. 6-7)
- Stolkiner, A (2005). Interdisciplina y Salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud mental. Estrategias posibles en la Argentina de hoy: Misiones 2005. Argentina
- Stolkiner, A. (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista Campo Psi Año 3, No 10. Rosario, Argentina Disponible: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Tamayo, M., Besoain-Saldaña, A., Aguirre, M y Leiva, J. (2017). Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional. Revista de Saúde Pública, 51 (39), 1-10. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006816.pdf
- Uruguay (2017) Ley N° 19529. Ley De Salud Mental. Recuperada de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Uruguay (2007) Ley n.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Valles, M. S. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis, Madrid.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. & Sosa, A. (2011) Niveles de atención, prevención y promoción de salud. Revista Archivos de Medicina Interna 2011; XXXIII (1):11-14. Disponible en: www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf

Anexos

Anexo 1:

Hoja de Información:

Proyecto de Investigación

Título del Proyecto:

Percepciones sobre Interdisciplina en profesionales del Primer Nivel de Atención en Salud ASSE.

Investigador Responsable:

Lic. Ps. Pablo Casal

CI 4.232.440-0

Celular: 098 128 084 / 092 771 780

Mail: pablogabrielcasal@gmail.com; pcasal@psico.edu.uy

Montevideo, Uruguay

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General: Identificar las percepciones y significados imaginarios que construyen los profesionales sobre el trabajo en interdisciplina en servicios del Primer Nivel de Atención de Salud de ASSE.

Objetivos Específicos:

- 1) Caracterizar qué definiciones de interdisciplina y de trabajo interdisciplinar aparecen en el discurso de los profesionales de salud de los centros seleccionados.
- 2) Determinar la percepción de los profesionales sobre la participación y aportes de los otros saberes disciplinarios en las tareas que desarrollan.
- 3) Comprender la relación entre la formación recibida en el grado sobre la temática y el desempeño actual percibido por los integrantes del equipo interdisciplinario.
- 4) Indagar sobre los facilitadores y obstáculos para el trabajo interdisciplinario que identifican los trabajadores durante su práctica profesional.

Información de actividades

Se realizará un Muestreo Intencional. Debido a la inscripción institucional de este proyecto dentro de la Especialización de Psicología en Servicios de Salud de la Facultad de Psicología UdelaR, y en referencia al pasaje del investigador por la Residencia de Psicología en Servicios de Salud, se determina que el muestreo corresponda con los centros de salud donde el investigador desarrolló tareas y estableció vínculos profesionales con el equipo de trabajo. Dicha muestra será conformada por los profesionales de distintas disciplinas integrantes de los equipos de atención en salud de las policlínicas “Don Bosco”, “24 de Junio” o “El Monarca” dependientes del Centro de Salud Jardines del Hipódromo de la Red de Atención Primaria-ASSE (RAP-ASSE).

Como herramienta de recolección de datos cualitativa se utilizará la entrevista semiestructurada en profundidad. Tendrá como objetivo principal recoger información acerca de representaciones, valores, comportamientos, actitudes y opiniones de los profesionales de la salud en relación a la temática interdisciplina, a su formación al respecto y a la integración de la misma en su accionar cotidiano.

El diseño de la pauta de entrevista, abarcará las dimensiones antes mencionadas adaptadas al abordaje de esta técnica explorando y profundizando en los campos específicos que hacen a la particularidad de esta técnica de investigación. Se realizará una entrevista por participante. Debido al contexto de pandemia y las medidas sanitarias de distanciamiento físico se propone que las entrevistas sean realizadas mediante dispositivos de video-llamada (plataformas whatsapp, zoom, otras) a coordinar en cada caso con los entrevistados. Se espera de esta forma interferir lo menos posible en el horario y lugar de trabajo. La duración de cada entrevista se estima no mayor a 40 minutos. El soporte de registro para las entrevistas será un grabador digital, para luego proceder a la desgrabación y transcripción en formato de texto para su posterior procesamiento y análisis.

Confidencialidad

El resguardo del material resultante de la fase cualitativa estará en poder del investigador responsable (en este caso quien suscribe) dado que es quien realizará todas las técnicas de procesamiento de la información.

Para los instrumentos cualitativos, al momento de proceder a su desgrabación se creará un código donde se asignará al entrevistado un número aleatorio de 4 dígitos y sólo el investigador tendrá acceso a este archivo que unifica nombre y apellido con los 4 dígitos. En las citas del análisis solo se pondrá como referencia este número. De esta manera la identidad de los participantes de la investigación será preservada (no se identificará nombre, apellido o cualquier dato que posibilite identificación alguna) en todas las etapas del estudio y los datos recabados serán confidenciales.

Riesgos y Beneficios

No se espera que esta investigación genere riesgos en tanto la participación de los profesionales a través las entrevistas que se realicen no concierne a aspectos que impliquen reflexiones personales que pudieran generar movilizaciones afectivas en los mismos. El estudio no conlleva riesgos psicológicos, físicos, legales, sociales ni económicos para los participantes. En el caso de ser necesarias medidas de reducción y atención del eventual daño, las mismas quedarán a cargo del responsable de la investigación.

En cuanto a los beneficios, con este estudio se pretende propiciar la reflexión y análisis de los profesionales en su propia práctica y de esta manera aportar conocimiento sobre las acciones interdisciplinarias.

A partir de esta producción, se apunta a poder difundir la información generada con la intención de contribuir a la producción de conocimientos sobre el tema tanto para los

profesionales de la salud, así como para otros actores sociales y participantes en el diseño de las políticas públicas pertinentes.

A raíz del contexto de pandemia covid-19 y las medidas sanitarias de distanciamiento físico, se propone para la aceptación de los consentimientos informados que los entrevistados envíen su expresión de conformidad acompañada con foto (dorso y frente) de su documento de identidad. Esto se debe a la intención de respetar los protocolos diseñados para proteger la integridad y la salud física de los entrevistados ante un posible foco de contagio por contacto.

Participación voluntaria y libre

La participación en la presente investigación es voluntaria y libre constatándose esto a través de un consentimiento informado por escrito. En caso que el profesional seleccionado no quiera acceder a participar, o quiera retirarse en cualquier momento del estudio, dicha decisión no tendrá ninguna consecuencia. Asimismo, participar en la misma no conlleva a beneficios individuales para su persona

Difusión de resultados

Se prevé la comunicación de los resultados obtenidos a los participantes de la investigación, integrantes de los Centros de Salud seleccionados, en un plazo no mayor a un año luego de finalizada la investigación. Como todo trabajo final enmarcado en la formación de posgrado de la Facultad de Psicología, se prevé la publicación de los resultados (protegiendo la confidencialidad de los participantes) en el repositorio Colibrí.

Anexo 2

Consentimiento informado para participantes

Fecha: _____

Montevideo, Uruguay

Dirigido a: los participantes de la investigación

La presente investigación de título *“Percepciones sobre Interdisciplina en profesionales del Primer Nivel de Atención en Salud ASSE”* es llevada a cabo por el Lic. Ps. Pablo Casal, en el marco de la Especialización de Psicología en Servicios de Salud de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República. El objetivo del estudio es: Identificar las percepciones y significados imaginarios que construyen los profesionales sobre el trabajo en interdisciplina en servicios del Primer Nivel de Atención de Salud de ASSE.

Para la recolección de la información se utilizará la entrevista en profundidad. Si usted accede a participar en la presente investigación se le solicitará responder preguntas mediante una entrevista. La misma tendrá una duración aproximada de 40 minutos de su tiempo. Debido al contexto de pandemia y las medidas sanitarias de distanciamiento físico se propone que las entrevistas sean realizadas mediante dispositivos de video-llamada (plataformas whatsapp, zoom, otras) a coordinar con cada participante. Se espera de esta forma interferir lo menos posible en el horario y lugar de trabajo. Se grabará dicha instancia con el propósito de transcribir adecuadamente las ideas que ha proporcionado y expresado en la misma. La información recabada será confidencial y se utilizará la información estrictamente dentro de la investigación. Sus respuestas están codificadas a modo de proteger su confidencialidad.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, teniendo la posibilidad de desistir de su participación en la misma una vez comenzada. Ante la aparición de dudas sobre el presente proyecto usted puede consultar al investigador en cualquier momento, del mismo modo que puede rehusarse a contestar cualquiera de las preguntas de la entrevista que le resulten incómodas, o inapropiadas. Usted tendrá el derecho de comunicarle al investigador y/o abstenerse de responderlas. El estudio no conlleva riesgos psicológicos, físicos, legales, sociales ni económicos para los participantes. En el caso de ser necesarias medidas de reducción y atención del eventual daño, las mismas quedarán a cargo del responsable de la investigación. En cuanto a los beneficios, con este estudio se pretende propiciar la reflexión y análisis de los profesionales en su propia práctica y de esta manera aportar conocimiento sobre las acciones interdisciplinarias.

Al aceptar participar voluntariamente en la presente investigación, se consiente que se ha sido debidamente informado/a que la misma será dirigida por Lic. Ps. Pablo Casal y del objetivo de la investigación. A su vez ha sido informado/a que participará de una entrevista, su duración, así como del derecho a desistir de responder alguna pregunta o a desistir de la participación en la investigación en cualquier momento de la misma, que la entrevista será grabada y de los posibles riesgos y beneficios de la participación. Entiende que la información que se otorgue a la investigación es estrictamente confidencial y anónima y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Como todo trabajo final enmarcado en la formación de posgrado de la Facultad de Psicología, se prevé la publicación de los resultados (protegiendo la confidencialidad de los participantes) en el repositorio Colibrí.

Finalizado el procedimiento de lectura del consentimiento y dado el contexto de medidas sanitarias de distanciamiento físico, se le entregará copia del presente consentimiento vía foto por whatsapp o mail. Se tomará como válida la conformidad con el mismo mediante la foto de la cédula de identidad (frente y dorso) enviada por alguna línea remota.

Se le proporcionarán los siguientes números de contacto por cualquier duda o inquietud en cuanto a lo informado: Lic. Ps. Pablo Casal 098 128 084 / 092 771 780

Desde ya, se agradece su participación.

Firma del Investigador

Pablo Casal
Aclaración de la firma

Anexo 3

Pauta para Entrevistas semiestructuradas en profundidad

Sobre las percepciones subjetivas:

¿Conoce el término “interdisciplina”?

¿Cómo definiría usted la interdisciplina?

¿Ha reflexionado en algún momento acerca del concepto? ¿En qué ámbitos?

¿En qué situaciones identifica la necesidad de lo interdisciplinario?

¿Qué aprendizajes identifica usted en el trabajo interdisciplinario?

¿En qué nivel opina que aporta la participación de otros saberes disciplinarios en las tareas que desarrolla de forma cotidiana?

¿Qué tipo de obstáculos considera que se presentan al realizar trabajo interdisciplinario?

¿Puede ejemplificar una experiencia en la que se produjo una intervención interdisciplinar?

Experiencias exitosas ¿qué lo posibilitó?

Experiencias trucas ¿Qué falló o faltó?

¿Cómo opina que afecta el trabajo interdisciplinario a los posicionamientos y prácticas de su disciplina?

¿Qué momentos del trabajo son interdisciplinarios?

¿Qué habilidades serían necesarias?

¿Qué habilidades considera que tiene ud para trabajar interdisciplinariamente?

¿Cuáles debería adquirir o fortalecer?

Sobre la formación:

¿Considera que es relevante formarse en interdisciplina?

¿Ha tenido formación en interdisciplina a lo largo de su carrera de grado?

¿Cómo la evalúa?

¿Identifica alguna experiencia interdisciplinaria en su tránsito formativo?

¿Ha participado en otras instancias de formación posteriores que trabajaran la temática?

¿Maneja usted referentes teóricos sobre el tema interdisciplina? ¿Cuál/es?

¿Y sobre el trabajo en equipo? ¿Cuál/es?

Sobre el equipo:

¿Cómo está conformado el equipo estable de trabajo de la Policlínica?

- ¿De qué maneras intercambian información?
- ¿Se da con todos con la misma frecuencia?
- ¿Qué dispositivos tiene el equipo para organizar la coordinación de tareas?
- ¿Qué tan frecuentemente se utilizan?
- ¿Qué actividades hacen en conjunto?
- ¿Cómo describiría la comunicación entre los integrantes del equipo?
- ¿Cómo es la colaboración?
- ¿Qué entienden los integrantes del equipo de la Policlínica sobre el trabajo interdisciplinario?
- ¿Considera que los integrantes del equipo se asesoran en sus prácticas cotidianas con otras disciplinas?
- ¿En qué situaciones?
- ¿Qué tan seguido es esto?
- ¿Existen espacios o experiencias previas en las que se haya discutido sobre el trabajo conjunto con el equipo?
- ¿Existen espacios o experiencias previas en las que se haya discutido sobre interdisciplina con el equipo?
- ¿Cuáles son las condiciones necesarias para este equipo para trabajar interdisciplinariamente?
- ¿Qué dificultades o fortalezas tiene este equipo para trabajar interdisciplinariamente?