



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

ICRM

Instituto de Ciencias de la
Rehabilitación y el Movimiento

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento
Licenciatura en Terapia Ocupacional
Diseño de Trabajo Final

“Producción de conocimiento de Terapia Ocupacional Comunitaria en Argentina. Perspectivas sobre la Atención Primaria de la Salud en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud”.

Equipo docente: Dra. TO Mariela Nabergoi; Lic. TO Luisa Rossi; Esp. TO Andrea Albino; Lic. TO Florencia Itovich; Lic. TO Juliana Presa; Lic. TO Daniela Cerri

Docente supervisora: Dra. TO Mariela Nabergoi

Estudiantes: Carengo Camila, DNI: 40.167.146, camilacarengo.cc@gmail.com
Chiodi Nina, DNI: 41.028.371, nina.chiodi@outlook.com
Cucullu Paloma, DNI: 40.537.377, paloma.cucullu@gmail.com
Freixes Agustina, DNI: 37.761.799, agustina.freixes@gmail.com
Galetti Lucía, DNI: 39.557.059, galettilucia@gmail.com

Grupo N°: 21

Año de cursada: 2020

Fecha de Presentación: 15 de Diciembre de 2020

TEMA

Producción de conocimiento de Terapia Ocupacional Comunitaria en Argentina. Perspectivas sobre la Atención Primaria de la Salud en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional Comunitaria - Atención Primaria de la Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema	Pág. 3
Relevancia	Pág. 10
Supuestos	Pág. 11
Objetivos	Pág. 12

DESARROLLO

Marco Teórico	Pág. 14
Aspectos Metodológicos	Pág. 31
Tipo de Diseño	Pág. 31
Caracterización del Universo	Pág. 32
Muestra	Pág. 33
Matrices de Datos	Pág. 35
Fuentes	Pág. 37
Instrumentos de Recolección y Registro	Pág. 38
Aspectos Éticos	Pág. 39
Análisis de Datos	Pág. 40
Sistematización y Procesamiento	Pág. 41
Análisis y Presentación	Pág. 42
Resultados	Pág. 46
Caracterización de la muestra	Pág. 46
Perspectivas acerca de la conceptualización de la APS	Pág. 51

CONCLUSIONES	Pág. 71
---------------------------	----------------

BIBLIOGRAFÍA	Pág. 76
---------------------------	----------------

ANEXO	Pág. 81
--------------------	----------------

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente Trabajo Final Integrador (TFI), emana de los interrogantes que surgen a partir del recorrido realizado por el equipo de trabajo en su formación académica de Terapia Ocupacional (TO) y que se basan en las diferentes temáticas abordadas en algunas materias que la carrera de grado de la Universidad Nacional de San Martín estipula para la formación profesional.

A modo de resumen, en Terapia Ocupacional 1 se abordaron las bases filosóficas de la profesión definiendo la Terapia Ocupacional, la historia de esta, los paradigmas, modelos y marcos de referencia que guían su práctica. A su vez, la misma aportó las bases conceptuales sobre el objeto de estudio e intervención: triada (persona, actividad/tareas, contexto/entorno/ambiente), así como los ámbitos de práctica profesional.

Otra de las asignaturas que se construye como pilar de los interrogantes que guían este trabajo corresponde a Salud Pública, en la cual se aborda el concepto de salud, la evolución histórica y los diferentes paradigmas respecto al mismo. Así como, las construcciones teóricas respecto a las nociones sobre determinantes de la salud, accesibilidad, factor de riesgo y vulnerabilidad, políticas sanitarias y el rol de los organismos nacionales e internacionales de salud (Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud).

Por último, la materia Dinámica Ocupacionales en la Comunidad, permitió profundizar en los conocimientos del equipo respecto al campo comunitario de inserción profesional y las intervenciones de la disciplina respecto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sumado a los conocimientos brindados sobre documentos internacionales en relación con la atención de la salud en la comunidad y conceptos tales como equidad, calidad de vida, justicia ocupacional, contextos vulnerables.

En cuanto a lo planteado, se fue delineando en el equipo el interés por el campo profesional comunitario, y surgieron los primeros interrogantes respecto a los alcances e incumbencias de la disciplina en el mismo. En los últimos años de la formación de grado, a raíz de las prácticas clínicas se comienza a profundizar en el equipo el interés por los temas que se desarrollan en el presente TFI.

La relación específica de la temática del TFI (Atención Primaria de la Salud) con respecto a la disciplina se circunscribe en torno al campo comunitario de la praxis y el rol profesional competente para el desarrollo de dicha estrategia.

El contexto de surgimiento de la Terapia Ocupacional como disciplina se inscribe en la realidad sociohistórica de las Guerras Mundiales, en relación con las consecuencias sobre la salud de la población que las mismas ocasionaron. Es por ello, que la profesión estuvo asociada durante mucho tiempo a la rehabilitación física y al área de la salud mental. Este tipo de abordaje rehabilitador se fue plasmando en los distintos países en los que la Terapia Ocupacional fue emergiendo, también asociada a los principales problemas de salud físicos y mentales de la población (Arango Soler et al., 2017). “Son las condiciones de una época concreta las que definen la existencia y condición social de nuestra profesión” (Guajardo Cordoba, 2012, p.21). Se origina así, una profesión orientada a operar sobre los problemas sociales que se expresan en los ámbitos de salud, educación, trabajo, entre otros. (Guajardo Cordoba, 2012).

En el marco de la promulgación de los derechos humanos, el quehacer de la Terapia Ocupacional se sumerge en reflexiones críticas y problematizadoras sobre la teoría y la práctica de la profesión en torno a la cuestión social (Guajardo Cordoba, 2012). Tanto la salud como la ocupación se reivindican como derechos, y su garantía se ve a su vez condicionada por factores económicos, políticos y sociales (Arango Soler et al., 2017). La disciplina posiciona a “la ocupación como determinante fundamental de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades tanto en individuos como en poblaciones” (Arango Soler et al., 2017, p.375). Estos cambios le impregnan a la disciplina una impronta social, y una mirada contextualizada de los entornos en los cuales las personas se desempeñan, llegando a comprender la influencia que tiene la organización política, económica y social sobre el hacer de las personas. La Terapia Ocupacional comienza así a participar en la formulación e implementación de políticas y programas de Salud Pública (Arango Soler et al., 2017).

En el año 2012, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) modifica la definición de Terapia Ocupacional y plantea la siguiente: “La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria centrada en el paciente que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la Terapia Ocupacional es permitir a las personas participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales, logran este resultado a través del trabajo con las personas y las comunidades para mejorar su participación en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se

espera que hagan; mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional” (WFOT, 2012, p. 1). Esta nueva forma de definir a la profesión explicita los alcances de la disciplina en el campo comunitario a través de intervenciones en torno a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (WFOT, 2012).

Guajardo (2016) plantea que la aparición y la fundación de la Terapia Ocupacional en Suramérica se dio en un escenario de Estados protectores y desarrollistas, los cuales, bajo la premisa de la universalidad, debían dar respuesta a las diferentes problemáticas de orden social. La región de América del Sur se encontraba bajo las consecuencias de las condiciones sociosanitarias derivadas de las grandes epidemias de poliomielitis, situación que clamaba por la presencia de políticas de Estado. Es así como, en los años 50, la Terapia Ocupacional comienza a gestarse como disciplina en la Argentina. Las consecuencias que dejó en la población la epidemia de poliomielitis obligaron al Estado a abrir las primeras carreras profesionales de rehabilitación para los afectados. Estas contingencias históricas se ven reflejadas en los escritos de Daniela Testa (2013) “Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959” y de Bottinelli, et al (2016) “Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina”

Desde la creación de la profesión, las Terapistas Ocupacionales trabajaron con poblaciones excluidas debido a sus discapacidades físicas o mentales (Paganizzi y Mengelberg, 2011). Para finales de 1960, las primeras prácticas comunitarias comenzaron a cobrar peso en el campo de la salud mental, como consecuencia del proceso de desinstitutionalización que llevó a la inserción profesional en el territorio a través de las intervenciones en los barrios. Hasta ese momento, la TO en Argentina centraba sus prácticas en el tercer nivel de atención de la salud, es decir, en la rehabilitación (Cieri, 2005).

Paganizzi (2015) sostiene que, en Argentina, estas prácticas en programas comunitarios se despliegan en base a dos vertientes. Una ligada a la Atención Primaria en la Salud (APS), que busca dar respuesta a las demandas de personas en situación de riesgo social como consecuencia de las distintas crisis político-económicas que transcurrieron en el país. La otra, relacionada a estrategias de Rehabilitación Basada en la Comunidad, destinada a la identificación y tratamiento comunitario de las personas con discapacidad. Este abordaje implica que los y las TO trabajen en el contexto donde las personas viven: su barrio, casa o centros comunitarios.

A nivel mundial, la crisis de la modernidad, el capitalismo industrial y el estado keynesiano provocaron cambios que dieron como resultado la aparición de políticas sociales que comenzaron a involucrar al colectivo de personas con discapacidad en su diseño. Estos sucesos se desarrollaron en torno a una reivindicación de lo social y lo comunitario que comenzó a visibilizarse en las últimas décadas del siglo XX, y que también tuvieron su impacto tanto en el plano profesional como normativo, lo que llevó a un fuerte impacto en la forma de concebir y abordar la salud (Becerra, Ibarra y Macías, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su preámbulo de 1948, definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1). Esta nueva manera de concebir la salud impregnó en su conceptualización una mirada biopsicosocial y se centró en el bienestar de la persona. Esto implicó incluir dentro del ámbito de análisis de los indicadores de salud a los recursos sociales y personales con los que cuenta la persona (Gómez Mengelberg, 2009).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma Ata (1978), reafirmó la definición de salud planteada con anterioridad y la ratificó como un derecho humano fundamental, haciendo hincapié en la necesidad de que los Estados la garanticen desde sus políticas sociales, económicas y sanitarias. A su vez, esta declaración incitó a los gobiernos a proteger y promover la salud de la población. Es por ello que se crea la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como camino para cumplir con la meta Salud para todos en el año 2000 (OMS, 1978).

Es en este marco de llegar a cumplir con la meta establecida por la OMS para el comienzo del nuevo siglo que, en 1986, la Carta de Ottawa establece los prerrequisitos para la salud “que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema sustentable y un uso sostenible de recursos” (Gómez Mengelberg, 2009, p.4).

Desde Alma Ata, y luego en la Carta de Ottawa, la necesidad de abordar las problemáticas sociales que desencadenan las inequidades en salud se constituyó como una obligación de los Estados para desarrollar políticas públicas en torno a su abordaje y resolución. Surgió así el interés por investigar los determinantes sociales de la salud (Marmot et al., 2013). Para el 2005, la Organización Mundial de la Salud creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para ofrecer asesoramiento a los Estados en relación con la toma de medidas intersectoriales respecto a los temas en cuestión, y profundizar en la investigación sobre las inequidades en salud (62ª Asamblea Mundial de la Salud, 2009). En 2008, dicha comisión determinó “que las condiciones sociales en las cuales una persona nace, crece,

vive, trabaja y envejece son los determinantes más importantes del estado de salud” (Marmot et al., 2013, p.382).

Por último, la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986) gestó el contexto para el surgimiento de un enfoque de derechos, que puso el foco sobre la importancia de las políticas públicas y la participación de la ciudadanía. La Declaración “reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social” (Solís Umaña, 2003, p.4).

Las medidas tomadas a nivel internacional impulsaron a los Estados al compromiso de asegurar a toda la población los derechos económicos, sociales y culturales. Esto generó cambios legislativos en todos los órdenes para proteger y garantizar los derechos de la población (Solís Umaña, 2003).

Es a partir de estos cambios sociohistóricos que las prácticas profesionales de la Terapia Ocupacional comienzan a incluirse en el campo de “lo social”, reconociendo que el origen de las problemáticas ocupacionales se encuentra en la sociedad que habitamos y que afectan la salud, el bienestar y el desenvolvimiento de los proyectos de vida de las personas (Vinzon, 2018).

En 1986, surge la primera asignatura en la formación de grado de Terapia Ocupacional relacionada al campo comunitario llamada “Rehabilitación Basada en la Comunidad” en la Universidad de La Rioja. Esta estrategia comunitaria se implantó en las diferentes universidades del país y fue creciendo como campo de acción de la profesión. La formación de grado en este nuevo espacio fue creciendo en la misma dimensión que lo hacía la profesión en el país, y la demanda emergente así lo exigía (Cieri, 2005).

Posteriormente, el campo de actuación se amplía y evoluciona, construyendo así nuevos espacios de desempeño profesional como respuesta a cambios en el sistema de salud, conjuntamente con diversas crisis políticas y sociales que sucedieron en el país (Paganizzi, 2014). De este modo, se genera un movimiento hacia una visión holística de las problemáticas a atender, considerando de modo integrado lo personal, familiar y social del individuo (Cieri, 2005). En este recorrido sociohistórico que ha atravesado la Terapia Ocupacional, es posible visualizar la transición de la disciplina desde la rehabilitación y la corriente reduccionista hacia una visión social y política comunitaria. Las nuevas praxis

profesionales territoriales “expresaron la innegable consideración de los determinantes sociales en los procesos de salud y enfermedad” (Paganizzi, 2015, p. 274).

Así, la Terapia Ocupacional Argentina que en sus comienzos se circunscribe únicamente a la rehabilitación de la persona dentro de las instituciones de salud mental o física, amplió su campo de acción empujada por los procesos sociohistóricos nacionales e internacionales, comenzando a vincular su praxis con las realidades socioculturales de grupos y colectivos. (Vinzon, 2018).

Los desafíos contextuales que surgen a raíz de lo que se ha planteado con anterioridad en relación con los cambios socio históricos, llevan a redefinir tanto los campos de inserción como los tipos de intervención profesional. Entender la salud como estado de bienestar biopsicosocial abre la puerta para concebir a la ocupación como determinante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Así, la disciplina comienza a leer desde una mirada crítica y política el contexto de acción, llegando a comprender la influencia que las esferas económica, política y social tienen sobre el desempeño ocupacional de las personas. Razón por la cual, la Terapia Ocupacional empieza a insertarse en la formulación e implementación de políticas y programas de salud tendientes al fortalecimiento de la comunidad en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Arango Soler, Correa Moreno y Méndez Castillo, 2017).

Una de las características de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud es el énfasis que la misma les otorga a las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Considera a este tipo de abordajes esenciales en el sistema de salud, ya que son costo-efectivos, éticos, empoderan a las comunidades y a las personas para que las mismas puedan ejercer un mayor control sobre su salud y tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud que determinan las situaciones de inequidad (OMS/OPS, 2007). Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, permiten mejorar los niveles de salud de las personas a un bajo costo, en comparación a lo que implica una atención restaurativa de la enfermedad (Villar Aguirre, 2011).

“La Asociación Americana de TO (1989), plantea que la profesión debe expandirse hacia actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como actividad a desarrollarse en la comunidad, la escuela, trabajo o la casa” (Méndez, 1999, p.51). Por su parte, Villalón Gutierrez (2016) expone que, teniendo en cuenta que tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad son partes intrínsecas de la estrategia de APS, la Terapia Ocupacional debe inscribirse como profesión dentro de los equipos de APS.

Algar Lombardo y Romero Ayuso (2012) aseguran que la disciplina es idónea para intervenir en el entorno desde la promoción y la prevención disminuyendo, entre otras cosas, factores de riesgo, aumentando la accesibilidad en la comunidad y asesorando a los profesionales de la salud. En esta misma línea, Moruno Miralles y Valverde afirman que la “APS y Terapia Ocupacional poseen una base filosófica común que apoya un abordaje holístico de la salud, la responsabilidad personal sobre la salud, así como un abordaje intersectorial que abarca la educación, la salud y los sectores comunitarios, familiares e individuales. Así, la terapia ocupacional, con su visión integral de la persona, actúa como agente de salud, sobre el ser humano, sus estilos de vida y el medio ambiente” (Moruno Miralles y Valverde 2012, p.172). La profesión, desde su intervención en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad permite el acceso a oportunidades equitativas para la población, cristalizando las aspiraciones más profundas de la disciplina: la justicia ocupacional (Allemandi, 2012).

Al estar la estrategia de Atención Primaria de la Salud vinculada a la meta “salud para todos en el año 2000”, el plan de acción de los Estados para su cumplimiento excedió al sistema de salud y se desplegó a otros sectores. Esto generó un fenómeno inesperado que llevó a concebir la APS desdibujada de su idea original y a considerar la estrategia como un fracaso (OPS/OMS, 2007).

Varias son las explicaciones que buscan dar respuesta a la ampliación del concepto de APS y a la estrechez de la eficacia de la estrategia. Por un lado, las diferencias entre los países respecto de sus sistemas políticos y la historia de la atención de la salud en cada uno de ellos. Por otro lado, se plantea que la definición sobre APS que otorga la Declaración de Alma Ata es muy amplia lo cual la torna confusa (OMS/OPS, 2007). Esto desencadenó que cada Estado, conforme a sus políticas sanitarias y recursos disponibles, desarrolle diferentes modelos de APS (Gofin y Gofin, 2007). Así, la estrategia perdió su sentido original y se multiplicaron las formas de entenderla, dificultando su implementación universal y el cumplimiento de la meta “salud para todos en el año 2000” (Ase y Burijovich, 2009). Estos sucesos instauraron dos formas de concebir la APS: como Estrategia Focalizada y Selectiva, y como Estrategia Integral (OMS/OPS, 2007), las cuales se entenderán en el presente trabajo como perspectivas de la Atención Primaria de la Salud.

A raíz de todo lo planteado en el presente apartado del trabajo, y en particular en relación con las diferentes formas de concebir la Atención Primaria de la Salud, es que surge el interés por dilucidar qué perspectiva de Atención Primaria de la Salud se plasma en la praxis profesional. Entendiendo a la profesión como un actor político y transformador

social, las intervenciones de Terapia Ocupacional, en el marco de la Atención Primaria de la Salud, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se inscriben dentro de una lógica determinada de concebir la APS. Esto lleva a la formulación del problema de investigación:

¿Cuáles son las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud que se inscriben en los trabajos presentados en los Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional desde 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de dicha estrategia?¹

RELEVANCIA

Teórica

El interés del presente Trabajo Final Integrador reside en obtener conocimientos en relación a las características y perspectivas de la Atención Primaria de la Salud que se utilizan en Terapia Ocupacional para generar conciencia en el ámbito profesional y académico sobre el accionar de la misma en la esfera comunitaria y su rol de transformador social, como actor clave en la gestión de políticas de salud pública tendientes a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para la población en general.

Está destinado a futuros profesionales de Terapia Ocupacional o de carreras afines del ámbito sociosanitario, con el fin de ampliar sus conocimientos durante su experiencia académica respecto a la Terapia Ocupacional Comunitaria en el marco de la Atención Primaria de la Salud

Considerando el rastreo bibliográfico realizado y poniendo en diálogo, desde una mirada crítica, a diferentes autores que hablan sobre Atención Primaria de la Salud, se encontró que dicho término tiene diversas acepciones, razón por la cual, el presente trabajo busca contribuir a dilucidar estas múltiples formas de comprender la estrategia y su implicancia en la disciplina de Terapia Ocupacional.

Práctica

¹ El presente TFI se focaliza específicamente en los Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional ya que durante ese período, ante la falta de un órgano propio de difusión y la escasez de libros publicados, una buena parte de las producciones de Terapia Ocupacional nacionales quedaron plasmadas en los trabajos presentados dentro de este marco.

Los resultados del presente Trabajo Final Integrador tienen como propósito aportar conocimiento sobre la práctica profesional de Terapia Ocupacional en el campo comunitario en el marco de la Atención Primaria de la Salud buscando fortalecer la identidad social de la disciplina y aclarar el rol de la profesión respecto a sus incumbencias en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como áreas de intervención.

Se considera que el presente trabajo también podría ser de utilidad para los profesionales del ámbito de la salud y personas afines al ámbito de salud pública, como material de consulta bibliográfica, para contribuir a una mayor comprensión del rol de la Terapia Ocupacional en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Social

Se considera que el presente TFI podría ser relevante para la sociedad en relación con el acceso de la población a la salud, desde la promoción y la prevención de esta, entendiendo ésta como derecho y la importancia de la participación comunitaria para su garantía, cuestiones que se plasman en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

En este sentido, el Trabajo Final Integrador se dirige a la comunidad, para que la misma conozca qué es la Terapia Ocupacional Comunitaria y cómo ésta interviene en dicho campo a través de la Atención Primaria de la Salud, en particular mediante sus estrategias de promoción y prevención. De este modo se brindan herramientas a la comunidad, empoderándolas en el abordaje de los factores sociales determinantes de la salud.

SUPUESTOS

El presente trabajo final integrador parte de supuestos, ya que una hipótesis “es una proposición que debe ser sometida a prueba para delimitar su validez, dado que es la suposición de una verdad que aún no se ha establecido y que se ha formulado precisamente con el objetivo de llegar a hacerlo durante el proceso de investigación” (Bottinelli, 2007, p 80-81). Esto no ocurre en el tipo de diseño cualitativo elegido para el presente TFI por lo que se utiliza el término supuestos. En el texto citado anteriormente, Bottinelli cita a Souza Minayo: “en el abordaje cualitativo las hipótesis pierden su dinámica formal comprobatoria para servir de camino y de señalización en la confrontación con la realidad empírica. Se acostumbra hasta usar el término supuesto para hablar de algunos parámetros básicos que permiten examinar la investigación empírica cualitativa, sustituyéndose así el término hipótesis para connotaciones muy formales del abordaje

cuantitativo” (Bottinelli 2007. p 80-81). Los supuestos propuestos por el equipo de trabajo son los siguientes:

En los trabajos publicados en los Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud:

- se plasman dos perspectivas sobre APS que determinan formas diferentes de entender la estrategia: como Estrategia Focalizada y Selectiva, o como Estrategia Integral.
- las experiencias de intervención de Terapia Ocupacional se ven atravesadas mayoritariamente por una Perspectiva Focalizada y Selectiva de la estrategia.
- las experiencias de intervención de Terapia Ocupacional presentan un cambio desde una Perspectiva Focalizada y Selectiva de la estrategia hacia una Perspectiva Integral, en relación con el número del Congreso analizado conforme pasan los años.

OBJETIVOS

General

- Describir las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud presentes en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Específicos

- Identificar los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.
- Identificar las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud que se expresan en los trabajos presentados en Congresos Nacionales

Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

- Interpretar las perspectivas y sus diferentes dimensiones acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud identificadas en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

- Explorar las variaciones en el tiempo respecto a las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO

La Terapia Ocupacional es una profesión sociosanitaria, lo cual implica que tanto sus intervenciones como sus campos de acción están signados por las diferentes perspectivas teóricas en torno al concepto de salud y lo social. Así, aconteció un primer período reduccionista de la profesión, cuando la salud era entendida como ausencia de enfermedad y las contingencias sociales no se valoraban dentro de los indicadores que determinan el estado de salud. En consecuencia, las intervenciones de Terapia Ocupacional se regían por un marco de acción biomecánico enfocado en la recuperación de la persona. El uso terapéutico de la actividad actuaba sobre las disfunciones de los sistemas musculoesqueléticos, neurológico y psicológico del individuo (Zango Martín, 2010).

Posteriormente, se reconocen los aspectos biopsicosociales que entretienen el estado de salud de una persona, y la manera de concebir a la misma se amplió, abogando no solo por la ausencia de enfermedad, sino también por el bienestar y la calidad de vida de las personas (OMS, 2006). Finalmente, se reconoció a la salud como un derecho, y se determinó que las inequidades sociales, la falta de recursos económicos y de acceso a oportunidades del desarrollo condicionan el estado de salud de la población (62° Asamblea Mundial de Salud, 2009).

El reconocimiento de los Determinantes Sociales de la Salud, con la publicación del informe Lalonde en 1974, marca el inicio del reconocimiento de cómo los factores sociales, políticos, económicos y medioambientales influyen en el estado de salud de la población (Paganizzi, 2015). Para abordar y dar respuesta a las problemáticas sociales se requiere de la implementación de Políticas de Estado integrales. Y en materia de salud, demanda el desarrollo de políticas de Salud Pública. Con la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa, la Organización Mundial de la Salud insta a los estados a redefinir sus políticas públicas en pos de diseñar planes de acción que involucren a las esferas económica, social y sanitaria en el abordaje de la cuestión social (OMS, 1978; OMS, 1986).

Esta serie de sucesos implican un cambio de paradigma, tanto en la forma de concebir la salud como en los abordajes de intervención de las profesiones sanitarias (Muñoz, 2014). El contexto sociohistórico demanda “profesionales terapeutas ocupacionales capaces de pensar sobre la contingencia social, de entender cómo la globalización, la sustentabilidad del planeta, la pobreza y la marginación; las formas de producción, las crisis económicas, las fuentes y condiciones de (des)empleo, los desastres naturales, las violaciones a los

derechos humanos, y de las libertades individuales, afectan una forma colectiva e individual de enfrentarnos a la vida” (Muñoz, 2014 p.79).

Paganizzi (2015), comenta que a raíz de la visibilización del impacto de los determinantes sociales en la praxis profesional y de los procesos de reflexión en torno al hacer político de la disciplina las problemáticas sociales se convierten en el foco de acción de las primeras prácticas comunitarias, que se despliegan en el territorio “ligadas a la participación de los terapeutas ocupacionales en las estrategias de Atención Primaria en Salud” (Paganizzi, 2015, p. 275).

La estrategia de Atención Primaria de la Salud

En 1977, la Organización Mundial de la Salud plantea una meta destinada a lograr el cumplimiento por parte de los Estados de garantizar el derecho a la salud, bajo el lema “salud para todos en el año 2000”. Al año siguiente, en Alma Ata (Kazajistán, URSS), se realiza la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en la cual se da a conocer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a implementar por parte de los Estados para el cumplimiento de la meta salud para todos (Ase y Burijovich, 2009).

La Organización Mundial de la Salud establece, a través de la Declaración de Alma Ata que:

La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. 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, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. [...] Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (OMS, 1978, pp.1-2).

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud nace y se desarrolla en el marco de la coyuntura económica, política y social de cada país. Se orienta al abordaje de los problemas sanitarios de la población a través de la prevención, promoción, curación y rehabilitación comunitaria. Implica la articulación de los sectores económico, social y político, además del sanitario, y la planificación de políticas de Salud Pública que aborden los determinantes sociales de la salud. A su vez, demanda un trabajo en conjunto por parte de los profesionales de la salud, las autoridades de gobierno y los miembros de la comunidad. Esta debe apoyarse en un sistema integrado y nacional de salud, y fomenta la autodeterminación y la autorresponsabilidad comunitaria (Ase y Burijovich, 2009).

La Declaración de Alma Ata establece que “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (OMS, 1978, p.1). Así, se visibiliza nuevamente la obligación de los Estados de garantizar la salud de la población, y la necesidad de tomar medidas sanitarias y sociales pertinentes conforme al cumplimiento de sus responsabilidades como garantes de los derechos de la población (OMS, 1978).

Cuando los Estados comienzan a aplicar la estrategia de Atención Primaria de la salud, se encuentran con las contradicciones y limitaciones propias de una estrategia pensada para ser universal, a expensas de la realidad contextual de cada país (OPS/OMS, 2007). Así, acontece la multiplicidad de interpretaciones y aplicaciones de la estrategia, que lleva a entender a la Atención Primaria de la Salud como “prevención primaria sin atención, primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, paquete básico de prestaciones para población vulnerable, atención para pobres, atención basada exclusivamente en la comunidad y atención primaria de baja sofisticación y calidad inferior” (Ase y Burijovich 2009, p.38).

Mario Testa (1996), plantea que dicho problema surge de la descontextualización del término APS y expone los efectos negativos que acarrea el hecho de presentar la definición con igual validez en cualquier país o situación. El autor afirma que esto crea un concepto totalizante, como un fenómeno aislado, ajeno a las circunstancias sociohistóricas y sociopolíticas de su contexto de surgimiento y de implementación.

La definición que la OMS otorga a través de la Declaración de Alma Ata es una forma abstracta e ideológica de concebir la estrategia. La forma concreta, está dada por la manera que tiene de entender a la APS el sistema de salud en el cual se inserta la estrategia. Es el

lugar que se le otorga a la APS dentro del sistema de salud lo que explicita su significación (M. Testa, 1996).

En el año 2003, en el contexto de los 25 años de formulación de la estrategia de APS, la Organización Mundial de la Salud emite una resolución en la cual insiste en la importancia de contemplar los principios de la APS en el diseño de los programas de la organización, e invita a los Estados Miembros a implementar nuevas medidas tendientes al fortalecimiento de la estrategia. Esto se debe a la variedad de interpretaciones que se dan en torno a la APS, sumado al hecho de que se desarrollan nuevos conocimientos e instrumentos en relación con esta (OPS/OMS, 2007).

Es por eso por lo que, en el año 2004, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud, inicia un plan de reconceptualización de la estrategia a través de un proceso consultivo con los Estados Miembro, para evaluar los sistemas de APS que estos despliegan en sus territorios. A su vez, brinda orientación para capacitar a los profesionales de la salud que se desempeñan en el marco de la APS, y busca dar ayuda para fortalecer los modelos locales sobre APS implementados por cada país (OPS/OMS, 2007).

La reformulación conceptual de la estrategia no implica adaptarla a la contingencia histórica y social del momento, sino generar reflexiones críticas sobre su significado y finalidad que otorguen respuestas efectivas y eficientes para la problemática sanitaria (OPS/OMS, 2007). “El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes y afrontar los nuevos desafíos en salud” (OPS/OMS, 2007, p.2).

El objetivo último de la reconceptualización de la estrategia es promover la equidad en salud, para toda la población. Esto implica renovar los sistemas de salud para que la APS sea parte integral de estos. A su vez, requiere del compromiso político, en torno a la justicia social y económica, para garantizar el acceso de la población a recursos sanitarios y a servicios de salud adecuados y de calidad (OPS/OMS, 2007).

Según la Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, un sistema de salud basado en la APS posee componentes que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios de salud, promoviendo la equidad y brindando una atención

integral, con énfasis en la promoción y prevención, incluyendo a la comunidad como base para la planificación y la acción (OPS/OMS, 2007).

Aunque la Organización Mundial de la Salud brinde los lineamientos para llevar a cabo la implementación de la estrategia, cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, contemplando sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico del sector de la salud. La estrategia debe adaptarse a los diferentes contextos de manera que el sistema de salud pueda dar una respuesta adecuada a las necesidades de cada población en particular (OPS/OMS, 2007).

Perspectivas e interpretaciones de la Atención Primaria de la Salud

El presente TFI acuerda con la definición de “perspectiva” otorgada por Peter L. Berger y Thomas Luckman en su libro “La construcción social de la realidad” en el cual plantean que “Con el establecimiento de subuniversos de significado surge una variedad de perspectivas de la sociedad en general, a la que cada uno contempla desde el ángulo de un solo subuniverso” (Berger y Luckmann, 2003, p. 110).

Estos autores afirman que toda construcción social de significado implica a un colectivo particular portador de determinado subuniverso. Este grupo produce constantemente significados que cobrarán realidad objetiva. Así, se genera un sistema de conflictos y competencia que mediatizan la realidad común desde perspectivas muy diferentes. (Berger y Luckman, 2003.) Tal y como acontece con la APS, donde por un lado está la realidad definida por la OMS, y por otro lado como se cristaliza al interior de cada territorio. La OMS propone una conceptualización de la APS y lineamientos generales de cómo aplicar la estrategia en el territorio. Sin embargo, las experiencias relacionadas a la APS dan cuenta de otras formas de aplicación del concepto derivadas de las contingencias tanto sociales como políticas y económicas que suceden en el interior de los territorios (Ase y Buriyovich, 2009).

Estos autores también explican que la multiplicación de perspectivas conlleva a profundizar la problemática e impide poder establecer una cubierta simbólica estable para la sociedad. A su vez, agregan que cada perspectiva estará en estrecha relación con los intereses concretos de los grupos que la sustentan. Y, por último, postulan que el significado otorgado puede alcanzar una gran autonomía en oposición a su propia base social (Berger y Luckman, 2003)

En este apartado se presentan y describen las dos perspectivas que se construyen en torno a la estrategia de Atención Primaria de la Salud: una visión de carácter Focalizada y Selectiva y otra visión Integral.

La primera, se gesta a medida que los países renuncian a los principios universales de la APS propuestos por la OMS en la Declaración de Alma Ata, lo que asocia a la APS con un tipo de atención médica destinada a las poblaciones más vulnerables. La segunda hace referencia a la idea original de APS como estrategia política de salud, que contó con el aval de los referentes de salud a nivel mundial para poder garantizar la cobertura y derecho universal en materia de la salud para la población (Ase y Burijovich, 2009).

Perspectiva de la APS como Estrategia Focalizada y Selectiva

Esta forma de concebir a la Atención Primaria de la Salud se enmarca en un enfoque de problemas (patologías). Las intervenciones en salud, bajo esta perspectiva, se orientan al abordaje de los síntomas que presenta la persona, y se enfoca en la supervivencia del individuo: salvar la vida. Un enfoque de problemas no contempla las causas estructurales que dan origen a las enfermedades y tampoco se enfoca en mejorar la calidad de vida de las personas. Su prioridad es la lucha contra las enfermedades vectoriales, en relación con su prevalencia, grado de mortalidad o incapacidad que causan en la población. Por eso, se afirma que las intervenciones son selectivas, ya que se orientan hacia determinados indicadores sanitarios. Implican acciones puntuales a través de programas focalizados en determinados grupos, con metas a corto plazo y sin un lineamiento común que los conecte entre sí, desarrollándose estos en simultaneidad, sin planificación estratégica de por medio. Esta situación reduce los costos de implementación de los programas, de alto impacto, pero genera multiplicidad de recursos y un efecto desencadenado de acciones superpuestas, sin posibilidad de generar perdurabilidad en el tiempo de los resultados de las intervenciones (Ase y Burijovich, 2009).

Otra característica importante del enfoque de problemas es que el Estado determina cuales son las problemáticas sanitarias que entran dentro de la agenda pública, de esta manera la población queda desvinculada del proceso. Esta forma de actuar imposibilita la participación comunitaria y asienta una forma verticalista y paternalista en la planificación sanitaria (Ase y Burijovich, 2009).

“Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo et al., 2011 p.12). Bajo la Perspectiva Focalizada y Selectiva de la Atención Primaria de la salud, se interpreta

a la estrategia como un primer nivel de atención, desarticulado del resto de los niveles de atención en salud. Las intervenciones se reducen a una canasta básica de prestaciones destinada a grupos vulnerables. Esta estrategia se rige por una mirada minimalista, un conjunto de acciones mínimas dirigidas a los más pobres (Ase y Burijovich, 2009).

En consonancia con lo planteado, Bertolotto, Fuks y Rovere (2012) exponen que, en los países subdesarrollados, debido al ajuste estructural, el primer nivel de atención crece ampliamente en un contexto de precariedad e informalidad, mientras que el resto de los niveles de atención en salud decrecen en recursos y extensión. Estos autores manifiestan que este hecho genera que el primer nivel de atención se vuelva más bien un nivel de contención.

Ase y Burijovich (2009) agregan que los procesos de descentralización vivenciados en las últimas décadas en los países latinoamericanos, debido al traspaso de las instituciones de salud nacionales hacia jurisdicciones provinciales y municipales, hace crecer una amplia red de efectores de baja complejidad desarticulados del resto del sistema. El desorden organizacional del sistema de salud y la carencia de una planificación sanitaria regionalizada y de referencia, llevan a que la estrategia de Atención Primaria de la Salud sea el único servicio disponible para la comunidad hacia la que está dirigida (Bertolotto et al., 2012).

Esta visión sectorial descentralizada limita y complica el funcionamiento del sistema de salud como tal. La existencia de instituciones subsectoriales agudizan la situación. Los efectores de salud comunitarios, en los cuales se implementa la estrategia de APS, son entendidos como la contrapartida a los hospitales de cabecera (M. Testa, 1996). Las políticas sanitarias que sostienen este tipo de sistema no garantizan el derecho a la salud de manera igual para toda la población. El sistema se rige por los lineamientos de la oferta y la demanda, que posibilitan el acceso al sistema de salud por cualquiera de sus tres niveles (Ase y Burijovich, 2009). La oferta está controlada y dirigida por el grupo monopólico oferente y deja en situación de desprotección a los grupos de la población menos favorecidos económicamente, acentuando las diferencias sociales en el acceso a los distintos niveles de atención sanitaria (M. Testa, 1996).

La forma de aplicar la estrategia de APS en los países subdesarrollados suele ser, en general, una copia ineficaz de lo que si funciona en países desarrollados, por lo cual no hay un logro adecuado de los objetivos propuestos por la estrategia para mejorar el acceso a la salud. La aplicación descontextualizada, mediada por los abismos en materia de recursos,

profundiza la ineficacia de la estrategia a la hora de dar respuesta ante las problemáticas sanitarias. Esto lleva, muchas veces, a afirmar el fracaso de la estrategia de Atención Primaria de la Salud como promotora del derecho a la salud (M. Testa, 1996).

Respecto a la distribución de los recursos, la estrategia de APS Focalizada y Selectiva es llevada a cabo con tecnología simple y limitada. Se considera una herramienta barata, que demanda una pequeña inversión en los servicios de salud a través de los cuales se implementa. En los países subdesarrollados, la estrategia de APS se aplica para reducir el gasto público en salud. Esta decisión aumenta las ineficiencias en el funcionamiento del sistema sanitario (M. Testa, 1996; OMS, 2008).

La inequidad en la distribución de los recursos se visibiliza al localizarse la mayor concentración de servicios sanitarios en las áreas urbanas, mientras que las zonas suburbanas y rurales quedan desprotegidas. La desigualdad en la asignación de medios se da a nivel del volumen y la calidad de estos (M. Testa, 1996; OMS, 2008).

La Atención Primaria de la Salud se transforma en atención primitiva de la salud cuando se enfoca en las poblaciones más pobres y se presta como un servicio de segunda categoría para aquellos que no tienen acceso a otros recursos sanitarios. Esto genera una diferenciación, por grupos sociales, en la prestación de servicios, donde las personas que se encuentran en una situación económica menos favorecida solo cuentan con programas de APS para la atención de su salud (M. Testa, 1996).

Dada esta situación, la APS pasa a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios para grupos vulnerables. La misma se transforma en una herramienta de atención para poblaciones marginales (Ase y Burijovich, 2009). Que la estrategia se destine a un grupo reducido de la población y que sus acciones, principalmente, se enfoquen en la atención de las mujeres y los niños, deja por fuera las necesidades y problemas en materia de salud del resto de la comunidad (OMS/OPS, 2007).

La operativización de la APS se lleva a cabo “a través del reclutamiento y entrenamiento de agentes sanitarios o trabajadores comunitarios que acuden casa por casa (rondas sanitarias) para realizar acciones de inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo de niños, detectando y controlando (...) enfermedades endémicas, mejorando el saneamiento rural y promoviendo huertas familiares, entre otras acciones” (Bertolotto et al, 2012, p. 369).

El equipo sanitario encargado de desplegar la estrategia está conformado en su mayoría por voluntarios comunitarios no profesionales, estudiantes o médicos recién recibidos. Estos agentes cuentan con un nivel mínimo de capacitación y experiencia (M. Testa, 1996). En Argentina, la creciente inmigración de trabajadores de la salud, desde países limítrofes, aumentó la fuerza de trabajo en el primer nivel de atención, en un contexto de precarización laboral (Bertolotto et al, 2012).

A modo de conclusión, la perspectiva de APS Focalizada y Selectiva se trata de una estrategia orientada a la curación, enfocada en el tratamiento de los síntomas de las enfermedades acuciantes de los grupos más vulnerables de la población (Gofin y Gofin, 2007). Se inserta en los efectores de salud del primer nivel de atención y se implementa a través de recursos de baja calidad y sofisticación. Se operativiza a través de agentes sanitarios no especializados, lo cual hace que las acciones queden desintegradas de los niveles de mayor complejidad asistencial. Se implementa como una estrategia paliativa de los problemas de salud de las comunidades más pobres, para dar respuestas focalizadas tendientes a la resolución de casos (Ase y Burijovich, 2009).

Perspectiva de la APS como Estrategia Integral

La Declaración de Alma Ata concibe a la salud como un derecho humano fundamental y sostiene que para garantizarla como tal es necesario ratificar el cumplimiento de los derechos que establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Pradolini, 2003). Ase y Burijovich (2009) también afirman que, por la simple razón de existir, la salud se vuelve un derecho inalienable para la persona. Estos autores exponen que la perspectiva de derechos en salud convierte a esta en un bien en sí mismo.

Según la OMS (2017), “un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios”. Un enfoque de derechos en salud demanda el diseño e implementación de políticas de Estado, de estrategias y de programas sanitarios que fomenten el goce del derecho a la salud para toda la población (Tejada de Rivero, 2013). La APS se piensa como estrategia promotora del derecho a la salud, al desplegar acciones tendientes a hacerle frente a los determinantes sociales de la salud que dificultan la garantización del derecho (OPS/OMS, 2007).

La salud implica el bienestar y la calidad de vida plena, determinadas por las oportunidades de acceso a servicios educativos, de trabajo, habitacionales y de salud, entre otros. También

supone la igualdad de condiciones en el acceso a la información y la participación comunitaria (OMS, 2017). Los derechos deben ser incluidos en los programas y políticas de atención de la salud, propuestos por la OMS. "Los tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen en torno al diseño de las estrategias de salud" (Ase y Burijovich, 2009, p. 29). Estos marcan los lineamientos para el accionar de los Estados en términos de elaboración de políticas y programas a favor de una atención en salud adecuada e integral (Ase y Burijovich, 2009). Starfield (2001) plantea la necesidad de desarrollar políticas de Estado que aborden los problemas socioeconómicos que afectan a los servicios de salud y a la distribución equitativa de recursos.

La Perspectiva Integral de la APS se inscribe dentro de un enfoque de derechos que sostiene la importancia de políticas públicas que velen por el acceso a sistema de salud y su coordinación con otros efectores sanitarios, para brindar a la comunidad un cuidado continuo en todas las etapas del ciclo vital de sus miembros (Ase y Burijovich, 2009). Según la Organización Mundial de la Salud (1992), la Salud Pública es la "ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general, se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y la longevidad" (En Peñas Felizzola, 2003 p.21). Gofin y Gofin (2007), plantean que la Atención Primaria de la Salud cumple funciones de Salud Pública al ser una estrategia enfocada en dar respuesta a los problemas de salud de las comunidades a través de la prevención, promoción y participación comunitaria.

Para que se pueda dar una APS integral, debe haber un sistema único de salud, que vele por la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios por parte de la población. Dentro de este marco, la estrategia promueve la equidad en la cobertura sanitaria (M. Testa, 1996; OPS/OMS, 2007). Este tipo de sistema, según Ase y Burijovich (2009), se caracteriza por brindar soluciones a las problemáticas en salud, tanto a nivel nacional como local, abordando los determinantes sociales de la salud. A su vez, garantiza el acceso de toda la población a los efectores de salud, sin distinción alguna, entendiendo que la participación comunitaria es un eje central del derecho a la salud.

Testa (1996) y Bloch (1988) comentan que la APS Integral, en el marco de un sistema de salud único, se convierte en una estrategia totalizadora. Esto quiere decir que, por un lado, se introduce en todos los niveles de atención de la salud y se destina a toda la población. Por otro lado, se concibe como puerta de entrada al sistema de salud. Esto implica una serie de funciones programadas para actuar en todos los niveles de atención y derivación.

Los efectores de salud dentro del sistema único de salud, conforman una red de establecimientos interconectados. Para que estos puedan garantizar una prestación de calidad, es necesario un ordenamiento territorial regionalizado (M. Testa, 1996).

El sistema único de salud responde a una sola administración de servicios. Por un lado, esto implica que todas las prestaciones responden y están supervisadas bajo un mismo organismo. Por otro lado, las acciones sanitarias del aparato público están integradas, y los efectores de salud se encuentran referenciados y escalonados para efectivizar el acceso a los servicios. La atención médica en APS, al encontrarse integrada en los tres niveles, se vuelve más efectiva y eficiente, ya que la planificación estratégica permite hacer un mejor y beneficioso uso de los recursos (Bloch, 1988; Starfield, 2001; Ase y Burijovich, 2009).

La APS Integral se inscribe en sistemas de salud que abogan por la equidad y la solidaridad, y que implementan gestiones y prácticas organizadas de calidad, eficiencia y efectividad (OPS/OMS, 2007). La OMS incita a los Estados, en los cuales priman otros sistemas de salud, a adoptar las transformaciones pertinentes y a modificar las reglamentaciones necesarias en pos de conseguir la protección social en materia de salud para la población en su totalidad. Las problemáticas sociales demandan soluciones integrales. Esto, a su vez, requiere tener una mirada global sobre las expectativas y necesidades comunitarias (OMS, 2008). Un sistema de salud, dentro del marco de la Atención Primaria, “requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles” (OPS/OMS, 2007. p. iv).

Hablamos de intersectorialidad, cuando las políticas e intervenciones implementadas en materia de salud se desarrollarán de manera coordinada entre el sector sanitario y otros sectores y actores sociales, políticos y económicos, con el fin de maximizar su contribución a la salud y al desarrollo humano. Esos otros sectores y actores públicos o privados, que influyen en la condición de salud son: las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrario, y los servicios de provisión de agua y saneamiento, entre otros (OPS/OMS, 2007).

La acción intersectorial implica el diálogo entre los actores que brindan herramientas para abordar los determinantes sociales de la salud. Para generar el acceso igualitario a los servicios sanitarios, es necesario una toma de decisión en conjunto y llevar adelante acciones coordinadas (PHAC, 2007 en OMS, 2009). La visión intersectorial, en el ámbito de la salud, permite tener una mirada integral de los problemas sociales, contemplando los derechos humanos y reconociendo la indivisibilidad de estos (Ase y Burijovich, 2009).

Un sistema de salud único, basado en acciones intersectoriales y centralizadas, permite ordenar la circulación interna de las personas a través de los diferentes efectores de salud. A su vez, vincular las instituciones en red permite ordenar a los programas sectoriales bajo un mismo objetivo (M. Testa, 1996; Ase y Burijovich, 2009). La Atención Primaria de la Salud Integral cuenta con un control de seguimiento de programas y con una base de datos de referencia de los pacientes atendidos en el sistema. Esta forma de transmisión de la información, transversal a todo el proceso, es lo que aumenta la eficiencia y eficacia de la estrategia (M. Testa, 1996).

La función de las redes, en la APS, es articular los distintos sectores con la variedad de programas que buscan dar una respuesta integral a las necesidades sanitarias sentidas y manifestadas por la comunidad (Ase y Burijovich, 2009). Una vez más, se reafirma que, un sistema de salud organizado intersectorialmente promueve y logra abordar los determinantes de la salud y la equidad materia sanitaria (OMS/OPS, 2007).

La Atención Primaria de la Salud Integral se considera el primer eslabón de la cadena de atención. Implica el primer contacto de la comunidad con los servicios sanitarios. Razón por la cual, también se la concibe como puerta de entrada al sistema de salud (M. Testa, 1996). El término “primer contacto” hace alusión a la característica de la presente estrategia de ser el primer lugar de atención de los problemas de la salud (OPS/OMS, 2007).

Los programas desarrollados bajo la Perspectiva Integral de la APS se caracterizan por resolver problemas de menor complejidad, respecto al diagnóstico y tratamiento que demandan. Si se requiere de servicios más complejos, se reorienta a la persona a niveles sucesivos en la cadena de atención (M. Testa, 1996). Los programas, diseñados para tener impacto a largo plazo, priorizan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (OPS/OMS, 2007). Promueven la calidad de vida, el bienestar de la población y hábitos de vida saludables. Además, contemplan la contingencia socioambiental presente en la comunidad, buscando reducir sus riesgos y efectos adversos. Son programas que demandan altos niveles de inversión, lo cual implica un monto considerable del gasto público en salud, pero la efectividad de su implementación equipara la cuestión cuando los resultados de su implementación arrojan una disminución de los indicadores que enferman a la población (OMS, 2008).

Los programas se enmarcan en un enfoque multicausal, es decir, que contemplan una variedad de factores como los causantes de las problemáticas sanitarias a nivel comunitario.

A través de la APS se intenta identificar e intervenir sobre cada uno de ellos, primordialmente a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ase y Burijovich, 2009). Los profesionales a cargo de ejecutar estos programas son trabajadores de la salud especializados, a los cuales se los capacita constantemente ante los inminentes cambios en materia de salud y política social (OMS, 2008). Testa (1996) plantea que la estrategia de APS Integral exige la conformación de grupos interdisciplinarios para el abordaje de las problemáticas sanitarias.

La Atención Primaria de la Salud Integral se destina a toda la población. Esto la convierte en una estrategia primordial para fomentar el desarrollo comunitario. La participación comunitaria es el eje central de la estrategia. Formar parte del proceso de salud gesta en las personas el sentido de responsabilidad y autodeterminación de los grupos. Así, se planifica y acciona no solo en la comunidad, sino sobre todo con la comunidad y desde esta. (Bloch, 1988; OPS/OMS, 2007; Vignolo et al., 2011; Bertolotto et al., 2012). Gofin y Gofin (2007) plantean que la Atención Primaria de la Salud se orienta a la participación comunitaria, en su proceso activo de evaluar las necesidades de la población e intentar dar respuesta a estas, en conjunto con la comunidad.

A modo de resumen, la Perspectiva Integral de la Atención Primaria de la Salud implica una estrategia basada en un enfoque de derechos, en el marco de políticas de Salud Pública. Demanda la reorganización de los sistemas de salud hacia una visión intersectorial. Se enfoca en la constante capacitación del personal de salud y la interdisciplina. Se enraíza en la participación comunitaria y se centra en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para satisfacer las necesidades de la población (Starfield, 2001; Ase y Burijovich, 2009). Esto se ha conseguido mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, la focalización en las familias y las comunidades, el uso de información precisa en la planificación y la toma de decisiones, y la creación de un marco institucional que incentiva la mejora de la calidad de los servicios (Bloch, 1988).

La Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

La intervención de Terapia Ocupacional en los enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se inscribe a raíz de la concepción humanista, de inicios de la disciplina, y como consecuencia de la nueva perspectiva profesional social. Este tipo de abordaje vuelca la praxis de la Terapia Ocupacional hacia la comunidad. A partir de esta

concepción, los intereses colectivos en pos del bien común guiarán la práctica, atravesada por el trabajo interdisciplinario, la perspectiva de derechos y las políticas públicas (Nahr, 2015).

Pellegrini (2004) expone que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como abordajes comunitarios, ya están instaurados a nivel teórico, pero requieren ser reivindicados y efectivarse en las prácticas de Terapia Ocupacional. A raíz de esto, plantea que es necesario llevar a cabo acciones con la comunidad, y no transpolares estrategias institucionales al territorio para trabajar simplemente en el contexto de la persona. Esta última forma de intervenir, según la autora, no sería acorde a los principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sino más bien, a una forma descontextualizada de hacer promoción y prevención. Dicho recorte refleja cómo la impronta reduccionista aún se imprime en la praxis profesional en los contextos comunitarios. Un verdadero abordaje de Terapia Ocupacional desde la promoción de la salud y la prevención contribuye a incrementar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Según la OMS, la Promoción de la Salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986 p.1). Implica facilitar un proceso de cambio con impacto positivo en la vida de las personas, como promotoras de este, en colaboración con los profesionales de la salud y respaldados por políticas estatales de fomento. Es a su vez un proceso participativo, que requiere el involucramiento de la población en todas las fases de intervención de la promoción de la salud: detección, evaluación y tratamiento de las problemáticas (Allemandi, 2012). Y está ligado a la creación de entornos favorables, a la elaboración de políticas públicas de equidad (enfocadas en la atención de los determinantes sociales), al empoderamiento de la acción comunitaria, al desarrollo de aptitudes personales y a la reorganización de los servicios sanitarios (OMS, 1986).

Méndez (1999), propone que la Terapia Ocupacional en la promoción de la salud es una profesión ligada al diseño de estrategias de atención y medidas de protección tendientes a fomentar la calidad de vida de la población y reducir los factores sociales que constituyen indicadores negativos para el desempeño ocupacional oportuno de la comunidad. Por su parte, Moruno Miralles y Valverde (2012), plantean que la disciplina es idónea en este ámbito para empoderar a los colectivos, a pesar de las barreras contextuales, de manera tal que puedan tener participación social en la comunidad.

Pellegrini (2004), explica que las intervenciones de Terapia Ocupacional en la promoción de la salud implican un proceso colaborativo e interdisciplinario. Esto supone entender que los profesionales de la disciplina hacen con la comunidad, escuchando sus necesidades e intereses, comprendiendo la mirada y los significados que esta le otorga a las situaciones que van aconteciendo en el territorio, para poder facilitarle los recursos y herramientas de acción que posibilitan el cambio. A su vez, requiere que la comunidad participe pensando y guiando las acciones tendientes a la promoción de la salud de sus grupos.

Algunas de las estrategias específicas de intervención en la promoción de la salud desde la Terapia Ocupacional son: generar oportunidades de acceso a los servicios de salud, promover entornos sustentables, empoderar a los grupos y recursos con los que la comunidad cuenta, aumentar los conocimientos que la misma tiene sobre la salud y propiciar conductas sociales saludables. Este tipo de intervención promueve la toma de decisión comunitaria, centrándose en el fomento de elecciones sanas y el desarrollo de relaciones saludables en la población (Pellegrini, 2004).

Por su parte, la Prevención de la Salud se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p.11). Villar Aguirre (2011) describe diferentes niveles de prevención que han sido propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Así, explica un nivel de prevención primordial, basado en evitar la emergencia y afianzamiento de los factores sociales, económicos y culturales que se constituyen como agentes de riesgo de enfermedad para la población. Otro de los niveles propuestos por el autor es el de prevención primaria, caracterizado por el control tanto de las causas como de los factores de riesgo que llevan a la aparición de determinada enfermedad, atenuando así su impacto sobre las personas. El anteúltimo nivel de prevención explicado por Villar Aguirre (2011) es el de prevención secundaria. Este se enfoca en el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades para evitar su avance hasta estadios más graves. Este nivel, destinado a la curación y rehabilitación oportuna, busca reducir la prevalencia de la enfermedad y evitar las consecuencias más graves de la misma sobre la población afectada. El último nivel planteado por el autor es el de la prevención terciaria, que se inscribe dentro la terapéutica rehabilitadora y se basa en “reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida” (Villar Aguirre, 2011, p.241)

Evelyn Jaffe y Cynthia Epstein (2005) definen la prevención como “la acción que reduce la probabilidad o la exacerbación de la enfermedad, el trastorno o la discapacidad.

La prevención puede habilitar a las personas y estimular la autorresponsabilidad” (Jaffe y Epstein en Willard y Spackman, 2005, p. 945). Y clasifican los principios de la prevención en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria, implica a las acciones desplegadas antes del inicio de una problemática, para evitar las consecuencias de esta sobre la comunidad. La prevención secundaria, significa la identificación precoz de los grupos vulnerables y el diagnóstico temprano de las situaciones que ponen en riesgo a la comunidad. Por último, la prevención terciaria se basa en la rehabilitación y recuperación de la población para evitar nuevas situaciones de riesgo (Jaffe y Epstein, 2005). En este marco, las intervenciones de Terapia Ocupacional se inscriben en la modificación de los estilos de vida no saludables de la comunidad, a través de actividades orientadas a reducir los factores de riesgo (Méndez, 1999).

Para que las intervenciones tendientes a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de la estrategia de APS, se logren llevar a cabo de manera eficaz, se necesita del desarrollo de políticas públicas y programas territoriales en materia de salud y educación, entre otros, contando con la presencia de la comunidad en el diseño y planificación de estos (Méndez, 1999).

A su vez, es necesario realizar un trabajo en red, dinámico y multidimensional, donde todas las partes implicadas dialoguen e interactúen entre sí, para la resolución de las problemáticas sociales comunitarias. En este sentido, para lograr cambios fructíferos, la participación comunitaria es base y fundamento en la elección y toma de decisión, más allá de la presencia en territorio de profesionales de Terapia Ocupacional y otros actores de salud o gubernamentales (Heredia, 2015).

La intervención de Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no se direcciona únicamente hacia el bienestar y la calidad de vida de grupos vulnerables o que presenten alguna enfermedad, sino que es un abordaje abarcativo de la población en general. En esto radica su potencial de acción: en empoderar el rol de la comunidad en la toma de decisión respecto a las cuestiones sanitarias y sociales que la atraviesan (Pellegrini, 2004).

La Organización Mundial de la Salud establece a la Atención Primaria de la Salud como estrategia para promover la salud y para prevenir la enfermedad, combatiendo los determinantes sociales de la salud. El rol de la Terapia Ocupacional en el ámbito

comunitario, y a través de la estrategia de APS, implica informar, formar y empoderar a la comunidad, generando oportunidades de acceso a los recursos que pueden cambiar su situación de riesgo (Zango Martín, 2010). “En la práctica comunitaria uno de los principales roles requeridos a los profesionales de Terapia Ocupacional está vinculado con la defensa de la salud. Esto implica defender o interceder a favor de la salud de las personas de una comunidad” (Zango Martín, 2010, p.113).

En este tipo de abordajes, el/ la Terapeuta Ocupacional planifica en forma conjunta con la comunidad las acciones tendientes a identificar las necesidades ocupacionales, sanitarias, económicas, sociales, entre otras, de la población y subsanarlas. Este rol supone articular las intervenciones profesionales con las políticas de estado a nivel local y nacional, y generar redes con actores y programas comunitarios. El papel fundamental de la disciplina en el campo está ligado a empoderar a los colectivos y gestar en ellos el compromiso político y social de autogestión (Zango Martín, 2010).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

TIPO DE DISEÑO

En relación con los objetivos del trabajo, se trató de un diseño descriptivo-exploratorio. Es descriptivo ya que “se orienta a describir el comportamiento de variables, y/o identificar tipos o pautas características resultantes de las combinaciones de valores entre varias de ellas” (Ynoub, 2009, p. 9). En el presente trabajo se analizaron textos de experiencias presentadas en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud, para identificar y describir la conceptualización de Atención Primaria de la Salud presente en estos. A su vez, es de carácter exploratorio ya que da una visión general y aproximada del objeto de estudio, y se encuentra basado en un tema que ha sido poco explorado hasta el momento (Sabino, 1992).

En cuanto a la temporalidad de los datos, se trató de un trabajo retrospectivo ya que se analizaron producciones que fueron escritas con anterioridad por otros autores para dilucidar aspectos de las perspectivas presentes en sus experiencias.

Según el tipo de trabajo fue bibliográfico, porque la información procedió de documentos escritos (Sabino, 1992). El trabajo implicó reunir textos que cumplan con determinadas características para posteriormente analizarlos en base a las variables presentadas.

El contexto en el que se realizó el Trabajo Final Integrador fue virtual, dada la situación mundial actual de pandemia por coronavirus (COVID-19), y el aislamiento social preventivo obligatorio impuesto por el gobierno. Es por esta razón que para la confección del presente trabajo se utilizaron textos disponibles de manera digital, y se realizaron encuentros entre los integrantes del equipo mediante una plataforma de videollamada.

En relación con la posición del investigador, se trató de un diseño observacional. No se pretendió realizar una experimentación, sino analizar y describir las características de las producciones literarias que relatan experiencias en relación con Terapia Ocupacional y APS tal y como se presentan.

Según el movimiento del objeto en el tiempo, consideramos que el diseño fue transversal, ya que se recogieron datos en un solo momento, cuando se exploraron y

describieron las perspectivas de APS. “Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014, p. 154). A su vez, presentó un componente longitudinal, ya que, si bien los textos fueron desarrollados en un determinado tiempo y espacio determinado por el año del Congreso, se realizó una comparación entre ellos para detectar variaciones en el tiempo respecto a la aplicación de la Atención Primaria de la Salud. En este tipo de diseño, “el interés del investigador es analizar cambios al paso del tiempo en determinadas categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades, o bien, de las relaciones entre éstas.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014, p.159).

El enfoque metodológico utilizado en el trabajo de investigación fue mixto, pero con predominio cualitativo, ya que el interés estuvo puesto en analizar los trabajos según los ejes de análisis propuestos y recuperar las perspectivas de los actores que se ven reflejadas en las producciones escritas. El objetivo fue identificar, describir e interpretar las perspectivas sobre la Atención Primaria de la Salud que aparecen en las producciones de los Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional para conocer de qué manera se plasma la conceptualización de Atención Primaria de la Salud en las intervenciones de Terapia Ocupacional en el ámbito comunitario en Argentina.

CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO

El universo del presente Trabajo Final Integrador estuvo conformado por los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1985-2019 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Los Congresos llevados a cabo en dicho período fueron:

- I Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, La Rioja, 1985.
- II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y I Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Buenos Aires, 1988.
- III Congreso de Terapia Ocupacional y II Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Mar del Plata, 1991.
- IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, III Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Santa Fe, 1995.
- V Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. La Rioja, 1999.
- VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Buenos Aires, 2003
- VII Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Mar del Plata, 2007.

- VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. La Plata, 2011.
- IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Entre Ríos, Paraná, 2015.
- X Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Tucumán, 2019.

Debido a la situación actual de pandemia, sólo se ha tenido en cuenta para la realización del TFI los textos de Congresos que se encuentran disponibles de manera digital y escrita. De esta manera, los Congresos I (1985), III (1991) y V (1999) no fueron considerados. Por último, el reciente Congreso X llevado a cabo en la ciudad de San Miguel de Tucumán en el año 2019 aún no se encuentra disponible en formato digital escrito como para haber sido contabilizado dentro de la muestra.

MUESTRA

La muestra utilizada para el Trabajo Final Integrador fue de tipo no probabilística (Padua, 1994) ya que no se conocían las probabilidades de cada uno de los textos presentados en los Congresos Argentinos de ser incluidos en la muestra. Esto “supone un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (Sampieri et. al., 2014, p.189).

El subtipo de la muestra fue intencional, ya que los textos han sido seleccionados de acuerdo con los criterios del TFI. “Una muestra intencional escoge sus unidades no en forma fortuita sino completamente arbitraria, designando a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia” (Sabino, 1992, p.91).

La muestra inicial se encontró conformada por los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional II, IV, VI, VII, VIII y IX. El número total de textos presentados en estos fue de 650, comprendido por 75 textos del II Congreso, 54 del IV Congreso, 55 del VI Congreso, 151 del VII Congreso, 114 del VIII Congreso, y 201 del IX Congreso. Para el presente TFI se seleccionaron aquellos que se ajustan a los criterios de inclusión y exclusión, revisados por el equipo de trabajo, por lo cual la muestra final se conformó por un total de 38 textos.

Procedimiento de Selección

El primer paso para la conformación de la muestra de trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional en relación con la Atención Primaria de la Salud fue hacer una búsqueda bibliográfica a partir del Índice de Producción

Nacional, elaborado en el año 2018 por la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, para identificar las producciones de los Congresos Nacionales.

Luego se procedió a la búsqueda de los trabajos de manera digital a fin de conocer su disponibilidad en este medio. Aquellas publicaciones a las cuales se pudo acceder se sometieron a los criterios de inclusión y exclusión del TFI para identificar los textos idóneos para la muestra.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron trabajos que:

- Se encontrasen listados en el Índice de Producción Nacional de Terapia Ocupacional 2018 creado por la AATO.
- Hayan sido presentados en Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015.
- Se encontrasen disponibles de manera digital.
- Se encontrasen en idioma español.
- Relataran experiencias de Terapia Ocupacional en relación con la APS.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron trabajos que:

- Relataran experiencias llevadas a cabo fuera del territorio argentino.
- Se encontrasen difundidos por otros medios que no sean escritos, por ejemplo, en audio o video.

Además de haberse basado en los criterios de inclusión y exclusión presentados con anterioridad, los trabajos fueron seleccionados en base a la presencia en ellos de los conceptos centrales presentes en la Declaración de Alma Ata. Los términos seleccionados de la Declaración fueron: Atención Primaria de la Salud, Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Protección de la Salud, Educación para la Salud, Asistencia Sanitaria, Políticas de Salud, Participación Comunitaria, Primer Nivel de Contacto, Coordinación con Otros Sectores, Justicia Social, Derechos. Para que un texto fuese seleccionado debía contener al menos tres de los conceptos centrales. Dichos términos podían encontrarse de manera literal, con alguna variación (por ejemplo, prevenir en vez de prevención), o en una frase que lo dé a entender (por ejemplo, cuando intervenía la Terapia Ocupacional junto a otros profesionales que no pertenecían al ámbito sanitario, esto se consideraba coordinación entre sectores).

A partir de dicha selección, la muestra compuesta por 38 textos quedó dispuesta de la siguiente manera:

CONGRESO	CANTIDAD DE TRABAJOS SELECCIONADOS
II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional - 1988	3
IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional - 1995	4
VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional - 2003	4
VII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional VII - 2007	8
VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional - 2011	7
IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional - 2015	12

MATRICES DE DATOS

Unidad de Análisis

Cada uno de los textos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988 - 2015, que describen experiencias de Terapia Ocupacional desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Para la caracterización de la muestra se tuvieron en cuenta el título y los autores del trabajo, y se le adjudicó a cada trabajo un número de identificación. Los trabajos fueron ordenados en base al número y año de Congreso al cual pertenecían. Además, se identificaron otros aspectos de la muestra: tipo de experiencia, lugar donde se lleva a cabo y

tipo de población. En el Anexo 1 se presenta el listado de las unidades de análisis junto a dichas características.

Ejes de Análisis

Para toda unidad de análisis es necesario determinar cuáles son las características a indagar respecto de éstas, en relación con los objetivos y planteamiento del trabajo. Bottinelli (2007) plantea que en el caso de diseños cualitativos no es posible plantear variables, sino que, se deben proponer ejes de análisis para abordar las unidades de observación. En la metodología cualitativa se realiza una observación desde una perspectiva holística, en donde los escenarios presentados no son reducidos a variables, sino considerados como un todo (Taylor y Bogdan, 1984).

EJE DE ANÁLISIS 1: Perspectivas de la Atención Primaria de la Salud.

SUBEJES: Refiere a los conceptos propios de una perspectiva de la Atención Primaria de la Salud.

- Enfoque
- Política sanitaria
- Visión
- Nivel
- Duración del programa
- Población destinataria
- Involucramiento
- Agentes

CATEGORÍAS: Representa las alternativas posibles que puede tomar cada subeje, perteneciendo a una perspectiva focalizada y selectiva, la primera opción, o a una perspectiva integral, la segunda opción.

- Enfoque: de problema/ de derechos
- Política sanitaria: verticalista y paternalista/ de salud Pública
- Visión: sectorial descentralizada/ intersectorial centralizado
- Nivel: primer nivel de atención/ primer nivel de contacto
- Duración del programa: a corto plazo/ a largo plazo
- Población destinataria: vulnerable / universal
- Involucramiento: receptora/participativa

- Agentes: sanitarios/ interdisciplinarios

I: Considerar si el texto hace referencia a alguna de las categorías. Interpretar y describir de qué manera se caracteriza.

VARIABLE: Número de Congreso

Refiere al número de Congreso del cual forma parte el trabajo

R:

- II
- IV
- VI
- VII
- VIII
- IX

I: Se indica en qué número de Congreso se encuentra presente el trabajo de experiencia profesional.

FUENTES

Las fuentes del Trabajo Final Integrador estuvieron comprendidas por los textos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988- 2015, que se encontraron disponibles de manera digital y escrita, y que relatan experiencias de terapeutas ocupacionales en relación a la Atención Primaria de la Salud. Estos corresponden a una fuente primaria ya que los datos recolectados de los mismos partieron de la construcción, por parte del equipo, de los ejes de análisis que conformaron el instrumento. “En los diseños de campo los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios” (Sabino, 1992, p 68).

Samaja (2004) propone criterios que se pueden tomar en cuenta al momento de seleccionar las fuentes a utilizar.

Con respecto a nuestro trabajo, la fuente seleccionada permitió obtener datos en **cantidad** y **calidad**. A su vez, la utilización de listados y fichajes permitió obtener gran información

respecto a los trabajos, así como también la utilización del instrumento creado para analizar la información obtenida.

En cuanto a la **riqueza** de la fuente, la misma fue seleccionada para obtener datos abundantes y eficaces en su contenido. Es decir, que informaran acerca de múltiples aspectos relacionados a la intervención de Terapia Ocupacional en Argentina dentro del marco de la Atención Primaria de la Salud en relación con la perspectiva que se tiene sobre esta.

Respecto a los trabajos y las **oportunidades**, tener acceso digital al Índice de Producción Nacional de Terapia Ocupacional permitió visualizar los títulos de las publicaciones de cada Congreso Nacional, lo cual resultó fructífero para una primera instancia del trabajo, ya que esto posibilitó iniciar con el rastreo de este de manera digital. La dificultad se presentó cuando en la búsqueda de los textos en versión escrita digital no se pudo acceder a algunos Congresos (I, III, V, X) ya que no se encontraban publicados en el formato mencionado con anterioridad. A su vez, algunos Congresos digitalizados presentaron faltantes de publicaciones respecto a lo que el Índice señalaba.

Con relación al **costo** de la fuente, el presente TFI resultó económico, ya que se accedió a los trabajos de manera digital debido a la situación de pandemia que atravesaba el país. El único costo para tener en cuenta fue el valor del servicio de internet.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y REGISTRO

Para la recolección de los datos en relación con las perspectivas de Atención Primaria de la Salud presentes en las publicaciones de los Congresos Nacionales de Terapia Ocupacional seleccionados, se diseñó un instrumento de observación que permitió identificar e interpretar las características centrales de las dos perspectivas en torno a las formas de concebir la Atención Primaria de la Salud.

Para volcar los datos obtenidos del análisis de los trabajos de la muestra, se confeccionó una grilla de observación titulada "Instrumento", en donde cada unidad de análisis se encuentra identificada por número, junto con el título de la producción, sus autores, y los subejos cada perspectiva. Dicho instrumento indicó la presencia o ausencia de cada una de las categorías correspondientes a cada subeje.

Se realizó una prueba piloto con una muestra mínima de textos para validar la viabilidad del instrumento para la obtención de datos. Se llevó a cabo un fichaje de la muestra para identificar dentro de cada subeje la presencia de las categorías que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud enmarcada en alguna de las dos perspectivas de análisis planteadas.

El instrumento fue pertinente porque englobó las características centrales de cada perspectiva de la Atención Primaria de la Salud. A su vez, permitió visualizar bajo un mismo criterio de selección las categorías en cada una de las experiencias. De este modo, se lograron contraponer las categorías para que sólo uno de los aspectos de cada subeje fuera identificado.

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente Trabajo Final Integrador no requirió de un Consentimiento Informado dado que el mismo consistió en un diseño bibliográfico y no existió trato con humanos. Sin embargo, se analizaron algunas reflexiones éticas respecto al proceso del mismo.

Se consideró que todo el trabajo se encontró influido por la ética, desde la elección del tema, el cual buscó ser una producción de conocimiento para la Terapia Ocupacional, teniendo resultados pertinentes para el campo; hasta el análisis de los datos, transitando entre ambas por la construcción del marco teórico, los supuestos y objetivos, y la elección del instrumento y la fuente a partir de la cual obtener los datos. La preocupación y el interés respecto a un objeto de estudio puede variar según la visión que tiene el equipo que toma las riendas del trabajo, y haber podido reflexionar acerca de las prácticas de la profesión fue un aspecto clave para la construcción del TFI.

Durante el desarrollo del trabajo, se realizó un esfuerzo por realizar una fundamentación acorde a los procesos realizados, desde el ámbito del conocimiento científico, y se evitó poner en palabras del equipo frases que no le correspondiera al mismo, por una cuestión de legalidad respecto al contenido que el TFI presenta, a fin de evitar plagio.

Al ser un diseño prioritariamente cualitativo, al analizar los datos e interpretar los mismos, existió cierta reflexividad influida por la posición ética y política del equipo de trabajo, que se reflejó en la redacción de los resultados del presente Trabajo Final Integrador. Ante dicha situación, se ha implementado como estrategia metodológica dos de los criterios de rigor propuestos por Pawlowicz y Bottinelli (2003): credibilidad y adecuación.

La credibilidad, mediante la cual “los fenómenos se explican desde las perspectivas de otros actores” (Pawlowicz y Bottinelli, 2003, p.119) se puso de manifiesto en el marco teórico del presente trabajo a la hora de abordar los distintos trabajos y conceptos dados en estos. También, la transcripción de citas importantes que afirman lo que se describe a lo largo de toda la producción dan criterio de credibilidad.

La adecuación es la relación lógica entre los recursos utilizados, resultados, datos, objetivos, matrices de datos, instrumentos. “Se trata de buscar un ‘ajuste’ entre los datos, los resultados y el escenario de la investigación”. (Pawlowicz y Bottinelli, 2003, p.120). El equipo consideró que este criterio se mantuvo presente a lo largo de todo el TFI. A su vez, las autoras destacan que la existencia de cierta flexibilidad en estos métodos no implica falta de rigurosidad y seriedad en la validación.

Para el equipo, llevar a cabo el Trabajo Final Integrador implicó realizar un pasaje de lo implícito a lo explícito (Bottinelli, 2013) permitiendo reflexionar acerca de las prácticas de Terapia Ocupacional y analizando la posibilidad de modificar el modo de pensarlas y llevarlas a cabo en el futuro.

ANÁLISIS DE DATOS

Para estructurar el análisis de los datos, se tomaron como hoja de ruta trabajos que indagan aspectos relacionados con el presente TFI. Siendo el TFI presentado por Becerra, Ibarra y Macias (2020): *“Tradición Social en la producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Argentina entre 1988-2015. Revisión bibliográfica de trabajos argentinos presentados por terapeutas ocupacionales argentinos/as en Congresos Nacionales de Terapia Ocupacional”*, el más oportuno como punto de referencia, ya que se trabajó sobre el mismo corpus de textos.

Para la realización del análisis de datos se realizó una selección y posterior lectura de trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional desde 1985 a 2019 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Todo el análisis se realizó de manera informática, influido principalmente por el contexto en el que se llevó a cabo el Trabajo Final Integrador.

SISTEMATIZACIÓN Y PROCESAMIENTO

Se inició la búsqueda de los trabajos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión a través del Índice de Producción Nacional de Terapia Ocupacional, para conocer la cantidad de Congresos Nacionales que el mismo detalla. Seguidamente, se decidió localizar de manera digital dichos Congresos, pudiendo sólo acceder a los números II, IV, VI, VII, VIII y IX.

Los textos que conformaron la muestra fueron seleccionados en base al siguiente criterio: presencia de 3 o más de los conceptos centrales de APS identificados en la Declaración de Alma Ata, de manera explícita o implícita.

Luego se confeccionó un listado de los trabajos seleccionados, ordenados de manera creciente por número de Congreso. Este procedimiento permitió cumplir con el objetivo del TFI de identificar los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional y colaboró con el de detectar las variaciones en el tiempo respecto a las perspectivas de la Atención Primaria de la Salud.

Con el fin de identificar las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud se utilizó el Instrumento N° 1, que permitió registrar la presencia o ausencia de las categorías de cada uno de los subejos correspondientes al eje “Perspectivas de la Atención Primaria de la Salud”. La presencia de las categorías se marcó en el Instrumento con una “x” y la ausencia con “-”. Solo una categoría era correspondiente a cada subeje y en el caso de no estar definido se colocó “-”.

Una vez que se obtuvieron los datos respecto a la presencia de categorías en cada subeje, se procedió a contar la cantidad de las mismas correspondientes a la Perspectiva Focalizada y Selectiva y a la Perspectiva Integral, en cada uno de los trabajos. Así, se pudo identificar en cada uno de ellos la predominancia de una determinada perspectiva, habiendo algunos no definidos. Esto se puede observar en las últimas dos columnas del instrumento N° 1.

Número de Trabajo	Título	Autores	Número de Congreso	Atención Primaria de la Salud: Focalizada-Selectiva e Integral																	
				Enfoque		Política Sanitaria		Vision		Nivel		Duración del programa		Población destinataria		Involucramiento		Agentes		Predominio	
				De Problema	De Derechos	Verticalista y Paternalista	De Salud Pública	Sectorial Descentralizada	Intersectorial Centralizado	Primer Nivel de Atención	Primer Nivel de Contacto	A Corto Plazo	A Largo Plazo	Vulnerable	Universal	Receptora	Participativa	Sanitarios	Interdisciplinarios	Focalizada y Selectiva	Integral
1																					
2																					

Para interpretar las perspectivas y sus diferentes dimensiones acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud se buscaron, en cada trabajo, citas textuales para dar a conocer cómo se presenta cada categoría seleccionada en el instrumento.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN

El análisis de los datos fue de tipo cualitativo y cuantitativo. Se considera cualitativo debido a que se describen cuáles son los conceptos que corresponden a una Perspectiva de Atención Primaria de Salud Focalizada y a una Perspectiva de Atención primaria de Salud Integral, a modo de cumplir con los objetivos y poder identificar o interpretar dichos conceptos en los trabajos, y posteriormente describir lo que relatan acerca de estos. También porque se identificó la presencia de conceptos centrales de la Declaración Alma Ata en la muestra; se determinó la predominancia de cada texto en cuanto a una perspectiva u otra, o de forma indefinida, y de las perspectivas en base a los subejos por Congreso; y se detectó la variación en el tiempo respecto de las perspectivas acerca de la conceptualización de la APS en la muestra.

Se realizó un análisis de contenido, mediante el cual se puede descubrir más allá de lo que está escrito, lo explícito. Particularmente el análisis es temático, en donde el concepto central es el tema. Este tipo de análisis permite dar cuenta de relaciones a través de las palabras o frases que se presentan (Romeu Gomes, 2003). Trabajar con el análisis temático “consiste en descubrir los ‘núcleos de sentido’ que componen la comunicación y cuya presencia, o frecuencia de aparición, puede significar algo para el objetivo analítico elegido” (Bardin en Romeu Gomes, 2003, p.105).

A través del análisis de contenido, podemos descubrir lo que está por detrás de los contenidos manifiestos, yendo más allá de las apariencias de lo que se está comunicando. (Romeu Gomes, 2003).

En el análisis temático, como el propio nombre lo indica, el concepto central es el tema. Este admite un cúmulo de relaciones y puede ser gráficamente presentado a través de una palabra, una frase, un resumen. “El tema es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según los criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura” (Bardin en Romeu Gomes, 2003, p.105).

A su vez, es cuantitativo porque por Congreso se contabiliza la cantidad de trabajos que describen experiencias desarrolladas en el marco de la APS con respecto al total de trabajos presentados. También se identificó a qué porcentaje de la muestra total corresponden los trabajos de APS por Congreso.

El análisis de los datos fue centrado en la variable. Según Samaja (2004), cada variable de la matriz de datos informa sobre el comportamiento de la muestra respecto de uno de los aspectos relevantes.

Para el cumplimiento del objetivo identificar los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional se realizó una lectura general de todos los textos presentados en los Congresos y se seleccionaron aquellos en donde se desarrolla una intervención basada en la Atención Primaria de Salud. Mediante este proceso el número de trabajos seleccionados fue de 38 y se ordenaron numéricamente, junto con su título y número de Congreso en el que fueron presentados.

En una segunda instancia, se procedió a leer en profundidad cada uno de los trabajos seleccionados para detectar la presencia de las categorías correspondientes a cada uno de los subejos de análisis, con el objetivo específico de identificar las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud presentes en ellos.

Se recuperaron las citas textuales que dan cuenta de la presencia de las categorías con el fin de interpretar las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud. Este análisis es deductivo, ya que se buscó en los textos, de manera implícita o explícita, las categorías que definen cada subejo. “En la exploración del material es de fundamental importancia ser capaces de ir más allá de los relatos y de los hechos o, en otras palabras, ir de lo explícito al implícito, de lo revelado a lo velado, del texto al subtexto” (Souza Minayo, 2003, p. 108).

Para cumplir con el objetivo de detectar las variaciones en el tiempo respecto a las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud se contabilizaron, en base a las categorías de cada subejo, los trabajos de APS por número de Congreso según su predominancia: Perspectiva Focalizada y Selectiva, Perspectiva Integral, Perspectiva Mixta.

Para representar los resultados respecto a la cantidad de trabajos presentados en los Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud en comparación con aquellos que tratan otras temáticas dentro de cada Congreso, se realizó un gráfico de barras superpuestas al 100%. En el mismo, se refleja la cantidad de trabajos y sus

porcentajes según correspondan a APS u otra temática. Estos mismos datos fueron expresados mediante una tabla de contingencia.

Además, se presentó una tabla de contingencia que muestra el porcentaje de los trabajos por Congreso que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud, con respecto al porcentaje total de la muestra que equivale a 38 trabajos. Para representarlo gráficamente se utilizó un gráfico de columnas agrupadas.

Se utilizó un gráfico de columnas agrupadas para presentar los resultados en cuanto a la cantidad de trabajos que poseen en su desarrollo la presencia de los conceptos expresados en la Declaración de Alma Ata, seleccionados previamente por el equipo mediante la lectura de esta, y que son considerados criterios selección. El gráfico detalla los conceptos centrales de la Declaración y la cantidad de trabajos que poseen a estos en su desarrollo, en orden descendente. Además, se expresó en términos porcentuales qué cantidad de trabajos representa cada concepto.

Para presentar los resultados en cuanto a la variación en el tiempo respecto a las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud en los trabajos de la muestra se utilizó un gráfico de líneas. Para la confección de este, cada texto fue analizado para reconocer a qué categoría dentro de cada subjeje pertenecía. Una vez identificada la pertenencia de cada texto a cada uno de los subejes (Focalizada y Selectiva, Integral, no definida), se procedió a agrupar los textos por Congreso, y se analizó la predominancia dentro de cada subjeje. En el caso de que las categorías focalizadas y selectivas de los subejes fueran mayores que las integrales de los subejes, se consideró que el Congreso tendría una predominancia Focalizada y Selectiva, y viceversa. En el caso de tener la misma cantidad de categorías predominantes en ambas perspectivas se consideró "mixta". En el gráfico se presentaron las predominancias de cada uno de los Congresos.

Para presentar los resultados correspondientes a la predominancia de subejes de las perspectivas de Atención de Atención Primaria de la Salud, se utilizó un gráfico de columnas adyacentes.

Todos los trabajos presentados en los Congresos Nacionales Argentinos entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud fueron analizados para reconocer a qué categoría dentro de cada subjeje pertenecen. Una vez identificada la pertenencia de cada texto a cada uno de los subejes (focalizada y selectiva, integral, no definida), se procedió a agrupar los textos por Congreso, y se analizó la

predominancia dentro de cada subeje. En el caso de que las categorías focalizadas de un subeje fueran mayores que las integrales, se consideró que el Congreso tendría una predominancia Focalizada y Selectiva dentro de ese subeje, y viceversa. En el caso de tener la misma cantidad de categorías en ambas perspectivas en un subeje, se lo consideró "mixta". Luego se procedió a sumar las predominancias de la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y las de la Perspectiva Integral para cada subeje. En el gráfico se presentó la cantidad de Congresos con predominancia Focalizada y Selectiva y con predominancia Integral en cada uno de los subejes de manera general, sin aclarar a qué número de Congresos corresponde.

Para presentar los resultados correspondientes a la predominancia de perspectivas de Atención Primaria de la Salud en Congresos Argentinos Nacionales de Terapia Ocupacional se utilizó un gráfico de tortas. Previamente a la realización del gráfico, cada trabajo de la muestra fue analizado para reconocer a qué categoría de cada subeje pertenece. Luego se sumaron por un lado todas las categorías focalizadas y selectivas y por otro lado todas las integrales, y se compararon los resultados. En el caso de que las categorías focalizadas y selectivas fueran mayores que las integrales, se consideró a ese trabajo con una predominancia Focalizada y Selectiva, y viceversa. En el caso de tener la misma cantidad de categorías predominantes en ambas perspectivas se consideró "mixta". En el gráfico se presentaron la cantidad de textos que poseen una predominancia de Perspectiva Integral, de Perspectiva Focalizada y Selectiva, o mixta.

Por otra parte, los resultados correspondientes al análisis cualitativo fueron presentados de manera escrita, mediante un apartado para la Perspectiva Focalizada y Selectiva de la Atención Primaria de la Salud, y otro apartado para la Perspectiva Integral de la misma. En ambos apartados se reflejaron las características propias de los subejes de análisis, y se presentaron y desarrollaron las mismas de manera detallada mediante citas textuales de las experiencias y parafraseo.

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA²

La muestra inicial fue conformada por 650 trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015, correspondientes a los Congresos II, IV, VI, VII, VIII, IX. Conforme al criterio de selección, se han identificado 38 Trabajos Argentinos que describen experiencias de Terapia Ocupacional desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Con respecto a la locación de las experiencias desarrolladas en los trabajos, se pudo identificar que la mayoría de las experiencias fueron llevadas a cabo en Buenos Aires, predominantemente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En el resto de la provincia se llevan a cabo 16 experiencias, dentro de las cuales 7 tienen locación en la ciudad de Mar del Plata. Con respecto a otras provincias, se destaca en segundo lugar Santa Fe con 8 trabajos.

Según el tipo de experiencia, se lograron identificar 15 que fueron llevadas a cabo como un programa de extensión universitaria o práctica de campo. También se reconocen 12 experiencias en donde el foco de la intervención se encuentra en la reinserción sociolaboral de las personas. Hubo 4 experiencias que fueron llevadas a cabo en un marco de gerontología. Se detectaron 7 trabajos que fueron llevados a cabo en hospitales públicos, y uno que fue realizado en un CeSAC.

En cuanto al tipo de población respecto al rango etario, se identificó que los adultos son quienes más predominan como población destinataria (16 experiencias), quedando los niños y adolescentes en segundo lugar con 12 trabajos. También se reconocieron experiencias en donde no existe un rango de edad determinado entre los destinatarios, sino que están dirigidas a la comunidad en general. En último lugar se encuentran los adultos mayores, con una existencia de 4 experiencias llevadas a cabo en un contexto de geriatría. Se observa además que, de los 38 trabajos de la muestra, la población destinataria en 15 de las experiencias presenta algún tipo de discapacidad o patología, sin contar las 4 producciones de geriatría en donde existen déficits propios de la edad.

² La muestra se construyó en base a la sistematización de trabajos realizada por Becerra, Ibarra y Macías (2020) en el TFI "Tradición Social en la producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Argentina entre 1988-2015. Revisión bibliográfica de trabajos argentinos presentados por terapeutas ocupacionales argentinos/as en Congresos nacionales de Terapia Ocupacional".

Se observa además que aquellas intervenciones en donde los destinatarios son niños y/o adolescentes se centran en el juego. Por otro lado, aquellas que se dirigen a los adultos mayores poseen un enfoque hacia la prevención y mantenimiento de la salud.

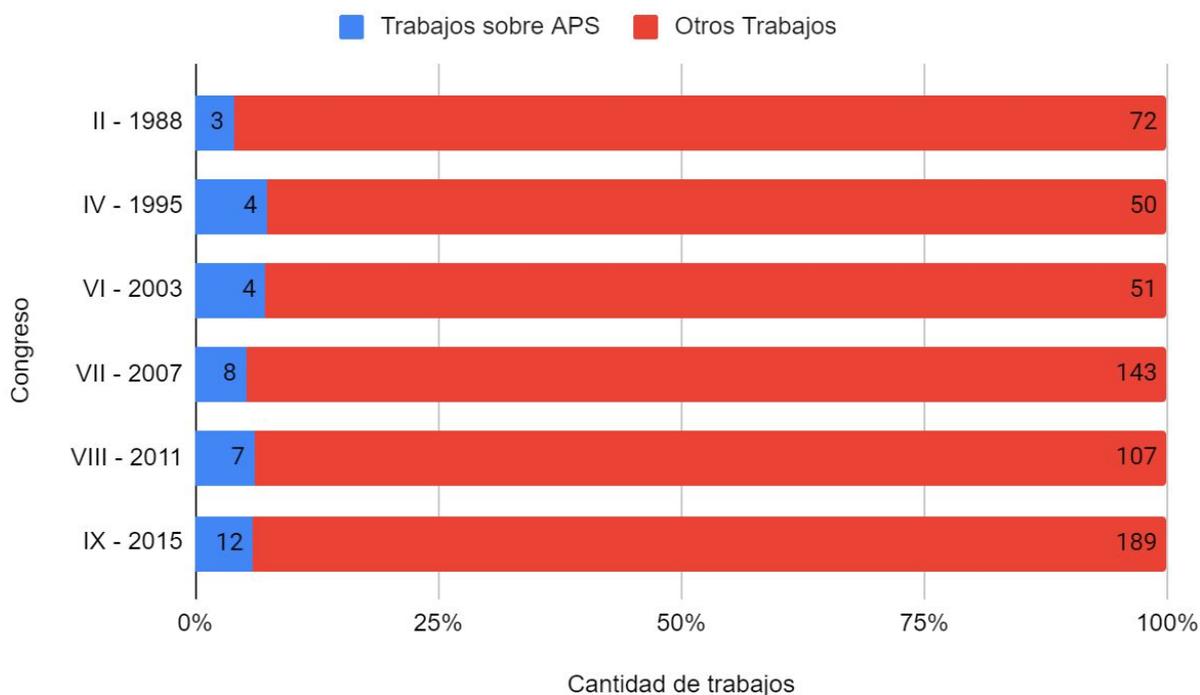
En los Congresos se observa que, en general, aumentó la cantidad de trabajos sobre APS en cada Congreso a medida que fueron transcurriendo estos a lo largo del tiempo. Sin embargo, teniendo en cuenta la cantidad de trabajos sobre APS en relación con la totalidad de trabajos presentados en cada Congreso, la proporción comparativa es similar entre Congresos, a pesar del tiempo transcurrido. Hay entre un 4% y un 7,40% de textos sobre experiencias de APS en relación con el total de trabajos presentados por Congreso.

En la Tabla 1 y en el Gráfico 1 se discriminan los trabajos que describen experiencias desarrolladas en el marco de la APS. El porcentaje expresado en la tabla indica la proporción de trabajos de APS en relación con la totalidad de trabajos por Congreso (650).

Tabla 1: Trabajos Argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988 - 2015. (N=650)

Congreso	Trabajos sobre APS		Otros trabajos		Total de trabajos	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
II - 1988	3	4,00%	72	96%	75	100%
IV - 1995	4	7,40%	50	92,60%	54	100%
VI - 2003	4	7,27%	51	92,70%	55	100%
VII - 2007	8	5,30%	143	94,70%	151	100%
VIII - 2011	7	6,14%	107	93,86%	114	100%
IX - 2015	12	5,97%	189	94,03%	201	100%
TOTAL	38	5,85%	612	94,15%	650	100%

Gráfico 1: Trabajos Argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988 - 2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la APS (N=650).



En relación con el número de Congreso en el cual se identificaron experiencias de Terapia Ocupacional en el marco de la Atención Primaria de la Salud, se encontraron 3 trabajos en el Congreso II, 4 trabajos en el Congreso IV, 4 trabajos en el Congreso VI, 8 trabajos en el Congreso VII, 7 trabajos en el Congreso VIII, y 12 trabajos en el Congreso IX.

Se observa que respecto a los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos que describen experiencias de Terapia Ocupacional desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de Salud, el menor porcentaje de trabajos presentados corresponde al Congreso II (7,89%), mientras que el mayor porcentaje de trabajos presentados se encuentra en el Congreso IX (31,58%).

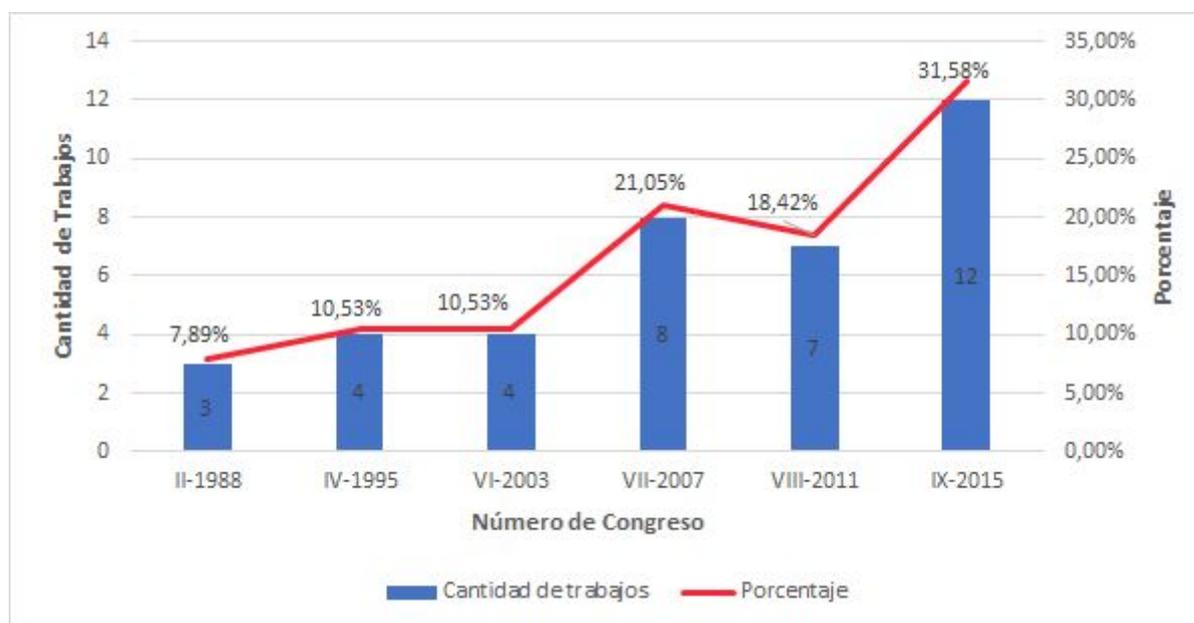
También se identificó que el número de producciones de Terapia Ocupacional en el marco de la APS presentado en Congresos Nacionales Argentinos aumenta con el transcurso del tiempo. A excepción del Congreso VII, que presenta 8 trabajos, mientras que en el Congreso VIII se presentan 7 trabajos, pero esta diferencia de un trabajo se considera que no se visibiliza una tendencia contraria a lo comentado.

En la Tabla 2 y en el Gráfico 2 se expresa la cantidad y el porcentaje de trabajos de APS presentes en cada Congreso en relación con la totalidad de la muestra (38).

Tabla 2: Trabajos argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988 - 2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la APS (N=38).

Congreso	Cantidad de trabajos	Porcentaje
II - 1988	3	7,89%
IV - 1995	4	10,53%
VI - 2003	4	10,53%
VII - 2007	8	21,05%
VIII - 2011	7	18,42%
IX - 2015	12	31,58%
Total	38	100%

Gráfico 2: Trabajos argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988 - 2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la APS (N=38).



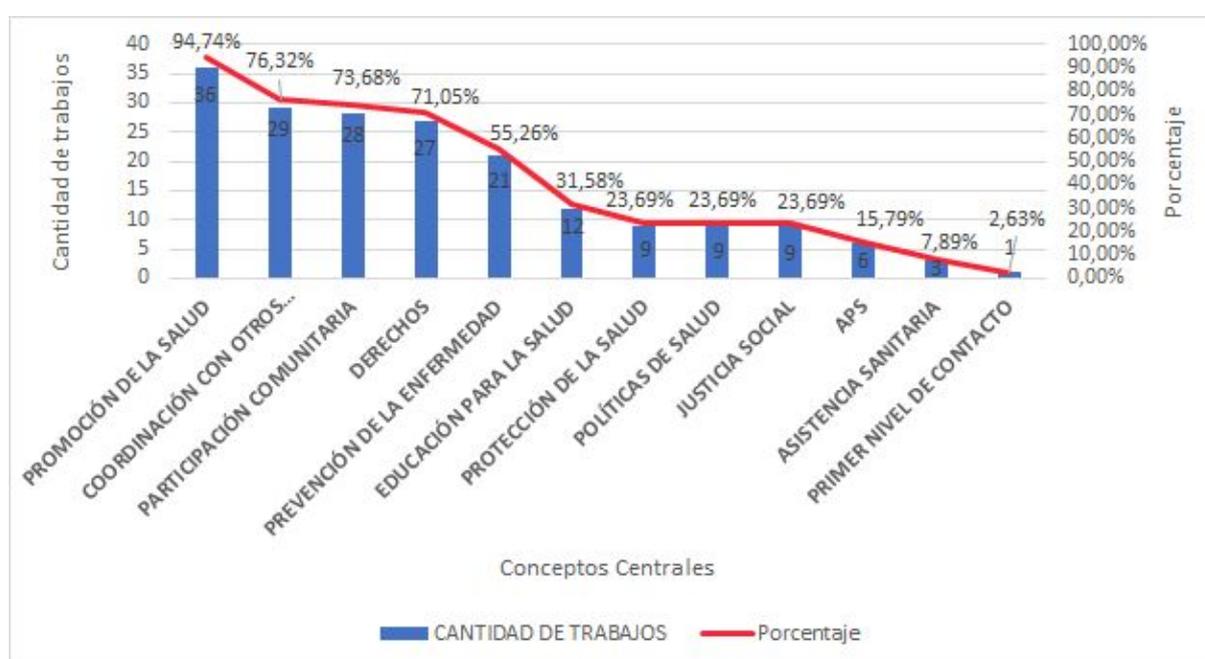
Como criterio de inclusión, los conceptos de la Declaración de Alma Ata seleccionados fueron: Atención Primaria de la Salud, Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Protección de la Salud, Educación para la Salud, Asistencia Sanitaria, Políticas de Salud, Participación Comunitaria, Primer Nivel de Contacto, Coordinación con Otros Sectores,

Justicia Social, Derechos. En cada trabajo fue posible identificar al menos 3 de los conceptos seleccionados como criterios de inclusión.

Se observa que el concepto “Promoción de la Salud” se encuentra presente en casi la totalidad de la muestra. Se visibiliza en 36 de los 38 trabajos, es decir, representa un 94,74% de la muestra. Con porcentajes muy similares, en segundo, tercer y cuarto lugar se encuentran los conceptos “Coordinación con otros sectores”, “Participación Comunitaria” y “Derechos” respectivamente, con una equivalencia entre el 71,05% y el 76,32% de la muestra. El concepto con menor presencia en los trabajos es el de “Primer Nivel de Contacto”, que solo representa un 2,63% del total. Es pertinente destacar que el concepto APS se halla presente de manera explícita sólo en 6 de los 38 trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

En el Gráfico 3 se presentan los conceptos principales de la Declaración de Alma Ata (criterios de selección), junto con la cantidad de trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos que describen experiencias de Terapia Ocupacional desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de Salud que contienen dichos términos en su desarrollo. Además, se incluye el porcentaje de trabajos que presentan cada concepto en base al total de la muestra

Gráfico 3: Conceptos centrales de la Declaración de Alma Ata presentes en trabajos argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud (N=38).



PERSPECTIVAS ACERCA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

A continuación, se detallan los subejos de ambas categorías de Atención Primaria de la Salud, visualizados en las experiencias presentadas en los Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015.

Enfoque: de Problema y de Derechos

El primer subejo de análisis corresponde al “**Enfoque**” y dentro de este se encuentran las categorías “**de Problema**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y “**de Derechos**”, correspondiente a la Perspectiva Integral.

La categoría “Enfoque de Problemas” hace referencia a las intervenciones en salud que se orientan al abordaje de los síntomas que presenta la persona y se enfoca en la supervivencia del individuo. Dentro de esta se incluyeron las experiencias analizadas de Terapia Ocupacional que abordan problemáticas como la demencia, adicciones, discapacidad física, accidentes y enfermedades profesionales, enfermedades reumáticas, oncológicas, ateroscleróticas, coronarias y cerebrovasculares, entre las más destacadas. Esta categoría también incluye la lucha contra las enfermedades vectoriales, en relación con su prevalencia, grado de mortalidad o incapacidad que causan en la población. Es por ello por lo que las experiencias que se enfocan en “*enfermedades infecto-contagiosas producidas por condiciones ambientales*” (Slaifstein, Congreso VI, 2003), como las endémicas, venéreas y respiratorias también formaron parte de esta categoría.

Así, dentro de este Enfoque de Problemas fueron identificadas las experiencias de Terapia Ocupacional que se dirigen a la “*orientación y seguimiento de personas con Trastorno Mental Severo y en condiciones de vulnerabilidad social que han sido declaradas jurídicamente ‘incapaces’*” (Paganizzi, Congreso VIII, 2011) y las que buscan detectar y prevenir los riesgos inherentes a las enfermedades mencionadas con anterioridad.

En los trabajos presentados en los Congresos II, IV y VIII, se visualiza con mayor predominancia el Enfoque de Problemas perteneciente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva de Atención Primaria de la salud, pero se han hallado experiencias que se incluyen dentro de esta categoría en todos los Congresos.

Desde un “Enfoque de Derechos” se concibe a la salud como un derecho inalienable de la persona. A su vez, la Declaración de Alma Ata la define como un objetivo social que los Estados deben proponerse al momento de diseñar políticas de Estado, que, a través de la implementación de estrategias y programas sanitarios, busquen su garantía.

Es por esto, que la categoría “Enfoque de Derechos” hace referencia a las intervenciones en salud que brindan estrategias para afrontar los determinantes sociales y modificar las desigualdades que ocasionan inequidad en el goce de los derechos humanos estrechamente relacionados con la salud, como son el derecho *“a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación”* (OMS, 2017, p.1). Las intervenciones de Terapia Ocupacional que de manera explícita buscan garantizar el *“derecho a la salud integral para todos los ciudadanos vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”* (Manghi, Fenoglio y Alippi, Congreso VII, 2007) fueron clasificadas bajo esta categoría.

Es así como las experiencias analizadas dentro del Enfoque de Derechos abordan problemáticas sociales relacionadas con lo habitacional, laboral y familiar. También se encontró en ellas que los abordajes desde Terapia Ocupacional buscan velar por el derecho a la salud a través de intervenciones que garantizan otros derechos como el juego en los niños, la educación en la infancia y la adolescencia, la participación en ocupaciones significativas en adolescentes y personas con discapacidad mental y el fortalecimiento de la ciudadanía en comunidades y poblaciones en condiciones de pobreza.

Respecto a las contingencias habitacionales y sociales, las intervenciones de Terapia Ocupacional en su mayoría involucran a la población que acude a los servicios de Salud Mental. Así se despliegan programas que apuntan *“a resolver, desde la perspectiva de un movimiento social, la problemática habitacional y laboral de personas con padecimiento psíquico, en una experiencia de integración a procesos de autogestión del hábitat”* (Polenta Medina, Gimenez y Frías, Congreso VII, 2007). Estos abordajes conciben al trabajo *“como derecho de los usuarios de servicios de salud mental, considerándolo un articulador social, indicador de procesos de inclusión y construcción de autonomía y ciudadanía”* (Bartoli, Rodríguez y Yujnovski, Congreso IX, 2015).

En relación con la contingencia familiar, desde Terapia Ocupacional se *“intenta un abordaje interdisciplinario y a la vez singular para cada caso, brindándoles acompañamiento y contención y procurando dotarlas de herramientas para que puedan salir de la situación de calle y sostener su vida sin volver a ésta”* (Carlovich, Congreso IX, 2015). En algunos casos, *“la cooperativa es tomada como una herramienta básica para la organización, desde donde*

las familias pueden abordar distintas necesidades, comenzando por la habitacional, como reivindicación de sus derechos ciudadanos” (Polenta Medina, Gimenez y Frías, Congreso VII, 2007). Para las mujeres que se encuentran en situación de pobreza y riesgo social, y son amas de casa y sostén del núcleo familiar, desde los dispositivos comunitarios de Terapia Ocupacional se busca “plantear un espacio de encuentro y trabajar en la promoción y el despliegue de habilidades para la vida” (Amendola, Cacopardo y Garcia Cein, Congreso VIII, 2011).

En las experiencias analizadas que entran dentro de esta categoría, encontramos aquellas dedicadas a la infancia y que conciben el juego como derecho inherente a la salud de los infantes. Los trabajos plantean que *“el niño que puede jugar tiene más posibilidades de un desarrollo saludable” (Polinelli y Paiva, Congreso IX, 2015). Estos trabajos conciben el jugar por jugar como derecho porque entienden al “juego como necesidad y ocupación fundamental de los niños”. Plantean al “juego como motor y como medio para tener una mejor calidad de vida, para la realización de todos los derechos de los participantes de los espacios de juego” (Polinelli y Paiva, Congreso IX, 2015).*

Es así como a través de las juegotecas la Terapia Ocupacional crea espacios que *“pasan a ser facilitadores del encuentro con el otro, del otro colectivo donde se comparten objetivos, se establecen actividades conjuntas, empoderándose y creciendo juntos; promoviendo la solidaridad y la integración, tanto individual como grupal, generando el reconocimiento de las potencialidades, de los límites, recursos, carencias, conflictos, problemas y diferentes abordajes para la búsqueda conjunta de soluciones” (Polinelli y Paiva, Congreso IX, 2015).*

Las experiencias que abordan la creación de juegotecas buscan *“desarrollar una propuesta programática centrada en actividades lúdico-recreativas, para promover el sano desarrollo de poblaciones infanto-juveniles en situación de riesgo” (Demiryi, Congreso VI, 2003). Porque nuestra comunidad nos muestra una realidad sociocultural con múltiples problemáticas, que pueden ser resueltas a través de la libertad, la creatividad y la educación en valores presentes en los diferentes espacios de juego, espacios de derecho.*

En otras experiencias, respecto a la educación en la infancia y la adolescencia se observa que *“ante la escasa integración al sistema educativo de la población adolescente que se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el creciente estado de exclusión de participación en ocupaciones significativas es importante tener en cuenta a la Terapia Ocupacional como una disciplina que plantea estrategias comunitarias” (Centro de Desarrollo Zonal. Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria. Santa Fe, Congreso VII, 2007) para abordar la deserción escolar buscando “favorecer el acceso y permanencia de jóvenes y*

adultos, aportando apoyos específicos para el desarrollo de sus capacidades y futura integración socio laboral” (Encina y Herrera Suarez, Congreso IX, 2015).

Las experiencias educativas analizadas que se inscriben dentro del Enfoque de Derechos, en su mayoría describen proyectos relacionados con la Educación Popular. Como uno de los trabajos relata: *“desde la Educación Popular, proponemos la emancipación y conciencia crítica de todos los participantes del proyecto. Durante los encuentros se fomenta un clima de libertad de expresión facilitando relaciones democráticas entre los sujetos de la comunidad”* (Polinelli y Paiva, Congreso IX, 2015). A su vez, en estos espacios la Terapia Ocupacional permite generar conciencia colectiva sobre los derechos de la persona que están siendo vulnerados. A modo de ejemplo, esta experiencia de Educación Popular relata: *“a medida que se desarrollaban entrevistas y encuentros surgían cuestiones como nunca haber viajado en colectivo, no conocer el centro de la ciudad, no haber salido a tomar algo a una confitería, no elegir ni comprar prendas de vestir, no tener amigos, desconocer si tenían ‘derecho’ a estar de novios, casarse y tener hijos”* (Polinelli y Paiva, Congreso IX, 2015).

La Terapia Ocupacional a través de las intervenciones en educación también abre procesos de empoderamiento en relación con la participación significativa en ocupaciones. *“La participación en ocupaciones significativas - como lo es estudiar y capacitarse para los adolescentes - es uno de los derechos de los individuos; pero, debido a las condiciones que se derivan de la pobreza, los jóvenes se ven inmersos en un constante y progresivo avasallamiento de este derecho”* (Centro de Desarrollo Zonal. Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria. Santa Fe, Congreso VII, 2007). En este sentido, otro de los trabajos resalta la importancia de la participación en ocupaciones significativas como eje de Terapia Ocupacional: *“Si la participación social en ocupaciones significativas influye en la salud, y las personas con discapacidad constituyen un grupo vulnerable, nuestro trabajo en la escuela pertenece a las esferas de la prevención y de la rehabilitación. Y si la terapia ocupacional trata de la emancipación y la capacitación en las ocupaciones significativas de la vida diaria para todas las personas que sufren estados discapacitantes de eso nos estamos ocupando”* (Encina y Herrera Suárez, Congreso IX, 2015).

Se han hallado experiencias que se incluyen dentro del Enfoque de Derechos en todos los Congresos analizados, pero es oportuno resaltar la notoria predominancia de esta categoría conforme avanzan los años de presentación de Congresos. Es decir, que se visibiliza con mayor énfasis el Enfoque de Derechos en el Congreso IX (2015). Esto demuestra que en las experiencias se cristaliza el cambio de paradigma de la salud ya no entendida como mera ausencia de enfermedad, sino como derecho y en estrecha relación con los determinantes sociales de la salud.

Política Sanitaria: Verticalista y Paternalista y de Salud Pública

El segundo subejeto de análisis corresponde a “**Política Sanitaria**” y dentro de este se encuentran las categorías “**Verticalista y Paternalista**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y “**de Salud Pública**”, correspondiente a la Perspectiva Integral.

En cuanto a la categoría “Política Verticalista y Paternalista”, esta implica una visión descentralizada del sistema de salud y lleva a los Estados a definir cuáles son las problemáticas sanitarias que entran dentro de la agenda pública, dejando a la población desvinculada del proceso y acentuando las diferencias sociales en el acceso a los distintos niveles de atención sanitaria. Un ejemplo de esto se halla en la siguiente cita extraída de una de las experiencias que se desarrolla a raíz de una situación de inundación en Santa Fe: *“las políticas de estado centraron su atención hasta el momento en la reconstrucción de los aspectos edilicios e infraestructurales, con prácticas de neto corte asistencialistas y clientelares”* (Demiryi, Boggio, Demichelis, et al., Congreso VII, 2007). Otra de las experiencias, que sienta sus bases en un dispositivo de cuidado comunitario, propone: *“rever los espacios educativos y sanitarios en los que interactúan adultos, niños y niñas. Tradicionalmente estos espacios se sostienen en la sumisión a la autoridad y la inclusión infantil en un orden jerárquico predeterminado que los considera objeto de tutela”* (Arce y Chardon, Congreso IX, 2015)

Cuando la APS se plantea como estrategia enfocada en dar respuesta a los problemas de salud de las comunidades a través de la prevención, promoción y participación comunitaria se concibe dentro de la categoría “de Salud Pública”. En función de esto se forman equipos sanitarios interdisciplinarios que se instalan en los barrios, *“y se caracterizan por tener acciones territoriales e intentar constituirse como una referencia para las familias o colectivos que se encuentran atravesando una situación de vulnerabilidad y riesgo, con una articulación con otros equipos y organismos. Se trabaja en función de los ejes: promocional/preventivo, asistencial y de seguimiento, con una visión integral de la salud, incluyendo las dimensiones ético-políticas y comprometiéndose con la salud, en tanto derecho humano fundamental”* (Briglia, Congreso IX, 2015).

De los trabajos analizados que entran dentro de esta categoría, aquellos que se llevan a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos dentro de las áreas programáticas de los Hospitales Generales de Agudos, relatan experiencias en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) donde las intervenciones se encuentran en consonancia con las políticas sanitarias

de Salud Pública. *“Se observa que la acción territorial como abordaje a las situaciones familiares y colectivas complejas favorece la accesibilidad al sistema de salud”* (Briglia, Congreso IX, 2015). Como se explicita en esta experiencia: *“Los equipos de áreas del CeSAC tienen múltiples lógicas intervinientes, y su complejidad y riqueza en la acción nos permite un posicionamiento frente a las problemáticas sociales complejas desde la promoción del ejercicio de la ciudadanía de las familias y colectivos que habitan el barrio”* (Briglia, Congreso IX, 2015).

Las experiencias que acuerdan con leyes en materia de salud también se conciben dentro de esta categoría. Las leyes le dan el marco normativo a la Salud Pública y se vuelven pilares sobre los cuales se construye el derecho a la salud. Esto se visibilizó con mayor énfasis en los trabajos analizados en los Congresos VII y IX. A modo de ejemplo, una de las experiencias relata que *“desde la Ley de Salud Mental, y desde el enfoque de la Terapia Ocupacional Social se propone pensar la promoción de la salud, como promoción de derechos, desde escenarios y dispositivos comunitarios que promuevan la inclusión social y respeten la singularidad de las personas”* (Suárez y Vallejos, Congreso IX, 2015). Otra experiencia acuerda *“con lo que define la ley 153 en su Art. 30 en donde sostiene garantías del derecho a la salud integral para todos los ciudadanos vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El desarrollo de una cultura de la salud, así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad”* (Manghi, Fenoglio y Alippi, Congreso VII, 2007).

Respecto al subeje Política Sanitaria, la categoría “Verticalista y Paternalista” se identificó solo en 4 trabajos de los 38 analizados, mientras que la categoría “de Salud Pública” pudo visualizarse en 18 experiencias. Esta última solo se halló ausente en los trabajos del Congreso VI.

Visión: Sectorial Descentralizada e Intersectorial Centralizada

El tercer subeje de análisis corresponde a “**Visión**” y dentro de este se encuentran las categorías “**Sectorial Descentralizada**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y “**Intersectorial Centralizada**”, correspondiente a la Perspectiva Integral.

Bajo la categoría “Sectorial Descentralizada” se agrupan las experiencias en las cuales se observó que los efectores de salud comunitarios desde los cuales partían las intervenciones de Terapia Ocupacional se encontraban desarticulados de los hospitales de cabecera. El hecho de que *“su gestión se realiza mediante la participación de un organismo técnico específico”* (Mines et al, Congreso IV, 1995), provincial o municipal desvinculado de la

regulación nacional del sistema, permitió visibilizar cómo *“la dificultad en la transmisión de la información por parte del ente de salud hacia el beneficiario y el desconocimiento del mismo sobre la problemática, pueden contribuir a la insatisfacción de necesidades. Las personas no logran comprender las medidas de prevención y control de la salud, y sus circuitos para tramitarla”* (Metz y Castelli, Congreso IX, 2015).

La categoría “Intersectorial Centralizada” implica a aquellas experiencias que se desarrollan en el marco de acciones sanitarias integradas, desde efectores de salud referenciados y escalonados que responden a un mismo organismo de administración y control. Esto requiere una planificación estratégica de los recursos disponibles, integrados en los tres niveles de atención que permite efectivizar el acceso a los servicios de salud. Los trabajos que se incluyeron dentro de esta categoría visibilizan acciones conjuntas con otros sectores y actores sociales, políticos y económicos de la sociedad, al momento de desplegar las intervenciones.

De esta manera, se intenta *“producir vínculos de mutualidad y cooperación, versus asistencialismo, promoviendo redes y soportes de apoyo institucional o convivenciales”* (Narváez y Serra Congreso IX, 2015). *“Las acciones son conjuntas, dado el nivel de participación, involucramiento y compromiso de las familias, los voluntarios, equipo interdisciplinario, organizaciones de la sociedad civil, empresas y gobierno municipal, provincial y nacional. Todos entrelazados, aportando desde la especificidad de cada función”* (Universidad Nacional de Mar del Plata, Congreso VII, 2007).

Como relatan las experiencias incluidas en esta categoría, una Visión Intersectorial Centralizada implica la *“coordinación de dispositivos, la priorización según jerarquía de objetivos, la provisión de medios materiales y simbólicos, el trabajo con organizaciones comunitarias y cambios en el contexto social y político”* (Metz, Congreso IX, 2015). En dicha coordinación radica el potencial de este tipo de visión que busca desplegar acciones tendientes a *“modificar los contextos de vida a través de las acciones y actitudes desde el espacio de lo cotidiano”*. (Narváez y Serra Congreso IX, 2015). En otra experiencia, la Visión Intersectorial Centralizada implica *“un viraje desde la atención de la salud organizada en programas a pensarla enmarcada en la salud colectiva desde equipos de referencia en articulación con programas específicos”* (Briglia, Congreso IX, 2015).

Se han hallado experiencias que cristalizan la Visión Intersectorial Centralizada en todos los Congresos analizados. Mientras que la Visión Sectorial Descentralizada sólo se pudo identificar en 9 trabajos de los 38 abordados.

Nivel: Primer Nivel de Atención y Primer Nivel de Contacto

El cuarto subeje de análisis corresponde a “**Nivel**” y dentro de este se encuentran las categorías “**Primer Nivel de Atención**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y “**Primer Nivel de Contacto**”, correspondiente a la Perspectiva Integral. Este subeje fue el más difícil de identificar en las experiencias. En la gran mayoría de los trabajos no se mencionaba estas categorías. El Primer Nivel de Atención no pudo identificarse ni el Congreso IV ni en el VIII. Mientras que el Primer Nivel de Contacto no pudo identificarse en el Congreso VII.

Desde la categoría “Primer Nivel de Atención”, *“el foco de las acciones de Terapia Ocupacional son las actividades y los contextos cotidianos, en los que se propone entender e intervenir sobre las manifestaciones y discontinuidades de la cotidianidad ocasionadas por situaciones diversas de sufrimiento, de malestar y/o estrés sobre todo en contextos en los que se dan condiciones de vulnerabilidad y desafiliación psicosocial”* (Briglia, Congreso IX, 2015).

En los Congresos II, VI, VII Y IX, se encontraron experiencias que se focalizan en un Primer Nivel de Atención, llevándose a cabo algunas de ellas en centros de primera infancia. Una de las experiencias relata que *“los jardines de infantes comunitarios responden a programas adaptados a ciertas zonas en situación de vulnerabilidad, por carecer de instituciones que reciban a los niños”* (Metz, Congreso IX, 2015). Otra de las experiencias agrega que los niños y niñas llegan a estos espacios *“muchas veces, para escapar a situaciones cotidianas de violencia, de vulnerabilidad; porque ven este lugar como un lugar de protección, un espacio que habilita el juego, la posibilidad de encontrarse con otros, porque existen en él actores institucionales que promueven lazos sociales y vínculos”* (Suarez y Vallejos, Congreso IX, 2015).

El análisis de los trabajos también permitió identificar experiencias de Atención Primaria de la Salud representativas de un primer nivel de atención donde los recursos, desarticulados del resto de los niveles en salud, buscan satisfacer las necesidades de grupos vulnerables a través de una canasta básica de prestaciones. Como se muestra en una de las experiencias donde *“se confirma la necesidad de seguir conteniendo a una población vulnerable”* (Universidad Nacional de Mar del Plata, Congreso VII, 2007). Otra experiencia brinda un claro ejemplo al comentar que *“transitar con N. por los efectores de salud, hizo que estos pudieran ser percibidos desde la cercanía emocional y afectiva con ella. Así, fue posible ver las barreras a la atención con las que ella se encuentra desde su mirada y sus limitaciones”* (Carlovich, Congreso IX, 2015).

La categoría “Primer Nivel de Contacto” incluye a las experiencias cuyas intervenciones implican el primer acercamiento de la comunidad con los servicios sanitarios, es el primer lugar de atención de los problemas de salud, que brinda prestaciones básicas y reorienta hacia servicios de mayor complejidad de ser necesario. Es por ello por lo que la APS, bajo esta perspectiva, se considera la puerta de entrada al sistema.

Una de las experiencias explica que *“desde los Centros de Atención Primaria de la Salud, el trabajo está orientado a generar estrategias barriales de promoción, prevención y atención de las problemáticas”* (Coutaz, Congreso VIII, 2011). En otra experiencia se busca *“garantizar la presencia del equipo en el Barrio. -Elaborar proyectos que surjan de la planificación en conjunto con la comunidad. -Socializar la información que facilite el trabajo en red e indicar derivaciones que permitan la consulta precoz”* (Slaifstein, Congreso VI, 2003). En otra el objetivo es brindar *“información sobre los centros de salud correspondientes a la zona y la importancia de tener controles sanitarios”*. (Metz y Castelli, Congreso IX, 2015).

Esto se ha observado en algunas de las experiencias de los Congresos II, IV, VI, VIII, IX. Como es el caso del trabajo *“Análisis transversal de casos en contextos de vulnerabilidad desde la perspectiva de Terapia Ocupacional”*. Esta experiencia aporta que los primeros acercamientos a los distintos integrantes de la comunidad y familias se realizan *“con el objetivo de comenzar a conocerse”* (Metz y Castelli, Congreso IX, 2015). Y una vez que se establece un vínculo de confianza se comienza *“a visitar distintas viviendas de personas con discapacidad para poder escuchar las necesidades personales y/o las de su familia”* (Metz y Castelli, Congreso IX, 2015). Esta experiencia afirma que en todos los casos que aborda *“se realizó un abordaje de construcción conjunta, intentando responder a las distintas problemáticas”* (Metz y Castelli, Congreso IX, 2015).

Duración del programa: a Corto Plazo y a Largo Plazo

El quinto subeje de análisis corresponde a **“Duración del programa”** y dentro de este se encuentran las categorías **“a Corto Plazo”**, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y **“a Largo Plazo”**, correspondiente a la Perspectiva Integral.

Respecto a la duración de las intervenciones en Atención Primaria de la Salud, las consideradas dentro de la categoría “a Corto Plazo” se caracterizan por ser experiencias acotadas. Los trabajos que se incluyeron dentro de esta categoría fueron aquellos que relatan intervenciones de un máximo de duración menor a dos años y que especifican una determinada cantidad de encuentros o sesiones. Bajo esta categoría también se incluyeron las producciones que relatan experiencias desde el marco de las Residencias de Terapia Ocupacional y Prácticas Clínicas Pre-Profesionales.

Algunos ejemplos de intervenciones a Corto Plazo son el proyecto de asesoramiento jurídico familiar en centros de acción familiar que *“fue iniciado en mayo del 2002 y se prevé su implementación hasta marzo del 2004”* (Pradolini, Congreso VI, 2003) y el abordaje corporal a pacientes con demencia que *“se realizó en treinta y dos sesiones, de una hora y media de duración, con una frecuencia de dos veces semanales, abarcando los meses de septiembre a diciembre de 1993”* (De Simone, Congreso IV, 1995).

Dentro de las experiencias de formación profesional que ejemplifican esta categoría se encontró el proyecto de extensión de cátedra de la Universidad Nacional del Litoral que implementa un programa lúdico recreativo en una escuela urbano-marginal dando un aporte desde Terapia Ocupacional a la calidad de vida de niños y adolescentes en riesgo a través del juego. Este *“se implementó durante cuatro meses, todos los sábados”* (Demiryi, Congreso VI, 2003). También *“la experiencia de trabajo desde la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, desde el dispositivo del Centro de Atención Primaria de la Salud durante el año 2009 y 2010, en la ciudad de Trelew, provincia de Chubut”* (Coutaz, Congreso VIII, 2011).

En el Congreso IV se encontró la mayor predominancia de los trabajos analizados que cumplen con este criterio. También se hallaron experiencias de este tipo en los Congresos II, IV, VI, VIII, IX, pero con menor prevalencia.

Los programas de APS que se consideran dentro de la categoría “a Largo Plazo” promueven la calidad de vida y bienestar de la población, contemplando las contingencias sociales que atraviesan los grupos. Son programas que requieren de un alto gasto público en salud, pero como contracara generan un impacto positivo reduciendo los indicadores que enferman a los colectivos. Su *“objetivo general es promover el mejoramiento del nivel de salud y de vida de la población de la zona, a través de una estrategia de trabajo en Salud Comunitaria”* (Slaifstein, Congreso VI, 2003). Se orientan *“a crear las condiciones adecuadas en los planos de salud, trabajo, vivienda”* (Polenta, et al, Congreso VII, 2007). Incluyen entre sus alcances *“la detección de factores de riesgo”* (Polenta, et al, Congreso VII, 2007).

Para generar impacto a largo plazo, estos programas *“ofrecen promoción de la salud y prevención con un equipo interdisciplinario, para promover la calidad de vida y bienestar de los ciudadanos”* (Slaifstein, Congreso VI, 2003) e implican *“la articulación de organizaciones sociales entre sí y con el Estado a fin de garantizar herramientas comunitarias necesarias”* (Polenta, et al, Congreso VII, 2007). Como se muestra también en la experiencia *“La Cultura de la Prevención en el Ámbito de lo Público”* donde *“los tres programas aún están en funcionamiento, dado que el acompañamiento se realiza a través de un monitoreo con*

representantes de las instituciones, visitas, folletos y cartillas con sugerencias charladas durante los ateneos de capacitación” (Belart, Congreso VIII, 2011). El trabajo *“Prácticas comunitarias en salud mental. Promoviendo redes para la integración comunitaria”* comparte con ese tipo de acciones que dan *“como resultado la reorganización de la red barrial interinstitucional”* (Coutaz, Congreso VIII, 2011). Esta última experiencia, *“que comenzó a funcionar luego de varios años y que actualmente se realizan reuniones con frecuencia quincenal”* es un claro ejemplo de la duración de los programas a largo plazo.

El trabajo *“Capital social y género en el desarrollo barrial del Barrio Monte Terrabusi. Mar del Plata, 2009-2011”* también ilustra la presente categoría. Desde esta experiencia *“Se propone entonces el encuentro con una frecuencia que sea posible de sostener, sin dificultar la dinámica familiar, estableciendo los días jueves a la tarde, por espacio de dos horas, cuando la mayoría de los niños asisten a la escuela”* (Amendola, Cacopardo y Garcia Cein, Congreso VIII, 2011).

Se visibilizó que, de las experiencias analizadas, las correspondientes al Congreso VII que cumplen con el subeje “Duración del Programa” corresponden todas a la categoría de “a Largo Plazo”. También se halló que este tipo de experiencias tiene predominancia en los Congresos VIII y IX, lo cual permite ver como con el paso del tiempo los programas de APS han aumentado la duración de sus intervenciones.

Población: Vulnerable y Universal

El sexto subeje de análisis corresponde a “**Población**” y dentro de este se encuentran las categorías “**Vulnerable**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y “**Universal**”, correspondiente a la Perspectiva Integral.

Dentro de la categoría “Vulnerable” se inscriben las experiencias que se enfocan en las poblaciones en situación de pobreza, riesgo social, exclusión social y marginalidad, entre las más destacadas. También se incluye a las comunidades que tienen a los programas de APS como único acceso a los recursos sanitarios. En los trabajos de APS presentados en los Congresos, se encontró que varias de las intervenciones de Terapia Ocupacional se posicionan *“como una alternativa frente a los procesos de vulnerabilidad y de exclusión psicosocial”* (Narváez y Serra, Congreso IX, 2015).

Las experiencias analizadas que forman parte de esta categoría abordan colectivos que experimentan *“condiciones discapacitantes ´ dado que la participación social en la vida diaria se ve afectada o limitada, más allá de las condiciones físicas o cognitivas.”* (Encina, Herrera y Suarez, Congreso IX, 2015). Y reflejan la diversidad y complejidad de situaciones por las que

atraviesan las poblaciones que *“crecen enfrentando día tras día condiciones de pobreza, desamparo, de violencia, de negación de sus derechos”* (Suarez y Vallejos, Congreso IX, 2015)

Otras se enfocan en las *“personas impedidas”* (Lopez, Congreso II, 1988) y los *“pacientes de la tercera edad”* (Scharovsky, et al, Congreso II, 1988). También forman parte de la población vulnerable las comunidades que se caracterizan *“por tener un bajo nivel de escolaridad, precarización del empleo, subocupación o desempleo y condiciones ambientales deficientes -inadecuado acceso a bienes y servicios, contaminación ambiental, plagas, déficit de cloacas y agua corriente”* (Briglia, Congreso IX, 2015).

Dentro de esta categoría se incluye además a *“familias en situación de calle”* (Carlovich, Congreso IX, 2015), *“pacientes drogodependientes - adictos”* (Gómez Pineda, Congreso VI, 2003), *“personas con padecimiento psíquico y privadas de libertad”* (Tejón, et al, Congreso VIII, 2011), *“que han sido declaradas jurídicamente “incapaces” (...) con carencia de oportunidades para desarrollar aptitudes de independencia y autonomía”* (Paganizzi, Congreso VIII, 2011).

En algunas producciones de este tipo de población, las experiencias se destinan a grupos en situación de riesgo social. Aquí los determinantes sociales de la salud establecen la condición de vulnerabilidad más que el estado de salud. A modo de ejemplo, una de las experiencias relata que: *“La exclusión del acceso al trabajo de las personas con sufrimiento mental es uno de los modos en que se expresa y construye su situación de vulnerabilidad”* (Bartoli, Rodríguez y Yujnovski, Congreso IX, 2015).

Los trabajos que toman como destinatarios a niños, niñas y adolescentes *“de hogares con problemas socioeconómicos, padres desocupados o subocupados, madres que realizan tareas domésticas fuera del hogar o que viven de trabajos ocasionales y planes sociales”* (Arce y Chardon, Congreso VIII, 2011) también se clasifican dentro de Población Vulnerable.

Se agregan a esta categoría los trabajos que se enfocan en poblaciones adolescentes que se caracterizan, por un lado, *“por ser de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, con dificultades de conducta y un alto grado de repitencia recurrente”* (Albino y Bottinelli, Congreso IX, 2015) y, en otro caso, por quedar *“fuera del sistema educativo formal y del ámbito laboral (...) por falta de calificación o carencia de competencias adecuadas, y a la vez restringidos en su acceso a intercambios sociales”* (Encina y Herrera Suarez, Congreso IX, 2015). Y, por otro lado, donde *“la realidad familiar no les permite visualizar la variedad de opciones posibles al terminar la*

escolaridad, más que trabajar y colaborar con la economía familiar” (Albino y Bottinelli, Congreso IX, 2015). Como la misma señala: *“Muchos jóvenes trabajan luego del horario escolar o los fines de semana con empleos remunerados, otros son responsables de los quehaceres del hogar y del cuidado de hermanos o familiares menores que ellos (...)”* (Albino y Bottinelli, Congreso IX, 2015).

Las experiencias que tienen como destinatarios grupos que atraviesan *“dificiles situaciones de vida, entre las cuales podemos mencionar: paternidad – maternidad precoz, grupos de convivencia con violencia, abandono del tutor, cirujeo, mendicidad, acceso fácil a las drogas, convivencia con el delito, exigencia de ser proveedor de aporte económico al hogar, estigmatización, discriminación, fracaso escolar, indocumentación, escasas o nulas ofertas de entornos físicos y sociales que les permitan la participación ocupacional plena, entre otros”* (Programa “Volver a la Escuela”, Congreso VII, 2007) también fueron incluidas en la categoría “Población Vulnerable”.

En cuanto al accionar de la Terapia Ocupacional, los autores de las experiencias reflexionan que *“intervenir terapéuticamente sobre la vulnerabilidad de los sujetos requiere pensar y diseñar estrategias sanitarias con capacidad para responder a las necesidades y demandas de cada persona generando sentido material y simbólico dentro del espacio terapéutico”* (Narváez, Testa y Sampampinato, Congreso VII, 2007). *“Desde este complejo entramado, TO intentará entonces favorecer las relaciones de interdependencia en el territorio que habitan los sujetos”* (Briglia, Congreso IX, 2015).

Dentro de la categoría “Población Universal” se clasificaron las experiencias que fomentan el desarrollo comunitario y que tienen a la participación comunitaria como objetivo central de sus intervenciones, tal es el caso de *“La Cultura de la Prevención en el Ámbito de lo Público”* y *“Taller de Educación Sexual y Reproductiva: una experiencia comunitaria desde Terapia Ocupacional”*, entre otros. Desde este punto, las estrategias en materia de salud de Terapia Ocupacional se enfocan en gestar en las personas el sentido de responsabilidad y autodeterminación. Lo que caracteriza a esta categoría en particular es que los abordajes desde APS se destinan a toda la población, buscando evaluar sus necesidades e intentando dar respuesta a estas de manera integral. Se planifica y acciona desde y con la comunidad, para que *“puedan gestionar las mejoras correspondientes accediendo a vías de comunicación, dando a conocer de lo que les sucede”* (Belart, Congreso VIII, 2011).

Las experiencias que hacen referencia a “Población Universal” se cristalizan solo en 7 trabajos de los 38 analizados. La mayoría de las experiencias se corresponden con la

categoría “Población Vulnerable”, estando presente en todos los Congresos y en especial en el Congreso II donde no se visibilizaron experiencias del otro tipo.

Involucramiento: Receptora y Participativa

El séptimo subeje de análisis corresponde a “**Involucramiento**” y dentro de este se encuentran las categorías “**Receptora**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, y “**Participativa**”, correspondiente a la Perspectiva Integral.

La primera categoría integra a las experiencias en las cuales la población no forma parte del proceso de toma de decisión respecto a las acciones que se despliegan durante las intervenciones, por lo que se la comprende como receptora. Bajo este criterio se agruparon los trabajos que su intervención *“incluía la realización de actividades pautadas desde el propio centro, es decir formando parte de un instituido necesario de acuerdo con las características de la institución y la cantidad de población”* (Carlovich, Congreso IX, 2015). A modo de ejemplo, en la experiencia *“Terapia Ocupacional con familias en situación de calle”* se encontró que *“algunas de las Actividades de Automantenimiento tales como las comidas y los horarios de descanso estaban reglamentadas desde el entorno”* (Carlovich, Congreso IX, 2015).

La segunda categoría, la participativa, integra a las experiencias en las cuales la participación comunitaria es el eje central de las intervenciones. Se plantean estrategias con la comunidad y en la comunidad *“con el fin de identificar las necesidades que ellos revelaban facilitando un contexto de libertad de expresión con participación activa”* (Erezuma y Russo, Congreso VIII, 2011).

El trabajo *“La ludoteca escolar: Una experiencia de trabajo colectivo. Promoviendo conciencia colectiva”* es un claro ejemplo de la categoría participativa. *“El propósito del programa es que los jóvenes se involucren en un proceso de trabajo colectivo en el contexto de las necesidades de su entorno como espacio social y cultural [...] Se genera un espacio de participación colectiva autogestora que contribuye a la producción de saber y de conocimiento de sus vidas y ser artífices de los cambios que en ella se producen”* (Bottinelli y Albino, Congreso IX, 2015). La experiencia *“Juegoteca para niños de barrios inundados. Un aporte a la reconstrucción comunitaria de Santa Fe”* también se considera parte de esta categoría y relata que los destinatarios de ella *“sostuvieron la organización y desarrollo de las actividades de manera cooperativa y autogestiva. Su planificación incluyó la difusión por medio de radios comunitarias, folletería, comunicaciones a las familias y visitas casa por casa”* (Demiryi, Boggio, Demichelis, et al., Congreso VII, 2007).

Este subeje de análisis se encuentra presente en todos los trabajos analizados. De las 38 experiencias, 18 corresponden a la categoría “Receptora” y 20 a la categoría “Participativa”, por lo que no se puede afirmar que un tipo de involucramiento prevalece ampliamente sobre el otro. Si pudo visualizarse que en el Congreso IX, la mayor parte de las experiencias corresponden a la primera categoría, mientras que en el Congreso II y VIII hay mayor predominancia de trabajos correspondientes a la segunda categoría.

Agentes: Sanitarios e Interdisciplinarios

El octavo subeje de análisis corresponde a “**Agentes**” y dentro de este se encuentran las categorías “**Sanitarios**”, correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva, e “**Interdisciplinarios**”, correspondiente a la Perspectiva Integral.

La mayoría de las experiencias que se desarrollan en el marco de la primera categoría, son llevadas a cabo por profesionales recién recibidos, estudiantes y voluntarios comunitarios. En los trabajos analizados, se encontró que desde Terapia Ocupacional se llevan a cabo experiencias que nuclean en su mayoría a estudiantes de la disciplina. Como relata la experiencia de práctica profesional de la UBA “*Análisis transversal de casos en contextos de vulnerabilidad desde la perspectiva de terapia ocupacional*”, los abordajes eran realizados “*por terapeutas ocupacionales y alumnas de la Práctica Profesional [...] En un comienzo el ingreso del equipo de profesionales y estudiantes al barrio, se planificó junto al referente religioso, quien hacía años recorría los diferentes domicilios identificando sus problemáticas y generando confianza, y quien sería el nexo para luego realizar las visitas de manera independiente*” (Metz y Castelli, Congreso IX, 2015).

En esta categoría se incluyeron los trabajos en los cuales se visibilizó que “*estudiantes, graduados, docentes y referentes comunitarios, comparten una praxis vinculante con el entorno*” (Arce y Chardon, Congreso IX, 2015). La experiencia titulada “*Piedra libre. Juego libre. Proyecto de Extensión de cátedra. Un aporte de Terapia Ocupacional a la calidad de vida de niños y adolescentes en riesgo*” ilustra lo antedicho. En esta se involucra a “*alumnos de 1° año con funciones de planificación, ejecución y evaluación; alumnos de 4° año con funciones de asistentes de dirección y alumnos de los demás cursos como voluntarios*” (Demiryi, Congreso VI, 2003), para llevar adelante la intervención.

La categoría “Interdisciplinarios” hace referencia a los efectores de salud que cuentan con trabajadores especializados y capacitados constantemente en cuestiones de salud y política social. El objetivo de la interdisciplina “*es la construcción conjunta (...) de un colectivo*

que trabaje a partir de las necesidades (reconocimiento, desnaturalización) y de los derechos, propiciando la promoción de la salud” (Chardon y Arce, Congreso VIII, 2011). En los equipos, “participan economistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, comunicólogos, antropólogos y ciudadanos/as que creen que el futuro se puede construir desde un colectivo y desde el presente” (Chardon y Arce, Congreso VIII, 2011).

En las experiencias analizadas se encontró que los equipos interdisciplinarios que trabajan en la APS están compuestos por *“médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, terapeutas ocupacionales, operadores socio terapéuticos, musicoterapeutas, psicopedagogos, profesores de educación física, profesores de capacitación laboral, Oficiales y Suboficiales con capacitación técnica” (Gómez Pineda, Congreso VI, 2003).*

Los programas de APS Integral requieren *“el intercambio constante con otros equipos de trabajo, tanto en la planificación como en el desarrollo” (Slaifstein, Congreso VI, 2003). Es por ello por lo que “a partir de las necesidades detectadas se impone el intercambio con profesionales de otras disciplinas, como arquitectos, abogados” (Slaifstein, Congreso VI, 2003). Es necesaria “una instancia de trabajo conjunto entre profesionales que permita abordar u ofrecer respuestas y/o propuestas a esta demanda”. (Suárez y Vallejos, Congreso IX, 2015).*

Las experiencias analizadas que dan cuenta de la interdisciplina demuestran *“la necesidad de profundizar en la articulación interdisciplinaria de problemas en el territorio y en lograr más efectivas articulaciones entre sociedad civil, estado y universidad para trabajar un modelo de gestión de promoción en salud, replicable y transferible a otros barrios. Poniendo el énfasis en la promoción y en la prevención y evitar acciones de sesgo asistencialista” (Amendola, Cacopardo y García Cein, Congreso VIII).*

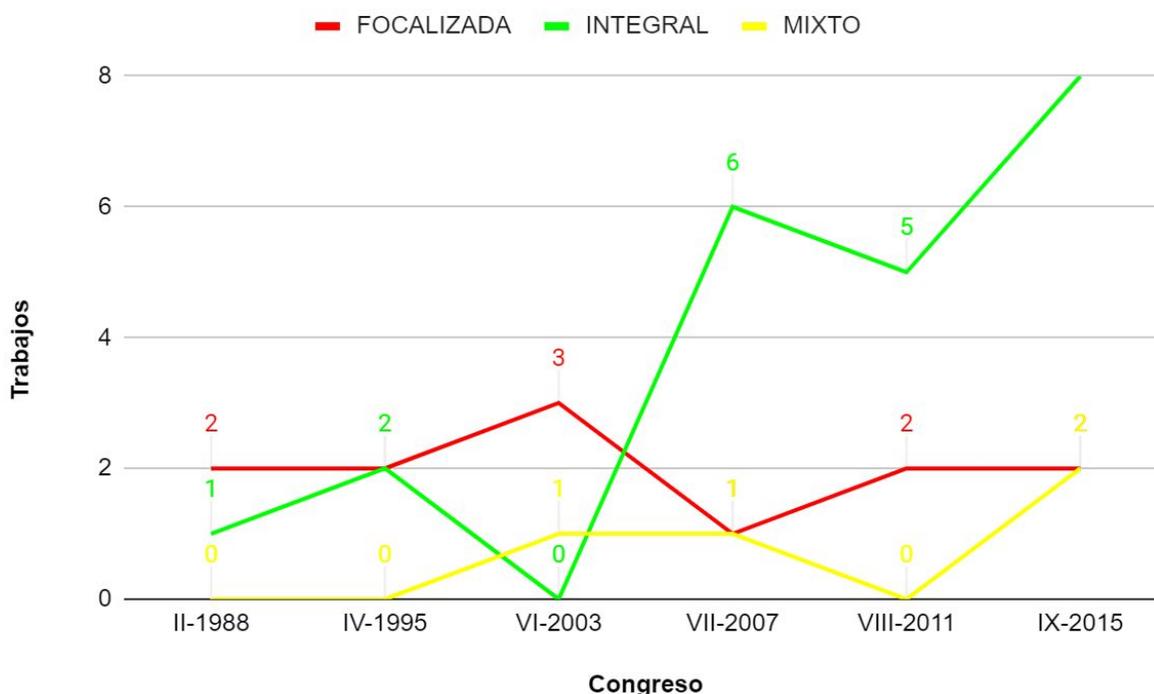
Respecto a este último subje, se encontró una clara prevalencia de los agentes interdisciplinarios por sobre los sanitarios en las experiencias analizadas que incluyen dichas categorías.

A continuación, se desarrollan los resultados obtenidos a partir del análisis cuali-cuantitativo. Para la caracterización de esta sección se ha tomado el número total de la muestra, que representa a 38 trabajos.

En cuanto a la variación en el tiempo respecto a las perspectivas (ejes de análisis) acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015

que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud se visualiza que la Perspectiva Focalizada y Selectiva predomina en los Congresos II Y VI, mientras que la Perspectiva Integral se manifiesta de manera exponencial en los Congresos VII, VIII Y IX. En el Congreso IV, de manera particular, se presentan ambas perspectivas de manera equitativa, razón por la cual no se puede determinar la predominancia de una perspectiva sobre la otra. Esta variación en el tiempo respecto a las perspectivas se representa en el Gráfico 4.

Gráfico 4: Variación en el tiempo respecto a las perspectivas acerca de la conceptualización de la Atención Primaria de la Salud en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud (N=38).



En cuanto a la predominancia de perspectiva por subejos de análisis, tomando como muestra a los 6 Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional presentados en los Congresos Nacionales Argentinos entre 1988-2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud, se observa que:

- En el subeje “Enfoque” predomina la Perspectiva Focalizada y Selectiva (50%), mientras que un 33,33% la Perspectiva Integral y un 16,66% no está definido.
- En el subeje “Política Sanitaria” predomina la Perspectiva Integral (83,33%), mientras que un 16,66% posee predominancia Focalizada y Selectiva.

- En el subeje “Visión” predomina la Perspectiva Integral (66,6%), mientras que un 16,66% posee una predominancia de Perspectiva Focalizada y Selectiva y otro 16,66% no está definida.
- En el subeje “Nivel” predomina la Perspectiva Focalizada y Selectiva (50%), mientras que la Perspectiva Integral predomina en un 33,33%, y existe un 16,66% no definido.
- En el subeje “Duración del programa” predomina la Perspectiva Integral (50%), mientras que existe un 33,33% que no se encuentra definido, y un 16,66% correspondiente a la Perspectiva Focalizada y Selectiva.
- En el subeje “Población destinataria” se observa una predominancia de la Perspectiva Focalizada y Selectiva (83,33%), existiendo un 16,66% no definido.
- En el subeje “Involucramiento” 50% de los Congresos no tiene una predominancia definida, mientras que 33,33% posee una predominancia de Perspectiva Integral, y un 16,66% una predominancia de Perspectiva Focalizada y Selectiva.
- En el subeje “Agentes” predomina de manera total la Perspectiva Integral, es decir, en un 100% de los Congresos.

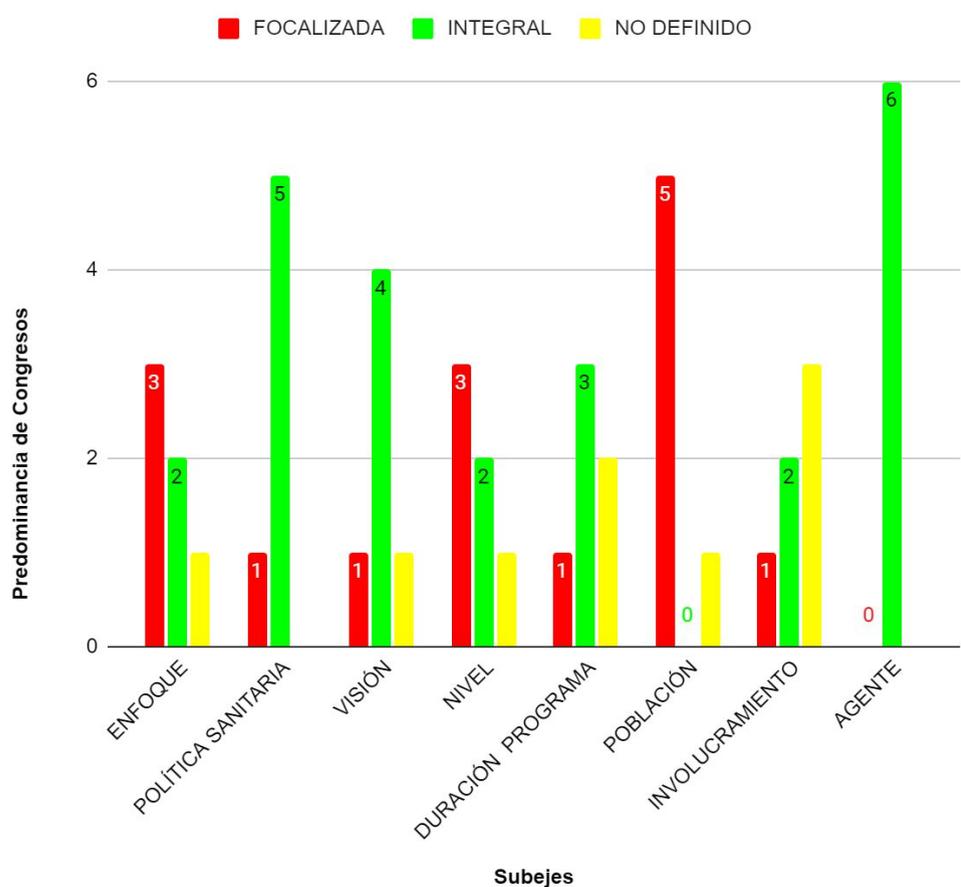
En resumen, con base en la predominancia de cada Congreso en relación con los subejos, se pudo determinar que la Perspectiva Focalizada y Selectiva predomina en los subejos “Enfoque” (3-2), “Nivel” (3-2) y “Población destinataria” (5-0). Por otro lado, la Perspectiva Integral predomina en los subejos “Política Sanitaria” (5-1), “Visión” (4-1), “Involucramiento” (2-1), “Duración del programa” (3-1), “Agentes” (6-0). Estos datos son presentados en la Tabla 5 y Gráfico 5.

Tabla 5: Predominancia de subejos de las perspectivas de Atención de Atención Primaria de la Salud en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 (N=6).

SUBEJE	FOCALIZADA	INTEGRAL	NO DEFINIDO
ENFOQUE	3	2	1
POLÍTICA SANITARIA	1	5	0
VISIÓN	1	4	1
NIVEL	3	2	1

DURACIÓN PROGRAMA	1	3	2
POBLACIÓN	5	0	1
INVOLUCRAMIENTO	1	2	3
AGENTE	0	6	0

Gráfico 5: Predominancia de subejos de las perspectivas de Atención de Atención Primaria de la Salud en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015 (N=6).

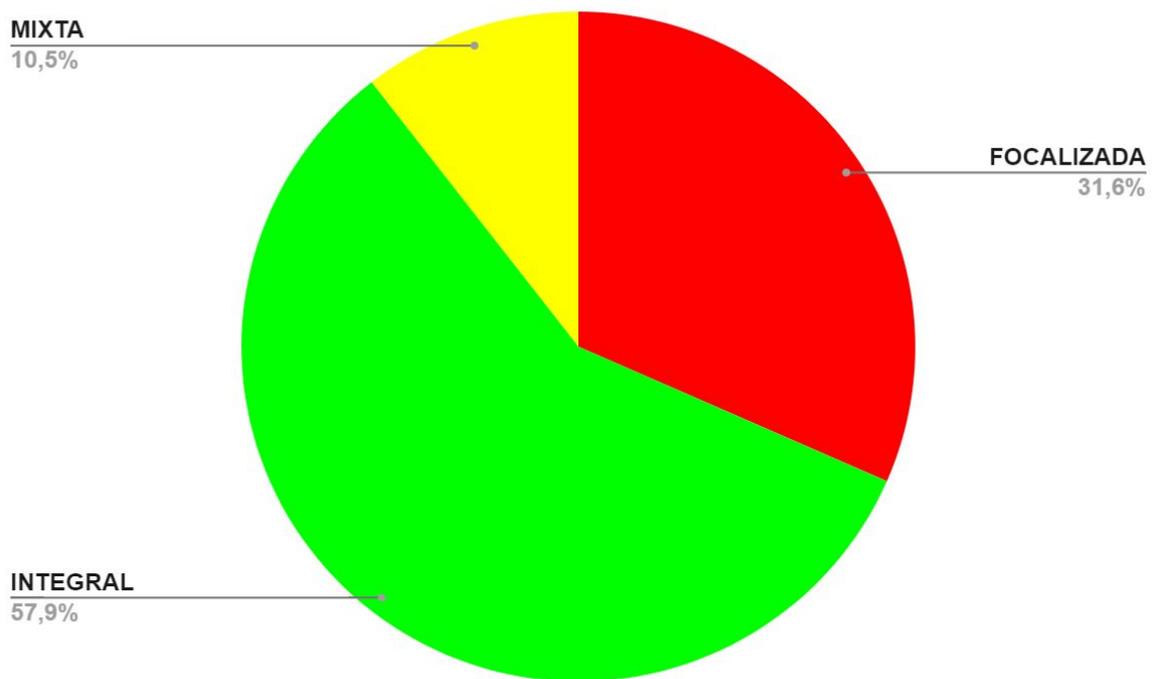


En síntesis, en la mayoría de los trabajos (57,9%) existe una predominancia de la Perspectiva Integral de Atención Primaria de la Salud, mientras que el 31,6% presenta predominancia de una Perspectiva Focalizada y Selectiva. Sólo 4 textos, que representan el 10,5% de la muestra, poseen la misma cantidad de subejos de análisis de cada perspectiva, por lo cual su predominancia es mixta. Esto se ve representado en la Tabla 6 y el Gráfico 6.

Tabla 6: Predominancia de perspectivas de Atención Primaria de la Salud en trabajos argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud (N=38).

PREDOMINANCIA					
FOCALIZADA		INTEGRAL		MIXTA	
12	31,58%	22	57,89%	4	10,53%

Gráfico 6: Predominancia de perspectivas de Atención Primaria de la Salud en trabajos argentinos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988-2015, que describen experiencias desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud (N=38).



CONCLUSIONES

El presente TFI partió del interrogante sobre las perspectivas acerca de la conceptualización de la APS que se inscriben en las experiencias de Terapia Ocupacional, relatadas en los trabajos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional desde 1988-2015. Para ello fue imprescindible describir e interpretar las diversas maneras de comprender la APS, ya que “la estrategia de APS apareció originalmente como conceptualmente contradictoria pero, además, fue atravesada por todas las transformaciones sufridas por nuestras sociedades” (Ase y Burijovich, 2009, p. 32).

La pregunta de investigación se construyó luego del exhaustivo rastreo del Estado del Arte, en el cual autores como Mario Testa, Iván Ase y Jacinta Burijovich presentaron en sus desarrollos teóricos el dilema respecto a la conceptualización de la APS, en sus dos vertientes, Focalizada y Selectiva e Integral. Esto generó en el equipo el interés de ver cómo se inscriben las perspectivas de APS en el hacer profesional de los Terapistas Ocupacionales.

El equipo eligió utilizar un diseño de revisión bibliográfica como medio para poder investigar los supuestos planteados y determinó focalizarse en los Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional, ya que en ellos se registran la mayoría de las producciones de la disciplina.

Se concluyó que, de los tres supuestos propuestos, se refutó aquel que plantea que las experiencias de intervención de Terapia Ocupacional se ven atravesadas mayoritariamente por una Perspectiva Focalizada y Selectiva de la estrategia. Los resultados finales arrojaron que, sobre el total de producciones, hay una mayor predominancia en los trabajos de la Perspectiva Integral.

Luego del análisis de las experiencias se puede afirmar lo planteado en el Marco Teórico respecto de la conceptualización abstracta de la APS y su cristalización en perspectivas como consecuencia del curso que toma en la práctica la estrategia, influenciada por el contexto de aplicación. El análisis de las experiencias llevó a entender cómo los conceptos que definen a la APS se construyen en lo teórico y se transforman en la práctica. Así se puede corroborar el supuesto que afirma que se plasman dos perspectivas sobre APS que determinan formas diferentes de entender la estrategia como Focalizada y Selectiva, o como Integral.

El análisis de la variación en el tiempo de la predominancia de las perspectivas en los trabajos permite comprender cómo los cambios de paradigma, en cuanto a la mirada de la sociedad respecto a un otro, impactan en el hacer profesional. A modo de ejemplo, cabe mencionar la impronta de derechos que atraviesa las experiencias conforme van pasando los años, dejando ver como en la praxis profesional se empieza a superar el complejo salud-enfermedad desde una mirada reduccionista a una mirada más integral. Así, se pudo comprobar el supuesto que afirma que las experiencias de intervención de Terapia Ocupacional presentan un cambio desde una Perspectiva Focalizada y Selectiva de la estrategia hacia una Perspectiva Integral, en relación con el número del Congreso analizado.

A su vez se pudo observar que con el transcurso del tiempo se ha escrito más sobre APS, aunque no se equipara con los desarrollos teóricos de Terapia Ocupacional en otros tipos de abordaje. También se resalta el hecho de que con el paso del tiempo se comenzaron a reconocer de manera más explícita las experiencias en el marco de la APS, reconociéndolas dentro de este campo.

A partir del análisis realizado se pudo dar cuenta de que la APS se lleva a la acción, porque se identifica la estrategia en los abordajes de las experiencias analizadas, pero no se reconoce en el discurso, no se plasma en la redacción de las producciones de manera manifiesta. Dicho de otro modo, se desarrollan desde Terapia Ocupacional diversas experiencias que se pueden reconocer como de Atención Primaria de la Salud por sus características pero no siempre se reconocen como tales desde el discurso. El término Atención Primaria de la Salud solo fue encontrado de manera explícita en 6 de los 38 trabajos analizados.

Por otro lado, es importante señalar que el concepto Promoción de la Salud se pudo identificar en 36 de los 38 trabajos de manera explícita. Esto da cuenta de que la disciplina en este campo tiene una impronta muy fuerte respecto a las intervenciones que buscan el bienestar de la población a través de estrategias que responden a reducir los factores de riesgo, educar en medidas preventivas y fomentar la responsabilidad comunitarias respecto a la salud. El marco de la promoción de la salud en Terapia Ocupacional también muestra un cambio de paradigma desde una mirada reduccionista a una mirada holística, desde abordajes meramente rehabilitadores al despliegue de intervenciones desde un paradigma social y la abogacía, ya que la promoción de la salud implica la promoción de los derechos de la persona y facilitar estrategias que permitan el empoderamiento de los grupos respecto de las contingencias que atentan contra su calidad de vida y les impide la plena participación en las ocupaciones. “Desde el enfoque de la Terapia Ocupacional Social se propone pensar la

promoción de la salud, como promoción de derechos, desde escenarios y dispositivos comunitarios que promuevan la inclusión social y respeten la singularidad de las personas” (Suárez y Vallejos, Congreso IX, 2015).

El equipo identificó que, por el tipo de fuente utilizada, se establece un límite metodológico al no poder recuperar de la experiencia otra mirada más allá de la que los propios autores relatan, no pudiéndose profundizar, entre otras cosas, en cómo impactan las intervenciones de Terapia Ocupacional en APS en los destinatarios. La línea que abre este trabajo podría enriquecerse en el futuro con la realización de entrevistas a profesionales y destinatarios de las intervenciones, ya que esto permitiría poder preguntar sobre lo que aparece como implícito en los textos. El contexto de realización del presente TFI en tiempos de pandemia imposibilita la oportunidad de ir al territorio y poder recuperar de primera mano el impacto de la estrategia de APS en la comunidad desde el abordaje de Terapia Ocupacional. Por ello se considera que, si existiese la posibilidad de ir a campo, la observación sería otra importante herramienta a utilizar para profundizar en el análisis de lo propuesto en el presente TFI.

Al no haber podido acceder el equipo a los Congresos I, III, V, X, por cuestiones de disponibilidad en formato digital escrito, se sugiere poder retomar los trabajos de APS en ellos presente para ampliar los resultados a los que este TFI llegó. A su vez, se recomienda articular con otros TFI sobre APS que hayan utilizado la entrevista y la observación como herramienta de análisis, para profundizar en los desarrollos que se exponen en este trabajo, como es el caso del TFI de Costal y Ponce Mora: *“Procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en Atención Primaria de la Salud en los dispositivos de salud del sistema público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2019 y 2020”*.

Un aspecto a tener en cuenta en futuros desarrollos es que el instrumento utilizado demanda tener en claro el marco teórico del presente TFI, ya que es necesario conocer el significado de cada categoría para poder identificarlas en los trabajos. Pero considerando esto, el instrumento desarrollado podría ser potente para la exploración y análisis de otro tipo de textos de Terapia Ocupacional y APS que no hayan sido presentados en Congresos Nacionales Argentinos.

Haber podido identificar y describir las perspectivas que priman en las intervenciones de Terapia Ocupacional y contextualizar las prácticas a través de dicha estrategia permitió comprender los beneficios y limitaciones en el hacer profesional de reproducir determinada

lógica de Atención Primaria de Salud, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El dato más notorio que arroja el trabajo es ver que en el hacer profesional de Terapia Ocupacional se entrecruzan categorías de una perspectiva y otra a la hora de desplegar abordajes de APS. Esto permite visualizar la complejidad de la realidad con la que trabajan los profesionales y el entramado de lógicas que se dan en la praxis.

Cabe resaltar que la contingencia social, en cuanto a la falta de recursos necesarios para llevar a cabo las acciones, es uno de los factores que el equipo considera como causa de que no se pueda terminar de asentar una estrategia fuerte de APS en el hacer de los Terapistas Ocupacionales de Argentina. Las recurrentes crisis económicas y la falta de planificación estratégica en el diseño de las políticas públicas dificulta la consecución de programas integrales a largo plazo. Esto también permite comprender como a nivel social se dan cambios en la manera de concebir conceptualmente un hecho, en este caso la APS, pero las herramientas e instrumentos que se implementan no se transforman al tiempo que se transforma la mirada. No siempre las prácticas se condicen con los conceptos que se enuncian sobre ellas, sino que existen diversidad de combinaciones. Estos aspectos dificultan la sostenibilidad en el tiempo y continuidad de las acciones en los contextos comunitarios en el mediano y largo plazo.

El presente TFI buscó plasmar la importancia de la estrategia de APS en los abordajes sanitarios, y a su vez hacer presente que el hacer profesional siempre está marcado por marcos teóricos, modelos, paradigmas e ideologías que delinear las acciones. Visibilizar las distintas perspectivas de APS permite comprender desde dónde se llevan adelante los abordajes. El trabajo no pretende tomar partido por una u otra perspectiva, sino que en el realzar las características particulares de cada una de ellas, a través de las categorías desarrolladas, posibilita recuperar la riqueza de cada una que nos hablan del contexto, de las comunidades, de los servicios sanitarios y de la praxis profesional, y permite así socializar las distintas intervenciones para potenciar las herramientas con las que se cuenta y poder seguir construyendo en pos de mejorar las acciones que se llevan a cabo en el campo.

Para finalizar tomamos las palabras de Liliana Paganizzi en uno de sus trabajos expuestos en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional:

“El desafío de las Terapistas ocupacionales que hemos participado en este proceso consiste justamente en trabajar en la inclusión de los fundamentos sociales en la

*formación disciplinar, transmitiendo a las nuevas generaciones una historia que nos aloja”
(Paganizzi, Congreso IX, p. 277).*

BIBLIOGRAFÍA

- 62° Asamblea Mundial de la Salud. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Algar Lombardo, I., Romero Ayuso, D. M. (2012). Terapia Ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria de salud, ¿es posible? *Revista TOG (A Coruña)*, 9 (16), 1-30
- Allemandi, L. (2012). *La Terapia Ocupacional en la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la Salud (tesis de grado)*. Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires
- Arango Soler, J.M., Correa Moreno, Y.A., Mendez Castillo, J.A. (2017). Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66 (3), 375-383.
- Ase, I.; Burijovich, J. (2009) La estrategia en la atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Revista Salud Colectiva, Buenos Aires Vol. 5 Nro. 1 pp 27-47*.
- Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (2018) *Índice de producción nacional de Terapia Ocupacional*. Buenos Aires, AATO.
- Becerra, M.S., Macias, M., Ibarra, V. (2019). *Tradición Social en la producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Argentina entre 1988-2015. Revisión bibliográfica de trabajos argentinos presentados por terapeutas ocupacionales argentinos/as en Congresos Nacionales de Terapia Ocupacional (tesis de grado)*. Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires.
- Bertolotto, A. Fuks, A. Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36(94), 362-374.
- Berger, P.L.; Luckman, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires
- Bloch C. (1988) *Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual*. II Jornadas de APS, Buenos Aires.
- Bottinelli, M. M. (2003) *Metodología de la investigación: herramientas para un pensamiento científico complejo*. Buenos Aires.
- Bottinelli, M. M. (2007). La producción de conocimientos y publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de

artículos científicos. *Cuadernos de Trabajo del Centro de Investigación en Teorías y Prácticas Científicas*. Nro. 6. Departamentos de Humanidades y Artes. Universidad de Lanús

- Bottinelli, M.M. (2013). Reflexiones sobre la ética en los procesos de salud y educación. *Revista Científica Perspectivas Epistemológicas*. Maestría en Metodología de Investigación Científica. Departamento de Humanidades y Artes. Universidad Nacional de Lanús. EDUNLA.
- Bottinelli, M.M., Nabergoi, M., Mattei, M.C., Zorzoli, F.J.M., Díaz, F.M., Spallato, N.M., Daneri, S.M. (2016). Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Ocupación Humana*, 16 (2), 11-25
- Cieri, P. (2005). *Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina Desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional*. World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 35-46
- Gofin, J., Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 77-185
- Gómez Mengelberg E (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *Revista TOG (A Coruña)*, 6 (1), 1-10
- Guajardo Córdoba, A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *Revista TOG (A Coruña)*, monog (5), 18-29
- Guajardo Córdoba, A. (2016). Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica. *Revista Ocupación Humana*, 16(2) ,110-117.
- Heredia, A. (2015). *“Importancia adjudicada a la promoción y a la prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de salud mental de la dirección de atención primaria de la salud”* (maestría). Universidad Nacional de Córdoba, facultad de psicología y de ciencias médicas.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Marmot, M., Pellegrini Filho, A., Vega, J., Solar, O. & Fortune, K. (2013) Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34 (6), 382-384
- Méndez, J (1999). La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad un reto para Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 8 (2), 49-54
- Morrison, R. (2016). Jane Addams y Eleanor Clarke Slagle: política, equidad social y ocupación desde los inicios de la Terapia. *Revista Ocupación humana*, 15 (2), 5-17

- Moruno Miralles, P., Talavera Valverde, M. A. (2012). Capítulo 8: "Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud. En *Terapia Ocupacional en salud mental*. 167-185. Ed. Elsevier Masson
- Muñoz, C. G. (2014). La labor de la Terapia Ocupacional en el marco de los determinantes de la salud en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (1), 73 - 80
- Nahr V, M. (2015). Promoción y prevención de Terapia Ocupacional. *Cuadernos De La Escuela De Salud Pública*, 2(88), 60 - 65
- OPS/OMS (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;21(2/3):73-11
- Organización de las Naciones Unidas (1986). *Declaración sobre el Derecho al Desarrollo*. Resolución 41/128.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata*.
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la organización Mundial de la salud. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). Salud y Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Padua, J. (1994). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*.
- Paganizzi, L. (2014) *Sobre la emergencia de los fundamentos sociales: notas sobre las prácticas comunitarias en Argentina 1980-2010*. In: Dos Santos, V.; Donatti, G. A (Orgs.). *Questões contemporâneas da Terapia Ocupacional na America do Sul*. Curitiba: CRV, 123-140
- Paganizzi, L. (2015). *TO en Comunidad - Comunidad en TO*. En: IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Paraná.
- Paganizzi, L., Mengelberg, G. E. (2011) *Argentina: social participation, activities, and courses of action*. In: Kronenberg, F., Pollard, N., Sakellariou, D. (Eds) *Occupational Therapies Without Borders: Volume 2. Towards an Ecology of Occupation-Based Practices*. Elsevier Ltd.

- Pellegrini, M. (2004). Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria. España: *El portal en español de terapia ocupacional, terapia-ocupacional.com* (<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>)
- Peñas Felizzola, O. L. (2003). La intervención comunitaria en Terapia Ocupacional: un acercamiento desde la Salud Pública. *Revista colombiana de rehabilitación*, 1 (2), 21-27
- Pradolini, V.A., Abi Saad, V.M., Bustos, A. A. (2003). *Participación de Terapia Ocupacional en un proyecto de asesoramiento jurídico familiar en centros de acción familiar*. En: VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Buenos Aires.
- Real Academia Española. (2014). Perspectiva. En Diccionario de la lengua española (22º ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/perspectivo>
- Gomes, R. (2003). *Cap. 4: "Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa"*. En Souza Minayo, M.C. "Investigación Social. Teoría, método y creatividad". Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.
- Samaja, J. (2004) *Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. 3º. ed. 4º. reimp. Buenos Aires: Editorial Universidad de Buenos Aires.
- Solís Umaña, S. (2003) *El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales*. Universidad de Costa Rica. 1-19.
- Starfield, B. (2001). *Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos*. Gerencia y políticas de salud. 1(1):7-16.
- Taylor, S.; Bogdan, R. (1984) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Tejada de Rivero, D (2013). Lo que es la Atención Primaria de la Salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *En Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 30(2):283-287.
- Testa, D. E. (2013). *Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959*. *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(4), 1571-1584.
- Testa, M. (1996). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud*. Jornada de Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina. 75-90.
- Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C, & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

- Villalón Gutierrez, L. (2016). *Terapia Ocupacional en atención primaria. Una necesidad expresada (tesis de grado)*. Universidade Da Coruña, Facultad de Ciencias da Saude Grao en Terapia Ocupacional. España.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.
- Vinzon, V. (2018). *Procesos y experiencias en las prácticas de Terapia Ocupacional en comunidad en Argentina (tesis de maestría)*. Universidade Federal de São Carlos Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional. Sao Carlos- Brasil
- WFOT (2012). *Definition of Occupational Therapy* [Definición de Terapia Ocupacional]. Recuperado de <https://wfot.org/about-occupational-therapy>
- Jaffe, E. G., Epstein, C. E. (2005). Enfoque de consulta de la práctica de la terapia ocupacional. En *Terapia Ocupacional (937-949)*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Ynoub, R. (2009). *El diseño de la investigación: una cuestión de estrategia*. Material de cátedra. UBA. UNMdP.
- Zango Martín, I. (2010). *Terapia Ocupacional Comunitaria*. Ed. Síntesis. Madrid

ANEXO

Anexo 1: Textos presentados en Congresos Nacionales Argentinos de Terapia Ocupacional entre 1988 - 2015, que describen experiencias de Terapia Ocupacional desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Número de Trabajo	Título	Autores/as	Número de Congreso	Tipo de experiencia	Provincia	Tipo de población
1	Comallo: una posibilidad para los discapacitados de las zonas rurales	Lopez, G	II - 1988	Trabajo en red entre los profesionales para la educación sanitaria del discapacitado y su familia	Rio Negro	Población rural, PCD
2	Ejercicios terapéuticos programados.	Scharovsky, D; Garcia, M; Corti, C; Diaz, V; et al	II - 1988	Programa de marcha aeróbica y ejercicios programados como promoción y prevención de salud del geronte - Geriátrico	Mar del Plata, Buenos Aires	Gerontes
3	Inclusión del Tiempo Libre en los tratamientos de Terapia Ocupacional	Moreno, L	II - 1988	Experiencia en el Hospital de niños sobre entrenamiento del uso del Tiempo Libre	CABA	Niños y adolescentes (10-20 años)
4	Abordaje corporal a pacientes dementizados	De Simone, M	IV - 1995	Instituto geronto psiquiátrico. experiencia de estimulación psicomotriz a gerontes con deterioro intelectual y proceso de demencia.	Mar del Plata, Buenos Aires	Gerontes
5	Programa de Salud Integral del INSSJP	Mines, B; Checo, A; Chiapessoni, D; Revello, L	IV - 1995	Programa de prevención de accidentes domésticos, en conjunto con la UNL y el Instituto social de servicios sociales para jubilados y pensionados	Santa Fe	Gerontes

6	Prevención de accidentes domésticos	Miranda, C; Abruza, S; Junqueras, V; Sacerdote, A	IV - 1995	Experiencia en convenio entre varios centros de jubilados. Busca identificar, modificar y evitar factores de riesgo que puedan causar accidentes domésticos	Mar del Plata, Buenos Aires	Gerontes
7	PAANET: Programa de apoyo y asistencia a niños con enfermedades terminales	Oudshoorn, S; Vazques, g	IV - 1995	Programa para lograr la mejor calidad de vida posible en niños y sus familias, con enfermedades terminales. Cuidados paliativos (proyecto de extensión dentro de la Universidad de MDP)	Mar del Plata, Buenos Aires	Niños con enfermedades terminales
8	Programa de Terapia Ocupacional con internos adictos en cárceles	Gómez Pineda, R	VI - 2003	Programa impulsado por el servicio penitenciario bonaerense. Acciones preventivas y de rehabilitación para el interno y su familia	La Plata, Buenos Aires	Pacientes drogodependientes en cárceles
9	Piedra libre. Juego libre. Proyecto de Extensión de cátedra. Un aporte de Terapia Ocupacional a la calidad de vida de niños y adolescentes en riesgo	Demiryi, M	VI - 2003	Programa lúdico recreativo en escuela urbano-marginal (proyecto extensión de cátedra)	Santa Fe	Niños y adolescentes
10	Intentando trabajar en crisis	Slaifstein, A	VI - 2003	Hospital Borda. Programa que prioriza la APS como salud integral y la promoción en la participación comunitaria	CABA	Pacientes Borda
11	Participación de Terapia Ocupacional en un proyecto de asesoramiento jurídico familiar en centros de acción familiar	Pradolini, V	VI - 2003	Proyecto extensión universitaria, de asesoramiento jurídico familiar. Consultoría y talleres de promoción y prevención.	Santa Fe	Población en situación de pobreza y vulnerabilidad social

12	Juegoteca para niños de barrios inundados. Un aporte a la reconstrucción comunitaria de Santa Fe	Universidad Nacional del Litoral	VII - 2007	Red para brindar actividades de juego a niños que sufrieron inundaciones	Santa Fe	Niños
13	Programa de integración comunitaria de sujetos con padecimiento psíquico a procesos autogestivos de hábitat	Polenta, V; Medina, A; Gimenez, M; Frías, M	VII - 2007	Programa para integración comunitaria - Hospital Borda	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Salud Mental
14	Tránsito hacia el horizonte propio	Narvaez, S; Testa, D; Sampampinato S	VII - 2007	Hospital Borda, emprendimientos sociales	Ciudad de Buenos Aires	Salud Mental
15	Volver a la escuela: una puerta de entrada	"Programa "Volver a la Escuela", implementado desde la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe	VII - 2007	Programa para reinserción en el ámbito escolar.	Santa Fe	Adolescentes en riesgo social
16	Movimiento de mar	Universidad Nacional de Mar del Plata	VII - 2007	Grupo de extensión universitaria que acompaña y planifica actividades en dispositivo hospitalario.	Mar del Plata	Niños y adolescentes con cáncer y sus familias
17	De temores... a posibilidades	Slaifstein, A	VII - 2007	Espacio facilitador de emprendimientos comunitarios acompañado de procesos de enseñanza y aprendizaje	Ciudad de Buenos Aires	Mujeres que viven en el Barrio la Boca
18	Un aporte para la inclusión de adolescentes y la superación del APARTHEID ocupacional	Centro de Desarrollo Zonal. Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria. Santa Fe. RBC	VII - 2007	Programa para capacitar a adolescentes no integrados en el sistema educativo, debido a atravesar situaciones de pobreza	Santa Fe	Adolescentes con abandono escolar o riesgo de deserción
19	Emprender en lo cotidiano. "Ciclopapel" Emprendimiento social de Salud Mental	Manghi, M., Fenoglio, F., Alippi, M.	VII - 2007	Hospital Borda, emprendimientos sociales	Ciudad de Buenos Aires	Adultos en situación de vulnerabilidad psicosocial (salud mental)
20	"Capital social y género en el desarrollo barrial del Barrio Monte Terrabusi. Mar del Plata, 2009-2011"	Amendola, V., Cacopardo, F. y Garcia Cein, E.	VIII - 2011	Espacio de actividades para generar desarrollo personal e inclusión	Mar del Plata, Barrio Monte Terrabusi	Mujeres adultas

				social real.		
21	"Comunidad y Universidad: algunas reflexiones sobre experiencias de la vida cotidiana"	Chardon, M.C. Y Arce, L.N.	VIII - 2011	Vincular Universidad/Comunidad, teniendo en cuenta los problemas y necesidades de la población	Buenos Aires, Universidad de Quilmes	Comunidad del Barrio de Quilmes
22	"Herramientas de Intervención en Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud en poblaciones con padecimiento psíquico y privadas de libertad."	Tejón, M.L.; Lic. Albornoz, L., Escalada, P., Ayciriet, F., García, L., Di María, M., Bergel, O., Silva, E., Di Russo.L.	VIII - 2011	Talleres de capacitación radiales y en periodismo digital, fortalecimiento del vínculo Universidad y Sociedad	Mar del Plata	Personas con padecimiento psíquico y privadas de libertad
23	"La Cultura de la Prevención en el Ámbito de lo Público."	Belart, M.A.	VIII - 2011	Seguimiento de las problemáticas laborales	Santa Fe	Trabajadores de tres instituciones
24	"Práctica clínica en RED."	Paganizzi, L	VIII - 2011	Ofrecer práctica clínica a la licenciatura de TO, UNSAM. Articulando Universidad y Municipio de San Martín	Buenos Aires, Curaduría Oficial de San Martín	Personas con trastorno mental severo y con vulnerabilidad social
25	"Prácticas comunitarias en salud mental. Promoviendo redes para la integración comunitaria"	Coutaz, M.L.	VIII - 2011	Construcción de una Red de Servicios Comunitarios alternativos,	Chubut	Personas con trastorno mental severo
26	"Taller de Educación Sexual y Reproductiva: una experiencia comunitaria desde Terapia Ocupacional"	Erezuma, M.A., Russo, M.	VIII - 2011	Práctica comunitaria de UNQ en Fundación Filovitae. El objetivo principal es promover actores que propicien el derecho a la salud sexual y reproductiva.	Quilmes, Buenos Aires	Adolescentes
27	"Emprendimientos sociales. El trabajo como posibilidad de inclusión social"	Narvaez, S., Serra, C.	IX - 2015	Hospital Borda - Emprendimientos sociales	Buenos Aires	Salud Mental
28	"Trabajo intersectorial en la gestión y acompañamiento de prácticas laborales con usuarios del dispositivo Hospital de Día"	Bartoli, L., Rodriguez, A., Yujnovski, N.	IX - 2015	Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental - Emprendimientos y talleres laborales	Paraná, Entre Ríos.	Salud Mental
29	"La ludoteca escolar: Una experiencia de trabajo"	Bottinelli, M.M., Albino, A.F.	IX - 2015	Programa de extensión	Tigre- Buenos Aires	Jovenes (Último año)

	colectivo. Promoviendo conciencia colectiva"			universitaria (UBA) junto con escuelas de educación media-Ludoteca		colegio)
30	"Estado, Universidad y Territorio: Inclusión ocupacional, participación comunitaria y Promoción de Derechos"	Gómez Pineda, R., Gil Puentes, X., Baiud, A.	IX - 2015	Proyecto universitario (UNSAM)	San Martín - Buenos Aires	Comunidad en general (es de zona vulnerable)
31	"Espacios de juego comunitarios: Un proyecto de extensión."	Polinelli S.N., Paiva K.E.	IX - 2015	Proyecto de Extensión Universitaria "Juegotecas Comunitarias" (UNQUI)	Quilmes - Buenos Aires	Niños y adultos (como facilitadores y acompañantes)
32	"La inclusión de Terapia Ocupacional en un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires."	Briglia, J.	IX - 2015	Intervención comunitaria de Terapia Ocupacional en CeSAC	CABA	Barrio de La Boca en general
33	"Rayuela: construcción conjunta y articulación de saberes. Del lado de acá y de ambos lados."	Arce, L.N., Chardon, M.C.	IX - 2015	Proyecto de extensión universitaria "Rayuela" (UNQUI) - En Jardín de Infantes	Quilmes - Buenos Aires	Niños de-6 años
34	"Experiencia de Terapia Ocupacional en educación integral. Contándonos nuestra propia historia"	Encina, V.C., Herrera Suárez, M.L.	IX - 2015	Escuela de Educación Integral (Educación y formación laboral)	Ushuaia - Tierra del Fuego	Jóvenes y adultos con discapacidad
35	"Terapia ocupacional con familias en situación de calle"	Carlovich, A.S.	IX - 2015	Proyecto comunitario entre institución privada y organismo estatal para superar la situación de calle.	CABA o alrededores	Familias en situación de calle
36	Experiencias de sobrevivientes	Suárez, M., Vallejos, V.	IX - 2015	Práctica preprofesional TO "La esquina encendida" Intervención para la inclusión social de los niños en la institución.	Santa Fe	Niños y adolescentes
37	Análisis transversal de casos en contextos de vulnerabilidad desde la perspectiva de terapia ocupacional	Metz, M.S., Castelli, M.B.	IX - 2015	Práctica profesional UBA y USAL en "Asentamiento de Fraga". Dispositivo de visita domiciliaria	CABA	Personas con discapacidad en contextos vulnerables

				para favorecer el desempeño ocupacional		
38	Análisis de los roles ocupacionales en la problemática de adicción, desde la perspectiva de la reducción de daños	Metz, M.S.	IX - 2015	Intervención en jardín comunitario en Fundación M. Barrientos	CABA	Padres de niños del jardín con adicción

Anexo 2: Instrumento

Número de Trabajo	Título	Autores	Número de Congreso	Atención Primaria de la Salud: Focalizada-Selectiva e Integral																	
				Enfoque		Política Sanitaria		Vision		Nivel		Duración del programa		Población destinataria		Involucramiento		Agentes		Predominio	
				De Problema	De Derechos	Verticalista y Paternalista	De Salud Pública	Sectorial Descentralizada	Intersectorial Centralizado	Primer Nivel de Atención	Primer Nivel de Contacto	A Corto Plazo	A Largo Plazo	Vulnerable	Universal	Receptora	Participativa	Sanitarios	Interdisciplinarios	Focalizada y Selectiva	Integral
1																					
2																					