



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE  
SAN MARTÍN

**ICRYM**  
INSTITUTO DE  
CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN  
Y EL MOVIMIENTO

**Universidad Nacional de San Martín**  
**Instituto de Ciencia de la Rehabilitación y el**  
**Movimiento**  
**Licenciatura de Terapia Ocupacional**  
**Diseño de Trabajo Final**

*“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”*

Equipo Docente: Dra. Mariela Nabergoi, Lic. Luisa Rossi, Esp. Andrea Albino, Lic. Florencia Itovich, Lic. Macarena López.

Docente supervisora: Dra. Mariela Nabergoi.

Alumnas: Costal, María Dolores; ([costal536@gmail.com](mailto:costal536@gmail.com))

DNI: 38.249.217

Ponce Mora, María Paz; ([pachuponcemora@gmail.com](mailto:pachuponcemora@gmail.com))

DNI: 39.895.519

Grupo: 20.

Año de cursada: 2019.

Fecha de presentación: 04/08/2020



**Tema**

Procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en Atención Primaria de la Salud en los dispositivos de salud del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2019 y 2020.

**Palabras claves**

Terapia Ocupacional- Procedimientos profesionales de intervención- Atención Primaria de la Salud- Sistema público de salud.



## Índice

<b>Planteamiento del problema</b>	3
<b>Relevancia y justificación</b>	7
<b>Supuestos de investigación</b>	10
<b>Objetivo general</b>	11
<b>Marco teórico</b>	12
Reseña histórica de la evolución de Atención Primaria de Salud	12
Construcción del sistema de salud en la Argentina	14
Plan Federal de Salud	16
Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)	20
La importancia de los equipos interdisciplinarios y la construcción de redes	22
Atención primaria desde la perspectiva de Terapia Ocupacional	25
La evolución de los paradigmas que validan el quehacer según el contexto histórico	28
Los procedimientos profesionales de intervención de los terapeutas ocupacionales	31
<b>Metodología</b>	34
Tipo de diseño	34
Universo y muestra	35
Caracterización de la muestra:	36
Definiciones operacionales	37
Fuentes de datos e instrumentos	44
<b>Análisis de datos</b>	46
<b>Resultados</b>	49
<b>Conclusiones</b>	69
<b>Anexos</b>	74
<b>Glosario</b>	92
<b>Bibliografía</b>	94

## **Planteamiento del problema**

Se ha elegido investigar los procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en Atención Primaria de la Salud (APS) en los dispositivos de salud del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en diciembre del 2019 y marzo del 2020<sup>1</sup>.

Alicia Trujillo Rojas (2002, p. 610) define los procedimientos profesionales de intervención como “las acciones que la Terapia Ocupacional realiza y ejecuta para dar cumplimiento a las metas establecidas”. Clasifica dichas acciones de acuerdo con tres dimensiones: el tipo de atención, los medios y modalidades utilizados y las áreas y componentes ocupacionales que se enfatizan.

La Terapia Ocupacional es una profesión que se centra en las áreas ocupacionales (estudio, trabajo, autocuidado, juego, tiempo libre, entre otras) de las personas, con sus características físicas, mentales, sociales y espirituales particulares, para ayudarles a prevenir los factores de riesgo y promover el bienestar ocupacional (Trujillo, 2002). Tiene en cuenta las influencias de los entornos, tanto físico, como temporal y sociocultural.

Algunas de las incumbencias de la Terapia Ocupacional que manifiesta la Ley N°27.051/2014 del Ejercicio de la Profesión de Terapia Ocupacional en la Argentina son:

Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones del cuidado de sí mismo, básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre.

Participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la instrumentación de actividades y ocupaciones como recursos de integración personal, educacional, social y laboral.

Participar en el diseño, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados a evaluar, prevenir y tratar enfermedades de la población.

---

<sup>1</sup> De ahora en más en el trabajo se hará referencia al periodo de diciembre del 2019 y marzo del 2020, como 2019 y 2020.

Mónica Palacios Tolvett (2016), en la sección 3, “Praxis transformadoras” del libro *“Terapias Ocupacionales desde el Sur”*, manifiesta que hay un cambio de perspectiva en el sistema de salud de Chile, centrado en las relaciones sociales, que involucra a las comunidades en el proceso salud-enfermedad, dando sustento a las incumbencias nombradas anteriormente.

La disciplina inicia una transición a fines del siglo XX, es decir, un cambio hacia las perspectivas psicosociales planteadas por la Terapia Ocupacional Social, que enfatiza las condiciones contextuales y vinculares. Esto genera un cambio en el encuadre pasando de una visión negativa hacia una positiva<sup>2</sup> impactando en el bienestar individual y colectivo. Este nuevo encuadre permite vislumbrar “(...) las fortalezas, capacidades y habilidades de la comunidad, con propuestas promocionales en salud” (Palacios Tolvett, 2016, p. 417). Si bien la autora plantea la situación específica en Chile, se da cuenta a partir de las experiencias contempladas en el libro *“Terapias Ocupacionales desde el Sur”* que el proceso de transición de la disciplina se manifiesta en Latinoamérica.

De manera paralela a esta transición, se plantea la reforma sanitaria del sistema de salud en la Argentina, la cual se basa en la Atención Primaria de la Salud, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) como:

Atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y a las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un costo que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.

Esta definición fue renovada por la Organización Panamericana de la Salud, la cual reconoce que todo el sistema de salud es el principal actor, incluyendo los “sectores, públicos y privados con y sin fines de lucro, y es aplicable a todos los países” (OPS, 2008; pp. 12-13). Esto supone distinguir y reconocer el papel fundamental de la Atención Primaria

---

<sup>2</sup> Este cambio abandona la mirada asistencialista y curativa de las perspectivas tradicionales biomédicas de salud en una transición a un modelo psicosocial que destaca las fortalezas y capacidades.

de la Salud, con el fin de facilitar la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano (OPS, 2007, p. 7).

La renovación de la Atención Primaria de la Salud, planteada por la OPS (2008), propone que cada país debe desarrollar su propia estrategia según sus recursos, el momento socioeconómico-político, la capacidad administrativa y el sistema de salud. El Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2004, desarrolló el Plan Federal de Salud, en el cual se plantea la estrategia de APS como organizadora del sistema dentro de la reconstrucción del modelo argentino de salud (Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, 2005, pp. 74-75).

Para llevar a cabo esta reforma en CABA, una de las medidas fue la elaboración de un programa de ampliación de cobertura, extensión de servicios y de acción comunitaria a implementarse en todos los Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública. Se denominó a estos efectores de atención primaria Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).

Actualmente, en CABA, según el sitio oficial del Gobierno de la Ciudad, hay 44 CeSAC que son fundamentales y constituyen la puerta de entrada a la salud, acercando los servicios sanitarios a los barrios alejados de los establecimientos hospitalarios.

Al tener en cuenta el último informe del Sistema de Información de los CeSAC (SICESAC), del año 2011, y analizando las prestaciones según la profesión y la región, se puede decir que la Terapia Ocupacional ese año efectuó el 0,28% de las prestaciones totales dentro de la Región Sanitaria N° 1 (Comunas 1, 3 y 4). En dicho informe no hay registro de prestaciones de la profesión de Terapia Ocupacional en las tres Regiones Sanitarias restantes (Ver Anexo B).

En el sitio oficial del Gobierno de Ciudad, que detalla los servicios y prestaciones de los CeSAC, integrados por equipos interdisciplinarios, no contempla la Terapia Ocupacional como parte de ellos. Al realizar una búsqueda exhaustiva, y a través de la información brindada por la coordinadora de las residencias de Terapia Ocupacional sobre cada uno de

los CeSAC, se concluye que la profesión figura como especialidad en los centros N° 9, 15, 19, 24, 43 y 47.

Este porcentaje demuestra la carencia de profesionales de Terapia Ocupacional en el primer nivel de atención de la salud. Conociendo que una de sus incumbencias que refiere la ley N°27.051/2014, anteriormente presentada, los terapeutas ocupacionales pueden insertarse en dispositivos realizando acciones de prevención y promoción en un primer nivel.

Con la inclusión de la profesión en Atención Primaria de Salud y al resaltar la prevención y promoción desde la ocupación, la disciplina transforma los procedimientos profesionales centrados en una intervención basada en el déficit por una centrada en los recursos y se relaciona con sus contextos sociales y comunitarios. Lo que se busca es la transición del Paradigma Ocupacional al Paradigma Social de la Ocupación, es decir, reducir la impronta que se le da a la visión y estructura del modelo biomédico-asistencialista. Este cambio no significa rechazar por completo el paradigma anterior, sino que el nuevo lo contiene modificando algunos aspectos, para adaptarlo a la visión social siendo a su vez más integral.

La transición por la que atraviesa la Terapia Ocupacional busca romper con la comodidad del enfoque de rehabilitación y justifica su quehacer desde la perspectiva del Paradigma Social de la Ocupación, respondiendo a las necesidades en el ámbito comunitario. Los profesionales y especialistas latinoamericanos de Terapia Ocupacional han manifestado en diversos escritos la necesidad de actualizar su visión y el ejercicio de su práctica. Pensando la profesión y el conocimiento de la disciplina desde un enfoque biopsicosocial, que se encuentra atravesado por múltiples factores, como lo político, social, cultural, económico, el contexto ambiental, entre otros.

Esto generó escritos de numerosas experiencias y puestas en práctica desde la esencia de la profesión, que buscaron compartir conocimientos propios. El desafío que se tiene en la actualidad es organizar los aprendizajes logrados y teorizar sobre ellos, teniendo

en cuenta los diversos factores que influyen en los ámbitos comunitarios y modifican de manera dinámica los procedimientos profesionales.

En la Argentina, la licenciada en Terapia Ocupacional Patricia Cieri en el año 2014 hace un relevamiento y evolución de los programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y APS realizados con aportes de la profesión y otras disciplinas. Julieta Briglia en 2018 da a conocer a través de experiencias su labor en el CeSAC de la Boca y programas interdisciplinarios en comunidad. Esto permite un primer acercamiento a una parte de lo que es la Terapia Ocupacional en APS, sin manifestar un conocimiento global de la puesta en práctica y su teoría.

Durante la trayectoria profesional hasta la actualidad, Alejandro Guajardo (Chile) hace énfasis en los derechos humanos y participación ciudadana. A su vez, Sandra Galheigo (Brasil) promueve la Terapia Ocupacional Social; y Olga Luz Peñas Felizzola (Colombia) plantea la intervención comunitaria como manera de integración de personas con discapacidad como parte del sistema público, entre otros.

Cada uno de los referentes brinda una mirada desde un aspecto de la Terapia Ocupacional en comunidad y otros tienen una mirada crítica que invita a la reflexión. A pesar de esto, sigue habiendo vacíos teóricos a nivel nacional e internacional sobre los procedimientos profesionales de intervención de los terapeutas ocupacionales en la Atención Primaria de la Salud.

De este modo surgió la pregunta que se respondió en este trabajo: ¿cuáles son los 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 los años 2019 y 2020?

### **Relevancia y justificación**

Mediante este trabajo de investigación se exponen los procedimientos profesionales de intervención utilizados por los terapeutas ocupacionales en los dispositivos de salud del sistema público de CABA en los años 2019 y 2020. Se buscó identificar y

describir de forma teórica y empírica el tipo de atención, los medios y modalidades, las áreas y componentes ocupacionales, los tipos de redes utilizados, y los modelos teóricos y referentes del área según las profesionales.

El trabajo de campo permite vislumbrar los conceptos o teorías que guían y dan sustento a los procedimientos profesionales considerando el cambio de paradigma por el que atraviesa la disciplina. Se dio cuenta de los métodos utilizados para cumplir su propósito en el campo de actuación del ámbito comunitario y de atención primaria desde la profesión.

A través de esta producción se destaca el aporte que brinda el ejercicio de la Terapia Ocupacional en el sistema público en el primer nivel de atención desde su mirada y filosofía referido al rol de la persona y su ocupación en la comunidad.

Al profundizar en la temática, se tomó en cuenta las experiencias de profesionales en un primer nivel de atención y los artículos presentados por autores, principalmente latinoamericanos, planteados desde el Paradigma Social de la Ocupación. La mayoría de los autores mencionados en el planteamiento del problema, tanto nacionales como internacionales consideran a la profesión desde lo social como parte generadora de programas para la comunidad.

Se intentó plantear a la Terapia Ocupacional como disciplina inserta en el primer nivel de atención de salud, describiendo los procedimientos profesionales de intervención. Puesto que, en artículos de Terapia Ocupacional Comunitaria sobre Atención Primaria de la Salud, como de Mónica Palacios Tolvett, Juan Pino Moran y Daniel Emeric, proponen ejemplos de experiencias para ilustrar los procedimientos, pero no como algo general replicables en otros entornos.

Considerando que, a lo largo de la historia, la disciplina encontró un lugar en el equipo rehabilitador, ahora es momento de hacer lo mismo en el ámbito de la atención primaria.

Con respecto a la relevancia práctica, los resultados obtenidos de las entrevistas sobre las diferentes formas de abordaje y los puntos a considerar podrán servir como guía

para los terapeutas ocupacionales que estén por insertarse en el ámbito de la salud en un primer nivel de atención.

El trabajo sirve como bibliografía de consulta, ya que se presentarán referentes nacionales e internacionales que hablan sobre el abordaje en APS. Podrá ser utilizado como material de estudio ya que el análisis producto de las entrevistas brindará conocimientos prácticos sobre la Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud.

En general, en las carreras universitarias de Terapia Ocupacional, en cuanto a la formación académica presentan un primer acercamiento a los conceptos sobre prevención y promoción de la salud. Se mencionan de manera aislada experiencias de programas en APS. Pero la disciplina se encuentra atravesada principalmente por un enfoque rehabilitador; poniendo de manifiesto que, si bien hay un movimiento social hacia un cambio de perspectiva, en lo académico sigue vigente el modelo biomédico.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito hacer énfasis en la importancia de brindar información a lo largo del ciclo universitario sobre la práctica de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud y propiamente en el dispositivo del sistema público.

Los procedimientos de intervención de los terapeutas ocupacionales están atravesados, en muchos casos, por contribuciones de otros profesionales o redes, permitiendo un trabajo más eficaz y eficiente para cubrir las necesidades de la comunidad. Se puede decir que en los dispositivos de Atención Primaria de la Salud se requiere de un trabajo interdisciplinario y la utilización de múltiples tipos de redes.

Como se mencionó al inicio del trabajo, la Terapia Ocupacional no se encuentra en todos los dispositivos de APS. En la actualidad, hay seis licenciadas en planta permanente en los 44 dispositivos que existen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto nos hace reflexionar sobre el rol y lugar que ocupa la Terapia Ocupacional en la Atención Primaria de Salud como agente de prevención y promoción.

Este trabajo buscó mostrar y dar a conocer la actividad que realizan los terapeutas ocupacionales en las intervenciones como profesionales en Atención Primaria de Salud, poniendo énfasis en la importancia de su aporte y participación dentro del equipo de salud.

### **Supuestos de investigación**

- Los terapeutas ocupacionales realizan una atención directa dentro del dispositivo de salud a través de programas dirigidos a niños, madres, y adultos mayores; y en la comunidad mediante salidas territoriales. Además, realizan atenciones indirectas con la familia y la escuela ante factores de riesgo que no favorezcan el desarrollo ocupacional de la persona. Por otro lado, facilitan y acompañan mediante asesorías a las personas de la comunidad frente a alguna problemática puntual.
- Los terapeutas ocupacionales intervienen de forma individual con algún miembro de la comunidad que requiera una atención especializada, y de forma grupal con alguna temática específica que sea necesario tratar. Mediante programas de prevención y promoción de la salud y talleres en relación con los intereses de la comunidad.
- En cuanto a las áreas y componentes ocupacionales, el procedimiento de intervención de los terapeutas ocupacionales está determinado por las necesidades del paciente o del grupo con el que se trabaje, principalmente se enfatizan las áreas de alimentación e higiene, y el área educativa desde un punto de vista preventivo promocional.
- Los modelos conceptuales o teorías propias de Terapia Ocupacional que guían los procedimientos profesionales de intervención son el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional teniendo como eje principal el cumplimiento de los Derechos Humanos, insertos en el Paradigma Social de la Ocupación.
- Las redes utilizadas por los profesionales de Terapia Ocupacional son principalmente redes comunitarias por el vínculo del equipo de salud con las personas que integran la comunidad generada en las visitas territoriales. En cuanto a las redes institucionales y de servicios que se requieren en la atención primaria de la salud son colegios, comedores y organizaciones barriales o estatales.

### **Objetivo general**

Identificar y describir los procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en APS en los dispositivos de salud del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019 y 2020.

### **Objetivos específicos:**

- Indagar y describir los tipos de atención utilizados en los procedimientos profesionales de intervención por los terapeutas ocupacionales.
- Indagar y describir los medios y modalidades utilizados en los procedimientos profesionales de intervención por los terapeutas ocupacionales.
- Indagar y describir las áreas y componentes ocupacionales utilizados en los procedimientos profesionales de intervención por los terapeutas ocupacionales.
- Indagar y describir los modelos conceptuales y los referentes que guían los procedimientos profesionales de intervención de los terapeutas ocupacionales.
- Determinar el tipo de redes que utiliza el profesional de terapia ocupacional en su procedimiento de intervención.

## **Marco teórico**

### **Reseña histórica de la evolución de Atención Primaria de Salud**

Para comprender este trabajo de investigación se realizará una breve reseña histórica de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) a nivel mundial y nacional, ya que esta se fue construyendo teórica y empíricamente a lo largo del tiempo, a partir de la Declaración de Alma Ata y la APS Renovada hasta la actualidad.

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Alma Ata definió la Atención Primaria de la Salud como “la asistencia sanitaria esencial, (...) accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, a fin de mantener su desarrollo (...)” (OMS, 1978, inciso VI).

Este concepto dio lugar a múltiples interpretaciones por parte de los países que llevaron adelante la APS como estrategia para lograr “Salud para todos en el año 2000”, meta planteada por la OMS en la Declaración de Alma Ata.

En Europa y otros países industrializados tomaron una concepción de APS como el primer nivel de atención dentro del sistema de servicios de salud, un enfoque sencillo relacionado directamente con la disponibilidad de médicos especialistas en familia y generalistas.

Los países en vías de desarrollo consideraron a la APS como una estrategia selectiva; es decir, como un conjunto específico de actividades destinadas a las personas en situación de pobreza.

Otros países, como Costa Rica, tomaron la APS como parte del sistema nacional de forma Integral, incluyendo los aspectos económicos y sociales de la comunidad.

En el año 1997, el sanitarista argentino Dr. Mario Testa anticipó la necesidad de renovar la estrategia de APS. Propuso que, para llevar a cabo lo planteado por Alma Ata, los establecimientos debían partir de la APS y conformar la red asistencial del país. Es fundamental considerar la conceptualización de la estrategia como un todo, tomando como

punto de partida la organización del sistema de salud, las características de los grupos sociales y los recursos, resaltando la importancia de la relación entre el equipo de salud y la organización de la población.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre los años 2003 a 2005, buscó corregir las debilidades e incoherencias con respecto a los distintos enfoques e interpretaciones de la APS. Reconoció que la estrategia de la APS Selectiva ignoraba el amplio contexto del desarrollo económico y social, considerando únicamente a una parte de la población y dejando de lado factores de gran relevancia para el sistema de salud (OPS, 2007).

Mario Rovere (2012) manifestó que, a la hora de plantear la APS, no se consideró el campo en el cual se desarrollaría a nivel mundial y la manera en la que se la trataría. Por eso, propuso un compromiso político, el fortalecimiento y la reorientación del sistema público de salud hacia la universalidad y la integralidad, teniendo una mirada sobre los determinantes reales de la salud. A su vez, puso énfasis en la necesidad de la participación real de las comunidades y las organizaciones sociales.

La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos justificó la Renovación, que llevó a privilegiar el enfoque de APS como estrategia para fortalecer las capacidades de la sociedad y disminuir la desigualdad (OPS, 2007), haciendo hincapié en el objetivo de “salud para todos”.

“La APS es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema” (OPS, 2007, p. 9). La APS Renovada se apoya en el legado de Alma-Ata y comparte los principios, pero replantea y modifica el enfoque y la práctica, poniendo énfasis en los determinantes sociales y políticos para conseguir mejoras equitativas en materia de salud y modificarla como derecho humano (OPS, 2007-2008). Cada país debe desarrollar su propia estrategia, considerando lo anteriormente planteado, con el fin de obtener resultados sostenibles de una salud para todos a largo plazo.

### Construcción del sistema de salud en la Argentina

Antes de que el Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2004, desarrollara el Plan Federal de Salud, en el cual se planteaba la estrategia de APS como organizadora del sistema, se debió transitar un proceso de consolidación. “La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja y relativamente corta evolución” (PNUD<sup>3</sup>, 2011, p. 78).

En la Argentina, desde la fundación del Estado Nacional hasta 1945, la salud era considerada un problema privado partiendo de un modelo liberal clásico. En cuestiones de saneamiento y atención a indigentes, se combinaba la intervención del Estado y otras entidades, creando establecimientos hospitalarios por fuera de las políticas y la planificación sanitaria. Surgieron movimientos entre colectividades migratorias y asociaciones de trabajadores que generaban formas solidarias de ayuda mutua (Wilner y Stolkiner, 2007).

Durante el período entre 1945 y 1955, se impulsaron y financiaron programas verticales contra enfermedades endémicas, es decir programas específicos centrados dichas enfermedades, y se crearon centros de salud ambulatorios, lo que expandió la oferta de servicios. (PNUD, 2011)

Pese a la falta de atribuciones al gobierno nacional por parte de la Constitución, el Estado comenzó a jugar el papel de prestador. Tomó nuevas medidas considerando a la salud como un problema público y como responsabilidad del Estado. Se desplazó a las sociedades beneficiarias y prestadores privados, que eran los encargados de brindar los servicios de atención médica, nacionalizando los hospitales (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

En 1945, luego de la Segunda Guerra Mundial y con la conformación de las Naciones Unidas, comenzó a extenderse a nivel mundial la noción de la salud como un derecho humano y la universalización de su cobertura. En Argentina, el Estado centralizó la

---

<sup>3</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

planificación del sistema de salud (PNUD, 2011).

En el año 1946, se creó el Ministerio de Salud de la Nación y su primer ministro fue el doctor Ramón Carrillo. A partir de ese momento, se organizó un sistema de salud público en todo el país articulando con otras iniciativas sociales del Estado. En el marco de la conquista de derechos laborales, se configuró y reguló el subsector de obras sociales generando una coexistencia de los modelos sanitarios, que permanece hasta la actualidad.

“A partir de 1955 y hasta 1970, en el contexto regulatorio e institucional, el Estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias, se inicia la regulación para la formación de recursos humanos y del mercado de medicamentos” (PNUD, 2011, p. 7). Se amplió el financiamiento de programas de salud rural por parte del Estado nacional y se sancionó la Ley N° 17.102/1966 de Hospitales de Comunidad, descentralizando los hospitales públicos.

Entre 1970 y 1977 se institucionalizó el modelo pluralista de planificación descentralizada. Esto supuso la consolidación del sistema privado y la descentralización del sistema, permitiendo una extensión de coberturas de seguridad social a toda la población que trabajaba en relación de dependencia. Se ratificó con la Ley N° 18.610/1970, la cual estableció que cada trabajador, según su rama de actividad, obtuviera la afiliación a la obra social correspondiente. De esta manera, se dejó sin cobertura de seguridad social a una porción creciente de la población y el sector público quedó como su único garante. “En este sentido, al descapitalizarse y desjerarquizarse, el sistema público se hace acreedor a la atención de la población sin cobertura de salud” (Cendali y Pozo, 2008, p. 10).

Por la falta de regulación y coordinación entre los subsectores públicos y privados, el modelo pluralista entró en crisis. Se orientó hacia el tratamiento de la enfermedad y los servicios de alta complejidad, provocando un recorte presupuestario gradual y reduciendo los suministros de los hospitales públicos. (PNUD, 2011)

Frente al desabastecimiento del sector público y la crisis hiperinflacionaria en la década de los 80', se vislumbró la incapacidad del Estado prestador para enfrentar el aumento de la demanda de servicios. El sector público se encontró frente a una mayor carga

de enfermos y menos personal de servicio de salud que pudiera cubrir las prestaciones.

En la década de 1990, en el marco de una política económica neoliberal, se realizaron reformas sectoriales, con la privatización de los servicios públicos y una desregulación de los mercados. En cuanto a la salud, se argumentaba que la libre competencia dotaría de un mercado más amplio, logrando una mayor eficiencia y autonomía de los hospitales públicos. En la práctica, esta hipótesis no se comprobó (PNUD, 2011).

La larga trayectoria de la construcción del sistema de salud argentino tuvo logros y derrotas consolidando en su conjunto una organización fragmentada, en la que se distinguen tres grandes subsectores: el sector público, el sector de seguridad social obligatorio (obras sociales) y el sector privado (Ministerio de Salud, sf.).

La crisis de 2001 y 2002 dio lugar a políticas de emergencia sanitaria, poniendo en marcha programas para garantizar el acceso a los servicios y medicamentos a los grupos más vulnerables. Paralelamente, en el Consejo Federal de Salud se discutió una estrategia de políticas de emergencia a mediano y largo plazo, que se consensuó entre los distintos niveles del gobierno del país, ya que la salud pública es responsabilidad sustancial de las provincias. La estrategia para adecuarse y adaptarse a las circunstancias debió ser flexible y se planteó una secuencia de reformas y no de modificaciones.

### Plan Federal de Salud

El modelo argentino constituye un caso particular por su fragmentación, con una pobre coordinación entre los subsectores, los cuales ofrecen beneficios en salud muy heterogéneos.

En el año 2004, el principal desafío para el Ministerio de Salud de la Nación fue implementar políticas sanitarias para incrementar el acceso igualitario a servicios integrales de salud: se buscó reducir los costos, mejorar el acceso a medicamentos, disminuir la mortalidad materno infantil, apuntar a acortar la brecha existente entre las provincias y fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Ministerio de Salud, sf.).

Para dar respuesta a las necesidades de la población, en el período 2004-2007 se

puso en marcha el Plan Federal de Salud, sobre la base de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud Renovada. Su implementación exigió prestar atención a la adecuación y sostenibilidad de los recursos del sistema, un compromiso político y la justicia económica que garanticen el desarrollo de un sistema de calidad y accesibilidad en la atención de salud (Rosas Prieto, 2013, p. 43).

Se plantearon lineamientos de acciones estratégicas, las cuales consistieron en la integración de los subsectores públicos, de obras sociales y privados y el fortalecimiento del sistema federal de salud para brindar una mayor equidad mediante la redistribución de los recursos.

En el marco del Plan Federal, se propuso un modelo de red de servicios integrada e integral, bajo la estrategia de APS, con el fin de facilitar el acceso a la salud. Se implementaron políticas y programas de salud para la población materno infantil, entre ellos, el programa de salud infantil, de salud perinatal, de nutrición materno infantil, de salud sexual y procreación responsable y el Plan Nacer.

Otros programas importantes se pusieron en práctica, como el de la lucha contra el retrovirus humano, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, y el programa Remediar. En cuanto a las medidas jurídicas, se dictó una política nacional de medicamentos y una de recursos humanos y se creó el Programa Nacional de Médicos Comunitarios, entre otros.

En el marco del Bicentenario de la Independencia, se propuso un nuevo período del Plan Federal de Salud para los años 2010-2016, teniendo como meta que las prioridades sanitarias se inserten en la comunidad y sean políticas de Estado.

Los objetivos de este nuevo ciclo se plantearon desde una perspectiva de la APS, buscando regionalizar y fortalecer las redes de atención y mejorando la accesibilidad y continuidad. Se priorizaron las intervenciones de prevención y de minimización de los riesgos de salud y la coordinación de acciones programáticas de comunicación y participación social mediante un abordaje intersectorial de los determinantes sociales.

Se creó un equipo de salud proactivo en la interacción con la comunidad favoreciendo una atención integral e integrada. Este generó una red especializada con otros

niveles de salud de manera complementaria y coordinada para responder a necesidades específicas de la población. Los programas de control, prevención de enfermedades y de promoción de la salud fueron de gran importancia para este período.

Lograr que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios integrales de salud siguió siendo un reto. Por eso, los países de la Región de las Américas utilizaron distintas formas y abordajes para organizar su sistema y responder a la necesidad. A pesar de los avances y del crecimiento económico, estos países siguen teniendo problemas u obstáculos para identificar cómo continuar.

En el Consejo Directivo N°53 de la OPS/OMS se formularon estrategias y enfoques de soluciones innovadoras para avanzar hacia una cobertura universal (OPS/OMS, 2014).

En esta dirección, la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación estableció como política sustancial a partir de 2016 avanzar hacia la cobertura universal de salud (CUS). Esta buscó lograr un sistema integrado, permitiendo la accesibilidad a todas las personas sin importar su nivel económico, posición laboral o estatus social. Se destacó la calidad, efectividad y equidad de la atención, sin diferenciar la atención brindada por los distintos subsectores.

En continuidad con lo trabajado en los períodos anteriores y entre los cambios de Gobierno, se pretendió seguir ampliando el acceso a los servicios de salud, fortalecer la rectoría, mejorar el financiamiento y fortalecer la coordinación multisectorial. Ejes que la OPS, en el año 2014, planteó para garantizar la cobertura universal de salud.

Para acompañar estos avances, el Sistema de Gobierno de Salud implementó otros ejes estratégicos para poder adaptarlo a la situación del país. El primer eje consistió en la conformación de equipos de salud familiar y comunitaria, donde se asignó un determinado sector de la población a cada establecimiento de salud, asegurando el bienestar de cada persona. El segundo eje fue el desarrollo o fortalecimiento de los sistemas de información para facilitar el acceso y seguimiento de la información médica (historia clínica electrónica) de cada paciente en las diferentes áreas y niveles. El tercer y último eje se centró en el monitoreo y evaluación de indicadores de calidad de los servicios, para asegurar "(...) que

se articulen acciones sanitarias, un sistema de información prestacional y la implementación de guías de práctica clínica” (Cejas, et. al. 2018).

Estos ejes estratégicos fueron la base para garantizar el CUS a nivel nacional. A fin de proporcionar una mayor adecuación y participación local, se dio una descentralización política o territorial, administrativa o funcional. Consistió en una delegación de facultades a organismos periféricos, permitiendo un acercamiento de los servicios públicos y favoreciendo la participación ciudadana.

A partir de la descentralización, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) estableció un Plan de Salud para el período 2016-2030, en el cual se tienen en cuenta los elementos demográficos, epidemiológicos, políticos y culturales para lograr un abordaje más integral.

En este plan, se proponen diferentes estrategias. Estas consisten en conformar una red hospitalaria para resolver problemas sanitarios, implementar sistemas de información abiertos a los ciudadanos, incrementar la calidad de los servicios mediante la gestión de los recursos para lograr una intervención integral, programada y con participación ciudadana. El foco principal de este período busca centrarse en los problemas de salud y en los determinantes sociales.

El sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene una estructura particular, que da pie a su funcionamiento. Consiste en una red que vincula cada nivel de atención de la salud garantizando una asistencia completa según la complejidad del paciente. Por otra parte, consta de una organización por áreas programáticas las cuales fueron delimitadas en un principio según los sectores de urgencia correspondientes a cada hospital general de agudos.

La red se organiza en cinco categorías. En un primer nivel se encuentran los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), con equipos interdisciplinarios de salud a cargo de un territorio delimitado, y los Centros Médicos Barriales (CMB). En un segundo nivel están los Centros de Especialidades Médicas de Referencia (CEMAR), donde se incluyen estudios complementarios y especialidades de uso ambulatorio frecuente. En el tercer nivel, los

hospitales de cabecera, como los generales de agudos de adultos, pediátricos y maternos perinatales. En un cuarto nivel, los hospitales de alta complejidad, monovalentes e institutos especializados. Por último, el quinto nivel corresponde al Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME).

### Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)

El efector que da respuestas en el primer nivel de atención, trabaja sobre la promoción y prevención del riesgo y daño, cubre las acciones de recuperación y rehabilitación de menor complejidad y realiza funciones ambulatorias. Como se mencionó con anterioridad, esto se da en los CMB y en los CeSAC.

Para comprender la organización de estos espacios, se remontará a su origen. En el año 1988, con el objetivo de implementar la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el sistema público, se incorporaron las áreas programáticas de los hospitales generales de agudos. Los efectores quedaron a cargo de estas, que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud.

Ese mismo año, el doctor Jorge Lemus definió el área programática como “una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde, mediante un proceso de programación y conducción unificada con todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita” (Muntaabskiet *al.*, 2000, p. 4).

Los Centros Médicos Barriales son espacios donde los médicos de cabecera - especialistas en pediatría, tocoginecología y clínica médica-, junto con profesionales de enfermería, trabajo social y odontología, atienden a aquellos que carecen de cobertura social privada o de obras sociales.

Los CMB nacieron como una propuesta del Plan Médico de Cabecera, para que a cada persona o grupo familiar le sea asignado un médico correspondiente al área programática, al cual pueda recurrir en caso de necesidad o dudas posteriores. La finalidad de los CMB es la asistencia en áreas claves para un mejor funcionamiento de los CeSAC y

reducir la centralización en los hospitales generales.

Los CeSAC están insertos en los barrios, donde se implementan programas de atención de la salud y prevención de la enfermedad en conjunto con la comunidad.

Esta institución, tal como se la conoce ahora, es el producto del desarrollo y la implementación de diversas prácticas en materia de APS que permitieron obtener experiencias y aprender de ellas, hasta que se logró establecer en el año 1999 un marco normativo global: la Ley Básica de Salud N° 153. Ésta garantiza en sus artículos 18 y 19 el derecho a la salud integral y establece los criterios para la organización de las acciones propias de dispositivos del primer nivel de atención.

De acuerdo con la ley, el principal objetivo del dispositivo consiste en la mejora y en el fortalecimiento continuo de los determinantes que condicionan o comprometen la situación de salud de la población. Los criterios fundamentales para su cumplimiento son: constituir la puerta de entrada en las redes de atención, garantizar equipos interdisciplinarios e intersectoriales, realizar acciones de promoción, prevención y atención ambulatoria, y promover la participación comunitaria (Ley N° 153, 1999).

La estructura de estos espacios es heterogénea, debido a las necesidades de la población según las áreas programáticas, los recursos humanos y las condiciones edilicias de los centros (Muntaabski, p. 5).

El equipo central de salud de los CeSAC está conformado por un médico generalista y/o de familia, un médico pediatra y un enfermero, quienes son los encargados de atender a las familias, sin importar lo heterogéneo de la comunidad. Estos deben garantizar la atención mediante el cuidado de sus integrantes y, de esta manera, fortalecer la salud comunitaria y la intersectorialidad (Ministerio de Salud, 2017).

Según el Plan de Salud 2016-2030, para fortalecer la atención integral de cada familia, los CeSAC cuentan con trabajadores sociales, odontólogos, kinesiólogos, psicopedagogos, nutricionistas, psicólogos, antropólogos y sociólogos. A partir de una investigación en profundidad en el sitio oficial de la Ciudad de Buenos Aires, que brinda

información y datos útiles sobre cada uno de los dispositivos, se rescató la presencia de otras profesiones de salud, como terapia ocupacional, fonoaudiología, farmacéutica, ginecología, obstetricia, dermatología y psiquiatría, que forman parte de los equipos.

En el año 2016, se creó la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria como autoridad competente para impulsar el fortalecimiento y desarrollo de estos dispositivos a través de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

### La importancia de los equipos interdisciplinarios y la construcción de redes

Pensando la Atención Primaria de la Salud como estrategia, en la cual las intervenciones son abordadas desde un equipo de salud interdisciplinario para dar respuesta a la complejidad de las problemáticas. Se debe tener un panorama completo de la conformación institucional y su articulación con otras entidades (de forma interna y externa al dispositivo), con el fin de comprender y describir los procedimientos profesionales de intervención desde la Terapia Ocupacional.

Para alcanzar las metas de un sistema de salud basado en la estrategia de APS Renovada y sus actualizaciones, debe conformarse una articulación e intercambio de esfuerzos, experiencias y conocimientos entre instituciones o personas con fines comunes.

El representante de la OPS en la Argentina, el doctor Pier Paolo Balladell (2012) considera que son importantes los aspectos biomédicos junto con la visión colectiva desde lo social. Se busca promover un trabajo preventivo, que tome en cuenta los determinantes sociales mediante un equipo interdisciplinario y redes, en contacto continuo con la comunidad.

La evidencia internacional confirma que el equipo es la forma más eficaz de atención, con personas de origen formativo y perfil profesional diferente, que desarrollan procesos productivos y eficaces (Franco-Giraldo, 2015, p. 418). El trabajo interdisciplinario requiere el desarrollo de redes conceptuales y un alto grado de prácticas interactivas, con la colaboración y la cooperación de cada integrante.

Las acciones de prevención y promoción por parte de los agentes de salud del primer nivel de atención consisten en desarrollar programas y talleres, así como también visitas domiciliarias relacionadas con detección de familias en riesgo, violencia doméstica, control de niños, entre otros asuntos. Cada profesional interviene según la especificidad de su área, tomando en cuenta sus procedimientos, el tipo de abordaje y atención, en consultorio o visitas a domicilio, entre otros.

Muntabinski plantea que la meta como profesionales de salud es “(...) establecer redes que permitan en el mismo espacio donde emerge la problemática, generar respuestas concretas y efectivas en forma equitativa” (2000, p. 2). Este tipo de intervención en red genera un impacto asistencial más amplio y permite lograr una máxima efectividad mediante los recursos adecuados.

Retomando lo expresado por el doctor Balladell, las redes se construyen a partir de un intercambio continuo y dinámico entre el equipo interdisciplinario y otras instituciones, organizaciones, personas o con la comunidad. Permite una forma distinta de acceso a la salud, mediante la comunicación, y genera un mayor sentido de pertenencia.

A partir de lo expresado por el Ministerio de Salud de la Nación, las redes en salud se clasifican según su jerarquización en personales, comunitarias, institucionales, de establecimientos y servicios, intersectoriales, y de servicios de salud.

Se entiende por red personal a la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas (Sluzki, 1996).

Las redes comunitarias se encuentran en el centro de la implementación de la estrategia de la APS. Permiten un protagonismo activo de la comunidad, que participa en los programas y brinda una visión realista de las necesidades de la población. Esta juega un doble papel: como espectadora y como actora social.

La red comunitaria se conforma a partir de información obtenida a través de diagnósticos sociosanitarios y ambientales sobre las experiencias, percepciones y valoraciones de los problemas y necesidades de la comunidad. Los referentes sociales son

personas que facilitan la comunicación, participan activamente y proponen programas y talleres, siendo el nexo entre los profesionales y la comunidad.

A nivel institucional, en los CeSAC se conforman redes para optimizar los recursos mediante la formulación de proyectos con la participación de los distintos sectores que los componen. Se deben promover las relaciones entre los diversos integrantes del equipo en torno al proyecto institucional, concientizando sobre la importancia de las relaciones internas para una mayor calidad del servicio de salud.

Las necesidades de la comunidad pueden requerir la participación y la flexibilidad de los profesionales y del dispositivo. Se necesita un claro análisis de la demanda (procedencia y características de la población que requiere asistencia, consultas habituales, servicios solicitados, derivaciones desde y hacia, entre otros aspectos) para ajustar y formular la oferta de atención de salud más adecuada.

Las redes de establecimientos y servicios se establecen a partir de una articulación entre los subsectores público, de la seguridad social y privado, tanto a nivel local, provincial, regional como nacional.

Las redes intersectoriales brindan una respuesta de salud ante la complejidad de la sociedad. Es fundamental la conformación de redes entre los sectores judicial, económico, educativo y de hacienda para definir una política eficiente y eficaz de salud.

La comunidad, como sistema social, puede ser considerada como la totalidad de la interacción entre subsistemas, los cuales se especializan en cada derecho del ciudadano.

Las redes de servicios de salud constituyen una organización fundamental para el sistema sanitario público. Los diversos componentes colaboran para garantizar el acceso al derecho a la salud integral para toda la población.

La organización en red de los servicios de atención médica es la articulación de los recursos sanitarios disponibles en su conjunto. Con adecuados sistemas de comunicación y transporte, se superan los límites geográficos y las organizaciones administrativas clásicas, cubriendo las demandas de atención a nivel nacional.

Según la organización administrativa, la red de atención en nuestro país se divide en

regional, provincial y nacional y, según el nivel de complejidad, en primer nivel (servicios ambulatorios generales), segundo nivel (servicios especializados y de internación) y tercer nivel (servicios de alta complejidad y atención de crónicos).

La red de servicios de salud permite una integración horizontal de los servicios, con mayor accesibilidad, un mejor uso de la infraestructura y del personal disponible, la centralización y organización de todo el soporte de administración en la gestión de recursos humanos, finanzas, legales, informática, administración, entre otros; una reducción de costos y el establecimiento de estándares mínimos de atención para todos los integrantes de la red.

### Atención primaria desde la perspectiva de Terapia Ocupacional

Habiendo realizado un recorrido histórico en los apartados anteriores sobre la conformación del sistema de salud argentino, y como el mismo pone en práctica e implementa la estrategia de Atención Primaria de la Salud en CABA a través de los CeSAC. Ahora se buscará explicar el vínculo entre la Terapia Ocupacional y la APS, y como estos intentan dar respuesta en un primer nivel de atención a través de estrategias de prevención y promoción.

El lema “Salud para todos en el año 2000” planteaba que la comunidad es indispensable para desarrollar procesos que mejoren las condiciones económicas y la calidad de vida de las personas. Se generó una ampliación del término de “salud”, más allá del proceso salud-enfermedad, abarcando los determinantes sociales como aspectos fundamentales.

La democratización del proceso de salud genera un nuevo escenario en la Terapia Ocupacional, mejorando la accesibilidad y rescatando lo individual de cada sujeto y a la vez poniendo énfasis en lo territorial. “Interpelando a la ontología de la disciplina, y resaltando los elementos preventivo-promocionales de la ocupación” (Palacios Tolvett y Pino, 2016, p. 417).

En sus orígenes, la Terapia Ocupacional fue una disciplina enfocada en la

funcionalidad de la persona y en la optimización de los recursos. Desde una perspectiva mecanicista, se constituye a la “función” como eje principal, dejando a la “ocupación” en un segundo plano. Con el paso de los años, se fue deconstruyendo esta concepción y se trató de volver a la esencia, que es la ocupación.

Este cambio generó una nueva estrategia de intervención a nivel general por parte de la Terapia Ocupacional, involucrando a la comunidad en el proceso de salud-enfermedad, centrándose en los recursos de los distintos contextos sociales y comunitarios y teniendo en cuenta el escenario económico, social, político y educativo, entre otros.

A partir de este proceso, se buscó dar respuesta a las personas dentro de las comunidades, que conviven en desigualdad y exclusión en relación con los determinantes sociales de la salud. Se tomó conciencia de que la ocupación se transforma según el lugar y el momento en que está la persona, lo que, a su vez, le da una identidad como individuo y como ser social que vive dentro de una comunidad.

Estos determinantes influyen indirectamente en el desempeño ocupacional, teniendo en cuenta que es una relación dinámica entre la persona, el entorno y la ocupación.

Esta concepción supuso comprender la realidad social de la comunidad y la intervención de la salud como producciones sociales, generando un nuevo desafío para los equipos profesionales, mediante una perspectiva de derechos humanos, en la que la persona tenga acceso a la salud integral.

Como agentes sanitarios y sociales, los profesionales de Terapia Ocupacional deben promover el desempeño ocupacional en comunidades con una realidad de exclusión. Se toma la ocupación humana no sólo como un fenómeno individual, sino también como un fenómeno social, lo que responde al Paradigma Social de la Ocupación. Este considera a la ocupación como un “(...) fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades e insertos dentro de (...) el Paradigma de la Complejidad” (Morrison *et al.*, 2011, p. 9).

Desde este nuevo paradigma y en un primer nivel de atención de salud, se busca incluir y dar un encuadre positivo que fortalezca la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades, permitiendo que emerjan sus capacidades, competencias y habilidades inherentes facilitando sus recursos y resaltando sus potencialidades (Morrison et al., 2011). A partir de una práctica desde el interior de las comunidades y no como un agente externo a ellas, se da la posibilidad de generar un cambio o una transformación social.

En el primer nivel de atención, el ejercicio profesional del equipo de salud, a diferencia de otros niveles, se enfoca en la persona, la ocupación y la inclusión social. A través del encuentro individual y colectivo desde un enfoque psicosocial situado culturalmente, busca pesquisar las necesidades desde una horizontalidad en la que la persona participa del proceso.

El dinamismo en el encuentro con el otro, en un contexto social, requiere que los profesionales intervengan tomando las diferentes dimensiones de la persona. Por eso, en la Atención Primaria de la Salud se debe insertar un equipo interdisciplinario que busque, por un lado, abarcar todas las dimensiones y, por otro, garantizar la equidad de la salud en su totalidad.

Como estrategia de la Atención Primaria de la Salud, es fundamental comenzar con la promoción de la participación comunitaria y prevención, generando redes que vinculen diferentes instituciones, sectores y organizaciones, entre otras, que faciliten el proceso de salud desde un enfoque psicosocial.

Como se mencionó anteriormente, los referentes de la comunidad son el puente entre la comunidad y el equipo profesional. Para ello, es elemental la implementación de redes comunitarias con las cuales se da pie a la participación de actores sociales en los programas de APS. A través de ellas, se propone la articulación constante entre el equipo de salud y los referentes de la población, con el fin de enfrentar los problemas de salud prioritarios.

Desde la perspectiva de los procedimientos profesionales de intervención, no se puede plantear exclusivamente un tipo de atención en instituciones, sino que es necesario

ubicarlo en los diferentes contextos (Sanz Victoria, 2016). La profesión tiene que estar dispuesta a romper con el verticalismo del modelo médico-hegemónico y salir de los muros institucionales para trabajar de forma horizontal con la comunidad y otros profesionales (Cieri, 2005).

### La evolución de los paradigmas que validan el quehacer según el contexto histórico

Los paradigmas de la Terapia Ocupacional y el desarrollo teórico-metodológico de la disciplina han sido influenciados, no solo por las corrientes filosóficas o las ciencias, sino también, principalmente por los distintos contextos sociopolíticos, históricos, ideológicos, culturales y económicos.

Es necesario resaltar que la disciplina se encuentra en un constante proceso de conocimiento teórico práctico, abierto a las implicancias sociales; brindando una visión panorámica de la historia, a continuación, se desarrollan los paradigmas que atraviesan la disciplina.

En el artículo “Tradiciones en Terapia Ocupacional” (2019), recientemente publicado, se utiliza el término de tradiciones, mientras que en este trabajo se hace referencia a paradigmas. Entendiendo por ambos conceptos que no se dan dentro de un proceso lineal marcado por el cambio de un paradigma a otro, es decir que no hay delimitación clara, sino que son producto de la multiplicidad de dimensiones que influyen en el objeto de estudio de la Terapia Ocupacional.

Al hacer una revisión histórica, se distinguen tres paradigmas y un preparadigma de la Terapia Ocupacional; este último, basado en los fundamentos teóricos de fines del siglo XIX de la Filosofía Pragmática, el Tratamiento Moral y el Movimiento de Artes y Oficios. Estas teorías dan origen a la naciente Terapia Ocupacional y conforman la base para la validación profesional. La ocupación es el eje central que fundamenta la intervención, siendo agente de promoción, tratamiento y restauración de la salud.

En este período, inicio del siglo XX, comienza a gestarse la Terapia Ocupacional como ciencia; consolidándose 1917 con la creación de National Society for the Promotion of Occupational Therapy en los Estados Unidos. Se destacaron figuras como Eleanor Clarke Slagle

(1871-1942), quien desarrolló la primera técnica de la profesión que dio fundamento, frente al mundo biomédico, al entrenamiento en hábitos. Susan Tracy (1878-1928) incluyó las prácticas en hospitales, llevando el tratamiento ocupacional a pacientes que lo necesitaban. Un aporte fundamental fue el de Adolf Meyer (1866-1950), quien escribió las bases filosóficas de la Terapia Ocupacional aplicando los tres fundamentos teóricos, desde una visión integral del ser humano.

Las concepciones holísticas y humanísticas que regían el pensamiento científico, con el auge del neopositivismo lógico y las transiciones de la segunda guerra mundial (1939-1945), cambian la manera de comprender la Terapia Ocupacional. Esto llevó a que la disciplina busque la validación en las ciencias biomédicas, quedando esta como una disciplina ligada a la medicina a través de campos de conocimiento específicos y reduccionistas. Marcó el nuevo paradigma mecanicista, en el que la Terapia Ocupacional fundamenta su intervención desde un enfoque centrado en la función para reducir la incapacidad. La ocupación es destituida por la función.

Para dar sustento a este paradigma y responder al objetivo del quehacer profesional, se desarrollaron diversas teorías. Margaret Rood (1909-1984) se destacó por incluir una perspectiva musculoesquelética y Jane Ayres (1920-1988), por sus enfoques neurobiológicos. Gail Fidler (1916-2005) argumentó que la resolución de los conflictos intrapsíquicos se relacionaba con el rol de los terapeutas ocupacionales.

La era posmoderna y posindustrial (década de los 70') exigió la búsqueda de nuevas concepciones para dar respuesta a las necesidades de la sociedad desde un paradigma interpretacionista. En esta época, se dio mayor énfasis a la ocupación como fenómeno individual. Se volvió a los fundamentos iniciales de la disciplina -la ocupación-, a partir de la teoría del comportamiento de Mary Reilly (1916-2011) y David Nelson, quienes diferenciaron la forma y el desempeño ocupacional.

Centrándose en la ocupación como eje, Kielhofner (1949-2010) y Burke propusieron el Modelo de la Ocupación Humana como ciencia aplicada de la Terapia Ocupacional. La Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional, siguiendo una misma línea, desarrolló el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional considerando a la ocupación desde diferentes perspectivas.

El último paradigma, que sigue vigente hasta la actualidad, concibe a la ocupación

humana como fenómeno social. Se busca ir al encuentro de las necesidades individuales y colectivas, poniendo el foco tanto en la persona y su ocupación como en la inclusión social, fortaleciendo su calidad de vida desde un encuadre positivo.

Se conoce como Paradigma Social de la Ocupación y posiciona a la Terapia Ocupacional desde nuevas teorías y prácticas, que proviene del Paradigma de la Complejidad, al cual se refiere Edgar Morin (1921), con la cosmovisión en la que todo se encuentra entrelazado como un tejido compuesto.

Asumir un rol desde lo social y comunitario conlleva estar inmerso en la realidad y tomar decisiones con respecto a políticas y derechos humanos, para así desarrollar intervenciones que consideren estos aspectos.

Haciendo hincapié en lo social de la ocupación, como así también en las perspectivas sociopolíticas, se considera fundamental las teorías de Ana Wilcock, llamada Naturaleza Ocupacional del ser humano que incluyó la política, el ecosistema y el medio ambiente, aspectos claves del desempeño humano.

Es importante también el Modelo Kawa, de Michael Iwama, que toma en cuenta las influencias culturales, que afectan el desempeño de la persona y su relación consigo misma.

A partir de diversas experiencias, algunos autores buscaron explicar esta nueva perspectiva política y social, como Frank Kronenberg, Simó Algado, Nick Pollard, Alejandro Guajardo, autores del libro “Terapias Ocupacionales desde el Sur”, entre otros. Todos estos autores buscaron potenciar la elaboración local, rompiendo con la imposición de otros países que no se adaptaban a las realidades locales.

Sobre la base de la teoría kuhniana, a lo largo de la historia, el paso a un nuevo paradigma no implica el desconocimiento del anterior o su eliminación, sino que emerge con una nueva originalidad en el paradigma siguiente. En otras palabras, las concepciones anteriores no están completamente vigentes, sino que se consideran de una manera distinta. Así también, los modelos conceptuales que guiaron guían y guiarán los procedimientos profesionales y la puesta en práctica no desaparecen, sino que se van complementando, permitiendo que el terapeuta ocupacional desarrolle una mirada más crítica.

La formación de los profesionales, al igual que los paradigmas, está influenciada por los distintos momentos sociopolítico-históricos. Por eso, los procedimientos profesionales de intervención de los terapeutas ocupacionales pueden estar marcados por distintas teorías o modelos, tales como:

- Modelo de la Ocupación Humana,
- Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional,
- Teoría de la Naturaleza ocupacional del ser humano y
- Modelo Kawa.

### Los procedimientos profesionales de intervención de los terapeutas ocupacionales

Un procedimiento es el método de ejecutar alguna cosa (Diccionario de la Lengua Española, 1984); la acción de proceder; el modo y orden de comportarse y gobernar las acciones. Los procedimientos de una profesión son las formas de actuación o patrones preferidos de práctica que emplean los representantes de esa profesión y a través de los cuales se les reconoce (American Speech- Language- Hearing Association, 1992).

Patricia Cieri y Silvia Sanz Victoria consideran a la Terapia Ocupacional como una de las disciplinas que posee las herramientas elementales para el desarrollo de procedimientos profesionales de intervención dentro de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. “En las últimas décadas ha habido obras y reflexiones (...) (como las de Terapias Ocupacionales de Sur, entre otras importantes), (...) sobre la influencia de la cuestión social en el desempeño de la práctica profesional, advirtiéndole a los terapeutas ocupacionales a reorganizar sus métodos de trabajo en el terreno de lo social (...)” y comunitario (Bianchi, Serrata Malfitano, 2017, p. 341).

Considerando que la Terapia Ocupacional está trazando formas de intervención que guían la profesión en este nuevo terreno y trayendo a colación el Paradigma Social de la Ocupación, se tomará la descripción de Alicia Trujillo Rojas sobre los procedimientos profesionales de Terapia Ocupacional como base y estructura, que permita desarrollar los medios, modalidades y métodos abordados en los programas de evaluación y tratamiento dentro de los CeSAC.

En primer lugar, se toma a los procedimientos de evaluación, que son las estrategias y métodos que le permiten al profesional determinar el estado pasado, presente y futuro del desempeño ocupacional de una persona (Trujillo, 2002, p. 608).

En segundo y último lugar, tomando como eje de análisis principal a los procedimientos de tratamiento/intervención, la autora los define como las acciones propias de Terapia Ocupacional, dirigidas a ejecutar y dar cumplimiento a las metas establecidas a partir de los resultados de evaluación. Las acciones se clasifican en tres dimensiones, de acuerdo con los indicadores que las componen: tipo de atención, medios y modalidades, y áreas y componentes ocupacionales (Trujillo, 2002, p. 610).

Dentro de los procedimientos profesionales descritos, nos enfocaremos en los procedimientos de intervención, tomando aquellas que sean pertinentes dentro de la estrategia de APS, que se dividen:

- Según el tipo de atención, en:
  - atención directa en institución,
  - atención directa en comunidad,
  - atención indirecta: a familia/cuidadores/maestros,
  - atención indirecta: plan terapéutico domiciliario/escolar/laboral,
  - educación/promoción y
  - asesorías.
  
- Según medios y modalidades empleadas, en:
  - actividades terapéuticas individuales,
  - actividades terapéuticas en grupo,
  - relación terapéutica,
  - adaptaciones/ cambios para accesibilidad de contexto físico/social.
  
- Según áreas y componentes ocupacionales
  - Entrenar/ orientar área de autocuidado.
  - Entrenar/ orientar área de trabajo/ estudio/actividades productivas.



- Entrenar/ orientar área de juego/ actividades tiempo libre.
- Entrenar/ orientar componentes sensorio motores del desempeño.
- Entrenar/ orientar componentes cognitivos del desempeño.
- Entrenar/ orientar utilización de componentes socio afectivos del desempeño.
- Resaltar componentes espirituales del desempeño.
- Diseñar/ asesorar entrenar uso de ortesis/ prótesis/ tecnología de rehabilitación.
- Orientar manejo/ adaptación de contexto accesibles: casa, trabajo, estudio, tiempo libre.

Esta es la base que se consideró, en un primer momento, esencial para poder elaborar una propuesta sobre los procedimientos de intervención de los terapeutas ocupacionales. Se buscó brindar la mayor especificidad y precisión del ejercicio profesional dentro de los CeSAC, en un primer nivel de atención de salud.

## **Metodología**

### **Tipo de diseño**

Este trabajo de investigación tuvo por objetivo identificar las características de los procedimientos de intervención de los terapeutas ocupacionales en Atención Primaria de la Salud en los dispositivos del sistema público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019 y 2020.

El diseño que guía el trabajo de investigación es cualitativo; como refiere Bottinelli, en este tipo de diseño, la teoría se genera en un continuo intercambio de la “(...) información empírica a la construcción teórica en un proceso cíclico, interactivo y abierto” (2003, p.57).

De esta manera, se tuvo en cuenta la subjetividad de las terapeutas ocupacionales entrevistadas desde una mirada de profesionales de salud insertos en la comunidad, para comprender el fenómeno desde la significación del propio actor social.

Entendiendo a los actores sociales y los procedimientos como fenómenos complejos, se debió tomar la totalidad de su contexto, con su experiencia, su historia, buscando la diversidad y diferencia para poder comprender la totalidad de la configuración desde una mirada holística.

El grado de conocimiento es de tipo descriptivo- exploratorio. Descriptivo, ya que se logró dar a conocer las características de las unidades de análisis; y exploratorio porque, al no tener información suficiente sobre el trabajo en APS por parte de los terapeutas ocupacionales, se buscó hacer una aproximación a fenómenos poco conocidos por la profesión en su ejercicio.

Se recolectaron y analizaron los datos cualitativos a partir de las entrevistas semiestructuradas en profundidad para reflejar el abordaje realizado, considerando las preguntas abiertas y anticipando un diseño flexible y modificable.

El primer contacto con las terapeutas ocupacionales que conformaron la muestra fue a través de WhatsApp y mail, con el fin de acordar día y lugar para llevar a cabo la entrevista.

Los datos se obtuvieron sin manipular la realidad, siendo un tipo de diseño observacional. Tratándose de un trabajo de campo, la información empírica se recolectó de manera directa y mediante el trabajo de las estudiantes.

El acceso a los datos se tomó en un momento puntual sin tener en cuenta la evolución de estos, es un diseño de tipo transversal. Fue como tomar una fotografía con el fin de describir y analizar las unidades de análisis en un contexto temporo-espacial determinado.

### Universo y muestra

El universo está conformado por todos los terapeutas ocupacionales que utilizan procedimientos profesionales de intervención en los dispositivos de Atención Primaria de la Salud del sistema público en CABA, en el año 2019 y 2020.

En cuanto al tamaño del universo no se sabe con exactitud por falta de información y de estadística pertinente por parte del Estado o de entidades no gubernamentales.

Sin embargo, en el sitio oficial del Gobierno de la Ciudad y a través de las redes sociales, se pesquisó que en los equipos de salud de los CeSAC se encuentran profesionales de Terapia Ocupacional. Por esto se enfocó en este tipo de dispositivos, permitiendo establecer una primera aproximación del universo, contando con seis terapeutas ocupacionales de planta hasta el año 2019.

Al tener una muestra reducida, con el fin de enriquecer los resultados de la investigación se incorporó al universo a los residentes que realizan rotación (5-6 meses) en los CeSAC. Al contactarse con la coordinadora de las residencias de Terapia Ocupacional, se estableció que un total de seis terapeutas ocupacionales realizan la rotación en estos dispositivos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Bottinelli describe como un tipo de criterio de muestra, el de bola de nieve o de cadena, el cual se entiende como una técnica en la cual un entrevistado te lleva a otro. En estos tipos de muestras “(...) priman las características de los sujetos (criterios sustantivos) sobre la cantidad de sujetos (criterios formales)” (2003, p. 88).

A partir de la consulta a terapeutas ocupacionales conocidas se identificaron participantes claves que, siguiendo el criterio de bola de nieve, aportaron información de personas pertinentes para integrar la muestra. Por otro lado, la coordinadora de las residencias de Terapia Ocupacional facilitó los medios para contactarse con las residentes.

El tipo de muestra es no probabilística ya que se realizó una selección de manera intencional considerando a los profesionales o residentes de Terapia Ocupacional insertos en los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Teniendo en cuenta que estos son dispositivos de salud pública que brindan servicios desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Se puede presumir la representatividad de la muestra con respecto al universo teniendo en cuenta que según el sitio oficial del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires hay 44 CeSAC en CABA hasta el año 2019. De los cuales, únicamente los CeSAC N°9, 15, 19, 24, 43 y 47 cuentan con servicios de Terapia Ocupacional. En el CeSAC N°15 hubo un nuevo cargo a causa de la jubilación de la anterior y no se encontraba dentro de los criterios de inclusión. En cuanto a las residentes que se encontraban próximas a finalizar eran seis de las cuales se logró contactar con dos de ellas.

#### Caracterización de la muestra:

La muestra fue integrada por cinco terapeutas ocupacionales de planta permanente y dos residentes de Terapia Ocupacional que utilizaron procedimientos profesionales de intervención en los Centros de Salud y Acción Comunitaria, considerándolos como dispositivos del sistema público en CABA entre diciembre de 2019 y marzo de 2020.

Con respecto a la formación académica, del total de la muestra cuatro hicieron su carrera universitaria en la Universidad de Buenos Aires y tres de ellas en la Universidad Nacional de San Martín. Todas realizaron la residencia de Terapia Ocupacional de la Ciudad de Buenos Aires en diferentes especialidades, dos en agudos, dos en salud mental adultos, dos en salud mental infanto-juvenil, y una sola en pediatría física.

Del total de las profesionales que trabajan en planta permanente, cuatro tienen entre 3 y 5 años de antigüedad en el dispositivo de salud público de APS, y una con mayor antigüedad entre 6 y 8 años.

#### Criterios de inclusión para la muestra:

- Tener título universitario y matrícula de terapeuta ocupacional o de Licenciado en Terapia Ocupacional.
- Profesional de Terapia Ocupacional que trabaja hace más de seis meses en un CeSAC en planta permanente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019- 2020.
- Residente de Terapia Ocupacional que se encuentre rotando hace más de tres meses en un CeSAC en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019- 2020.
- Residente de Terapia Ocupacional que hayan terminado las rotaciones hace menos de cuatro meses en un CeSAC en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019- 2020.

#### Criterios de exclusión para la muestra:

- Profesional de Terapia Ocupacional que trabaja en un CeSAC, y que por algún motivo se encuentre sin ejercer en ese momento; ya sea por carpeta médica, vacaciones, licencia por maternidad, entre otros.
- Residente de Terapia Ocupacional que trabaja en un CeSAC, y que por algún motivo se encuentre sin ejercer en ese momento; ya sea por carpeta médica, vacaciones, licencia por maternidad, entre otros.
- No haber recibido o firmado el consentimiento informado.
- Negarse a responder la entrevista.

#### Definiciones operacionales

Unidad de análisis 1: Cada uno de los residentes de Terapia Ocupacional que utilizan procedimientos profesionales de intervención en los dispositivos de salud del sistema público de CABA en el año 2019-2020.

### Variables suficientes

Variable 1: Universidad donde realizó la carrera de Terapia Ocupacional.

Lugar en donde realizó la carrera universitaria y recibió el título de grado de Terapeuta Ocupacional o Licenciado en Terapia Ocupacional.

R1: Universidad Nacional del San Martín.

R2: Universidad de Buenos Aires.

R3: Universidad Nacional de Lanús.

R4: Universidad del Salvador.

R5: Universidad Abierta Interamericana.

R6: Otra.

I: En la entrevista en profundidad se le preguntó a la residente: ¿En qué universidad realizó sus estudios de la carrera de Terapia Ocupacional?

Variable 2: Hospital de base donde realiza la residencia de Terapia Ocupacional.

Lugar donde realiza la residencia de Terapia Ocupacional, las cuales consisten en un sistema de formación de posgrado inmediato para profesionales del área de la salud, que se caracteriza por ofrecer oportunidades de práctica intensiva y supervisada en ámbitos asistenciales, y por la asignación de una renta mensual.

R1: Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

R2: Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

R3: Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear.

R4: Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca.

R5: Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia.

I: En la entrevista se le preguntó a la residente. ¿En qué Hospital se encuentra realizando las residencias de Terapia Ocupacional?

Variable 3: Especialización de la residencia.

Especialidad de la residencia según área de interés.

R1: Agudos adultos.

R2: Salud mental adultos.

R3: Salud mental niños y adolescentes.

R4: Rehabilitación psicofísica.

R5: Pediatría.

I: En la entrevista se le preguntó a la residente: ¿en qué especialidad?

Variable 4: Dispositivo de salud del sistema público donde realiza las rotaciones.

R1: CeSAC N°9.

R2: CeSAC N°19.

R3: CeSAC N°24.

R4: CeSAC N°43.

R5: CeSAC N°47.

R6: Otro.

I: En la entrevista se le preguntó a la residente: ¿En qué dispositivo de atención primaria de la salud se encuentra realizando o realizó la rotación?

Variable 5: Tiempo de rotación en el dispositivo del primer nivel de atención de la salud del sistema público.

Refiere al tiempo que se encuentra el residente realizando la rotación por el dispositivo del primer nivel de atención de la salud del sistema público.

R1: Tres meses.

R2: Cuatro meses.

R3: Cinco meses.

R4: Finalizadas.

I: Se obtuvo la información a partir de una pregunta en la entrevista semiestructurada ¿Hace cuánto tiempo estás realizando la rotación en el CeSAC?

Unidad de análisis 2: Cada uno de los terapeutas ocupacionales o Licenciados en Terapia Ocupacional que utilizan procedimientos profesionales de intervención en el dispositivo del primer nivel de salud del sistema público en CABA en el año 2019- 2020.

Variable 1: Universidad donde realizó la carrera de Terapia Ocupacional.

Lugar en donde realizó la carrera universitaria y recibió el título de grado de terapeuta ocupacional o Licenciado en Terapia Ocupacional.

R1: Universidad Nacional del San Martín.

R2: Universidad de Buenos Aires.

R3: Universidad Nacional de Lanús.

R4: Universidad del Salvador.

R5: Universidad Abierta Interamericana.

R6: Otra.

I: En la entrevista en profundidad se le preguntó a la profesional: ¿En qué universidad realizó sus estudios de la carrera de Terapia Ocupacional?

Variable 2: Lugar residencia de Terapia Ocupacional.

Lugar de realización de la residencia de Terapia Ocupacional, las cuales consisten en un sistema de formación de posgrado inmediato para profesionales del área de la salud, que se caracteriza por ofrecer oportunidades de práctica intensiva y supervisada en ámbitos asistenciales, y por la asignación de una renta mensual.

Subvariable 1: No

Subvariable 2: Si.

R1: Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

R2: Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

R3: Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear.

R4: Hospital de Rehabilitación Manuel Roca.

R5: Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia.

R6: Otro

I: En la entrevista se preguntó al profesional: ¿Realizaste la residencia de Terapia Ocupacional? ¿En qué Hospital?

Variable 3: Especialización de la residencia (es excluyente si su respuesta es: subvariable 1 en la variable 2).

R1: Agudos adultos.

R2: Salud mental adultos.

R3: Salud mental niños y adolescentes.

R4: Rehabilitación psicofísica.

R5: Pediatría.

I: En el caso en el que se respondió de manera afirmativa en la pregunta ¿realizaron residencias? se le preguntó: ¿en qué especialidad?

Variable 4: Dispositivo de salud del sistema público donde trabaja como terapeuta ocupacional.

R1: CeSAC N°9.

R2: CeSAC N°19.

R3: CeSAC N°24.

R4: CeSAC N°43.

R5: CeSAC N°47.

R6: Otro.

I: En la entrevista se le preguntó a la profesional: ¿En qué dispositivo de atención primaria de la salud del sistema público se encuentra trabajando?

Variable 5: Antigüedad en el dispositivo del primer nivel de atención de salud del sistema público de CABA.

Se refiere al tiempo que lleva trabajando en el dispositivo del primer nivel de atención de salud del sistema público.

R1: Desde 6 meses hasta los 2 años.

R2: Después de los 3 años hasta los 5 años.

R3: Después de los 6 años hasta los 8 años.

R4: Después de los 9 años o más.

I: Se obtuvo la información sobre la antigüedad en el dispositivo del primer nivel de atención de salud del sistema público a partir de la pregunta ¿Hace cuánto tiempo te encontrás trabajando en el dispositivo de atención primaria de salud?

Unidad de análisis 3: Cada uno de los procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en los dispositivos de Atención Primaria de la Salud en CABA en el año 2019-2020.

### Ejes de análisis necesarios

Eje de análisis 1: Tipo de atención.

Procedimiento profesional de intervención caracterizado según el tipo de atención que se brinda a la población.

Categorías: “Atención directa en institución”, “atención directa en comunidad”, “atención indirecta: a familia/ cuidadores/ maestros”, “atención indirecta: plan terapéutico domiciliario/ escolar/ laboral”, “educación/promoción”, “asesorías”, “otro”.

I: A partir de la entrevista semiestructurada en profundidad se determinó con preguntas abiertas, teniendo como guía las siguientes: ¿Cómo es un día cotidiano en tu trabajo en el CeSAC? ¿en qué consiste? ¿Haces todos los días lo mismo o varía? ¿Trabaja en consultorio o interviene directamente en la comunidad? ¿Realizas algún tipo de atención domiciliaria en el ámbito laboral o escolar de la persona? ¿Realizas asesoría o gestión?

Eje de análisis 2: Medios y modalidades utilizados.

Procedimiento profesional de intervención según los medios y las modalidades que se utilizan con la persona y la comunidad.

Categorías: “Actividades terapéuticas individuales”, “actividades terapéuticas en grupo”, “relaciones terapéuticas” “adaptaciones/ cambios para accesibilidad de contexto físico o social”, “otro”.

I: Se determinó a partir de preguntas abiertas en la entrevista semiestructurada en profundidad teniendo como guía las siguientes preguntas: ¿Qué tipo de abordaje realiza? ¿Qué actividades caracteriza la intervención? ¿cómo las desarrolla? ¿estas son individuales o grupales?

Eje de análisis 3: Áreas y componentes ocupacionales.

Definición operacional: Procedimiento profesional de intervención según las áreas y los componentes utilizados con la persona/población.

Categorías: “Entrenar/ orientar área de autocuidado”, “entrenar/ orientar área de trabajo/ estudio/actividades productivas”, “entrenar/ orientar área de juego/ actividades tiempo libre”, “entrenar/ orientar componentes sensorio motores del desempeño”, “entrenar/ orientar componentes cognitivos del desempeño”, “entrenar/ orientar utilización de componentes socio afectivos del desempeño”, “resaltar componentes espirituales del desempeño”, “diseñar/ asesorar entrenar uso de ortesis/ prótesis/



tecnología de rehabilitación”, “orientar manejo/ adaptación de contexto accesibles: casa, trabajo, estudio, tiempo libre”, “otras”.

I: Se realizaron las siguientes preguntas abiertas en la entrevista semiestructurada en profundidad: ¿Se enfoca en algún área ocupacional en la intervención? ¿En cuál?

Eje de análisis 4: Factores del entorno y problemáticas de la población.

Se refiere a los factores del entorno y problemáticas de la población donde están insertos los dispositivos de atención primaria de la salud.

Categorías: “Entorno peligroso (empleos peligrosos, violencia, contaminación, etc.)”, “necesidades básicas y falta de amenidades (comer, arroparse, cobijarse, hacinamiento, etc.)”, “el trabajo estresante, no participativo y despersonalizado”, “aislamiento y alienación”, “el entorno y otros elementos (biología humana, estilos de vida, acceso a la salud)”, “otro”.

I: Se realizaron las siguientes preguntas abiertas en la entrevista semiestructurada, ¿Cómo es el entorno en el que se encuentra inserto el CeSAC? ¿Cuáles son las principales problemáticas?

Eje de análisis 5: Modelos conceptuales y referentes.

Se refiere al sustento teórico que justifica y guía el procedimiento profesional de intervención.

Categorías: “Modelo de la Ocupación Humana”, “Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional”, “Teoría de la Naturaleza ocupacional del ser humano”, “Modelo Kawa”, “autores referentes propios de Terapia Ocupacional”, “autores referentes de otras disciplinas”, “otro”.

I: En la entrevista semiestructurada, con el fin de obtener datos que ayuden a determinar los modelos conceptuales o autores referentes utilizados por las terapistas ocupacionales entrevistadas, se realizaron las siguientes preguntas: ¿Cuál es tu concepción de ser humano en relación con la ocupación? ¿Y en relación con la salud y enfermedad? ¿Tu práctica se basa en algún modelo conceptual, es decir que guía los procedimientos

profesionales de intervención? Desarrollar. ¿Tenés algún/os autor/es referentes de los cuales basas tu razonamiento clínico?

#### Eje de análisis 6: Tipo de redes.

Hace referencia a la relación entre diferentes áreas por dentro o por fuera del dispositivo del primer nivel de atención de la salud del sistema público con el fin de potenciar recursos para llegar a un mejor resultado en la atención de la salud.

Categorías: “Red comunitaria”, “red institucional”, “red de establecimientos y servicios”, “redes intersectoriales”, “red de servicios de salud”.

! En la entrevista semiestructurada en profundidad, se realizaron preguntas abiertas con el fin de que el profesional aborde la temática desde su experiencia: ¿Trabaja con otros profesionales? ¿Con cuáles? ¿Realizan actividades programadas o tienen objetivos comunes de intervención? ¿Realizan reuniones de equipo? ¿Quiénes participan? ¿Cuáles son los objetivos de esta? ¿Con qué frecuencia se realizan? ¿Cómo describirías la relación de la comunidad para con vos y el dispositivo de atención primaria de la salud? ¿Te vinculas con otros sectores públicos o instituciones/ organizaciones? ¿En qué consisten las mismas?

#### Fuentes de datos e instrumentos

El trabajo de investigación se realizó por medio de fuentes primarias de datos, ya que estos fueron generados por el equipo investigador (Samaja, 2002, p. 262). Al tratarse de un diseño cualitativo los datos fueron obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad dirigidas directamente a las terapistas ocupacionales que utilizan procedimientos de intervención en Atención Primaria de la Salud en los dispositivos del sistema público y a las residentes de Terapia Ocupacional que habían realizado las rotaciones en dichos dispositivos.

En este tipo de entrevistas, el papel principal lo tiene el discurso del entrevistado, siendo el entrevistador el que guía para la fluidez y profundidad de la información brindada.

Las entrevistas efectuadas se guiaron con un listado de preguntas abiertas, característica fundamental de puntos a tratar sin un orden predeterminado (Rubio y Varas, 2004).

Tomando los criterios propuestos por Samaja, consideramos que a través del contacto personal con cada una de las terapistas ocupacionales se pudo reflejar fielmente cada eje de análisis con la realidad.

Al tratarse de una entrevista en profundidad, las terapistas ocupacionales tuvieron la oportunidad de ahondar en múltiples aspectos de la realidad, desde su perspectiva, con respecto a los procedimientos profesionales de intervención, lo que brindó una mayor riqueza a la investigación. Bottinelli refiere que una “perspectiva etic” implica una proximidad a los datos y una mirada desde adentro, permitiendo comprender lo que significa desde el lugar del propio actor social (2003, p. 82).

En cuanto a la información que proporcionaron las terapistas ocupacionales, en un primer momento hubo dificultad para realizar las entrevistas por licencias de trabajo, falta de disponibilidad, y la situación que se estaba viviendo en relación con la modificación de la ley de residencias. Esto llevó a postergar las mismas hasta principios del año 2020.

Se logró realizar las entrevistas al total de la muestra de las terapistas ocupacionales (residentes y de planta permanente), de las cuales a cinco se les realizó personalmente en el momento y lugar acordado por ellas. Las dos restantes, por situaciones particulares, brindaron la información pertinente a través de mail y audios.

Las fuentes de datos posibilitaron la accesibilidad de información relevante para cumplir todos los objetivos propuestos y dar respuesta a la pregunta de investigación.

El diálogo estuvo enmarcado por las entrevistadoras que guiaba para que no se perdiese el hilo, pero incentivando a que los profesionales expresen libremente sus puntos de vista y sus procedimientos profesionales desde su realidad y contexto. Esto fue posible por tácticas semidirectivas al momento de pensar las entrevistas.

La duración de estas fue entre 45 y 80 minutos, en donde las profesionales dedicaron su tiempo a contestar los interrogantes, dando lugar a reflexiones sobre

temáticas planteadas. El encuentro con cada terapeuta ocupacional fue grabado, con previo consentimiento, para tener una copia fiel de la información proporcionada. Por otra parte, se explicó con mayor profundidad sobre el trabajo y la finalidad de este.

### **Análisis de datos**

Para el procesamiento de los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad se creó una carpeta en Google Drive con el nombre de “TESIS”. Dentro de la carpeta se encuentran las carpetas “Entrevistas” y “Sistematización de datos”.

En los que respecta a las “Entrevistas” se crearon cinco carpetas con el número relacionado a cada dispositivo de salud público de Atención Primaria de la Salud de CABA correspondiente a cada una de las terapeutas ocupacionales de planta y residentes entrevistadas. Dentro de las mismas se presentaron las grabaciones y los archivos de las entrevistas, y las desgrabaciones de las mismas en un Documento de Google.

Las entrevistas fueron desgrabadas y transcritas a través del programa online “Otranscribe”, de esta manera se tuvo en cuenta la credibilidad, se respetaron los sentidos y significados de las experiencias, el lenguaje y copiando textualmente las respuestas de las profesionales (Bottinelli, 2003).

En “Sistematización de datos” se crearon dos carpetas llamadas “Variables suficientes” y “Ejes de análisis necesarios”. Los datos cuantitativos de las unidades de análisis 1 y 2 correspondientes a las variables suficientes, se clasificaron en dos Documentos de Google “TO de planta” y “Residentes”. Estos datos fueron plasmados en una tabla utilizando el programa informático inespecífico “Microsoft Office Excel 2016”.

Los datos cuantitativos favorecieron a la caracterización de la muestra, que ayudó a realizar un análisis en profundidad y permitió vislumbrar factores importantes que influyen en los procedimientos profesionales (Anexo H).

En “Ejes de análisis necesarios” se organizó el corpus en seis Documentos de Google que responden a los ejes de la Unidad de Análisis 3. Se sistematizaron los datos cualitativos

recabados en las categorías de cada uno de los ejes de análisis en base a las respuestas obtenidas de las personas entrevistadas. Esta sistematización se realizó a partir de una reducción que permitió reconocer dentro de cada entrevista procesada los datos relevantes.

Se incorporó un Documento de Google a la carpeta “Ejes de análisis necesarios”, sobre temáticas que permitieron un análisis más completo de los procedimientos profesionales. Esto llevó a una lectura comprensiva y global acerca de cada eje de análisis para poder diferenciar individualidades y generalidades, obteniendo una visión del conjunto y aprehender las particularidades de estos. De esta manera se logró enfatizar cada categoría según el tema relatado en la entrevista y la subjetividad de las terapistas ocupacionales.

Mediante un análisis de contenido, para lograr los objetivos propuestos, se fueron analizando en un primer momento a través de las entrevistas en profundidad los datos de los relatos de las terapistas ocupacionales sobre sus procedimientos profesionales de intervención.

Bottinelli refiere que es “una característica de los métodos cualitativos, que la recolección y el análisis se hacen al mismo tiempo” (2003, p. 118). De la misma manera Romeu Gomes manifiesta que “no hay fronteras nítidas entre la recolección de información, el inicio de proceso de análisis y la interpretación” (2012, p.87). Por ejemplo, se tomó la primera entrevista y ya se empezó analizar, esto modificó la estructura de las próximas entrevistas con el fin de recolectar mejor la información. Es por ello que se consideran flexibles a los métodos cualitativos.

Glasser y Strauss, citados en el libro de Bottinelli refieren que este tipo de trabajo cuenta con poca estructuración y se va transformando, porque “la investigación inspirada en generar teoría requiere la conjunta recolección teórica, codificación y análisis de datos para posibilitar que el investigador esté atento a la emergente de categorías” (2003, p. 118). En el proceso de análisis se modificó la matriz de datos, incorporando como eje de análisis “Factores del entorno y problemáticas de la población” ya que determinan los



procedimientos de intervención en APS; y por otro lado “conceptualizaciones” que enriquecen y completan el relato.

## Resultados

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo general *“Identificar y describir los procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en APS en los dispositivos de salud del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019 y 2020”*. Para organizar el análisis y la presentación de resultados se tuvo en cuenta el cumplimiento de los objetivos específicos por medio de los resultados de las entrevistas realizadas a las siete terapeutas ocupacionales.

En relación con el primer objetivo *“Indagar y describir los tipos de atención utilizados en los procedimientos profesionales de intervención por los terapeutas ocupacionales”*, se había planteado como supuesto de investigación que los terapeutas ocupacionales realizan una atención directa dentro del dispositivo de salud a través de programas dirigidos a niños, madres, y adultos mayores; y en la comunidad mediante salidas territoriales. Además, que realiza atenciones indirectas con la familia y la escuela ante factores de riesgo que no favorezcan el desarrollo ocupacional de la persona. Por otro lado, que facilitan y acompañan mediante asesorías a las personas de la comunidad frente a alguna problemática puntual.

Analizando cada aspecto del supuesto de investigación y teniendo como guía las categorías dentro del eje de análisis *“Tipo de atención”*, se logró profundizar en los mismos. Alicia Trujillo Rojas define que en los procedimientos profesionales de intervención una de las dimensiones para ejecutar y dar cumplimiento a las necesidades de la población son los tipos de atención (2002, p.610).

En la entrevista, ante la pregunta *¿cómo es un día cotidiano en el CeSAC?* Las entrevistadas hicieron alusión a la diversidad de actividades que realizan habitualmente en la semana. Una terapeuta ocupacional refirió;

*“Está repartido, en realidad el objetivo del dispositivo son actividades preventivo-promocionales, es decir se tiene en cuenta la promoción y la prevención. Entonces yo trabajo lunes, martes y viernes; y me distribuyo como para hacer actividades grupales y atender en consultorio”*.

El “atender en consultorio” se encuentra categorizado según la clasificación propuesta por Trujillo Rojas dentro de “Atención directa en institución”, en la cual la mayoría de las terapistas ocupacionales refirieron que por lo menos una vez por semana realizan atención en consultorio exclusivo de Terapia Ocupacional. Entendiendo que dentro de esta categorización no sólo se incluye atención individual, sino que también grupal o puede incluir a familiares o cuidadores. Un ejemplo representativo es el siguiente:

“Después en la mañana del miércoles hacemos también atención de consultorio individual de Terapia Ocupacional. Que eso es más atención uno a uno (...) y estábamos haciendo un dispositivo grupal de los cuatro niños que vemos. Están participando los cuatro juntos por que tienen posibilidades de agruparse y trabajar en conjunto y están surgiendo otras cosas. Junto también con padres, madres, abuelos, abuelas, quienes puedan sumarse”.

Todas las terapistas ocupacionales coincidieron que es difícil no trabajar de manera interdisciplinaria, una de ellas plantea que al ser tan compleja la problemática social que abordan no se la puede tratar desde una sola disciplina. Por esto, dentro de atención directa en institución reciben consultas con otras disciplinas principalmente para niños con o sin discapacidad, dificultades en el desarrollo y adultos con patologías relacionadas a la salud mental.

Un ejemplo de atención directa en institución de forma interdisciplinaria es la práctica de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), una de las terapistas manifestó que el dispositivo donde se encuentra trabajando es reconocido por esta práctica. Refiere que recibe constantemente a mujeres, no solo de su entorno más próximo sino de diversos lugares. Es una de las problemáticas principales que debe abordar junto con el equipo de salud dentro del dispositivo. Si bien hay momentos de la semana dedicados a consultas programadas de esta índole para las evaluaciones junto con otros profesionales; se dice que están “de guardia” ya que en todo momento se da prioridad para una interconsulta y programar un turno.

El trabajo interdisciplinario, además de la atención en consultorio, se presenta en salas de espera, y en otros dispositivos como juegotecas en los que se trata de un juego más

libre, en talleres, en grupos de adultos, de adolescentes o específico de mujeres con formato de arte textil. Algunos ejemplos que brindaron las profesionales entrevistadas en relación con la puesta en práctica del trabajo interdisciplinario son:

“Quizás a la mañana un lunes, por ejemplo, atiendo un paciente junto con la pediatra, que tenemos como un equipo de evaluación integral del desarrollo en niños, así que atendemos un paciente (...)”.

“La TO realiza atención individual a niños con patologías de salud mental o dificultades en el desarrollo, con tratamientos de aproximadamente 1 año hasta que se logra la derivación a otro dispositivo o el alta. Algunas de las sesiones son en co-terapia con psicología o psiquiatría”.

En cuanto a la categoría “Atención directa en comunidad”, previo a mencionar los resultados, cabe destacar como propone De Sousa Campos, que cada servicio de salud sería reprogramado a través de la composición de Equipos de Referencia y apoyo matriciales, formados según sea su objetivo, las características de cada local y la disponibilidad de recursos. De cualquier forma “estos equipos obedecerían a una composición multiprofesional, variable, conforme a la circunstancia de estar trabajando en atención primaria (...)” (1998, p.3).

Todas las terapistas ocupacionales mencionaron como parte de sus procedimientos de intervención el trabajo en equipos territoriales, es decir una organización por equipos de áreas y equipos matriciales. Los mismos permiten una atención en comunidad más eficiente, y que los grupos familiares tenga su referente de salud. En muchos de los casos, es el ministerio el que determina en un mapa las zonas con sus manzanas correspondientes, a través del cual el equipo de salud del CeSAC se organiza y se divide en los equipos territoriales. Puede haber casos donde las zonas no están previamente delimitadas, permitiendo al grupo de salud autogestionarse y organizar las manzanas considerando la complejidad de la misma y disponibilidad del personal de salud.

Al analizar el trabajo que realizan los equipos territoriales, se consideraron dos dimensiones en este tipo de atención “Atención directa en comunidad” y “Educación y

promoción”. “Atención directa en comunidad” consiste principalmente en atenciones domiciliarias en las cuales se hace un seguimiento de las familias a cargo de cada equipo. Por otra parte, se efectúa una atención domiciliaria para aquellas personas que no puedan salir de su hogar, tengan algún impedimento para ir al CeSAC, o para revisar situaciones particulares.

Las salidas a la comunidad se realizan con un objetivo planteado previamente, ya sea un programa, prevención de dengue o un seguimiento particular de algún paciente, pero a veces se presentan situaciones imprevistas de salud emergentes. En relación con esto, una de las terapistas mencionó:

“Y ahí sí, es depende el objetivo de cada viernes y de cada una de las personas que vamos a ver, hay veces que hacemos una revisión puntualmente a ver cómo está la escara de fulano, o a veces que es una charla más desde entrevista de ver cómo está cada persona.”

Otra cara de la atención comunitaria es el rol de la terapeuta ocupacional dentro de la categoría “Atención indirecta”. Por un lado, a familiares, cuidadores y maestros; algunas de las entrevistadas mencionaron el trabajo con los padres, abuelos o cuidadores abordando el vínculo, brindando pautas acordes al desarrollo del niño. En una esfera más amplia, en cuanto a la atención indirecta domiciliaria, escolar y laboral se interviene utilizando redes. Se articula con establecimientos e instituciones de diferentes sectores educativos como escuelas o de salud como dispositivos de rehabilitación con el fin de brindar una atención integral permitiendo el acceso y rompiendo con barreras.

Una de las entrevistadas manifestó que, para la atención integral de un chico con discapacidad para mejorar su desempeño social y escolar, tuvo que realizar articulaciones. Por un lado, con el transporte y la escuela para la flexibilización de horarios, con el hospital para la regulación de la medicación, pero así también teniendo que realizar una atención domiciliaria para hacer modificaciones y adaptaciones del entorno de ser necesarias.

“Y hay un montón de cosas que quedan por fuera, hay un montón de cuestiones que son institucionales. No se hay un pibe que la semana pasada, espero haya sucedido, que la semana pasada le iban a entregar la silla postural, hace tres meses que la había



pedido, y vos decís, ¡dale! Y vive en un tercer piso, ahí es cuando te pones a pensar, vive en un tercer piso que se prendió fuego, que no tiene acceso, que no está yendo a la escuela por que la camioneta lo pasa a buscar dos horas y media antes, y la medicación le afecta en eso, entonces de qué forma se puede hacer un informe, hablar con la escuela, cambiarle la medicación, que desde el equipo del hospital también... para que el pibe pueda seguir circulando un poquito al menos”.

Una entrevistada menciona a Mariel Pellegrini, terapeuta ocupacional argentina, la cual hace una división del trabajo en salud comunitaria y el trabajo clínico en comunidad. Refiere la entrevistada que “el trabajo en salud comunitaria sería lo que nosotros llamamos como usar la ocupación como agente promotor de salud (...)”.

En la categoría “Educación y promoción” las terapeutas ocupacionales mencionan que junto a su equipo territorial realizan múltiples y diversas actividades. Organizan talleres en establecimientos como escuelas, instituciones u organizaciones. Ya sean de educación sexual, de métodos anticonceptivos, de violencia, de consumo, de crianza, de control de esfínteres, entre otros.

Para adultos mayores se organizan talleres de gimnasia postural, nutrición, prevención de caídas. Para mujeres se encuentran a disposición los talleres de tejido y el Círculo de Mujeres con la lógica de encuentros para compartir conocimientos, experiencias y acompañarse en las diferentes situaciones que viven. Para niños las entrevistadas manifestaron que la mayoría realizaban talleres de promoción de lectura, en los cuales se buscaba involucrar a los adultos, la juegoteca como un espacio para incrementar el vínculo afectivo y pesquisar cuestiones que no salen en consultorio.

Asimismo, en esta categoría hay otras actividades que se realizan en la comunidad, que no dependen totalmente de la necesidad de la población, sino que son programas estipulados por el Ministerio de Salud de forma obligatoria como ser campañas del dengue, chequeo del PAP, campañas de anticonceptivos, y talleres de educación sexual.

Algunas de las intervenciones categorizadas en “Educación y promoción” se ven representadas en los siguientes ejemplos:



“Hacemos talleres en institución sobre temas que relacionados a la crianza, control de esfínteres, límites, juegos, como temas así generales”.

“Pero después ponele se hacen postas de salud y postas de veterinaria, que en las postas de salud se hace el control de salud integral de las personas, peso, talla, bla, vacunas. Y ahí se puede ver si falta una vacuna, si algo se recomienda que vaya al CeSAC por tal turno”.

“(…) después se han hecho por ejemplo jornadas de PAP, de un día el año pasado que fue jornada de PAP y venían todas a hacerse PAPs sin turno y que se yo y circuló la información por el barrio (…)

Una actividad de esta categoría, mencionada anteriormente, no solo busca en la lectura algo promocional para los niños y trabajar el vínculo afectivo, sino que va más allá. Toma un sentido más amplio buscando recuperar las narraciones orales de los adultos, los cultural e intergeneracional, resignificando el valor de la palabra. Ejemplo de este abordaje es:

“Si trato siempre de que, si bien la propuesta como más central se enfoca en niños, como tratar de que los adultos que están tengan la posibilidad de leer un libro de poemas, una novela corta, a veces empezamos con susurros o con cuestiones que nos acerque más a lo que están sentados para pensar en rimas, refranes. La idea de ese espacio era por un lado la promoción de lectura, pero también tenía que ver con poder recuperar algo de las narraciones orales y de la cultura que por ahí es más hogareña y que no estaba entrando tanto al CeSAC, como no se contar una leyenda, sumar algún canto, sumar anécdotas de carnaval, refranes que conozcan, la idea era un poco eso”.

La última categoría en relación con el “Tipo de Atención” es la “Asesoría”, una de las incumbencias de Terapia Ocupacional mencionadas en la Ley N°27051/2014 que consiste en *“Asesorar a personas con necesidades especiales, a su familia e instituciones en lo referente a la autonomía personal y social a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida”*. En los dispositivos de atención primaria de la salud, al tener problemáticas sociales de toda índole, los profesionales se deben formar continuamente con el fin de

tratar y brindar asesoría competente con la necesidad de la población. Ya que hay situaciones en la cotidianidad que interpelan al quehacer profesional, como, por ejemplo:

“Entonces, a mí me ha pasado en momentos que viene una mamá y te dice "Mira". Me pasó una vez, con una mamá que me dijo "Cuando le cambio el pañal a mi nena le veo la cola roja y no se si no está teniendo situaciones de abuso". Como "¡Que hago!" dije yo, con quien hablo. Cómo son situaciones que todo el tiempo te interpelan y te hacen como si o si trabajar en equipo y trabajar interdisciplinariamente porque inmediatamente ahí fui a buscar una médica, a una psicóloga, a una trabajadora social (...)"

Algunos de los temas que mencionaron en relación con los procedimientos de asesoría fueron consejería salud sexual (métodos anticonceptivos), violencia (consejo de menores, dispositivo con profesionales de trabajo social y psicología), discapacidad (CUD-pensiones) y derechos en relacionado a la accesibilidad a la educación, a la justicia, a una vivienda digna (derechos vulnerados).

En los relatos se mencionó la necesidad de formarse ante situaciones o temáticas que atraviesan a las personas y a la comunidad, y en muchos casos excede al rol del profesional. En muchos casos, estas temáticas no se abordaron en profundidad en la formación de grado o se requiere de otras herramientas ajenas a la profesión, necesitando una formación especializada o complementaria.

“Después con las trabajadoras sociales y la psicóloga estamos armando un dispositivo más de específico de violencia, como formándonos un poco más en esa área, en acompañar esa situación que van saliendo todo el tiempo (...) queríamos laburar con personas transgénero y armamos la capacitación el año pasado”.

Si bien las terapistas ocupacionales en APS, tienen que ser conocedoras y abordar sobre temáticas sociales, no significa que debe apartarse de la discapacidad, término que en muchos casos es el motor de la disciplina. La mayoría de los dispositivos de salud pública en APS, según las entrevistas realizadas, son el primer contacto que tienen las personas con discapacidad para acceder un tratamiento adecuado a partir de la asesoría de los profesionales de salud. Algunos CeSAC cuentan con un espacio y programas específico de

discapacidad en los cuales participan las terapeutas ocupacionales.

“Los martes es como todo el día del programa de discapacidad, está la juegoteca, después se hace entrevista de admisiones a los niños y niñas que llegan con alguna dificultad. Entonces en un principio se los orienta a todo lo que es sacar Certificado de Discapacidad, o acceder al monotributo social para después conseguir terapias, darle o conseguirle un circuito de terapias en el mientras tanto hasta que puedan como conseguir un lugar de rehabilitación específicamente”.

Pino, Ceballos y Sepúlveda, en su artículo *Terapia Ocupacional Comunitaria Crítica* afirman que “el ser esencialmente es comunitario y ocupacional” no se puede separar a la persona de lo que es y lo constituye, es decir atomizarla. La Terapia Ocupacional se interesa por las dimensiones que atraviesan a la persona y a la población, que influyen en su desarrollo ocupacional, obviar sería una ofensa en su quehacer profesional (2015, p. 5).

Siguiendo esta línea de pensamiento desde una perspectiva situada en la cultura, entendiendo los contextos, los tiempos y la comunidad en los dispositivos, el equipo de salud organiza actividades por fuera de su área de competencia, considerando la labor común en otros niveles de salud. Trabajando en conjunto con otras organizaciones o mediante asambleas con los vecinos, entre otros; como se ilustra en el siguiente ejemplo:

“(…) Después hay reuniones de la red Soldati, redes de distintas orgas, por cosas particulares, no se ponele ahora estamos haciendo mucha movida por el 8M, después por el día de la niñez también. Como hay algunas movidas fuertes en las que se contacta mucha gente, pero en general se mueve bastante por situaciones del barrio, nada (...)”.

Continuando con lo mencionado sobre la clasificación de Trujillo de los procedimientos profesionales de intervención, se categorizó la información obtenida según los “Medios y modalidades” que utilizan las terapeutas ocupacionales en los dispositivos de salud de APS.

Para presentar la información obtenida en las siete entrevistas, se ordenó la misma en un cuadro de doble entrada teniendo en cuenta los ejes de análisis “Tipo de Atención” y “Medios y modalidades”. La finalidad de este es vincular los conceptos para visualizar

sinécticamente los medios y modalidades que se utilizan en la práctica de Atención Primaria de la Salud.

<b>Medios y modalidades según Tipo de atención</b>			
Medios y modalidades	Actividades terapéuticas Individuales	Actividades terapéuticas Grupales	Adaptación de contexto físico y social
Tipo de atención			
Atención directa en institución	En consultorio, ILE.	En sala de espera, juegoteca, adultos mayores.	
Atención directa en comunidad	Atención domiciliaria.	Taller de arte textil, Círculo de mujeres.	Atención domiciliaria.
Atención indirecta a familiares, cuidadores, maestros	En consultorio con familiares. Reuniones, entrevistas individuales.		
Atención indirecta domiciliaria, escolar, laboral.		Reuniones con gabinete escolar.	
Educación/promoción		Rincón de lectura, taller de salud sexual, postas de salud, campañas.	
Asesoría	Consejería de salud sexual, ILE, violencia, discapacidad.	Taller de violencia, transgénero.	
Otros	Gestión de turnos.	Días festivos.	

Fuente: entrevistas de las terapeutas ocupacionales que utilizan procedimientos profesionales de intervención en los Centros de Acción y Salud Comunitaria en CABA, en el año 2019-2020.

En la categoría “Actividades terapéuticas individuales”, como se puede observar en el cuadro, principalmente se realizan en consultorio o atención domiciliaria, siendo una atención directa ya sea en institución como en comunidad. A la vez, dentro de esta categoría se incluyen las correspondientes con atención indirecta, ya sea a familiares o maestros. Algunas entrevistadas refirieron trabajar principalmente con maestros o con el gabinete escolar realizando reuniones para tratar temáticas referidas a algún caso en particular

(proveniente del CeSAC) o sobre una niño/a, para brindar herramientas frente a dificultades y mejorar su rendimiento en el área escolar.

Dentro de la atención indirecta, varias de las terapistas ocupacionales nombraron la importancia de trabajar a través de visitas domiciliarias con los familiares brindando estrategias y adaptaciones para facilitar el desempeño ocupacional del familiar. Mediante los relatos se puede vislumbrar que estas intervenciones tienen el fin de lograr un equilibrio ocupacional para el conjunto familiar, considerando los recursos tanto humanos como materiales. Además, por medio de estas intervenciones se busca ser un nexo para que los tratamientos efectuados en otros dispositivos, tanto de segundo como tercer nivel de salud, puedan ser eficaces y puestos en práctica en el ambiente cotidiano de la persona. Un ejemplo de esta modalidad puede observarse en esta cita:

“Yo y una trabajadora social estamos siguiendo a una chica que tiene, a una familia, que ella tiene un traumatismo de cráneo muy severo, ella está haciendo tratamiento en el IREP y yo organicé una visita domiciliaria a la casa, como para en conjunto con las TO del IREP intentar articular”.

Las intervenciones a través de consejería o consultas relacionadas a salud sexual, a violencia o discapacidad se categorizan en Actividades terapéuticas tanto individuales como grupales, estas aparecieron como las temáticas principales repetidas en los relatos. Todas las terapistas ocupacionales reciben personas de la comunidad con alguna temática específica a abordar. Al momento de la intervención tienen presente que esa persona se encuentra atravesada por múltiples factores que la condicionan y conforman su cotidianidad;

“El análisis de la cotidianidad con quien vas a dejar a los chicos, que vas a decir en el trabajo, a donde vas a ir a vivir en el caso que él vuelva a tu casa. Un montón de cuestiones que hacen a la cotidianidad de la persona y que, bueno como interviene una TO en una situación de violencia, pensando en la cotidianidad de esa persona”.

Siguiendo el eje de análisis Medios y modalidades, se encuentra la categoría de Actividades terapéuticas grupales. En la cual, según los relatos refirieron realizar taller en

institución o comunidad con grupos de adultos, mujeres, adolescentes o niños (taller de lectura, taller de adultos mayores, círculo de mujeres, entre otros) o bien dentro de establecimientos como escuelas, u organizaciones barriales (taller de educación sexual, consumo, etc.). En una de las entrevistas se mencionó:

“(…) Los lunes a la tarde estoy con la residencia interdisciplinaria de educación para la salud, que es la RIEPS, que ellos trabajan los lunes a la tarde con un proyecto de promoción de lecturas con una biblioteca que funciona en uno de los comedores, en el comedor de Las Gemelas (...). El grupo Alegría que es de adultos mayores y yo era como no sé si puedo trabajar con adultos mayores (...) Pero bueno, es un equipo también recontra variado que es con adultos mayores, con actividades de prevención y promoción de la salud en relación con la vejez. Se organizan salidas, cuestiones en el barrio, ahora están yendo a la pile de uno de los clubes, como hay un montón de movidas”.

Una actividad terapéutica grupal mencionada con frecuencia por la mayoría de las terapistas ocupacionales, y que no fue esperado como un resultado posible siendo llamativo es sobre las campañas de prevención ante situaciones de emergencia sanitaria de vacunación, en relación con el dengue, o a brotes de sarampión;

“(…) Llevamos tules, off, folletos. La idea es informar a las familias que no saben o no tienen acceso a información, y si hay un nene muy chiquito que no tiene tul le repartimos, siempre y cuando haya porque no suele haber como muchos recursos”.

Teniendo en cuenta la investigación previa para el marco teórico y lo planteado en los relatos, se interpretó que para todo tipo de atención en estos dispositivos se requiere de una relación terapéutica más allá de los medios y modalidades aplicados y de la actividad planteada para implementar los procedimientos profesionales de intervención.

La tercera dimensión de la clasificación de Trujillo de los procedimientos profesionales de intervención son las “Áreas y componentes ocupacionales”. En los relatos, se pesquisó que no se aborda de forma directa, sino que, desde la perspectiva del profesional, inmerso en un paradigma ocupacional, todas sus intervenciones se ven atravesadas por las áreas ocupacionales.

En relación con el tipo de actividades propuestas en los procedimientos profesionales de intervención, se abordan indirectamente las áreas ocupacionales mediante diversas temáticas. Una terapeuta ocupacional menciona “(...) junto con la pediatra, que tenemos como un equipo de evaluación integral del desarrollo en niños, (...). Después estoy en un grupo de crianza, de orientación a padres, acompañamiento. Un día proponemos una actividad más en cuanto a lo motor, otro día más sensorial, otro día más de motricidad fina”.

Por otra parte, dos de ellas se basan en áreas y componentes ocupacionales para talleres o grupos abordando la salud de una forma más integral. En un caso se mencionó, que en los talleres de adultos mayores se tratan temáticas de prevención de caídas, alimentación, control de esfínteres. Otros ejemplos son los grupos de mujeres donde se hablan de temáticas de la vida cotidiana, por medio de actividades de tejido, educación física, arte textil, entre otras.

Dos terapeutas ocupacionales manifestaron que el análisis de lo cotidiano no se puede dejar de lado, que las personas que van a los Centros de Salud y Acción Comunitaria se encuentran atravesados por múltiples factores que hacen a su vida personal como a su vida diaria. Desde la perspectiva de prevención y promoción se debe analizar la rutina cotidiana porque la persona está inserta en una sociedad, en una cultura y en un contexto que lo condiciona.

“Pero bueno, un poco lo que plantea como Sandra Galeigho, también tiene que ver con esto, con el paradigma de la complejidad y entender que no se puede descontextualizar una problemática del contexto en el que viven”.

Los factores del entorno que condicionan se consideran que forman parte de las problemáticas que atraviesan los procedimientos profesionales de intervención de las terapeutas ocupacionales. Estos se vinculan directamente con los determinantes sociales de la salud, entendiendo a los mismos como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales, se considera que estos determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (Villar Aguirre, 2011, p.237).

Se incluye a los determinantes sociales de la salud dentro del eje de análisis “Factores del entorno y problemáticas de la población”. En un primer momento de la investigación no se consideró la relevancia de los mismos, pero durante el proceso del trabajo de campo se destacó que condicionan de manera significativa los procedimientos profesionales de intervención.

Caracterizando el entorno en donde se encuentran ubicados los dispositivos de salud en los que trabajan las entrevistadas, en líneas generales son villas. Leila Abduca (2008) las define como “aglomeraciones de viviendas precarias ubicadas en tierras que originariamente no son propiedad de sus ocupantes”. Tomando fragmentos de los relatos, las mismas terapistas las caracterizan como asentamientos precarizados de las viviendas, con largos pasillos sin veredas, falta de servicios, edificación sin regulación e irregularidad en la tenencia de la tierra.

Dentro del eje de análisis “Factores del entorno y problemáticas de la población” se encuentra la categoría “Aislamiento y alienación”, “(...) entendiendo por esto a la experiencia de vivir al margen de la sociedad donde las posibilidades, valores, expectativas y costumbres de la persona no son los mismos que los de la sociedad” (Buck, 1996, p. 9).

La mayoría de las entrevistadas refirieron que la población que asiste a dichos dispositivos se encuentra atravesada por un proceso de “gentrificación”.

“Toda la villa está muy atravesada por ese proceso de urbanización, porque implica demolición de casas, reubicación de las familias, mucha gente se ve afectada por la urbanización; porque tenías tu casa acá y te la tiran abajo, para hacer un pasillo y vos tenes que conseguir otra casa”.

Por otro lado, dentro de la misma categoría “Aislamiento y alienación”, tres de las entrevistadas mencionaron que principalmente concurre población inmigrante (Bolivia, Paraguay y Perú) y migrante interna de la argentina; con toda la problemática que conlleva una migración no siempre elegida, siendo en algunos casos por necesidad.

Estas problemáticas se vinculan con otra categoría, la de “Necesidades básicas y falta de amenidades”, donde hay variaciones según la realidad de la población en los

distintos dispositivos de los CeSAC. Una de ellas mencionó que la mayoría de las personas presentan necesidades básicas insatisfechas “(...) pocas de las casas cuentan con la ventilación adecuada (muchos casos de tuberculosis) ni agua potable o instalaciones de gas”; como así también falta de recursos materiales y económicos.

Otra situación que marca las condiciones de vida, dentro de esta categoría es el alto nivel de hacinamiento o colecho, característico de todas las poblaciones. Entendiendo, según la experiencia de una de las terapistas ocupacionales, que el hacinamiento no es sólo una o muchas familias en pocos metros cuadrados, sino un implica múltiples situaciones donde hay falta de intimidad, límites, entre otros.

Continuando con la descripción de los “factores del entorno y problemáticas de la población”, en cuanto a la categoría “Entornos peligrosos”, algunos de los barrios se encuentran bajo autopistas y las características edilicias son de riesgo. Como se mencionó con anterioridad las condiciones habitacionales de las viviendas se caracterizan por la precariedad y densidad edilicia, de pasillos estrechos, baja calidad en cuanto a los materiales que hacen a la seguridad de la población.

“El barrio tiene como característica estar construido con pasillos, que se cierran con rejas por las noches para seguridad de los vecinos (...)”.

Estas condiciones no solo hacen a la inseguridad de la población y a la condición de vida, sino que hay otras situaciones de riesgo que las comunidades atraviesan. Según las terapistas entrevistadas el nivel de violencia de género, los abusos sexuales y el consumo de sustancias son elevados. Una de ellas menciona que alguna de estas problemáticas incluye “lo que tiene que ver con la desaparición de pibas, la trata, hay situación habitacional, violencia. Bueno, si violencia intrafamiliar, un montón, llegan un montón de casos de abusos sexual infantil”.

En cuanto a la última categoría del eje de análisis “Factores del entorno y problemáticas de la población”, la categoría “Entorno y otros elementos”, que según Buck incluye la biología humana, el estilo de vida y el servicio de salud.

Se rescataron relatos en los que se demuestran falencias en el sistema de salud, dentro de las comunidades donde se encuentran insertos los dispositivos de APS. A partir de la experiencia en el CeSAC de una de las terapistas ocupacionales, se pone en evidencia lo mencionado, con el caso de un niño que requería un tratamiento prolongado, y el proceso de obtención de la pensión y el Certificado único de discapacidad (CUD) fue ineficiente debido a la demora de la duración del trámite solicitado. Esto generó que la derivación a una institución especializada se haya concretado a los dos años de estar realizando un tratamiento en el dispositivo de atención primaria.

Surge de los relatos que muchas veces los factores de la salud no están determinados por los factores del entorno, como se mencionó anteriormente, sino por falta de acceso a derechos y por la dependencia de la política de turno generando que el propio equipo de salud deba autogestionarse tanto en decisiones como en recursos materiales y personal capacitado.

Frente a la necesidad de autogestión, como así también de generar un sistema de salud con una mayor capacidad resolutive, con más eficiencia y eficacia es fundamental el intercambio y la colaboración mediante redes en donde se aúnan los esfuerzos para la salud de la población.

A partir de lo narrado por las terapistas ocupacionales, se interpretó que en este tipo de dispositivos es necesario establecer una variedad de redes, para cada ámbito o situación. En el eje de análisis “Redes” una de las categorías es “las redes de servicios de salud”, que incluye la articulación de los CeSAC con otras áreas de salud. Según las entrevistadas estas se dan se da principalmente entre las Áreas Programáticas correspondientes, y hospitales de agudos o de rehabilitación con la finalidad de asegurar la salud.

Una terapeuta ocupacional refirió que en su dispositivo se articula constantemente, tanto para el seguimiento de pacientes como para la derivación de estos con Hospital Argerich y CeSACs del Área Programática. Por su parte, otra mencionó que ante un caso puntual trabajó en conjunto con una terapeuta ocupacional del Instituto de

Rehabilitación Psicofísico (IREP) en un intento de articular el tratamiento en el domicilio teniendo en cuenta la realidad de la persona.

Las terapistas ocupacionales al implementar los procedimientos profesionales de intervención teniendo en cuenta los factores del entorno, sostienen que deben relacionarse cotidianamente tanto de manera intersectorial como con otros establecimientos. De esta manera se categorizan en “Redes intersectoriales” y “Redes de establecimientos y servicios”. La mayoría dio a conocer que, frente a casos de violencia de género, si bien hacen una asesoría, la persona es derivada a la Defensoría del Pueblo, conformando una red intersectorial. En la misma línea, una de ellas manifiesta que;

“(…) todos los CeSAC de la zona, organismos más de justicia como Atajo, Centro de Acceso Comunitario a la Justicia, el IVC que es de la vivienda, Instituto de Vivienda de la Ciudad, Asesoría Tutelar, Defensoría del pueblo, que son todos organizamos que tiene alguna sede acá (…)”.

Cuatro de la entrevistadas realizan trabajo en red con Centros de Primera Infancia (CPI), articulándose tanto para la derivación como para el seguimiento de algún niño que asista a algún taller del CeSAC o al Centro de Primera Infancia. Mientras que todas comentaron la articulación con escuelas, ya sea para trabajar en conjunto con el gabinete o realizar los talleres de prevención y promoción de educación sexual integral y consumo. Una mencionó que muchas veces vincula al colegio con el polideportivo, club para natación o apoyo escolar ofreciendo otros ámbitos que hacen a la salud. Un ejemplo de la puesta en práctica de este tipo de redes es el siguiente:

“Estamos todos vinculados, sí. Hay un Centro Educativo Comunitario con el que tenemos también un montón de vínculos y a veces se realizan actividades en conjunto. (...) Tal cual, por ejemplo, hay uno de los CPI que si ven alguna dificultad en alguno de los nenes lo mandan a juegoteca y ya llegan con una notita para alguno de nosotros como para que sepamos o con algún contacto. (...) Hay un par de escuelas secundarias ahí y también tenemos contacto, este año fuimos a hacer un montón de talleres de salud sexual integral.”

Otra categoría del eje de análisis “Redes”, son las “Redes comunitarias” que hacen referencia a las articulaciones con organizaciones barriales, referentes o miembros de la comunidad. Las terapistas ocupacionales participan de reuniones continuamente para fomentar actividades y estar al tanto de otras necesidades.

“Y nosotras trabajamos un montón con La Dignidad, La Poderosa, Barrios de Pie, con La Iglesia en algunos casos, el Hogar de Cristo, no sé, pero hay miles organizaciones. (...) Si, las organizaciones sociales todas se manejan con referentes dentro de barrio. De hecho, participamos de una asamblea feminista del barrio, que son todas organizaciones sociales de acá, son todas vecinas del barrio y nosotras como centro de salud formamos parte de esa asamblea como un actor más del barrio”.

Como lo mencionaron todas las entrevistadas, el vínculo con los referentes barriales y promotores de salud es indispensable para llegar a toda la población y llevar a cabo un trabajo acorde a las necesidades y en conjunto con la comunidad.

“Si. Particularmente, algo que no te dije como medio importante (...) ahora está habiendo promotores de salud que son personas del barrio que hacen el curso de promotores de salud, entendiendo eso promoción de la salud con algunas temáticas más fuertes (...) Más allá del conocimiento y la formación en distintas temáticas tienen la riqueza de decir, conocen el barrio de pe a pa”.

La última categoría corresponde a las “redes institucionales”, entendiendo por la misma a las relaciones existentes entre los integrantes (administrativos, profesionales, técnicos, entre otros) del dispositivo de salud. A partir del trabajo de campo este tipo de red se consideró indispensable a la hora de pensar en la Atención Primaria de la Salud. Si bien, el trabajo interdisciplinario es parte de las redes institucionales, la relación con las otras personas que conforman el dispositivo es de carácter significativo para un buen desarrollo y funcionamiento del mismo. El fin de las redes institucionales en salud comunitaria es cumplir con los objetivos propuestos brindando un servicio integral para la comunidad.

Algunas de las entrevistadas refirieron presentar dificultades en la relación con sus superiores interfiriendo en la frecuencia de las reuniones de equipo y armado de proyectos

llevando a que las mismas se autogestionen. Otras de ellas, por lo contrario, mencionaron tener un buen vínculo con la directora, lo que permitía desarrollar proyectos nuevos y abordar situaciones cotidianas de forma integral como institución.

Una manera de conformación de la red institucional se encuentra pensado bajo una organización matricial, es decir, un equipo matricial de referencia y apoyo especializado (De Sousa Campos, 1998).

El apoyo matricial es parte de un nuevo régimen de organización y metodología para la gestión del trabajo en salud que pretende integrar el diálogo entre las diferentes especialidades y diferentes niveles de atención (Ballarin, M. L., 2012). De Sousa Campos describe:

“Cada servicio de salud sería reprogramado a través de la composición de Equipos de Referencia, recortados según sea su objetivo, las características de cada local y la disponibilidad de recursos. De cualquier forma, estos equipos obedecerían a una composición multiprofesional, variable, conforme a la circunstancia de estar trabajando en atención primaria, hospital, especialidades, etc.” (1998, p.3).

Todos los dispositivos de salud de Atención Primaria en los que trabajan las terapistas ocupacionales entrevistadas se encuentran pensados bajo esta organización matricial para la formación de los equipos territoriales. La atención en comunidad, desde un principio es pensada desde un enfoque interdisciplinario por lo que de forma directa o indirecta el trabajo en institución se encuentra atravesado.

El centro de salud está como organizado en equipos territoriales, hay médicos generalistas, pediatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, fonoaudiólogos, odontólogos. Todo el centro de salud está dividido en equipos territoriales, entonces una parte es asistencia dentro del centro de salud cada profesión, y otra parte es laburo comunitario.

Todas las terapistas ocupacionales reafirmaron la importancia y la necesidad de trabajar en equipo con otras profesiones abordando las problemáticas de manera integral, ya que estas son muy complejas para enfocarlas desde una sola disciplina. Como así

también muchos de los procedimientos de intervención se piensan y se realizan mediante un abordaje interdisciplinario. Como se pudo rescatar en los relatos, la presencia de complementariedad entre una gran diversidad de profesiones enriquece la atención primaria de la salud.

“Si estoy también con psiquiatría, medicina general, psicología y trabajo social. Estoy en el equipo de admisiones del equipo de infanto-juvenil”.

“Equipo comunitario: El equipo está conformado por TO, Médico generalista, pediatra, psiquiatra y trabajadora social”.

“No, este espacio de los lunes a la tarde es únicamente de la RIEPS, que dentro de la RIEPS hay una psicóloga, dos antropólogas, una licenciada en obstetricia, una trabajadora social y un educador”.

“Y que más lo martes y después hay un espacio de adultos mayores que vienen hacer actividad física. Con la nutricionista como que nos sumamos a ese espacio y acompañamos(...)”.

Al considerar el trabajo interdisciplinario como un aspecto fundamental en los dispositivos de primer nivel de atención, se destacó de las experiencias de las terapistas ocupacionales que cada integrante del equipo de salud debe tener flexibilidad y apertura saliendo de sus fronteras atravesando los límites hacia otras disciplinas.

Al momento de indagar y describir los modelos conceptuales o referentes que guían los procedimientos profesionales de intervención, la mayoría de las terapistas ocupacionales expresan la necesidad de salir del modelo médico hegemónico con nuevos conceptos que entran en el paradigma social de la ocupación.

En referencia al eje de análisis “Modelos conceptuales”, dentro de la categoría de “autores referentes propios de Terapia Ocupacional”, la mayoría de las profesionales entrevistadas mencionaron el modelo brasileño de la Terapia Ocupacional Social, a Sandra Galheigo, Mariel Pellegrini, Carla Silva, Alejandro Guajardo y otros autores del libro Terapias Ocupacionales desde el Sur.

Las mismas consideran que los autores latinoamericanos mencionados anteriormente se adaptan mejor a las necesidades del contexto y a la realidad social, a diferencia del Modelo de la Ocupación Humana, del Modelo Canadiense, del Modelo Kawa y la Teoría de la Naturaleza ocupacional del ser humano.

Contrastando el supuesto referido a los modelos conceptuales o teorías propias de Terapia Ocupacional, una de las entrevistadas refirió que el Modelo de la Ocupación Humana está descontextualizado, “pensar la volición, el desinterés, sin pensar dónde vive, cómo vive esa persona no me cierra. Necesito un paradigma más social, si se quiere, y muy interdisciplinario e intersectorial”. A partir de esto se refuta lo planteado en los supuestos, es decir que los modelos internacionales nombrados no coinciden con los mencionados en los relatos.

Además, en líneas generales las terapistas ocupacionales marcaron que además de los referentes propios se guían por autores como Stolkiner, Rovere, De Sousa Campos, que desde un enfoque del paradigma de la complejidad permiten un abordaje más integral desde lo público y comunitario. Todas ellas remarcaron la importancia de la perspectiva de derechos humanos garantizando la salud y facilitando el acceso como profesionales.

## Conclusiones

Este trabajo partió de la pregunta de investigación “¿Cuáles son los procedimientos profesionales de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales en Atención Primaria de la Salud en los dispositivos de salud del sistema público en el año 2019 y 2020?” a partir de la triangulación de los datos mediante un análisis e interpretación contenido de las entrevistas. Habiendo puesto en tela de juicio los supuestos de investigación planteados se dejó en evidencia a lo largo del desarrollo del trabajo el cumplimiento del objetivo general y los objetivos específicos.

Al introducirnos en la temática de la Atención Primaria de la Salud, durante el rastreo del estado del arte se obtuvo información sobre la creación y el desarrollo, como así también la puesta en práctica en el primer nivel de atención del sistema de salud argentino como estrategia de salud. Se tuvo un primer acercamiento a los referentes de la salud pública como Mario Testa y Mario Rovere, permitiendo un conocimiento global de la temática y estableciendo las primeras características de las mismas.

Ante la búsqueda de información desde la mirada de Terapia Ocupacional, se encontraron experiencias de Rehabilitación Basada en la Comunidad y programas de APS en el ámbito comunitario. Por otra parte, se encontraron propuestas y artículos que invitan a los profesionales a plantear su rol desde la mirada del Paradigma Social de la Ocupación, justificando la práctica de Terapia Ocupacional en prevención y promoción de la salud en un primer nivel de atención.

Esto se vio reflejado en el marco teórico en el cual los conceptos generales del trabajo de APS fueron abordados con mayor profundidad, dando cuenta de un vacío en puntos claves sobre los procedimientos profesionales de intervención de la Terapia Ocupacional en la Argentina.

Al haberse realizado un análisis de contenido a partir de una investigación cualitativa, los resultados obtenidos permitieron describir y conocer a grandes rasgos las características del trabajo del terapeuta ocupacional en los dispositivos de primer nivel de atención, en este caso de los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Sin embargo, no se

puede garantizar que los mismos sean representativos del universo (todos los terapeutas ocupacionales que utilizan procedimientos profesionales de intervención en los dispositivos de Atención Primaria de la Salud del sistema público en CABA, en el año 2019 y 2020), ya que se enfocó únicamente en las profesionales insertas en los CeSAC.

A partir de las experiencias de las terapeutas ocupacionales no se puede hablar de un solo procedimiento profesional de intervención en APS de Terapia Ocupacional. Sino que invita al profesional a salirse de su estructura, ya que el trabajo en este tipo de dispositivos de atención de salud se encuentra atravesado por la interdisciplinariedad más allá de la intervención en institución o domicilio.

De esta manera, hizo referencia una de las profesionales;

“Todas tenemos en claro que no es un hospital de tercer nivel, que no es puramente rehabilitación, que no es atención, que tiene que superar eso porque tiene más la lógica de APS de prevención y promoción, y de lo comunitario y entrar un equipo; pero después cada una va haciendo como su recorrido digamos. Por eso serían como los roles de TO en APS, o las terapias ocupacionales en APS”.

Estos dispositivos entrelazan el trabajo en equipo y la estrategia en APS en la comunidad, siendo los determinantes sociales de la salud una guía para la práctica de cada profesional. Al estar enmarcado por la complejidad de las problemáticas sociales y los factores del entorno, en estas prácticas se pone en evidencia que la mirada de una sola disciplina y un profesional no basta, necesitando de múltiples enfoques para responder de manera integral.

Los determinantes sociales de la salud y el trabajo en equipo, sumado a la experiencia y formación personal hace que las intervenciones especificadas en los resultados sean particulares de cada terapeuta ocupacional. Brindan, a su vez, un conocimiento de las características generales en cuanto a los tipos de atención, medios y modalidades, áreas y componentes ocupacionales y tipos de redes que ponen en juego en sus procedimientos profesionales de intervención.

A partir de lo expuesto podemos concluir que las categorías que Alicia Trujillo Rojas

clasifica bajo el Código de los procedimientos profesionales de intervención de los terapeutas ocupacionales son reducidas y limitadas para el campo de la Atención Primaria de la Salud. Al ser la prevención y la promoción de salud el eje que marca el razonamiento clínico y que estructura los procedimientos, se debe tener en cuenta lo social.

En particular los tipos de atención, los medios y modalidades y las áreas y componentes ocupacionales no consideran los factores del entorno y las problemáticas sociales; que tal como se pudo observar en los resultados estos determinan los procedimientos de intervención llevados a cabo por los profesionales en los dispositivos de salud de atención primaria.

A lo largo del trabajo de investigación, se buscó dar cuenta, a través de la información expuesta en el marco teórico, el análisis e interpretación de los datos, y la presentación de los resultados; del quehacer profesional mediante diversas intervenciones y aspectos a tener en cuenta en los dispositivos de primer nivel de atención.

La bibliografía mencionada en los relatos de las entrevistadas permitió obtener autores referentes propios de Terapia Ocupacional como de otras disciplinas que influyen en el razonamiento, siendo otro aporte fundamental. En el estado del arte, por otro lado, a partir de múltiples autores y modelos se presentó el Paradigma Social de la Ocupación, como fundamento que interpela al profesional en la comprensión del objeto de estudio y se refleja en las prácticas de la disciplina.

Una de las terapeutas ocupacionales entrevistadas refirió, “creo que nuestro aporte principal está en la mirada que tenemos sobre las ocupaciones, el involucrarse en actividades significativas como acceso a salud, la construcción y sostén de hábitos, y cómo las personas van involucrándose en sus diferentes roles, y esa mirada solo la tenemos las TO, y poder intervenir directamente sobre el contexto de la persona es una de las grandes ventajas de APS”.

Se pudo afirmar una vez más la importancia de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. El aporte que da la disciplina desde su eje central, principalmente por su visión integral de la persona, el análisis de las ocupaciones

cotidianas, la flexibilidad en cuanto a los recursos y la apertura a otros conocimientos, teniendo siempre como fin la mejora de la calidad de vida de la persona o la población.

Tomando las experiencias de cada una de las terapistas ocupacionales que se entrevistó y su opinión acerca de los aportes de la profesión con respecto a la Atención Primaria en los dispositivos de salud del sistema público, nos hace cuestionar la falta de profesionales que se encuentran trabajando actualmente en este campo.

Creemos que se debe al desconocimiento de las incumbencias profesionales y de los aportes que brinda la Terapia Ocupacional como integrante del equipo de salud y por otro lado por las vacantes disponibles para ingresar al sistema público. La otra cara de la moneda es el lugar que se le da a la Atención Primaria de la Salud desde la política sanitaria, considerando en muchos casos a la prevención y promoción de la salud como un mero programa y no como un primer nivel de atención. Reafirmando que este debe estar presente de igual manera que los otros niveles de atención en la totalidad de la población contando con los recursos necesarios.

Como así también, a lo largo de la formación universitaria hay una falta de acceso y desconocimiento acerca de las prácticas de la disciplina en Atención Primaria de la Salud, si bien en las prácticas comunitarias y en materias afines hay un primer acercamiento. A esto se agrega la gran demanda de ofertas laborales en el ámbito privado con respecto a la discapacidad, aminorando el ingreso al sistema público o a la realización de residencias.

Se sugiere continuar investigando acerca de los procedimientos profesionales de intervención en los dispositivos públicos en atención primaria de la salud. Haciendo mayor hincapié en la finalidad de cada tipo de atención y medio y modalidad, es decir profundizar en el rol y las incumbencias de la profesión inmersa en la comunidad.

Se recomienda profundizar en las investigaciones que visibilicen los aportes, no solo de Terapia Ocupacional sino también la de los equipos territoriales, destacando la importancia de la prevención y promoción en el sistema de salud. Los beneficios de fortalecer y brindar un primer nivel de salud para no colapsar, como así también, mejorar los otros niveles al reducir la demanda.



Para finalizar retomamos lo expuesto por Pino, Ceballos y Sepúlveda,

*“Hay que aclarar que para este ámbito y dimensiones de la Terapia Ocupacional no hay una receta, no existe un protocolo, no hay una práctica basada en la evidencia, nuestro objeto “la comunidad” no es algo estático, por lo tanto, se plantean lineamientos básicos que deben ser aplicados con una perspectiva situada, culturalista, entendiendo los contextos y los tiempos que permitan nuestra acción” (2015, p. 4).*



## Anexos

### Anexo A

#### Ley 27.051

#### Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Sancionada: diciembre 03 de 2014 Promulgada

Hecho: diciembre 23 de 2014

EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES, TERAPISTAS OCUPACIONALES Y LICENCIADOS EN TERAPIA OCUPACIONAL

#### CAPÍTULO I

##### DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1° — La presente ley tiene por objeto establecer el marco general del ejercicio profesional de la terapia ocupacional, basado en los principios de integridad, ética y bioética, idoneidad, equidad, colaboración y solidaridad, sin perjuicio de las disposiciones vigentes dictadas por las autoridades jurisdiccionales y las que en lo sucesivo éstas establezcan en todo el territorio nacional.

#### CAPÍTULO II

##### EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

ARTÍCULO 2° — A los efectos de la presente ley se considera ejercicio profesional de la terapia ocupacional, en función de los títulos obtenidos y de las respectivas incumbencias, el análisis, evaluación, aplicación, investigación y supervisión de teorías, métodos, técnicas y procedimientos en las que se implementen como recurso de intervención saludable las actividades y ocupaciones que realizan las personas y comunidades en su vida cotidiana.

Quedan comprendidas dentro de las mismas las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

También se considera ejercicio profesional de la terapia ocupacional la docencia de grado y posgrado, como las que se apliquen a actividades de índole sanitaria, social, educativa, comunitaria y jurídico - pericial propia de los conocimientos específicos.

ARTÍCULO 3° — A los efectos de la presente ley se entiende por:

a) Actividades de la vida diaria: las orientadas al cuidado de sí mismo, como alimentación, higiene y vestido;

b) Actividades instrumentales de la vida diaria: las de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que incluyen la movilidad comunitaria, manejo del dinero y elaboración de alimentos, entre otras;

c) Ocupaciones productivas: son las actividades necesarias para participar en un empleo formal, informal, protegido y de voluntariado.

ARTÍCULO 4° — El terapeuta ocupacional, terapeuta ocupacional o licenciado en terapia ocupacional podrá ejercer su actividad profesional en forma autónoma o integrando equipos específicos interdisciplinarios o transdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios.

ARTÍCULO 5° — El control del ejercicio profesional y de la matrícula respectiva será ejercido por la autoridad que al efecto designe cada jurisdicción.

#### CAPÍTULO IV

#### ALCANCES E INCUMBENCIAS DE LA PROFESIÓN

ARTÍCULO 8° — Los terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales o licenciados en terapia ocupacional están habilitados para las siguientes actividades:

a) Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;

b) Realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;

c) Participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la instrumentación de actividades y ocupaciones como recursos de integración personal, educacional, social y laboral;

d) Diseñar, evaluar y aplicar métodos y técnicas para la recuperación y mantenimiento de las capacidades funcionales biopsicosociales de las personas;

e) Detectar y evaluar precozmente disfunciones en el desarrollo del lactante y niño, y realizar intervención temprana;

f) Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas con riesgo ambiental, y efectuar promoción y prevención de disfunciones ocupacionales;

g) Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas, y efectuar tratamiento de

las disfunciones ocupacionales como medio de integración personal, laboral, educativa y social;

h) Participar en el diseño, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados a evaluar, prevenir y tratar enfermedades de la población;

i) Participar en la evaluación, diseño y confección de ayudas técnicas y de tecnología de asistencia y capacitar, asesorar y entrenar en el uso de las mismas;

j) Participar, asesorar, capacitar y entrenar en el uso de equipamiento protésico para la ejecución funcional de las actividades y ocupaciones enunciadas;

k) Asesorar a personas con necesidades especiales, a su familia e instituciones en lo referente a la autonomía personal y social a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida;

l) Realizar arbitrajes y peritajes judiciales para evaluar la capacidad funcional y desempeño ocupacional de las personas;

m) Realizar estudios e investigaciones dentro del ámbito de sus incumbencias;

n) Planificar, organizar, dirigir, monitorear y participar en programas docentes, carreras de grado y posgrado de terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional;

ñ) Planificar, organizar, dirigir, evaluar y ejercer otros cargos y funciones en servicios de terapia ocupacional en instituciones y unidades de tratamiento públicas o privadas;

o) Participar en la definición de políticas de su área y en la formulación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de planes y programas de salud, y sociales dentro del ámbito de sus incumbencias.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TRES DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE.

— REGISTRADA BAJO EL N° 27.051 —

AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Juan H. Estrada. — Lucas Chedrese.

Ley completa en: [TERAPIA OCUPACIONAL - Ley 27.051](#)

**Anexo B**

**INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CESAC**

**SÍNTESIS DEL AÑO 2011**

**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO Y PLANEAMIENTO SANITARIO.**

**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS DE SALUD**

**ACLARACIONES SOBRE EL REGISTRO DE LOS DATOS**

En el *SICESAC*, Sistema de Información de los CeSAC, no se cuenta con datos de los centros N° 17 y 20 en el período contemplado.

Se presenta en este informe una selección de los resultados de la actividad de los CeSAC del año 2011 a partir de los datos ingresados en el soporte informático del *SICESAC*. Los mismos se encaminan principalmente a cuantificar la población consultante, la producción de los CeSACs en sus diversas expresiones y los diagnósticos o motivos de las consultas de los pacientes.

El carácter sintético de este informe, así como su aparición tardía en comparación con los años anteriores se explica por la actualización del software realizada durante este año. Esa modificación se llevó a cabo a fin de optimizar su funcionamiento, fundamentalmente para superar las graves limitaciones en el soporte técnico que se verificaban en el entorno ACCESS. En tal sentido se destaca que la nueva plataforma permite resolver una importante masa de problemas a distancia.

Si bien los contenidos del sistema no sufrieron mayormente modificaciones, se introdujeron cambios para corregir errores en el registro de los pacientes y prestaciones, actualizar el clasificador diagnóstico y facilitar la recuperación de datos. Se agregaron asimismo actualizaciones en las salidas de datos en función de nuevas necesidades, como es proveer información para el Plan Nacer y evaluar el estado nutricional de la población atendida.

Departamento de Estadísticas de Salud

Noviembre de 2012



**Total de prestaciones según profesión y región**

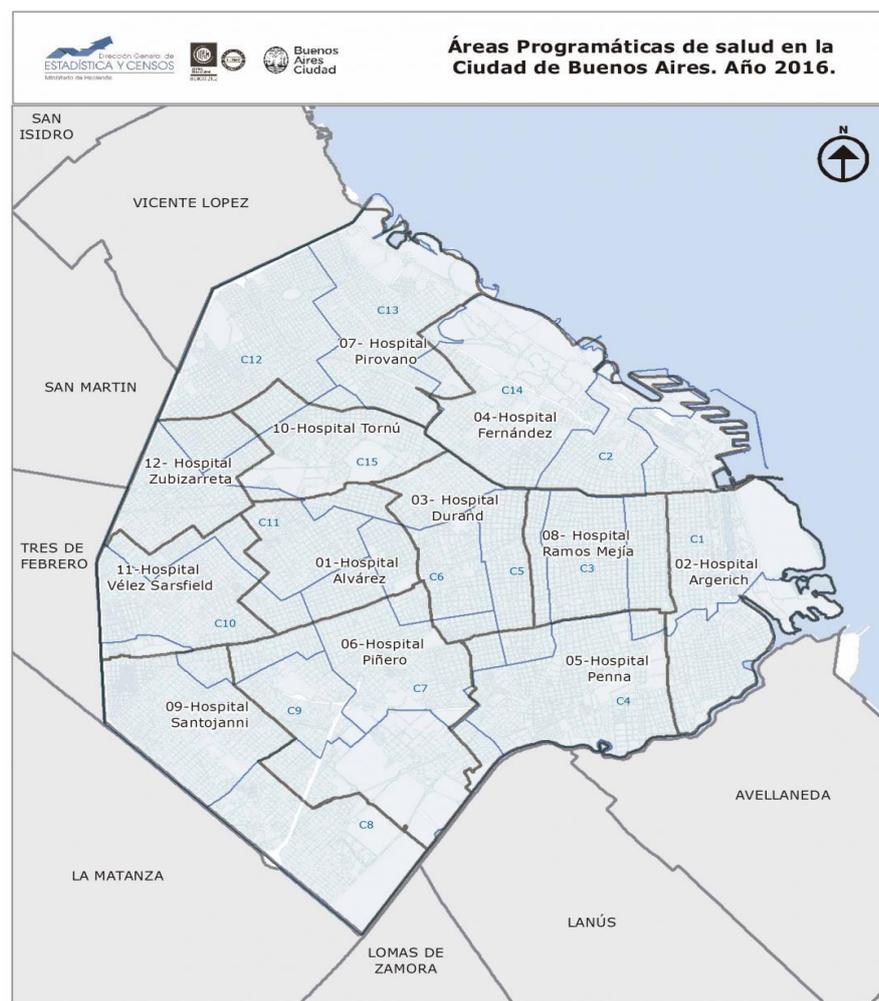
Profesional	Región de Cesac				Total
	RI	RII	RIII	RIV	
Médico/a (*)	148143	216770	48922	62740	476575
Psicólogo/Psiquiatra	28362	36341	8742	10210	83655
Psicopedagogo/a	7615	10231	574	4721	23141
Lic. en ciencias de la educación	607	593	10		1210
Trabajador social	11428	11816	1919	7178	32341
Fonoaudiólogo/a	4757	9041	1932	4190	19920
Kinesiólogo/a	1658	2061	475	228	4422
Odontólogo/a	10155	19388	3758	6310	39611
Nutricionista	7826	14294	2496	6591	31207
Antropólogo/a	177	127			304
Sociólogo/a	1106	322			1428
Terapeuta ocupacional	721				721
Obstétrica	12448	33349	2984	5219	54000
Enfermero/a	22496	7161	1269	10333	41259
Farmacéutico	126				126
Total	257625	361494	73081	117720	809920

Informe completo: Historico estadísticas sobre Centros de Salud

**Anexo C**

**Áreas Programáticas de salud en la Ciudad de Buenos Aires.**

El desarrollo de la regionalización territorial sanitaria comenzó de manera efectiva con la Creación de las Áreas Programáticas en 1988, delimitadas sobre la base de las Áreas de Urgencia. Se fueron configurando así 13 Áreas Programáticas, una por cada Hospital General de Agudos.



**Información recuperada:** <http://lista10.com.ar/site/wp-content/uploads/2017/11/Plan-del-Ministerio-de-Salud-2030-digital.pdf>

## Anexo D

### Mapa de Comunas y Barrios de la Ciudad de Buenos Aires.

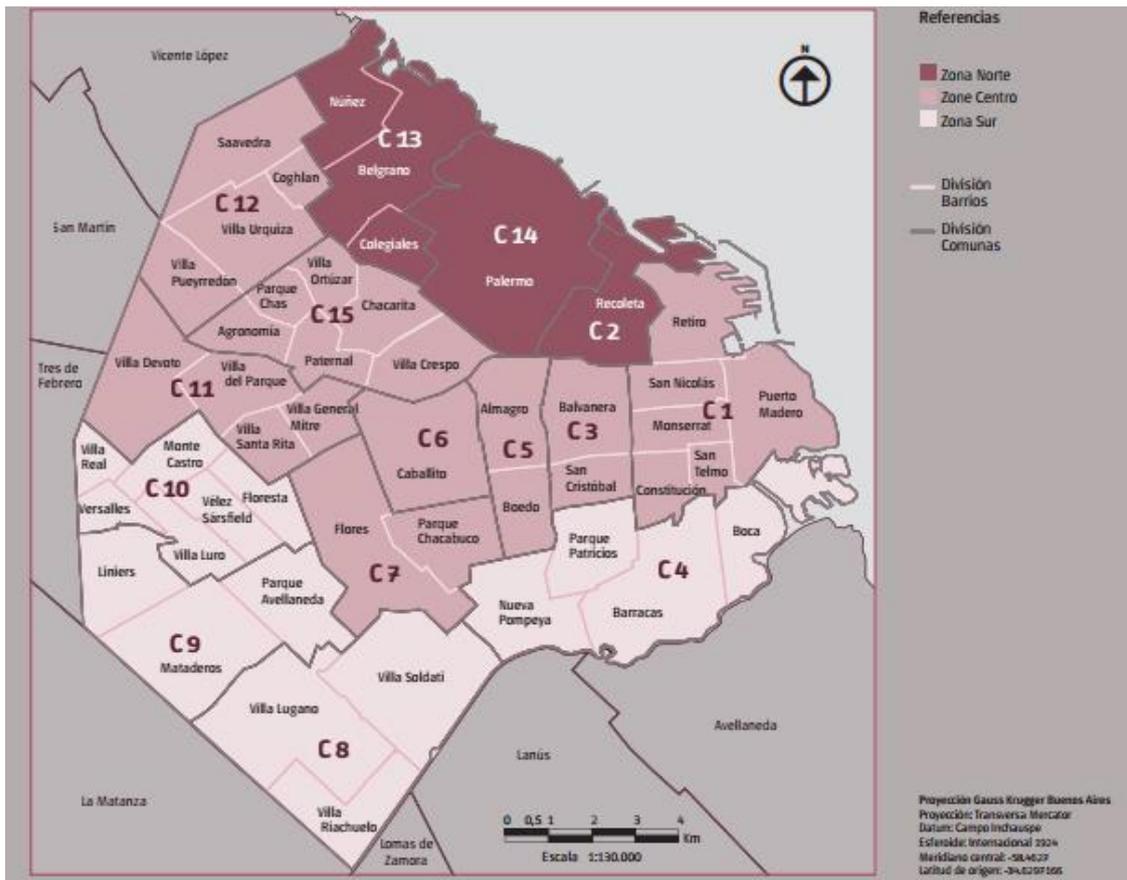
La Ciudad de Buenos Aires se encuentra organizada en 15 Comunas que se rigen bajo la Ley 1.777 sancionada en 2005. Se trata de unidades descentralizadas de gestión política y administrativa que, en algunos casos, abarcan a más de un barrio porteño.

Las Comunas tienen competencias exclusivas y concurrentes con el Gobierno de la Ciudad. Entre las primeras, se encuentran el mantenimiento de las vías secundarias y los espacios verdes, la administración de su patrimonio, la iniciativa legislativa y la elaboración de su presupuesto y programa de Gobierno.

Cada una tiene un órgano de Gobierno compuesto por la Junta Comunal y su presidente. Los 7 miembros que componen a la Junta son elegidos por los vecinos en las elecciones y se mantienen en sus cargos por cuatro años. El presidente de la Junta es aquel que obtiene la mayor cantidad de votos en los comicios.

Además, cada Comuna cuenta con un Consejo Consultivo integrado por representantes de entidades vecinales no gubernamentales, partidos políticos, redes y otras formas de organización con intereses o actuación en el ámbito territorial de la Comuna. Este Consejo asesora a la Junta Comunal y también puede, entre otras cuestiones, canalizar las demandas, presentar propuestas y definir las prioridades.

En la actualidad, tienen injerencia en el arbolado, los espacios verdes y el mantenimiento de las veredas y el asfalto. Asimismo, dentro de las competencias concurrentes, las Comunas ya ejercen el poder de policía a la hora de fiscalizar el uso del espacio público.



Información recuperada de: <https://www.buenosaires.gob.ar/comunas>

## Anexo F

### Centro de Salud Nivel 1: La Boca 1 (CeSAC N.º 9)

Atención Primaria - Centro de salud. VIH-Sida - CEPAD.

#### Datos útiles

Teléfono: 4302-9983

Dirección: [Irala 1254](#)

Barrio: La Boca- Comuna N.º 4

Código Postal: C1164ACD

Colectivos: 25, 29, 33, 46, 64, 86

---

#### Redes sociales:

Facebook: CeSAC 9- Beatriz Perosio- La Boca.

Instagram: @cesac9.laboca

---

Jefa del CeSAC: Dra. Lucía Borysiuk

Área programática: [Hospital Argerich](#)

---

#### Servicios

- Especialidades: Clínica médica, Enfermería, Farmacéutico, Fonoaudiología, Ginecología, Medicina general y/o familiar, Medicina general, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Pediatría, Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría, Sociología, Terapia ocupacional, Trabajo social.
- Actividades: Crecimiento y Desarrollo, Lactancia, Estimulación Temprana, Prevención de Accidentes, Conocimiento del Aparato Reproductor, Métodos Anticonceptivos, Psicoprofilaxis del Embarazo y Puerperio.
- Asesoramiento Nutricional de Comedores de la Zona.
- CePAD. Se realiza la prueba del vih-sida con asesoramiento antes y/o después del mismo. Informa y brinda material sobre el VIH-Sida. Entrega de preservativos.

#### Actividades intramuros: destinadas a pacientes del CeSAC N° 9

##### - Adultos Mayores

Destinatarios: adultos mayores de 60 años.

Horario: lunes de 14 a 16.30h en el SUM del CeSAC.

- Lectura y juegoteca

Destinatarios: Niños que concurren al CeSAC y sus familias.

Horario: miércoles 10 a 12h y viernes 10 a 12h

- CEPAD (entrevista y extracción de sangre para testeo)

Sólo con admisión previa. Criterio de admisión: Personas que solicitan testeo para VIH y otras ITS.

Sólo con derivación de cualquier profesional del CeSAC puede derivar al espacio o también se accede por demanda espontánea.

Horario: lunes 14 a 16h y miércoles 14 a 18h en consultorio.

Horario test rápido: miércoles de 9.30 a 10.30h

- Entrega de Métodos Anticonceptivos

Destinatario: Mujeres a partir de 14 años que utilizan Métodos Anticonceptivos.

Sólo con derivación de un profesional de Medicina familiar, Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Enfermería.

Horario: lunes 8.30 a 9.30h, martes 11 a 12h, miércoles 9 a 10h y viernes 14 a 15h

- Seguimiento Integral del Niño y su Familia

Destinatario: Familias de niños menores de 1 año.

Sólo con admisión previa. Criterio de admisión: Familias de niños menores de 1 año del Área y que hayan atendido el embarazo en el CeSAC N° 9.

Sólo con derivación de un profesional de Pediatría, Obstetricia, Medicina Familiar, Equipos Áreas Extramurales.

Horario: martes 8 a 13h y miércoles 13 a 17h

- Espacio de orientación para Adolescentes

Destinatario: Jóvenes entre 12 a 20 años.

Sólo con derivación de cualquier profesional del CeSAC puede derivar al espacio o también se accede por demanda espontánea.

Horario: miércoles 13.30h, consultorio 14.

- Taller para embarazadas

Destinatario: mujeres que controlan su embarazo en el CeSAC N° 9.

Sólo con admisión previa.

Criterio de admisión: Embarazadas que realizan sus controles en el CeSAC N° 9.

Sólo con derivación de personal de Obstetricia.

Frecuencia: 1 vez por semana. Forma de contacto: Consultorio de Obstetricia del CeSAC.

- Taller de Sala de Espera

Abierto al público.

Horario: jueves 8hs en sala de espera.

- Inmunizaciones y Consultorio de Enfermería

Horario: lunes a viernes de 8 a 12.30h y 14.30 a 17h

- Entrega de Leche

Destinatario: Niños menores de 6 años y embarazadas que se controlen en el CeSAC N°9.

Horario: lunes 14 a 16h, martes 9 a 11h y viernes 10 a 12h

**Actividades extramuros: destinadas a la comunidad**

Talleres y charlas de diferentes temáticas: adolescencia, salud sexual y reproductiva, crianza, alimentación, de acuerdo con lo solicitado por las organizaciones e instituciones del barrio.

Forma de contacto: [instituciones@gmail.com](mailto:instituciones@gmail.com)

**Equipo de áreas extramurales**

Hay 5 equipos interdisciplinarios, cada uno de los cuales tiene a cargo la población de una zona del barrio, con el objetivo de construir estrategias de prevención, promoción, atención e intervención para las familias en situación de vulnerabilidad y facilitar el acceso de estas al Sistema de Salud. Entre las actividades que se realizan se incluyen la búsqueda activa de pacientes, seguimiento integral de las familias con salida al territorio, articulación con otras instituciones y organizaciones barriales.

---

**Centro de Salud Nivel 1: Flores 1 (CeSAC N° 19)**

Los Centros de Salud implementan programas de atención y prevención según los principios de la Atención Primaria de la Salud.

**Datos útiles:**

Teléfono: 4925-0992

Dirección: [Curapaligüe 1905](#)

Barrio: Flores

Comuna N° 7

**Redes sociales:**

Facebook: Cesac 19

**Jefa del Centro:** Dra. Miriam Duque.

**Área programática:** [Hospital Piñero](#)

---

**Servicios**

- **Especialidades:** Enfermería, Farmacéutico, Fonoaudiología, Medicina general y/o familiar, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Pediatría, Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría, Psiquiatría infantil, Terapia ocupacional, Tocoginecología, Trabajo social.
  - **Programas:** Inmunizaciones Salud Comunitaria y Actividades Intersectoriales, Salud Escolar, Inmunizaciones en terreno Escuelas y Comedores, Madres adolescentes y Educación Sexual, Control de Embarazadas, Psicoprofilaxis del Embarazo, Parto y Puerperio, Controles de salud.
  - **Actividades:** Talleres sobre Problemática de la Mujer. Taller Cesación Tabáquica.
- 

**Centro de Salud Nivel 1: Villa Soldati 2 (CeSAC N.º 24)**

Atención Primaria - Centro de salud. VIH-sida - CEPAD.

**Datos útiles**

Teléfono: 4637-2002

Dirección: [Laguna y Pasaje L](#)

Barrio: Ramón Carrillo- Comuna Nº 8

**Redes sociales:**

Facebook: Cesac Eva Perón Soldati

Instagram: @cesac24oficial

**Jefa del Centro:** Dra. Marcela Corin

**Área programática:** [Hospital Piñero](#)

---

**Servicios**

- **Especialidades:** Antropología, Enfermería, Farmacéutico, Fonoaudiología, Ginecología, Kinesiología, Lic. Educación, Medicina general y/o familiar, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Odontopediatría, Pediatría, Psicología, Psiquiatría infanto juvenil, Terapia ocupacional, Trabajo social.

- **Actividades:** CePAD: Se realiza el test del vih-sida con asesoramiento antes y/o después del mismo. Informa y brinda material sobre el VIH-sida. Entrega preservativos.
  - **Talleres:** Cesación Tabáquica.
- 

### **Centro de Salud Nivel 1: Villa Lugano 6 (CeSAC Nº 43)**

#### **Datos útiles:**

Teléfono: 2821-3643

Dirección: Fonrouge 4377

Barrio: Villa Lugano- Comuna N.º 8

Teléfono alternativo: 4602-4178.

#### **Redes sociales:**

Facebook: Cesac 43

Instagram: @cesac43

**Jefa del CeSAC:** Dra. Fernanda Vázquez.

**Área programática:** Hospital Piñero.

---

#### **Servicios**

- Atención médica, psicológica, enfermería, se aplican vacunas, se entregan medicamentos de forma gratuita, leche en polvo para embarazadas y niños menores de 6 años.
  - Programas de prevención y protección de la salud como el materno infantil, de inmunizaciones, salud escolar, detección precoz del cáncer mamario, adicciones, diabetes, entre otros.
- 

### **Centro de Salud Nivel 1: Retiro 3 (CeSAC Nº 47)**

#### **Datos útiles:**

Teléfono: 2821-3647

Dirección: Calle playón (ex galpón SIC), Barrio 31

Barrio: Retiro

Teléfono alternativo: 2821-3647

#### **Redes sociales:**

Facebook: Cesac 47

Instagram: @cesac47

Recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>

**Anexo F**

**Consentimiento Informado de Participación en Trabajo Final Integrador.**

Fecha....., Buenos Aires, Argentina.

Dirigido a: .....

Mediante la presente, solicitamos su colaboración para participar de los estudios enmarcados en el Trabajo Final Integrador, conducido por alumnas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, pertenecientes a la Universidad Nacional del San Martín.

Dicho trabajo tiene como objetivo principal indagar y describir los Procedimientos Profesionales de Intervención del profesional de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud en los dispositivos de salud del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se entiende por Procedimientos Profesionales de Intervención a las acciones que el Terapeuta Ocupacional realiza y ejecuta para dar cumplimiento con las metas establecidas, tomando como base tres dimensiones: el tipo de atención, los medios y modalidades empleados, y las áreas y componentes ocupacionales enfatizados.

En virtud de lo expuesto, su participación consistirá en una entrevista semiestructurada en profundidad, la cual será grabada durante su realización. Dicha actividad durará aproximadamente una hora según cómo el entrevistado extienda su respuesta, la cual será realizada, en lo posible, durante su jornada laboral, lo que nos permitirá conocer su contexto físico.

Todos los datos que se recojan serán estrictamente anónimos, de carácter privado y absolutamente confidencial, sólo se usarán dichos datos para fines científicos en esta investigación.

Las alumnas de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del San Martín, responsables de este trabajo, aseguran que su participación en este estudio no involucra gasto, pago o beneficio económico alguno.

Es importante hacerle saber que su participación es completamente libre y voluntaria, y que usted tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, resolveremos sus preguntas durante la ejecución de este. O bien se puede comunicar a través de mail o por teléfono:

Costal, María Dolores.

[costal536@gmail.com](mailto:costal536@gmail.com)

DNI: 38249217

(11)13348-4558

Ponce Mora, María Paz.

[pachuponcemora@gmail.com](mailto:pachuponcemora@gmail.com)

DNI: 39895519

(0387) 15598-8238

.....

Responsables del trabajo final integrador.

.....

Responsables del trabajo final integrador.

Desde ya le agradecemos su participación,

.....

Firma y aclaración de la Terapeuta Ocupacional/Residente.



## Anexo G

### ENTREVISTA DE INVESTIGACIÓN SEMIESTRUCTURADA

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

EDAD:

CeSAC N°:

FECHA:

#### FICHA PERSONAL Y TRAYECTORIA PROFESIONAL

Terapeuta Ocupacional residente:

- A. ¿De qué facultad te recibiste? ¿en qué año?
- B. ¿Dónde estás realizando la residencia? ¿En qué especialidad?
- C. ¿En qué CeSAC hiciste la rotación? ¿Hace cuánto tiempo estás realizando la rotación en el CeSAC?
- D. ¿Tuviste algún tipo de formación sobre Atención Primaria de la Salud? ¿De qué tipo?
- E. Contanos un poco de tu Trayectoria profesional. ¿cómo fue?

Terapeuta Ocupacional de planta permanente:

- A. ¿De qué facultad te recibiste? ¿en qué año?
  - B. ¿Realizaste residencia? ¿en dónde?
  - C. ¿Hiciste rotación por algún Centro de Salud? ¿Cuál?
  - D. ¿Tuviste algún tipo de formación sobre Atención Primaria de la Salud? ¿De qué tipo?
  - E. Contanos un poco de tu Trayectoria profesional. ¿cómo fue?
  - F. ¿Cómo ingresaste al CeSAC?
1. ¿Cómo es el entorno en el que se encuentra inserto el CeSAC? ¿Cuáles son las principales problemáticas?
  2. Actualmente, ¿Cómo es un día cotidiano en tu trabajo en el CeSAC? ¿en qué consiste? Por lo general, ¿haces todos los días lo mismo o varía? Describirlo.
    - a) ¿Trabajas en consultorio o interviene directamente en la comunidad?



- b) ¿Qué tipo de abordaje realizas? ¿Qué actividades caracteriza la intervención? ¿cómo las desarrollas? ¿estas son individuales o grupales?
  - c) ¿Realizas algún tipo de atención domiciliaria? ¿en el ámbito laboral o escolar de la persona? ¿Realizas asesorías o gestión?
  - d) ¿Te enfocas en algún área ocupacional en la intervención?
3. ¿Trabajas con otros profesionales? ¿Con cuáles? ¿Realizan actividades programadas o tienen objetivos comunes de intervención?
4. ¿Realizan reuniones de equipo? ¿Quiénes participan? ¿Cuáles son los objetivos de la misma? ¿Con qué frecuencia se realizan?
5. ¿Cómo describirías la relación de la comunidad para con vos y el dispositivo de atención primaria de la salud?

¿Te vinculas con otros sectores públicos o instituciones/ organizaciones? ¿En qué consisten las mismas?

6. ¿Con cuál concepción te sentís más identificada? ¿Por qué? ¿Qué significado tiene para vos?

#### INDIVIDUO- CLIENTE- PERSONA- USUARIO

7. ¿Tu práctica se basa en algún modelo conceptual?, es decir ¿qué guía los procedimientos profesionales de intervención que utilizas? Desarrollar.

¿Tenés algún/os autor/es referentes de los cuales basas tu razonamiento clínico?

8. ¿Qué es para vos la Atención Primaria de la Salud?

9. ¿Qué aporte pensás que hace la Terapia Ocupacional en la Atención Primaria de la Salud o en este tipo de dispositivo?

## Anexo H

### Presentación de datos cuantitativos:

#### Unidad de análisis 1 y 2

Unidad de análisis 1: Cada uno de los residentes de Terapia Ocupacional que utilizan procedimientos profesionales de intervención en los dispositivos de salud del sistema público de CABA en el año 2019-2020.

VARIABLES	UNIVERSIDAD						HOSPITAL					ESPECIALIDAD					CeSAC						TIEMPO DE ROTACION			
	UNSA M	UBA A	UNL A	USAL L	UAI A	OTRA A	TORNÚ NÚ	TOBAR AR	ALVEAR AR	ROCA CA	RIVADAVIA VIA	SM I-J I-J	SM ADULTOS ADULTOS	AGUDOS OS	PEDIATRICO CO	PSICOFISICO CO	Nº 9 9	Nº 5 5	Nº 19 9	Nº 4 4	Nº 3 3	Nº 47 7	T1	T2	T3	T4
UA																										
RV		X						X				X								X						X
RO	X									X				X					X							X

UA 2: Cada uno de los Terapeutas Ocupacionales o Lic. en TO que utilizan procedimientos profesionales de intervención en el dispositivo del primer nivel de salud del sistema público en CABA en el año 2019- 2020.

VARIABLES	UNIVERSIDAD						HOSPITAL					ESPECIALIDAD					CeSAC						ATIGUEDAD			
	UNSA M	UBA A	UNL A	USAL L	UAI A	OTRA A	TORNÚ NÚ	TOBAR AR	ALVEAR AR	ROCA CA	RIVADAVIA VIA	SM I-J I-J	SM ADULTOS ADULTOS	AGUDOS DOS	PEDIATRICO TRICO	PSICOFISICO ISICO	Nº 9 9	Nº 5 5	Nº 19 9	Nº 4 4	Nº 3 3	Nº 47 7	T1	T2	T3	T4
TO1		X						X				X								X					X	
TO2		X					X							X								X		X		
TO3	X								X				X								X			X		
TO4		X								X					X				X					X		
TO5	X								X				X				X							X		

## Glosario

**Área programática:** Forma de organización del Subsistema Público de Salud, para desarrollar la estrategia de atención primaria de la salud, pensándola como la puerta de entrada al sistema de salud de la comunidad.

**Código de procedimiento:** Patrones de práctica que emplean los representantes de una profesión y a través de los cuales les reconoce la sociedad. En la terapia ocupacional, procedimientos son todas aquellas estrategias, métodos y medios que distinguen el ejercicio profesional y que son instrumentos para llevar a cabo un programa de atención a usuarios.

**Comunas:** Unidades de gestión política y administrativa descentralizada con competencia territorial, patrimonio y personería jurídica propia

**Desempeño ocupacional:** Proceso por el cual las personas se motivan, inician y completan distintas ocupaciones en un contexto específico. El desempeño ocupacional está compuesto de cualidades físicas, mentales, sociales, y espirituales que experimentan las personas cuando se involucran en el autocuidado, el juego/esparcimiento y el trabajo/estudio, los cuales se llevan a cabo en un ambiente temporal, físico y sociocultural.

**Procedimientos Profesionales:** Métodos, caminos o instrumentos que emplean los miembros de una profesión para la resolución de los problemas y a través de los cuales se les reconoce por parte de la sociedad. Para una profesión, un código de procedimientos es una complicación en la que se identifican los métodos primitivos de la profesión, dirigidos a cumplir sus propósitos en diversos campos de actuación.

**Terapia Ocupacional:** Profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y el ambiente en el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo



final restaurar, mantener y/o desarrollar habilidades necesarias para integrarse y participar en su esfera biopsicosocial.

**Tratamiento/intervención:** Ejecución o puesta en marcha del plan de atención. Gira alrededor de los interrogantes que deben responderse por medios de estrategias y mecanismos que aseguren el cumplimiento de las directrices trazadas. Momentos durante el cual se aplican y ponen a prueba las previsiones teóricas, de acuerdo con la realidad biológica, personal, familiar y social de la persona atendida y según los recursos físicos, humanos y tecnológicos disponibles.



## **Bibliografía**

1. Abduca, L. (2008). *“Sociogénesis de las villas de la ciudad de Buenos Aires”*. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.
2. Almeida G., Artaza O, Donoso N., Fábrega R. (2018) *“La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata”*. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 42, ed.104. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e104/es>
3. Ariño, R.; Boffelli, M.; Boggio, C.; Chiapessoni, D.; Demiryi, M.; Quinteros, C. (2016) *“Aportes de Terapia Ocupacional ante los riesgos de desastres”*. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, Vol. 2, N°1. Recuperado de: <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2016jul-art4.pdf>
4. Ballarin, M. L.; Blanes, L. (2012) *“Apoyo matricial: un estudio sobre la perspectiva social de profesionales de la salud mental”* Interface (Botucatu) Vol. 16, N°42. Brasil
5. Belló, M., Becerril-Montekio, V. M. (2011) *“Sistema de Salud de Argentina”*. Cuernavaca México. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006)
6. Bertolotto, A.; Fuks, A.; Rovere, M. (2012) *“Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto”*. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. Vol. 36, N° 94, pp. 362-374. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a09v36n94.pdf>
7. Bianchi, P.C; Serrata Malfitano, A. P. (2017) *“Terapia ocupacional social brasileira e as proposições na área social: ¿o que dizem os docentes latinoamericanos?”* Revista TOG Coruña, Vol. 14, N°26; pp. 340- 350. Brasil.
8. Bottinelli, M. (s.f.) *“La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos”* Cuadernos de trabajo del Centro de investigaciones en Teorías y Prácticas Científicas N°6. Buenos Aires: Edunla.
9. Bottinelli, M. M. (2003) *“Metodología de la investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo”*. Buenos Aires.



10. Briglia, J. (2015) *“La inclusión de Terapia Ocupacional en un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”*. Conferencia presentada en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Paraná, Entre Ríos, Argentina. Recuperado de: <http://www.cotoer.com.ar/imagenes/documentos/IXCONGRESOARGENTINOTO.pdf>
11. Buck, C. (1996) *“Después de Lalonde: la creación de la salud”*. De *“Promoción de la salud: una antología”*. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica N°557. Washington, D.C.
12. Cejas, C. A.; García Scrimizzi, F.; Merello M. (2018) *“Avanzando en la implementación del CUS en Argentina. Documento técnico 1”*. Secretaría del Gobierno de Salud, Argentina. Recuperado de : <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001381cnt-Serie%20CUS.%20DT1%20Avanzando%20en%20la%20implementacin%20de%20la%20CUS.pdf>
13. Cendali, F. y Pozo, L. (2008) *“Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos”*. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-096/249.pdf>
14. Chaloum, M. J. y Varas, N. I. (2016) *“Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan”*. Universidad Nacional de Villa María, Córdoba, Argentina.
15. Cieri, P. (2005) *“Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina Desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional”*. En: Boletín de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Vol. 51.
16. Cieri, P. y equipo. (1991) *“Rehabilitación con base comunitaria: un abordaje alternativo”*. IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. II Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Mar del Plata, Argentina.
17. Consejo Deliberante (1984) *“Ordenanza 39764: CeSAC”*. Tomo II. p. 532. del Registro Municipal de 1993. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/44765>



18. Colazo, R; Spikermann, C. (2017) *“Transformando Escenarios en Salud: una experiencia en sala de espera”*. Residencia Terapia Ocupacional. Buenos Aires, Argentina.
19. Corrêa Oliver, F.; Galheigo, S. M.; Nicolau, S. M.; Andrade Caldeira, V. (2016) *“Terapia Ocupacional en la Comunidad: Desafíos para el acceso a los derechos”*. Terapia Ocupacional desde el Sur. Ed. USACH. Santiago de Chile. Sección 3, pp. 341-356. Recuperado de: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf)
20. Dabas, E.; Perrone, N. (1999) *“Redes en Salud”*. FUNSER. Buenos Aires, Argentina.
21. Da Rocha Medeiros, M. H. (2008) *“Terapia Ocupacional: Un enfoque epistemológico y social”*. 1° ed. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.
22. Dávila, A. (2016) *“CUS: Una mirada crítica y autocrítica sobre el proceso de reforma en los sistemas de salud en la Argentina”*. Bernal, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Recuperado en: <https://www.institutopatria.com.ar/wp-content/uploads/2016/10/COBERTURA-UNIVERSAL-DE-SALUD.pdf>
23. De Sousa Campos, G. (1998) *“Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud”*. Artículo. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>
24. Dois, A.; Bravo, P.; Contreras, A.; Soto, M. G.; Mora, I. (2018) *“Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos”*. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 42, N°147. Recuperada de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e147/es>
25. Duré, I. (s.f.) *“El Plan Médico de Cabecera”*. Revista aportes para el Estado y administración gubernamental. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: [http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/17/a17\\_11.pdf](http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/17/a17_11.pdf)
26. Emeric Méaulle, D. (2010) *“Terapia Ocupacional en Comunidad: identificación de las necesidades ocupacionales de grupos étnicos minoritarios en riesgo de exclusión”*. TOG A Coruña. Vol. 7, Supl. 6, pp. 112- 131. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/eimeric.pdf>
27. Franco-Giraldo, Álvaro. (2015) *“El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud”* Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 33, N°3, pp. 414-424. Universidad de Antioquia, Colombia.



28. Feo, O. (2012) *“Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo Atención Primaria de Salud en Debate”*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, Vol. 36, N°94, pp. 352-354. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a0636n94.pdf>
29. Galheigo, S. M. (2012) *“Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad. Cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político”*. Revista TOG Coruña, pp. 176-187. España.
30. Gomes, R (2012) *“Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa”*. Del libro *“Investigación Social: teoría, método y creatividad”* 2° ed. Colección Salud Colectiva Serie Didáctica. Lugar Editorial.
31. Guajardo Córdoba, A. et al. (2014) *“Rehabilitación de Base Comunitaria: Diálogos, reflexión y prácticas en Chile”*. Universidad Andrés Bello Chile. SENADIS. Recuperado de: [http://www.cud.unlp.edu.ar/uploads/docs/rehabilitacion\\_de\\_base\\_comunitaria.pdf](http://www.cud.unlp.edu.ar/uploads/docs/rehabilitacion_de_base_comunitaria.pdf)
32. Haggerty, J. L.; Yavich, N.; Báscolo, E. P. (2009) *“Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina ”*, Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 26, N°5, pp. 377-384. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n5/377-384/es>
33. Herrera Vázquez M. M., Rodríguez Ávila, N.; Nebot Adell, C.; Montenegro, H. (2007) *“Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas”*. Revista Panamericana Salud Pública. Vol. 21, N°5, pp. 261-273. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n5/261-273/es>
34. Kielhofner, G. (2006) *“Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”*. Ed. Médica Panamericana. 3° Edición. Buenos Aires, Argentina.
35. Lafit, J. (2016) *“Atención Primaria de la Salud: una estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”*. Cátedra Medicina Social. FTS. UNLP. Recuperado de: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit\\_jimena\\_ficha\\_de\\_catedra\\_%20APS.%20-Ficha%20de%20c%C3%A1tedra-.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_%20APS.%20-Ficha%20de%20c%C3%A1tedra-.pdf)
36. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999) *“Ley N.º 153- Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires”*.
37. Ley N° 6.133 *“Centros de Salud y Acción Comunitaria”*. (2018). Recuperada de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley6133.html>



38. Ley N° 17.132 *“Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”*. Sancionada el 24/01/1967. Promulgada el 24/01/67. Poder legislativo Nacional. Jurisdicción nacional Argentina. Publicada en Boletín Oficial el 31/01/67.
39. Lemus, J. (2016) *“Cobertura Universal de Salud”*. Rev. Argent Salud Pública. Vol. 7, N.º 27, pp. 33-39. Recuperado de: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen27/33-39.pdf>
40. Macinko, J.; Montenegro, H.; Nebot Adell, C.; Etienne, C. (2007) *“La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”*. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 21, N°2-3, pp. 73-84. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/es>
41. Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación. (2005) *“Políticas de salud”* Módulo 5. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo\\_5\\_politicas-salud.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf) (10:30ha. 17-06-19)
42. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (2017) *“Plan de salud 2016-2030”*. Recuperado de: <http://lista10.com.ar/site/wp-content/uploads/2017/11/Plan-del-Ministerio-de-Salud-2030-digital.pdf>
43. Morrison, R.; Olivares., D; Vidal, D. (2011) *“La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación”*. Revista chilena de Terapia Ocupacional, Vol. 11, N°2, pp. 102-119. Recuperado de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO>
44. Muntaabski, G; Chera, S; Daverio, D; Duré, I. (s.f.) *“El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”*. Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/825\\_rol\\_psicologo/material/descargas/unidad%201/optativa/plan\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad%201/optativa/plan_atencion_primaria.pdf)
45. Nabergoi, M.; Bottinelli, M. M. (2007) *“Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisión de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad”*. Psicología social, política y comunitaria. Anuario de investigaciones. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de:



- [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100015](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100015)
46. Nabergoi, M; Rossi, L; Albino; A. F, y otras (2019) *“Tradiciones de Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina”*. Artículo de Revista Argentina de Terapia Ocupacional. Año 5, N° 2. Buenos Aires, Argentina
  47. OMS- OPS (2005) *“Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo)”*. 46° Consejo directivo- 57° Sesión de comité regional. Washington, D.C., EUA.
  48. OMS- OPS (2014) *“Estrategias para el acceso universal de y la cobertura universal de salud”*. 53° Consejo Directivo OPS. Washington D.C., EUA.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/UHC-consultas-CD53-Spanish-2014.pdf>
  49. OMS- OPS, UNICEF (1978) *“Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”*. Alma-Ata, URSS.
  50. Organización Mundial de la Salud (1986) *“Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”*, Ottawa, Canadá. Recuperada de:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
  51. Organización Panamericana de la Salud (2008) *“Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”*. Washington, D. C. Recuperado de:  
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias Desarrollo Equipos APS.pdf>
  52. Organización Panamericana de la Salud (2007) *“Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS”*. Washington, D. C. Recuperado de:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf>
  53. Paganizzi, L., (2015) *“TO en Comunidad - Comunidad en TO”*. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Paraná, Argentina. Recuperado de:  
<http://www.cotoer.com.ar/imagenes/documentos/IXCONGRESOARGENTINOTO.pdf>



54. Palacios Tolvett, M.; Pino Moran, J. (2016) *“Reconstrucción del sentido de comunidad y ocupaciones colectivas: experiencia de transformación de prácticas de salud primaria rural”*. Terapia Ocupacional desde el Sur. Ed. USACH. Santiago de Chile. Sección 3, pp. 415-432. Recuperado de: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf)
55. Pellegrini, M. (2014) *“Terapia Ocupacional en el trabajo de salud comunitaria”*. Artículo de un blog. Recuperado de: <http://toyrehabilitacionbasadaencomunidad.blogspot.com/2014/06/terapia-ocupacional-en-el-trabajo-de.html> (18/04/2019- 18:45hs).
56. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011) *“El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”*. 1° ed. - Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>
57. Rosas Prieto, A. M.; Narciso Zarate, V.; Cuba Fuentes, M. S. (2013) *“Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar”*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>
58. Rovere, M. (2004) *“La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto”*. En La Esquina del Sur. Recuperado de: [http://www.elagora.org.ar/site/documentos/la\\_esquina\\_del\\_sur\\_05.02%20ilustrada.pdf](http://www.elagora.org.ar/site/documentos/la_esquina_del_sur_05.02%20ilustrada.pdf)
59. Rovere, M. (2016) *“El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estrategias y opacidades”*. En Revista Debate Público. Recuperado de: <http://horizontesdelsur.com.ar/el-sistema-de-salud-en-argentina-como-campo-tensiones-estrategias-y-opacidades/?fbclid=IwAR0zp5qYmR68ADW0GcXt9ztMsSn41bj4L2tMCEiqkxEcpNSyx4ILTIEL-9o>
60. Rubio, J.; Varas, J. (2004) *“El análisis de la realidad en la intervención social”*. Biblioteca UNLA. Buenos Aires, Argentina.
61. Samaja, J.A. (2002) *“Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica”*. Ed. Eudeba Universitaria de Buenos Aires. Parte I, III y IV. Buenos Aires, Argentina.



62. Sanz Victoria, S. (2016) *“Pasos hacia una Terapia Ocupacional de base comunitaria. Una aproximación conceptual al enfoque comunitario en la disciplina”*. Terapia Ocupacional desde el sur. Ed. USACH. Santiago de Chile. Sección 2, pp. 225-244. Recuperado de: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf)
63. Sluzki, C (1996) *“La red social, frontera de la práctica sistémica”*. Editorial Gedisa.
64. Starfield B. (2004) *“Atención EQUIPOS MATRICIALES DE REFERENCIA Y APOYO ESPECIALIZADO: UN ENSAYO SOBRE REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD Gastón Wagner de Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías”*. 2° ed. Madrid, España.
65. Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (s.f.) *“Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina”*. Artículo. Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
66. Testa, M. (1997) *“Atención ¿primaria o primitiva? de salud”*. Pensar en salud. pp. 171-176.
67. Tobar, F (2012) *“Breve historia del sistema argentino de salud”* Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal. La Editorial La Ley. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf>
68. Tobar, F; Montiel, L; et al. (2006) *“Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina: Diagnósticos y desafíos”*. Informe de Investigaciones. Buenos Aires. Recuperado de: [https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la\\_red\\_publica.pdf](https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la_red_publica.pdf)
69. Trujillo Rojas, A. (2002) *“Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia”*. Universidad Nacional de Colombia.
70. Vega, M. C. (2007) *“La estrategia de atención primaria de la salud como objeto de estudio de terapia ocupacional”*. Revista Ocupación Humana, Vol. 12, N° 1 y 2, 27-29. Recuperado de: <https://www.latinjournal.org/index.php/roh/article/download/96/59>
71. Villar Aguirre, M. (2011) *“Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención”*. Acta Médica Peruana. Artículo 28/4., p. 237.



72. Weisbrot, M. (2014) *“Actualización: Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud”*, Evidencia. Vol. 17, N°3, pp. 100-103 Recupera de: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/4e1491d9117f057605bd8e034e48ffa2.pdf>
73. Wilcock, A. A. (2011) *“Reflexiones acerca de hacer, ser y llegar a ser”*. Documentos históricos de Terapia Ocupacional. Adelaida, Australia. Vol. 8, N° 14, pp. 1-30. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia2.pdf>
74. Wilner, A; Stolkiner, A. (2007) *“Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS. Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina”*. Recuperado de: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Concepcion/pdf/anteriores/APS%20y%20Derecho.pdf>
75. Ynoub, R. *“Sobre modelos, conjeturas y predicciones en el proceso de la investigación”* Material de Cátedra, UBA-UNMdP - UNNE. Parte III.

### **Consultas Web**

- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (2019). <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos> (11:48 ha. 17-06-19)
- [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo\\_9\\_salud-redes.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo_9_salud-redes.pdf)
- [www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Argentina/plan-federal-de-sld-2010-2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Argentina/plan-federal-de-sld-2010-2016.pdf)