



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

**“La conformación de equipos y el trabajo interdisciplinario, apuestas en
salud pública”**

Autor: Rocío D'Alesio, D-5078/4

Docente Graduado: Benitez, Paola.

-2017-

Agradecimientos

Agradezco a las instituciones de Salud Pública de Marcos Juárez por abrirme las puertas. Y especialmente a los/as trabajadores/as, que en los encuentros y desencuentros me permitieron reflexionar el quehacer Psi en la experiencia “Prácticas Profesionales Supervisadas”.

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Sistema de Salud en Argentina.....	5
Lugares donde transité mi experiencia	5
Sobre las prácticas profesionales supervisadas.....	6
Políticas de salud y modelos de atención	9
Interdisciplina y salud mental	11
Reflexiones finales.....	13
Referencias bibliográficas	16

Resumen

Este trabajo es producto de los interrogantes que emergieron durante el tránsito de la práctica profesional supervisada en el año 2016.

La pregunta por los modos de atención que brindan los/as Psicólogos/as en los centros de atención primaria y el hospital general de Marcos Juárez, se tradujo en ejes que guiaron este proyecto: procesos de atención en APS. Conformación y modalidades de equipos de trabajo. Construcción del proceso interdisciplinario.

Se visibilizan dos modelos de atención diferentes en el Hospital y en los Centros de Atención Primaria de Salud.

En el Hospital se tiende a la construcción de equipo y a crear prácticas interdisciplinarias, por lo que las modalidades de atención se acerca al modelo de salud mental comunitario.

En los Centros de Atención Primaria nos encontramos principalmente con prácticas monodisciplinarias, no hay espacio formalizado de reunión entre los trabajadores de diferentes disciplinas, por lo que las modalidades de atención se acercan a un modelo asistencial.

¿Por qué suceden diferentes modalidades de atención, en los distintos niveles de APS, en una misma ciudad?

Hay tres cuestiones que se esgrimen a partir del recorrido. El Hospital a diferencia de los Centros de Salud cuenta con trabajadores/as con contratos es decir, mejores condiciones laborales. Hay una persona legalizada por el equipo como coordinador que realiza funciones de gestión. Los integrantes del equipo de salud mental coinciden en procesos de formación acorde a las legislaciones que enmarcan las prácticas de salud mental.

Palabras claves: Atención Primaria, Interdisciplina, Salud Mental, Conformación de equipos.

Introducción

El presente trabajo es producto de las vivencias, reflexiones e interrogaciones de la experiencia “práctica profesional supervisada”.

Mencionada experiencia la lleve a cabo en dos Centros de Atención Primaria de la Salud del sector sur de la ciudad de Marcos Juárez. Ambos pertenecen al sistema público de salud, sustentado económicamente por la Municipalidad de mi ciudad, con la ayuda del programa REMEDIAR de la nación que provee medicamentos y el programa SUMAR de la provincia de Córdoba que suministra los insumos necesarios, tales como camillas, gasas, etc.

También obtuve la posibilidad de realizar observaciones en el Área de Salud Mental del Hospital General de Marcos Juárez. Nombrada institución conforma la red de hospitales públicos provinciales de Córdoba, constituyendo el primer nivel de complejidad de la provincia.

Comenzaré por conceptualizar qué es la Atención Primaria de la Salud, ya que fue el campo de la salud donde realicé mi práctica profesional.

La Organización Mundial de la Salud define a la atención primaria de la salud como **“la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y un país pueda soportar.”**(OMS, 1978, p.1)

Los Centros de Atención Primaria de la Salud conforman el primer nivel de atención en salud es decir, que los centros de atención primaria de la salud constituyen la puerta de entrada para que toda persona, miembro de la comunidad, acceda al sistema de salud. El hospital general en cambio, se sitúa dentro del segundo nivel de atención en salud, ya que tiene la capacidad de realizar internaciones y brinda -además de atención primaria-atención especializada como lo es traumatología, cirugía general, etc.

Asimismo, la atención primaria de la salud, **“es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud”.** (OMS, 1978, p.12)

Se proponía objetivos sociales tales como: el mejoramiento de la calidad de vida y el alcance de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos. Sugiere la participación de la comunidad para la obtención de mencionados objetivos, contribuyendo al desarrollo social y económico.

A partir del año 1993, siguiendo a Asa Cristina Laurell (1994), con el informe invertir del Banco Mundial, se produce un reajuste del gasto social público donde la salud no quedó exenta. Se propone una APS selectiva, la cual selecciona y focaliza la atención en salud a grupos vulnerables en situación de pobreza. Es decir, que el estado solo se hace cargo de **“algunas acciones de salud pública”**, mientras que parte de la población -que puede acceder económicamente- acude al sector privado para atender sus problemas de salud. Además Laurell (1994) afirma que esto conllevó a que se generen organismos no lucrativos como las ONG's que concierne a la población de bajos recursos, donde luego fueron financiadas por el gobierno por encargarle tareas gubernamentales. Sin embargo, era evidente la intención de la época de desinstitucionalizar a la salud.

Se comienza a promover un enfoque selectivo-asistencialista sobre la salud, dejando de ser un derecho social, para ser ubicada -a partir del auge del neoliberalismo- en el sector privado.

Siguiendo a José Luis Zeballos (2003), la crisis financiera del Estado argentino a lo largo de 2001 derivó a que, a partir del crecimiento de la desocupación y el quebrantamiento de las condiciones de vida, Argentina se declare en emergencia sanitaria.

Fue así como el funcionamiento de los servicios públicos de salud, se vieron requeridos y sobrepasados en su capacidad de respuesta tras el resquebrajamiento de muchas de las instituciones encargadas de asegurar la salud de la población.

A partir de aquí la atención comenzó a sufrir diferentes cambios. La salud comenzó a descentralizarse, es decir, que los servicios de atención pertenecientes al estado eran trasladados a provincias municipios y/o comunas.

En la Renovación de la APS en las Américas (2007) se propone lo siguiente: reconocer la importancia de la promoción de la equidad en salud, reorganizar los sistemas de salud para una atención universal-integrada, dar respuesta a las necesidades de salud de la población a partir de la participación e intersectorialidad requiriendo mayor énfasis en la promoción y prevención de la salud.

Al respecto, Emiliano Galende plantea:

La respuesta a los problemas de la salud no puede venir solamente del sistema sanitario, sino que requiere la intervención de dominios sociales, culturales y económicos. (...) el principio de integralidad en las acciones de salud que propugna la APS surge de la comprobación efectiva de que la realidad de las enfermedades es integral y compleja.

(Galende, E., 1990, pág.218)

La OPS (2008) plantea que los equipos son una unidad básica de trabajo, definiéndolos como ***“una forma particular de organización del trabajo”*** (OPS, 2008, pág.10). Es decir, es necesario que haya objetivos en común, no siendo la mera suma de las personas físicas y de actividades, entre otras. Entre los profesionales se deben establecer vínculos funcionales basándose en la división del trabajo y de las responsabilidades según las capacidades técnicas de cada uno. Todo esto generando un nuevo modelo de atención: el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria para lograr una atención integral. Hablando de una forma particular de organización se entiende que no hay un modelo universal de equipos, sino que se conformaran acorde a las necesidades de la comunidad y los individuos.

Al término del año 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 marcando un hito histórico. La misma, define a la salud mental como ***“un proceso que se encuentra determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos; cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a los derechos humanos y sociales de toda persona”*** (2010, cap. II art. 3). Además, se reconoce al sujeto como sujeto de derecho a acceder a la atención en salud mental en hospitales generales y/o atención primaria. Promoviendo la interdisciplinariedad en equipos de salud, evitando las internaciones involuntarias en hospitales monovalentes.

El trabajo interdisciplinario es uno de los cimientos más importante dentro de la atención en salud. Permite la relación de diferentes miradas y enfoques teóricos-prácticos de las distintas especialidades que conforman la APS ante los complejos tejidos que conforman actualmente las problemáticas sociales.

A partir de lo expuesto y la experiencia “práctica profesional supervisada” se produjeron interrogantes: ¿Qué sucede actualmente con los lineamientos establecidos de una APS integral? ¿Cómo se llevan a cabo los procesos de atención? ¿Qué sucede con el proceso interdisciplinario? ¿Cuál es el oficio del psicólogo en este contexto? ¿Qué tipo de atención es posible?

Consiguientemente el trabajo va a tener los siguientes ejes de análisis en el desarrollo de este trabajo: A) Procesos de atención en APS, dirigidos a los principales problemas de la comunidad. Proporcionando y promoviendo servicios curativos, preventivos y rehabilitadores. B) Conformación y modalidades de equipos de trabajo, como la construcción de inter-saberes y formulación de programas para el cumplimiento de los objetivos. C) Construcción del proceso interdisciplinario, como la articulación de los saberes de diferentes disciplinas para el abordaje de problemáticas complejas.

*La utopía está en el horizonte.
Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte
se corre diez pasos más allá.
¿Entonces para qué sirve la utopía?
Para eso, sirve para caminar. Galeano*

Sistema de Salud en Argentina

Haciendo una breve reseña histórica, el contexto de surgimiento de la sociedad moderna se encuentra determinado por la instauración del estado, el desarrollo del capitalismo y los procesos de urbanización y secularización. Esto generó diversos inconvenientes de los cuales, el sistema de salud en Argentina, no quedó exento.

Con la caída de los ideales de una Atención Primaria de la Salud integral, a partir de la expansión del sector privado beneficiado por el creciente mercado, el sistema de salud argentino quedó fragmentado. Es decir, dividido en tres subsectores: el sector público (hospitales, centros de atención primaria nacionales, provinciales y municipales) seguridad social (obras sociales) y el sector privado (medicina prepaga, prestadores, profesionales independientes).

El sistema de salud argentino transitó por diferentes cambios políticos que se reflejaron en sus acciones en salud. Desde 1893 a 1930 se delineó un estado liberal tradicional, en donde aquellos que podían acceder económicamente a la atención lo hacían a través del sector privado y los hospitales públicos eran utilizados por los sectores de la comunidad que se encontraban en situación de vulnerabilidad. Desde 1946 a 1955 tuvo lugar el periodo de un estado social, es decir, fue marcada de la presencia del estado como regulador del sector con una fuerte expansión de la salud pública. Desde 1955 a 1976 con el estado desarrollista se detiene el progreso en el sector público, descentralizando la salud. Desde 1976 en adelante se organiza el estado neoliberal consolidándose en los 90, donde se promueve la expansión del sector privado.

Todo el sistema de salud constituye un modelo de organización y de financiación para poder brindar atención a todos sus usuarios. Existen también diversos objetivos que componen al sistema de salud. Entre ellos la universalidad (expandir la cobertura a toda la población), satisfacción (conformidad de los usuarios) y equidad (niveles homogéneos de atención). (Fidalgo, 2008)

Por otro lado, según esta autora, resulta acertado reconocer que dentro del sistema de salud existen diferentes modalidades de atención. Entre ellas: el rol prestador y financiador (pueden ser utilizados tanto por el sector público o privado) y el rol regulador que le concierne exclusivamente al estado. En Argentina nos encontramos con un modelo mixto de salud.

“Los modelos ideales”, siguiendo a Fidalgo (2008), se pueden dividir de la siguiente manera: modelo universal (universalidad en el acceso a la atención, el estado cobra un rol protagónico como regulador y garantizador del derecho a la salud), seguro social (el sistema de la obras sociales), seguros privados (el estado no interviene) y por último, el asistencialismo (se focalizan intervenciones en grupos vulnerables).

Lugares donde transité mi experiencia

Marcos Juárez cuenta con cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud ubicados en diferentes barrios de la ciudad y un Hospital General provincial situado en el centro.

En julio de 1919, en una reunión de un grupo de vecinos, surge la idea de realizar un hospital o sala de primeros auxilios. Es así que a partir de la donación de terrenos por parte de una familia de la ciudad se pone en marcha, el 28 de mayo de 1920, la construcción del mismo. A este proyecto se le dio el nombre de “Hospital Dr. Abel Ayerza” en honor a un prestigioso médico, cuyos familiares radicados en la zona realizaron numerosas donaciones que hicieron posible su funcionamiento.

Finalmente el Hospital quedó inaugurado el 1 de junio de 1924, nombrando como primer director al Dr. Félix Sanmartino.

Por otro lado, los Centros de Atención Primaria en los que lleve a cabo mi práctica, tienen la característica que fueron creados en contextos históricos muy diversos. El primero de ellos fue creado en 1964 por el gobernador de la provincia de ese momento, a través de un plan inaugural en toda la provincia de los conocidos “dispensarios gota de leche”. La atención estaba delineada por un modelo universal, toda la población tenía acceso y se disponía de la entrega de leche a toda persona que asistía. Además existía un “club de madres” que generaban acciones comunitarias y contaban con un ropero comunitario, contribuyendo a una gran tarea social. En el año 2000, este dispensario es entregado a la municipalidad de mi ciudad, creando conjuntamente, tres centros más de atención primaria distribuidos en diferentes puntos de la ciudad. El último de ellos –al cual también asistí- fue creado en el año 2001.

Siguiendo a José Luis Zeballos (2003), la crisis financiera del Estado argentino a lo largo de 2001, que derivó en la barrera fiscal del acceso al dinero depositado en los bancos y la virtual confiscación de los mismos, denominada “corralito financiero”; sumado a esto el crecimiento de la desocupación y el quebrantamiento de las condiciones de vida, dio como resultado una Argentina que se declaró en emergencia sanitaria.

Esto resonó sobre el funcionamiento de los servicios públicos de salud, que se vieron requeridos y sobrepasados en su capacidad de respuesta por el resquebrajamiento de muchas de las instituciones encargadas de asegurar la salud de la población.

A partir de aquí la atención comenzó a sufrir diferentes cambios. La salud comenzó a descentralizarse, es decir, que los servicios de atención pertenecientes al estado eran trasladados a provincias municipios y/o comunas. En este contexto podemos situar la inauguración de los últimos centros de atención primaria de la salud de la ciudad.

La interrogación que guía este proyecto es: ¿Qué tipo de atención se brinda hoy desde los centros de atención primaria?

Antes de comenzar con mi experiencia de la práctica profesional, previamente, había realizado un trabajo de campo sobre el rol del psicólogo en las APS. Las Prácticas Profesionales Supervisadas dieron paso a generarme otras preguntas que ubique al principio, sobre el trabajo del psicólogo, interdisciplina y qué atención se brinda en los efectores donde lleve a cabo mi práctica y el hospital. Cabe aclarar que mencionadas prácticas fueron realizadas en conjunto con una compañera, cuyo grupo fue constituido por la cátedra Práctica Profesional Supervisada.

Al comienzo de la práctica, las psicólogas de los Centros de Atención Primaria, se mostraron predispuestas a recibirnos. Si bien era notable la existencia de cierta tensión entre la institución y los lineamientos sostenidos por la cátedra que supervisaba la experiencia, las profesionales del lugar junto al secretario de salud municipal nos ofrecieron diversas propuestas para enriquecer nuestra formación.

Los primeros pedidos por parte del personal de salud mental fue el de armar un taller en la sala de espera para educar a la población del barrio sobre cómo y dónde debían arrojar la basura. Sin embargo, esto no prosperó porque en realidad esto no era vivenciado como un problema para las personas que vivían en el barrio. Esto dio lugar a que desde la sala de espera pueda observar el funcionamiento de la institución.

En este punto me parece pertinente hacer una autocrítica sobre la práctica. Al principio – como dije anteriormente- las psicólogas se mostraron predispuestas a abrirnos todas las posibilidades para que nuestra práctica sea lo más fructífera posible, pero en el transcurso de la misma las posibilidades de comunicación y los vínculos con las psicólogas se fueron debilitando.

A posteriori de haber realizado las Prácticas Profesionales Supervisadas, visibilicé que existe una distancia entre las prácticas llevadas a cabo en los efectores y las lecturas realizadas en el trayecto de la carrera de cómo deberían ser esas prácticas. Es allí donde se tiende a prejuzgar el trabajo sin poder entender las condiciones en donde se desarrollan las prácticas de los trabajadores. Esos prejuicios fueron enunciados por nosotras –practicantes- a partir de diferentes propuestas realizadas por las psicólogas.

Por lo tanto, se puede entender que las profesionales se han sentido cuestionadas en su posición de trabajo. Se puede pensar además, que esto influyó a la hora de elaborar lazos de confianza dentro de la institución, provocando que en algún punto se nos segregue sin poder generar un espacio posible para realizar la práctica.

No obstante nos permitieron continuar realizando la experiencia.

Realizamos con mi compañera una propuesta de trabajo para la sala de espera que fue aceptada por los trabajadores. Construimos un espacio de juego, una ludoteca. En donde no solo fui reflexionando sobre el valor del juego en la constitución subjetiva del niño, sino que también pude ir comprendiendo las condiciones en las que los integrantes de la institución realizaban sus prácticas.

Una de las situaciones más significativas que observe, donde aparece la discordancia evidente entre las psicólogas y nosotras, fue la de un niño de siete años.

El pequeño, esperando por su atención pediátrica en el centro de atención primaria, participó de los juegos propuestos en la ludoteca. Observamos con mi compañera que -a partir de la destrucción de los elementos del juego- no había registros por parte del niño de las prohibiciones y reglas del juego, surgiéndonos así el interrogante de qué le podría estar sucediendo a ese niño.

A partir de mencionado desacuerdo con el área de psicología, decidimos comentarle al pediatra lo sucedido a manera de restablecer cierto vínculo con las psicólogas y así trabajar juntos el caso. Apostando al trabajo interdisciplinario.

El pediatra no le dio lugar a nuestro pedido y argumentó que ya intentó generar un espacio de reunión, pero los horarios son escasos. Mencionó que cuando podían “charlaban” en la cocina o en los pasillos del centro de salud.

Respecto a la situación del niño comentó que estaba al tanto de las dificultades, ya que en otros momentos el niño asistió a consulta por forúnculos en su espalda, lo que hablaba de la falta de aseo y cuidado de su cuerpo. Según lo que nos informa, no era la primera vez que sucedía esto con ese niño y que sus hermanos también se encontraban en una situación compleja de pocos cuidados. Intentó comunicar lo sucedido en el área de asistencia social del municipio sin obtener respuestas. Era evidente que la situación lo angustiaba.

Si bien el pediatra no pudo concretar el proceso interdisciplinario con psicología, al menos se visibiliza un intento de derivación de la situación para que la tome un trabajador social, pero no fue escuchado. Se puede inferir que el modelo médico hegemónico sigue manifestándose en las prácticas monodisciplinarias, es decir: imposibilitando la existencia de un coordinador que gestione espacios formalizados de reunión para la apuesta a construir procesos interdisciplinarios.

Eduardo Menéndez (2014) sostiene que las principales características estructurales del Modelo Médico Hegemónico son su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas.

Por lo tanto, los profesionales de la salud reproducen el modelo asistencial en la atención primaria de la salud, ya que cuando hacemos referencia al modelo médico hegemónico aludimos a un paradigma que prima en los modos actuales de atención.

Siguiendo a Gastao W. de Souza Campos (2001) podríamos decir que: los profesionales dentro de las diferentes gestiones dentro del sistema de salud son el producto de las relaciones en las que se encuentran envueltos dentro de dicho sistema. Pero al mismo tiempo son productores del sistema, son sujetos y objetos al mismo tiempo. Alienados

por la maquinaria social ya que son producto del mercado, objeto de políticas gubernamentales y de saberes estructurados de las diferentes disciplinas.

Alicia Stolkiner (1987) plantea que en la década del 80 ya se había evidenciado que el padecimiento subjetivo no era abordable desde una disciplina específica, por lo tanto no se podía responder a estos desde las explicaciones mono y multi causales propias del paradigma hegemónico positivista. Al fragilizar la inclusión de los actores del sector salud se obstaculizo el abordaje interdisciplinario ya que este requiere de un contexto que tienda a la integración.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos plantean actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, A., 1987, pág.313)

(...) hablar de interdisciplina significa situarse en un paradigma post positivista (...) interdiscipliniedad es un posicionamiento, no una teoría univoca. Ese posicionamiento obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas. La actividad interdisciplinaria se inscribe en la inscripción cooperativa de los sujetos. (Stolkiner, A., 2005, pág. 5)

Por otro lado, se observa la gran demanda de atención psicológica por parte de la comunidad, pero los profesionales del centro de salud cuentan con poco tiempo para atenderlos, quedando la demanda muchas veces sin atención. En este caso propusimos con mi compañera generar un comité de admisión para atender el pedido y orientarlo en el caso que la institución se encuentre sin turnos. La propuesta no prosperó porque las profesionales plantearon que no entendían como se iban a trabajar las relaciones paciente-profesional es decir, las cuestiones transferenciales.

Las psicólogas daban por supuesto que cuando un sujeto realizaba las primeras entrevistas de admisión, ya se instalaba la transferencia. De manera tal, que entreveían de manera engorrosa las cuestiones transferenciales para su posterior derivación o indicación terapéutica.

A diferencia de los Centros de Atención Primaria, el Hospital General, cuenta con un equipo de profesionales en salud mental, conformado por un psiquiatra (coordinador), cuatro psicólogas y una asistente social.

Además, forman parte de una junta de discapacidad junto a un neurólogo del hospital y un medico clínico.

En conjunto llevan a cabo el comité admisión, donde se orienta y se le da curso a las demandas que llegan por parte de los miembros de la comunidad y del departamento Marcos Juárez. También, se coordinan talleres comunitarios para la comunidad en general donde participan sujetos con diferentes dificultades, ya sea que estén en tratamiento por depresión, psicosis, con problemas de adicción o bien, que simplemente quieran participar. También cuentan con un taller para adolescentes con diferentes problemáticas. La idea de estos talleres es ofrecer un espacio de reflexiones compartidas a partir de las diversas preocupaciones que afectan a los participantes.

Por lo tanto podemos preguntarnos ¿Qué sucede en el hospital que da respuesta a las demandas que llegan?

Rosana Onocko (2007) y Gaston S. Campos (2001) sostienen que el objetivo de una institución de salud es producir salud, generando espacios de subjetivación grupal para que surja algo del orden de la satisfacción personal. Pero para ello se necesita de un coordinador que se encargue de generar procesos permanentes de institucionalización.

Asimismo, las formas que va adquiriendo esa gestión, condiciona la conformación de los equipos y la atención con los usuarios.

Gastao Wagner de Sousa Campos (2001) sostiene que las políticas de salud y modelos de atención resultan de la combinación entre prácticas cualitativas y cuantitativas. En este punto identifica cuatro modos de producir salud.

El primero de ellos es *producción social de salud* en donde los cambios económicos y sociales producen patrones saludables de existencia. En segundo lugar encontramos la *salud colectiva*, donde por medio de la vigilancia a la salud y una acción específica de los profesionales de la salud, a través de la promoción y prevención de la salud se evitan enfermedades. Por otro lado, la clínica y la rehabilitación que a partir de la asistencia producen salud, aun cuando se trate de sujetos aislados. Por último, la atención en urgencia y emergencia en donde a partir de modelos de intervención se intenta evitar la muerte y el sufrimiento.

Pero, ¿Qué sucede con la gestión? Rosana Onocko Campos plantea:

Los espacios organizacionales e institucionales, una serie de precios que pagamos nosotros, humanos, para tener vida social. De este modo, el control, la dominación, el narcisismo de las pequeñas diferencias, etc., florecen con espantosa frecuencia en esos espacios, y nos olvidamos de “para qué” llegaron a existir. (Onocko Campos, R., 2002, p.3)

Se disciernen diferentes tipos de gestión en salud. Por un lado la gestión clásica que trabaja bajo la dimensión de administrar. La administración como gestión sobre las acciones de los otros. Este tipo de acción se encuentra potentemente ligada al ejercicio del poder.

Esta perspectiva de la gestión supone producción. La gestión ha sido un método de control por excelencia, con el interés de aumentar la producción, plus valía y de reproducción del status quo.

El pensamiento administrativo no cesa de ingeniar métodos gerenciales para enmarcar a los trabajadores como poco productivos o alienados. La teoría general de la administración o taylorismo se confiere el ejercicio de gestionar personas como si fueran cosas, objetos despojados de subjetividad. Intenta disciplinar al trabajador de la salud, lo domestica tratando de moldear su subjetividad. Es decir, que producen subjetividades según las lógicas dominantes.

Por otro lado, se proponen ideas auto-gestionarias como alternativa al modelo administrativo.

En un mundo en el cual todos se auto-gestionaran ya no habría necesidad de gestores, ni de una disciplina que les diese anclaje. ¿Y cuándo y cómo llegaríamos al paraíso autogestionado? Pensamos que la auto-gestión es un u-topos (un no lugar, utopía). Ubicar la autogestión en un lugar y en un tiempo, la haría fatalmente ser topos y así, caer en grados de co-gestión, pues, en el instante de su institución ella ya no podría más ser pura auto-gestión. Y entonces, ¿renunciamos a la auto-gestión?. No, la mantenemos utópica, allá, como un objetivo intangible pero siempre buscado. Y así ella produce. Produce búsqueda, movimiento, desestabilización de lo instituido. (Onocko Campos, R., 2002)

Se pueden visualizar, siguiendo a Onocko (2007), diferentes formas de gestionar que taponan la posibilidad de los equipos de producir procesos. ***“Muchas veces reconocemos en las organizaciones perfiles de gerente estereotipados: el omiso (uno más del equipo, sin diferencias), el autoritario (el que tiene más saber técnico, el que tiene más poder, etc.), el protector (protege a su equipo de todo, hasta de la realidad)”***. (Onocko R., 2002, p.7)

Una cuestión importante que resonó en los últimos días en la ciudad, fue el pedido -que involucra a parte de la población- de internación de un hombre que circula por las calles de Marcos Juárez. El psiquiatra del Hospital, coordinador del área de salud mental, afirmó que el hombre sufre de esquizofrenia pero que no reviste ningún tipo de peligro

para la sociedad. Además agregó que momentáneamente está vivenciando una situación de exclusión de su hogar, motivo por el cual se encuentra en la calle.

El compromiso y también la influencia de la formación de los profesionales del Hospital, hizo que se elevaran treinta informes al gobierno de la provincia justificando porque este sujeto no debería ser internado. Logrando, luego de varias amenazas por parte de los jueces del fuero judicial, una convocante reunión de diferentes profesionales (psiquiatras, asistentes sociales, jueces, abogados, autoridades municipales, etc.) en tribunales. Allí surgió la resolución de que su presencia en las calles no revestía peligrosidad. Entendiendo la exclusión que está sufriendo por parte de su familia, generando con el apoyo del área de asistencia social de la municipalidad, la posibilidad de la construcción de un hogar para el sujeto en cuestión en un terreno que es de su propiedad.

En este encuentro surgió un pedido muy especial por parte del área de salud mental del hospital dirigido a la APS de la ciudad. El mismo consistió en que los Centros de Atención Primaria respondan acorde a la Ley Nacional de Salud Mental, ya que el hospital atiende a todas las demandas de atención psiquiátrica de la región cuando en parte también le corresponde a los CAPS.

Del mismo modo sucede con el programa municipal de prevención de las adicciones. Este programa surge en el año 2014 a partir de diferentes instituciones privadas que se estaban instalando en la ciudad. Entonces el municipio se vio convocado a crear un programa de orden público.

El programa funciona de manera específica, es decir, está dirigido a escuelas cuando ya constataron que hay algún integrante de la misma que consume alguna sustancia ilegal. Como así también hacen tareas de prevención en días específicos, como es el día del estudiante, día del amigo, etc.

Sin embargo, el hospital también recibe la mayoría de las demandas de atención sobre las adicciones, otorgando otro tipo de atención.

Un caso paradigmático de ello que observe en el hospital, fue el de un adolescente de 19 años con problemas de consumo. Manifestó que “jalaba” aguarrás y nafta. El equipo de salud mental responde a la demanda y el psiquiatra lo integra a los diferentes talleres que se realizan en el hospital. En el caso que él manifieste la necesidad de hablar con el psiquiatra o las psicólogas, se le brinda el espacio para hacerlo.

Se puede inferir que en vez de orientar la problemática por el síntoma, se generan otros espacios de escucha y participación colectiva para su restitución.

Podemos pesquisar diferentes modelos de atención frente a esta problemática en ambas instituciones.

Siguiendo a Cohen y Natella (1995) se pueden situar dos modelos de atención. Por un lado el modelo tradicional donde el enfoque es asistencialista e individual, es decir que se trabaja para y sobre el paciente. La atención se lleva a cabo en un ámbito cerrado psicologizando la práctica. El paciente no participa de las decisiones en su tratamiento, por lo tanto se le otorga un rol totalmente pasivo.

Por otro lado, el modelo de salud mental comunitario, en donde el enfoque es promocional comunitario y de trabajo en equipo. Se integra a la familia y vínculos dentro de la problemática del paciente. Se trabaja con el paciente y el ambiente que lo rodea, otorgándole un protagonismo dentro del proceso de curación. Las internaciones son preferentemente domiciliarias, en caso que se requiera internación en un hospital debe ser en un hospital general en un lapso breve de tiempo.

Podemos inferir que, tanto en los Centros de Atención Primaria como en el Equipo de Salud Mental del Hospital, se observa una yuxtaposición de modelos de atención. De las cuales, en una domina más el modelo asistencial-gerencial sobre el comunitario y en otra se visualizan lineamientos de un modelo comunitario de salud mental sobre el asistencial.

Se observa además, que los Centros de Atención Primaria, la atención se basa en administrar turnos para una atención individual, sin generar tareas de prevención y promoción social de la salud mental. Tampoco se visualiza una conformación de equipo

para las demandas más complejas, ni una estrategia para atender a las demandas que quedan por fuera de los turnos dados.

Mientras que en el Hospital -si bien se observa esta cuestión administrativa de dar turnos y atender la mayoría de gente posible en un tiempo determinado- existe una conformación de equipo con encuentros programados con un gestor que coordina y se llevan a cabo talleres comunitarios fomentando la promoción y prevención de lazos sociales. Pero podríamos preguntarnos ¿por qué esto acontece así? ¿Qué atención es posible?

Volvemos a la pregunta anterior, ¿Qué sucede en el hospital que da respuesta a las demandas que llegan?

Otros determinantes que me llevan a reflexionar sobre las modalidades de atención son: las condiciones de trabajo que se presentan en ambos efectores. Por un lado tenemos los CAPS, que al depender del municipio, el pago de sueldos está por debajo del salario mínimo y muchas veces se ha dado mercadería a los profesionales como parte de pago. En el hospital, si bien las condiciones no son más prósperas, se observa que pueden armar estrategias para brindar atención a todas las demandas que llegan.

Por otro lado, como mencionábamos anteriormente, el modelo médico hegemónico aún se encuentra impregnado en las prácticas de salud actuales, otorgándole cierto poder a las disciplinas tradicionales. Los profesionales formados desde esta perspectiva muchas veces funcionan como un obstáculo a la hora de conformar equipos de trabajos, ya que no pueden sortear las relaciones de poder que se generan.

Consiguientemente, se puede inferir que cuando no se vislumbran políticas definidas de gestión de salud, la conformación de equipos y la coordinación resultan imprescindibles para el proceso interdisciplinario.

La interdisciplina requiere un trabajo en equipo, trabajo constante y sostenido. Stolkiner dice al respecto: **“una cooperación ocasional no es interdisciplina, se requiere una actitud de cooperación recurrente.”** (Stolkiner, A., 2005, p.3)

Los equipos son una unidad básica de trabajo, es decir, es necesario que haya objetivos en común, no siendo la mera suma de las personas físicas, las actividades, entre otras. Entre los profesionales se deben establecer vínculos funcionales basándose en la división del trabajo y de las responsabilidades según las capacidades técnicas de cada uno.

Toda conformación de equipos interdisciplinarios requiere la yuxtaposición de dos prácticas. Por un lado la investigación interdisciplinaria y por el otro la configuración de equipos interdisciplinarios. Es decir, que es necesaria la articulación entre el conocimiento y la práctica, no pueden separarse.

Los equipos están conformados por profesionales que se deslizan desde los campos de las disciplinas a los de las incumbencias y perfiles profesionales. A su vez, estos se pueden insertar en servicios hospitalarios o en prácticas comunitarias.

En el ámbito comunitario puede que algunos de sus miembros no sean profesionales, puede que sean miembros que provienen del campo del arte y no de la ciencia. En las prácticas hospitalarias se tiende a des-objetivar, pasando de la interconsulta a la integración de las acciones en salud mental.

Se pueden diferenciar tres formas de trabajo en equipo:

- Equipo multidisciplinar: este equipo es un número pequeño de profesionales con habilidades complementarias, con un objetivo común y metas de desempeño para dar una respuesta integral.
- Equipo interdisciplinar: la interdisciplina se refiere a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí.
- Equipo transdisciplinar: ocurre cuando varias disciplinas interactúan por medio de la adopción de algunas disciplinas que operan como nexos analíticos.

Alicia Stolkiner sostiene que **“debemos reconocer que el núcleo de las prácticas interprofesionales es el abordaje interdisciplinario. Sucede que en ellas se conjugan dos problemas: todo grupo humano pone en juego la cuestión del poder”**. (Stolkiner, A., 2005, pág. 8)

Ana Bloj especifica que ***“la constitución del equipo implica tiempo para discutir, para construir acuerdos (...). Lo importante es, para un abordaje interdisciplinario, resolver el problema del poder que se genera entre las disciplinas y entre los miembros del equipo”***. (Bloj, A., 2013, p.4)

Podemos pensar entonces a la interdisciplina como una superación del poder que las diferentes disciplinas ejercen, generando un nuevo campo social de articulación de las mismas ante la complejidad de las diversas problemáticas.

A partir de lo desarrollado hasta el momento es importante remarcar que hoy en día en nuestro país contamos con una ley de salud mental cuyo contenido contempla los elementos que se destacan en el trabajo y fundamentalmente pensar la práctica del psicólogo en el campo de la salud. En la resolución N° 2447/85 el título del Psicólogo y Licenciado en Psicología habilita a los mismos a un campo más amplio de acción. Hoy en día, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 marca un hito en la historia de la salud en nuestro país. Esto se debe especialmente a algunos puntos paradigmáticos que constituyen un cambio radical en el hacer del psicólogo. Uno de ellos es el artículo n° 8 que promueve el trabajo interdisciplinario incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional. En el artículo n° 9 se remarca la importancia de la atención en los principios de atención primaria de la salud y orientada a la restitución y fomentación de lazos sociales, no basándose en la internación hospitalaria; siempre desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. Ambos artículos pertenecen al capítulo “modalidad de abordaje” de dicha Ley. Otro de los puntos importantes es el artículo n°13 que se encuentra en el capítulo 6 “Del equipo interdisciplinario”. Este parece aún más relevante en cuanto a la función del psicólogo ya que remarca la igualdad tanto para ocupar cargos de conducción y de gestión de las instituciones entre todos los profesionales de la salud. El hecho de contar con una definición formal común a todas las disciplinas de la salud, permite unificar los criterios y los modos de abordaje.

Reflexiones finales

Antes del comienzo de la práctica me encontré invadida por una idealización, idealización de la institución y de lo que uno puede llegar a lograr en ella, pero con el paso tiempo nos vamos corriendo de ese lugar, y nos encontramos con la realidad, con los profesionales, pacientes e intereses políticos, sociales, culturales y económicos que atraviesan a toda institución. Pero también uno se va encontrando con sí mismo, con sus conocimientos, gustos e intereses, que llevan a forjar un posicionamiento que nos determinará de aquí en adelante.

Recuerdo los primeros encuentros, con Paola, en donde era notable mi imposibilidad de desprenderme de la idealización antes mencionada. Me encontraba formateada de tal manera que no podía hacer un análisis crítico de la experiencia, no podía pensar más allá de la crítica realizada a las profesionales psicólogas que trabajaban en el centro de salud.

Sin dudas, esto intervino en la práctica ya que, como menciono en el cuerpo del trabajo, las psicólogas se sintieron prejuizadas en sus prácticas, dando como resultado que se nos excluya, sin poder construir un espacio compartido para la práctica.

Al finalizar la práctica, sentí mucha angustia. Sentí que la práctica no había sido lo suficientemente fructífera y por lo tanto sobrevino en mí un sentimiento de frustración.

Sin embargo, hoy puedo decir que la práctica ha dejado mucho en mí. La experiencia me deja un cambio en relación al trabajo, un cambio de mirada.

Puedo pensar que las instituciones no son ideales, que el trabajo es con otros sin descuidar el trabajo personal, pero no uno antes que el otro sino juntos y construyendo. Aprendí a no anticiparme, a esperar, a ser paciente y en especial que los acontecimientos pasan después de acontecer, después de un tiempo necesario pero que al mismo tiempo que se espera también se construye.

Este trabajo integrador final me permitió dar una vuelta más, junto a la docente a cargo, pudimos ir construyendo otro sentido, tejiendo el recorrido que significó mi práctica. Recuperando en mí la capacidad de análisis.

En principio llegue con la idea de trabajar el proceso interdisciplinario como utopía, atribuyendo la responsabilidad sobre los profesionales de salud mental del centro de atención primaria de la salud. Luego, a partir de la descripción de la experiencia fui analizando otras cuestiones que exceden el trabajo de cada profesional.

Como tuve la oportunidad de hacer observaciones en el hospital general de mi ciudad, me pareció pertinente hacer un análisis teniendo en cuenta ambas instituciones, a partir de los ejes establecidos: procesos de atención en APS. Conformación y modalidades de equipos de trabajo. Construcción del proceso interdisciplinario.

A partir de mencionados lineamientos y los interrogantes que surgieron de la experiencia: ¿Qué sucede actualmente con los lineamientos establecidos de una APS integral? ¿Cómo se llevan a cabo los procesos de atención? ¿Qué sucede con el proceso interdisciplinario? ¿Cuál es el oficio del psicólogo en este contexto? ¿Qué tipo de atención es posible? Pude analizar lo siguiente.

Fernando O. Ulloa (2011) nos habla de la **“cultura de la mortificación”**, en donde las instituciones se encargan de objetivar al sujeto. La mortificación como esa fatiga crónica, cansancio, sin viveza.

“existen algunos indicadores más o menos típicos de esta situación, tales como la desaparición de la valentía, que da lugar a la resignación acobardada; la merma de la inteligencia, e incluso el establecimiento de una suerte de idiotismo (...) en estas condiciones disminuye y desaparece el accionar crítico y mucho más el de la autocrítica” (Ulloa, F. , 2011, pág. 214)

Por lo tanto esto no lleva a hablar sobre las condiciones de trabajo en las que se encuentran sometidos los profesionales de la salud hoy. Ya que, condiciones de trabajo donde el sujeto-trabajador se encuentra alienado a un funcionamiento que en su mayoría no responde, afecta a su modalidad de trabajo y el sentido del mismo.

Aquí se pone en juego la cuestión de las demandas generadas por la población y las respuestas que pueden producir los profesionales de salud mental. Provocando muchas veces sentimientos de impotencia e insatisfacción, reflejándose en la atención.

Los profesionales dentro del sistema de salud son el resultado de las relaciones en las que se encuentran envueltos. Pero al mismo tiempo son productores del sistema, son sujetos y objetos al mismo tiempo. Alienados por la maquinaria social ya que son producto del mercado, objeto de políticas gubernamentales y de saberes estructurados de las diferentes disciplinas.

¿Qué practica es posible?

Fernando O. Ulloa (2011) denominaba **“recinto”**, al lugar que posibilita mejores condiciones de trabajo, alojando el conflicto a partir de pensar la práctica, otorgándole sentido, y reconociendo los límites.

Además este autor hace referencia a la ternura, como el escenario donde el sujeto hace el pasaje a la condición pulsional humana. **“Es el motor primerísimo de la cultura, y en sus gestos y suministros habrá de comenzarse a forjar el sujeto ético”**. (Ulloa, F., 2011, pág. 215)

Es decir, que toma a la ternura como defensa frente a la violencia permanente que se vive dentro de una **“encerrona trágica”** (cuando el maltrato dentro de una institución se hace arbitrario).

Por todo lo expuesto, me parece acorde introducir la importancia del trabajo en equipo entre los profesionales de la salud y la relevancia que cobra contar con un coordinador dentro de la institución.

Asimismo, la conformación de equipo se encuentra ligada a las posibilidades de que se propongan políticas de gestión en salud, pero cuando éstas no están pensadas podemos hallar lo siguiente:

En el Hospital sucede que un integrante legitimado por sus pares toma el lugar de coordinación, gestionando y produciendo en común con sus compañeros prácticas que apuntan a la integralidad. En el caso de los CAPS donde no hay quien ocupe ese lugar, no se producen espacios de reflexión de las demandas y prácticas con la población. Es decir, en los dos casos la conformación de equipo queda ligada a la voluntad de los profesionales.

El título de este trabajo es conformación de equipo y trabajo interdisciplinario ya que vislumbra en la experiencia que la conformación de equipo es una constante, es un punto de inflexión para construir prácticas interdisciplinarias.

La conformación de equipos está enlazada a las políticas, a la formación de los sujetos, a contexto e historia. Por lo cual es un proceso que se va concatenando en la experiencia de las personas que habitan cotidianamente las instituciones.

Respecto al oficio del psicólogo en salud pública reflexionamos que no se acota a la atención clínica singular. Coincidimos con la propuesta de Clínica Ampliada de Gaston S. Campos (2001), porque ampara una gama de prácticas en donde el eje es el sujeto, incluyendo su dolencia, el contexto y al propio sujeto. La clínica ampliada demanda conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad- atención, para aprender la variación, saber escuchar el caso singular, ponderando a otros profesionales, expresando dudas, incertidumbres. Por lo cual la clínica del sujeto demanda un hacer comunicativo y trabajo en equipo; y un análisis de los modos de reproducción social para construir herramientas que interroguen y superen prácticas que reproduzcan la impunidad, la naturalización de los procesos de desafiliación.

Por otro lado, no podemos dejar de aludir a los diferentes paradigmas que se juegan dentro de las instituciones y por lo tanto dentro de las modalidades de trabajo. Como sitúa Ana Bloj (2013) en las conformaciones de equipos deben sortearse cuestiones relacionadas al poder que pueden ejercer diferentes disciplinas. Esto me lleva a referenciar al modelo médico hegemónico, ya que cuando no se visualizan políticas claras en salud muy difícilmente se puedan proponer modelos alternativos integrales. Por lo tanto, muchos profesionales reproducen este paradigma a la hora de atender, excluyendo factores sociales, culturales y económicos en el proceso de un tratamiento.

Como conclusión de estas reflexiones finales y el trabajo integrador final, me parece oportuno destacar que cuando no se vislumbran políticas definidas sobre la gestión en salud, se puede decir que: es apostando a la confiabilidad entre compañeros, sin poner por encima prácticas ideales, que se pueden producir prácticas integrales agrietando lo establecido.

El hecho de que se establezcan espacios de reflexión, de debate, hace que el profesional habite un lugar diferente en la institución, revitalizándola y produciendo afiliación. Es así, como se van generando encuentros compartidos de trabajo con el otro, tejiendo y construyendo la experiencia colectivamente.

Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud*. Washington.
- Bloj, A. (17 de 07 de 2013). Interdisciplina: entre la ética y el poder. (D. I. molestia, Entrevistador)
- Cóceres, O. (2007). *Sistemas de Salud y Condiciones de Vida*. Rosario: Fac. Psicología UNR.
- Cohen, H., & Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- De Souza Campos, G. W. (2001). *Gestión en salud*. Bs. As.: Ed. Lugar.
- De Souza Campos, G. W. (2005). *Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte paideia en el trabajo en salud*. En *Salud Colectiva*, enero-abril, año/vol. 1. Lanús: Universidad Nacional de Lanús.
- De Souza Campos, G. W. (2009). *Para reconstruir el núcleo de saberes y prácticas de la salud colectiva: algunas sugerencias para el debate*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Ferrara, F. (1985). *Conceptualización del Campo de la Salud*. Buenos Aires: Ed. Catálogos.
- Fidalgo, M. M. (2008). *Adiós al Derecho a la Salud*. En: Consideraciones conceptuales acerca del "bien salud" y conformación del sistema de salud. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Galende, E. (1982). *La Crisis del Modelo Médico en Psiquiatría*. Cuadernos Médico-Sociales N° 23.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Galende, E. (2008). *La política de Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Laurell, A. C. (1994). La salud: de un derecho social a mercancía. En A. C. Laurell, *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. México: UAM-FES.
- Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 -
www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/36502
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657-
www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- OMS. (1978). *La Atención Primaria de la Salud*. Washington: OMS/OPS.
- OMS. (2008). *La Atención Primaria de Salud Más Necesaria que Nunca*. Washington: OMS.

- Onocko- S. Campos, Rosana. (2002) *La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas*. Campinas.
- Onocko- S. Campos, R. (2004). *Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria*. Spinelli. Salud colectiva. Bs. As.: Ed. Lugar.
- Onocko Campos, R. (2006). *Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. Buenos Aires: UNLa.
- Onocko- S. Campos, R. (2007). *La planificación en el laberinto*. Bs.As.: Ed. Lugar.
- OPS/OMS. (2008). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*.
- Stolkiner, A. (1994). *Tiempos Posmodernos: procesos de ajuste y salud mental*. En O. Saidón, & P. Troianovsky, *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornada Nacional de Salud Mental*. Posadas.
- Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. En D. Maceira, *Atención Primaria en Salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Stolkiner, A. (2009). *El sector salud en Argentina: ¿qué paso luego de la Reforma Liberal de los 90 y la crisis del 2001?*. En XV Conference of International Association of Health Policy.
- Ulloa, F. (2011). *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal.
- Zeballos, J. L. (2003). *Argentina: efectos sanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires.