



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS



Universidad
Nacional
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Tesis

**“La rehabilitación kinésica en Atención Primaria en Salud.
Perspectivas de un equipo y de los usuarios en un Centro de Salud
en Rosario”**

**Autora: Lic. Virginia Anghilante
Cohorte 2020**

**Directora: Mg Lilia Virginia García Sánchez
Co-director: Dr. Carlos Cagnone**

Rosario, 2 de noviembre de 2023

INDICE

1) INTRODUCCIÓN.....	6
2) OBJETIVOS.....	9
3) ESTADO DEL ARTE	9
4) MARCO TEÓRICO	11
4.1) LAS PERSPECTIVAS Y SABERES EN REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD	11
4.1.1) Perspectivas históricas en discapacidad y el derecho a la salud en rehabilitación.	11
4.1.2) La discapacidad: Cuerpo, modelo social y rehabilitación.....	13
4.1.3) La rehabilitación en Atención Primaria en Salud: perspectivas y horizontes	15
4.1.4) Perspectivas de la Atención Primaria en Salud en Rosario, Santa Fe, Argentina..	17
4.1.5) La rehabilitación en el primer nivel de atención de la ciudad de Rosario	20
4.2) LA CONSTRUCCIÓN DE ACUERDOS Y CONSENSOS EN POS DE LA TOMA DE DECISIONES	21
4.2.1) Trabajo en equipo, autonomía profesional e interdisciplina en APS	21
4.2.2) La teoría de la acción comunicativa de Habermas	23
4.3) CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	25
4.3.1) El concepto de continuidad asistencial según el modelo de Reid	25
4.4) EL IMPACTO SOCIAL PERCIBIDO DE LA TOMA DE DECISIONES EN REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	27
4.4.1) La acción social y los aportes de la teoría del reconocimiento de Honneth.....	27
4.4.2) La inclusión, la autonomía y la participación social en rehabilitación	29
4.4.3) El impacto social percibido en la calidad de vida	31
5) METODOLOGÍA.....	33
5.1) Tipo de estudio.....	33
5.2) Población y muestra.....	33
5.3) Recolección de información	34
5.4) Elaboración de categorías	35
5.5) Organización y análisis de datos.....	36
5.6) Criterios de calidad y rigor metodológico	37
5.6) Condiciones éticas	38
5) RESULTADOS	38
6.1) Perspectivas y saberes.....	38
6.2) Toma de decisiones.....	50

6.3) Continuidad asistencial	58
6.4) Impacto social	60
6) DISCUSIÓN	67
7) CONCLUSIÓN	79
8) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	88
ANEXO 1 – Guion de entrevistas a profesionales.....	88
ANEXO 1 A - Guion temático para profesionales.....	88
ANEXO 1 B – Modelo guion de entrevistas para profesionales.....	89
ANEXO 2 - Guion de entrevistas para usuarios	92
ANEXO 2 A – Guion temático para usuarios	92
ANEXO 2 B – Modelo guion de entrevistas para usuarios.....	93
ANEXO 3– Ejemplo de citas textuales.....	94
ANEXO 3 A – Ejemplo de entrevistas a profesionales	94
ANEXO 3 B – Ejemplo de entrevistas a profesionales.....	150

INDICE DE ABREVIATURAS

APS Atención Primaria en Salud

CA Continuidad Asistencial

CAPS Centro de Atención Primaria en Salud

CDPD Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CEMAR Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias

CG Continuidad de Gestión

CI Continuidad de Información

CIDDM Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

CR Continuidad de Relación

CV Calidad de Vida

ILAR Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado

IMUSA Instituto de Salud Animal

LEM Laboratorio de producción pública de medicamentos

LKF Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

OMS Organización Mundial de la Salud

ONU Organización de las Naciones Unidas

PPPS Prácticas Pre Profesionales Supervisadas

SIES Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias

UDA Unidad Docente Asistencial

UGR Universidad del Gran Rosario

UH Unidades hermenéuticas

UNR Universidad Nacional de Rosario

RESUMEN

La integración de un servicio de rehabilitación kinésica en Atención Primaria requiere necesariamente de un enfoque transdisciplinar que permita el diálogo entre los integrantes de un equipo de salud y con los usuarios. En este sentido, es necesaria la transformación de estrategias y sus objetivos para garantizar el derecho a la salud, la justicia social, el desarrollo social, así como la calidad de vida de las personas y sus comunidades. **OBJETIVO:** Caracterizar el proceso por el cual se articulan las perspectivas y los saberes de los integrantes de un equipo de salud en pos a la construcción de acuerdos y consensos para la toma de decisiones en rehabilitación, así como el impacto social percibido por estos actores y por los usuarios en relación con las mismas. **METODOLOGÍA:** Estudio cualitativo con diseño fenomenológico. Se describen los discursos de los profesionales sanitarios y usuarios de un Centro de Atención Primaria en Salud de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. El tamaño de la muestra quedó determinado por saturación teórica. **RESULTADOS:** Las perspectivas de los profesionales muestran una clara prevalencia hacia el modelo médico rehabilitador en la atención, no obstante, se observa que existe una postura crítica que busca superar el mismo permitiendo incorporar una visión del reconocimiento de los derechos de las personas considerando el contexto social y cultural. Las acciones que se desprenden de la toma de decisiones del equipo de salud están impactando en la calidad de vida, así como también contribuyen a que pueda darse el reconocimiento, la inclusión social y la participación de las personas. **CONCLUSIÓN:** Es clara la importancia de trabajar en pos de la construcción de acuerdos y consensos que permitan construir la toma de decisiones de un equipo en Atención Primaria en Salud. En tal sentido, el reconocimiento de valores que los profesionales hacen del diálogo, la capacidad de escucha y el respeto como valores fundamentales del trabajo permiten mediar las relaciones y contribuyen a la acción social reconociendo la complejidad y la diversidad de las situaciones que acontecen en el contexto del centro de salud y su territorio.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de la Salud; rehabilitación; rehabilitación kinésica; participación comunitaria; reconocimiento social; equipo multiprofesional

1) INTRODUCCIÓN

Todo proyecto supone en su inicio una descripción que nos permita conocer el punto de partida para comprender el problema que se pretende abordar. En este sentido, el trabajo que se presentará será el fruto de anexar los conocimientos adquiridos a lo largo de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y la experiencia de desarrollo profesional y laboral como Licenciada en Kinesiólogía y Fisiatría en la Universidad del Gran Rosario (UGR) en el ámbito de la docencia en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPPS) de la carrera de la Licenciatura en Kinesiólogía y Fisiatría (LKF) articuladas al campo de la Atención Primaria en Salud (APS).

Se reconoce que lo que conlleva al análisis y la problematización de la propia actividad nos sitúa en relación con el saber-hacer reconociéndonos implicados y portadores de subjetividad en el sentido que pudieran enmarcar los apartados del futuro trabajo.

Desde esta mirada, bajo el supuesto de que llevar a cabo procesos de Rehabilitación en Atención Primaria en Salud desde la integración de un servicio de kinesiólogía enmarcado en las PPPS de la UGR articulados a un equipo de salud implican un proceso que requiere de un enfoque transdisciplinar, que permita el diálogo entre profesionales y usuarios, es necesaria la transformación de metodologías y objetivos comunes para garantizar el derecho a la salud, la justicia social, el desarrollo social, así como la calidad de vida de las personas y sus comunidades. Dicho proceso supone la puesta en marcha de acciones y toma de decisiones que es preciso recorrer desde el abordaje de un problema, su estudio y comprensión, hasta el diseño de estrategias que sean acordes al contexto social de una comunidad (Camargo, et al., 2015).

El estudio, fue llevado a cabo en un CAPS el cual cuenta con un servicio de rehabilitación kinésica dependiente de convenios de colaboración recíproca entre la UGR, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Secretaría de Salud Pública Municipal y Dirección de APS. Este dispositivo, a su vez, constituye un espacio y oportunidad para el desarrollo de las PPPS del 3er año de la carrera Licenciatura en Kinesiólogía y Fisiatría enmarcadas en el efector como Unidad Docente Asistencial (UDA).

En esta articulación entre PPPS y el equipo de salud, se reconoce que quienes participan en el proceso de rehabilitación en un CAPS no sólo son profesionales de la kinesiólogía y estudiantes que realizan la práctica kinésica, sino que también intervienen en proceso de rehabilitación, profesionales de la medicina general y familiar, psicología, psiquiatría, trabajo social, odontología, pediatría, fonoaudiología, enfermería, farmacia, así como también promotores de la convivencia y personal administrativo.

En este aspecto, la articulación de acciones en rehabilitación depende mayormente de la derivación al servicio de kinesiología por parte de los profesionales de medicina general pero también intervienen en el proceso el resto de los profesionales del equipo. Pero en cuanto a la atención, es posible observar que no sólo impacta en cuanto a la rehabilitación la reparación de un daño físico, o la mejora de ciertas habilidades físicas o corporales, sino también la consecuencia vinculada a sus actividades de la vida diaria, su subjetividad, su trabajo, sus vínculos, su sensación de bienestar, su salud mental y su calidad de vida, en relación con los recursos a los cuales tiene la oportunidad de acceder. Es en este sentido que las actividades vinculadas al proceso de rehabilitación kinésica en este CAPS vehiculizan necesariamente la oportunidad de abordar la complejidad de un caso o problema de salud desde la perspectiva transdisciplinar involucrando a la rehabilitación en un sentido amplio, pudiendo considerar aspectos sociales.

Sin embargo, en esta integración, se problematiza que más allá de la evolución del concepto de rehabilitación en la actualidad, muchas veces aún en la práctica se limita a la interpretación de que únicamente consistiera en la reparación de un daño, victimaria del tecnicismo de la atención, de una cultura médico-hegemónica y un paradigma mecanicista de la discapacidad.

Por otra parte, la Atención Primaria en Salud, está ligada a los derechos humanos y de salud, al acceso, cobertura universal en salud y a la determinación social en salud (Breilh, 2013). En Rosario, este proceso es parte de una construcción y discusión socio histórica que aún se pone en tensión en su praxis y que implica el reconocimiento de los componentes estratégicos que orientan este modelo, es decir considerar la participación social, la intersectorialidad, la cobertura universal y el trabajo en red, entre otros como ejes transversales para la generación de estrategias en este contexto y bajo este paradigma (Rovere, 2006). En este aspecto, las UDAS presentes en estos escenarios permiten la descentralización de los servicios, son facilitadores en el acceso a los servicios de kinesiología y se articulan intersectorialmente a los equipos de salud en pos de la demanda de atención en estos territorios. Sin embargo, se sostiene que los principios de la Atención Primaria en Salud y la rehabilitación en marco de las necesidades y el logro del desarrollo de la comunidad va más allá de la práctica kinésica en sí misma, de esta UDA en particular y que la perspectiva interdisciplinaria permitiría trascender este enfoque, en este sentido se plantearon los siguientes interrogantes, ¿Cómo dialogan las diferentes disciplinas de un equipo de salud en los procesos de rehabilitación en Atención Primaria en Salud? ¿Cuáles son sus perspectivas en torno a la

rehabilitación? ¿Qué enfoques orientan sus decisiones en torno a la puesta en marcha de acuerdos y acciones concretas?

Las actividades que se desarrollan en la PPPS vinculadas al proceso de rehabilitación en el CAPS se asocian fundamentalmente a la rehabilitación física a través del movimiento corporal mediante abordajes kinésicos específicos. En este sentido se aborda y acompaña a la persona en la recuperación física a causa de afecciones, enfermedades o situaciones que pudieran haber afectado alguna o varias de las funciones corporales o influyan en su corporalidad.

En el sentido de lo asistencial, se reconoce que el vínculo con la persona posibilita la transferencia, no sólo de ciertas habilidades y mejora de funciones a través del movimiento corporal, sino que el movimiento también promueve el desarrollo humano en los aspectos que integran la vida de las personas haciéndolas también partícipes de la toma de decisiones en cuanto a sus cuidados y en torno a la gestión de su proceso de rehabilitación en particular. Sin embargo, el registro de la atención en rehabilitación muchas veces queda ligado a indicadores biomédicos perdiendo la riqueza de comprender e integrar el impacto social de estas intervenciones.

En este aspecto es posible entamar las siguientes preguntas, ¿Cómo vivencian los procesos de rehabilitación los usuarios de las PPPS de kinesiología en un CAPS? ¿Cuáles son sus perspectivas? ¿Qué impacto social tiene la rehabilitación que reciben? ¿Cómo influye en sus familias y en sus comunidades?

Estos interrogantes surgen de la reflexión de la práctica, permitiendo que la PPPS de Kinesiología de la UGR en un CAPS tenga el potencial de mirar(se) desde la perspectiva de los usuarios y del equipo de salud en pos de transformar en la formación de profesionales y su impacto en el sector salud.

En este sentido, las preguntas que orientan esta investigación pueden describirse de la siguiente manera:

¿Cuáles son, cómo dialogan y cómo se articulan entre sí las diferentes perspectivas y saberes de los integrantes de un equipo de un Centro de Salud en la construcción de acuerdos y consensos para la toma de decisiones en Rehabilitación?

¿Cómo perciben e interpretan los integrantes de un equipo de salud y los usuarios, el impacto social de las intervenciones en Rehabilitación Física en un Centro de Salud de Atención Primaria de la ciudad de Rosario?

2) OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar el proceso por el cual se articulan las perspectivas y los saberes de los integrantes de un equipo de salud en pos a la construcción de acuerdos y consensos para la toma de decisiones en rehabilitación, así como el impacto social percibido por estos actores y por los usuarios en relación con las mismas en un Centro de Atención Primaria de Salud de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivos específicos

- Describir las perspectivas de rehabilitación de los miembros del equipo de salud y de los usuarios que asisten un Centro de Atención Primaria en Salud de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina
- Comprender cómo dialogan entre sí los diferentes integrantes de un equipo de salud en torno a las perspectivas de rehabilitación en Atención Primaria en Salud para la toma de decisiones en salud.
- Describir la percepción de los usuarios sobre la continuidad de la atención en los procesos de rehabilitación.
- Caracterizar el impacto social que perciben los usuarios y los integrantes del equipo de salud en torno a la rehabilitación en un CAPS en relación con el reconocimiento, la participación social, la inclusión, la autonomía y la calidad de vida.

3) ESTADO DEL ARTE

Bispo Júnior (2021), en su estudio de reflexión teórica acerca de la fisioterapia/kinesiología en el campo de la salud pública en Brasil, refiere que las intensas transformaciones en el escenario epidemiológico, social, político y de los sistemas de salud imponen la necesidad del fortalecimiento de los fundamentos de esta disciplina como ciencia y, al mismo tiempo, la necesidad de avanzar en dirección a nuevas posibilidades de acción en diferentes campos de prácticas. Así, destaca la importancia del fortalecimiento de la práctica clínica con la incorporación de otros saberes del campo de la epidemiología, de las ciencias sociales y del área de políticas, planificación y gestión en salud. En este sentido, en la discusión

de los modelos teóricos que este autor revisa, se destaca que los mismos orientan las intervenciones de esta profesión y plantea que la acción ampliada de la kinesiología en el sistema de salud requiere el dominio de los aspectos teórico-conceptuales del modelo, el fortalecimiento de la autonomía, la articulación intersectorial y el desarrollo de una educación permanente significativa en el campo de la rehabilitación.

En el estudio de Moreno-Angarita y colaboradores (2016), los autores realizaron un estudio descriptivo-exploratorio, cualitativo y de múltiples fuentes de evidencia para identificar las percepciones de actores responsables de formular e implementar políticas públicas, de académicos, profesionales, representantes de organizaciones sociales, gestores de servicios, gestores y profesionales de servicios de educación inclusiva, personas con discapacidad y cuidadores, involucrados en la rehabilitación integral en una ciudad colombiana. Los autores concluyen que la rehabilitación, fue percibida de distinta manera por los actores, entre las que primaron tres concepciones de ella: como resultado de un proceso de rehabilitación funcional, como derecho y como garante de la inclusión.

En relación a las perspectivas y saberes de los usuarios y de los equipos de salud se reconoce el estudio de Rebolledo-Sanhueza y colaboradores (2021) que tuvo por objetivo describir experiencias y percepciones sobre discapacidad y participación social de personas con discapacidad y profesionales sanitarios de centros de rehabilitación comunitaria en la región Metropolitana de Chile. Los autores realizaron un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo a través de 16 entrevistas grupales semiestructuradas conformados por profesionales sanitarios, personas con discapacidad física y familiares. Se realizó análisis de contenido semántico mediante codificación inductiva y deductiva concluyendo que la discapacidad estuvo asociada a las prácticas de salud desde un modelo biomédico y desde un modelo individual de la discapacidad, que apela al esfuerzo personal para superar la situación, centrándose en la dependencia funcional, considerada como una experiencia negativa tanto para hombres como para mujeres. En este estudio, los profesionales involucrados reconocen su visión médica sobre la discapacidad comprendiendo que los cambios favorables en la condición física y psicológica de los usuarios son un requisito para aumentar la participación dentro de contextos comunitarios y en cuanto a este aspecto se observa que la vinculación con organizaciones y coordinación intersectorial tiene escasa presencia en el proceso de rehabilitación.

En relación al trabajo en equipo en los servicios y a la puesta en marcha de acciones, se destaca el artículo de Comes y colaboradores (2007), el cual indagó acerca de la accesibilidad y dignidad en la atención de usuarios de servicios de salud dependientes del Gobierno de la

Ciudad de Buenos Aires. En este trabajo se presentan cinco experiencias sobre la accesibilidad a servicios de salud, donde lo que unifica el criterio de selección de los diferentes grupos es la vulnerabilidad social que presentan. Los autores plantean que la accesibilidad a un servicio se construye en primer lugar desde el vínculo con los usuarios implicando analizar tanto las condiciones y discursos como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. El problema de analizar la accesibilidad, únicamente desde la oferta de un servicio, traería como consecuencia una respuesta que no implica subjetivamente a aquellos que necesitan los servicios asistenciales. En el trabajo con cada uno de los grupos de usuarios en este estudio, pudieron constatar que las prácticas y representaciones que portan tanto los usuarios de un servicio, como la población que no accede a los mismos, y los trabajadores de salud, pueden operar tanto como barreras como facilitadores de acceso. Cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.

4) MARCO TEÓRICO

4.1) LAS PERSPECTIVAS Y SABERES EN REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD

En el siguiente apartado se presentan las principales perspectivas en rehabilitación y discapacidad a partir de los modelos que se han producido a lo largo de la historia y de los cuáles se fueron entretejiendo los distintos saberes y conocimientos en la sociedad actual y en los equipos de salud. Así mismo, se describen las perspectivas y características que adopta la estrategia de la Atención Primaria en Salud y cómo la rehabilitación se articula en ella según la literatura y en el contexto de este trabajo.

4.1.1) Perspectivas históricas en discapacidad y el derecho a la salud en rehabilitación

Históricamente es posible asociar los paradigmas en rehabilitación vinculados en primer lugar a la producción teórica y conceptual que se ha producido en torno a la discapacidad. En este sentido, es posible identificar dos momentos que refieren a la producción teórica de este concepto. El primero, se identifica en la Clasificación Internacional de

Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980, donde se habla de deficiencia, discapacidad y minusvalía como un proceso que recorre esa direccionalidad: deficiencia - discapacidad - minusvalía. Así, la discapacidad es entendida como “toda disminución (restricción) o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”. La discapacidad vista de este modo sería entonces el resultado de la incidencia de una deficiencia que restringe o anula las habilidades de una persona para desarrollar una actividad considerada normal dentro de su contexto socio-cultural (Rosato y Angelino, 2009).

Como segunda conceptualización aparece la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación”, donde hará referencia a los conceptos de deficiencia, actividad y participación, en esta nueva conceptualización ya no se habla de discapacidad. Esta nueva clasificación, aunque pareció ser superadora de la primera, sin embargo, desde su origen estas clasificaciones responden aún a un modelo médico rehabilitador. Además, a pesar de que discursivamente se intenta despegar el campo de la discapacidad de la enfermedad, una y otra vez se sostiene que la clasificación será útil "en el diagnóstico", para los usuarios de los servicios de salud. En esta clasificación se soslaya un cambio en las formas de enunciar los términos discapacidad por actividad, minusvalía por participación que no son más bien que una nueva retórica que buscando escapar de lo peyorativo, cae en la exclusión por la negación (Rosato y Angelino, 2009).

La equiparación de oportunidades es una de las estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con las leyes uniformes y toda una serie de normas internacionales, donde se afirma que las sociedades deben hacer todo lo posible para garantizar oportunidades para todos, fomentando la participación social y el acceso. Esto implica una posición teórica acerca de la discapacidad que de algún modo da por sentado que ese otro tiene "individualmente" una dificultad, que es material, tangible e incorregible, y de lo que se trata, entonces, es de posibilitar que en esas condiciones los sujetos puedan acceder a cierto tipo de circuito de participación e inclusión social (Palacios, 2008).

Las respuestas a la discapacidad en este sentido se han modificado a través del tiempo, motivadas principalmente por la propia organización de las personas con discapacidad y la creciente tendencia a considerar la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Las iniciativas nacionales e internacionales, como las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, han incorporado los derechos humanos de las personas con discapacidad, lo cual culminó con la aprobación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

(CDPD) en el año 2006 (Palacios, 2008).

La CDPD es el desarrollo legal más importante para las personas con discapacidad en todo el mundo. Esto significa un cambio en las actitudes y enfoques hacia las personas con discapacidad, se pasó de tomarlas como “objetos” de caridad y asistencia social a considerarlas como miembros participantes y contribuyentes de la sociedad, con los mismos derechos que los demás en su comunidad, incluyendo la capacidad de tomar decisiones en sus propias vidas.

En este sentido, los Estados Partes de la CDPD refieren respecto al derecho a la salud que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, adoptando a dichos fines, las medidas pertinentes para asegurar el acceso de estas personas a servicios de salud, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. Asimismo, los Estados se encuentran obligados a exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud tanto en el ámbito público como privado (Palacios, 2008).

En este aspecto, la OMS (2020) más recientemente, ha definido a la rehabilitación como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con acciones de salud en la interacción con su entorno”. Este concepto se relaciona a la discapacidad y plantea un enfoque orientado y reconstruido en su visión socio histórico hacia un enfoque social y de derechos. En este sentido, la rehabilitación tanto como la discapacidad es un concepto históricamente en evolución y ha sido entendida por muchos como un medio y por otros como un fin, esto conlleva a que se pueda entender o percibir como un proceso que permitiera al sujeto alcanzar la independencia y la autodeterminación o un objetivo o una acción que pretenda no sólo la recuperación de algún daño o déficit (Camargo, et al., 2015). Más allá de esto, el término “intervenciones” que actualmente plantea la OMS continúa en la retórica de un modelo médico rehabilitador desde su perspectiva intervencionista.

4.1.2) La discapacidad: Cuerpo, modelo social y rehabilitación

Tal como fue expresado en el apartado anterior, las distintas experiencias en torno a la discapacidad se fueron relacionando con los significados que las sociedades les otorgan a los

cuerpos históricamente. La idea hegemónica se asocia a un modelo médico rehabilitador en el cual las personas con discapacidad tienen un cuerpo deficitario que debe “corregirse”. En este sentido socialmente se los etiqueta en su corporalidad como “anormales” o “no saludables” implicando ser objeto de asistencia crónica y discriminación social por lo que implica ser concebido “dependiente”, “improductivo” e “indeseable”. En relación con este saber médico las categorías de “normalidad-anormalidad” sustentaron e impusieron socialmente una marginalidad hacia este grupo de personas. En este sentido, este modelo limita a la persona a un cuerpo - objeto de intervención fisiológica, mensurable y corregible desde un modelo médico rehabilitador que despoja a la persona de su historia, subjetividad y contexto social (Rosato y Angelino, 2009).

Más allá de este discurso dominante, es posible problematizar y construir en otro sentido otros modelos en el cual se permita recuperar a la visión del cuerpo como parte de una totalidad, desde donde se crean emociones, subjetividades y experiencias de vida. Resignificar los sentidos en torno al cuerpo deficitario a partir de sus aspectos políticos y sociales, forma parte de un avance conceptual del “modelo social de la discapacidad”. En el cual la mirada ya no es más desde la biomedicina sino desde la dimensión de alteridad del sujeto, poniendo en centro a la persona. En este sentido, el cuidado integral buscará comprender a la persona como totalidad y al abordaje de la salud como derecho.

Las personas pueden atravesar procesos de rehabilitación en algún momento de su vida o de forma permanente según sean sus necesidades individuales respecto a su tipo de afección y los cuidados médicos que requieran. En general, durante ese momento se confluye un proceso de transformación en el cual se atraviesan sentimientos y vivencias que van acompañando la reorganización de la vida cotidiana. Estos cambios responden a la combinación de factores como el enfrentarse a la opresión social, al dolor o discapacidad física y la esperanza de la restitución o vuelta a la “normalidad”. La discapacidad implica por entonces experimentar una inadecuación de las disposiciones corporales a un entorno no preparado, percibir un cuerpo distinto o diferente. Atravesar un proceso de rehabilitación constituye un aprendizaje acerca de cómo caminar, vestirse, comer, hablar, usar las prótesis o requerimientos según las necesidades de cada cuerpo. En relación con este aspecto, la búsqueda de “volver a lo normal” ya no es adherirse a una norma o quedar expuesto al reconocimiento social sino recobrar una nueva identidad. De este modo, los usuarios que buscan recobrar esa normalidad mediante un proceso de rehabilitación, desde el paradigma del modelo social y de derechos, se comprende que los mismos aspiran a una nueva organización de su vida cotidiana en la que puedan desempeñar actividades y trabajos (Palacios, 2008; Camargo, et al., 2015; Rosato y Angelino, 2009).

4.1.3) La rehabilitación en Atención Primaria en Salud: perspectivas y horizontes

A partir de la Conferencia Internacional convocada por la OMS realizada en Alma Ata en 1978 es que la APS fue reconocida e institucionalizada mundialmente. A partir de la “Declaración de Alma Ata”, se reconoce una nueva forma de organización o nuevo “orden mundial” a partir de reconocer las desigualdades existentes permitiendo a través de esta estrategia permitir “salud para todos”. Resulta importante también señalar, que solamente 3 años más tarde de la Declaración de Alma Ata, la OMS estableciera las bases para acercar la atención primaria y los servicios de rehabilitación, mediante la publicación de un documento titulado “Disability prevention and rehabilitation”, en el cual se aboga por la prevención de la discapacidad mediante la prestación de servicios de rehabilitación a través del sistema de atención primaria y de los recursos de la comunidad (Thorburn, 1981). Este documento, muy crítico con la sobreespecialización por el nivel de costos que producía, recomendaba descentralizar los servicios de rehabilitación en pos de desarrollarlos a nivel comunitario, constituyendo el impulso para los distintos países en rehabilitación en atención primaria (Carrión-Pérez, et al., 2011).

La APS entonces en sus orígenes incorpora conceptos claves que, como señala Rovere (2012), serían desestimados luego por las visiones hegemónicas del pensamiento médico. Estos conceptos son:

- la salud como derecho fundamental del ser humano, señalando la responsabilidad del Estado para garantizarla;
- la universalidad y la integralidad como elementos claves para la organización del cuidado a la salud, reconociendo y exigiendo la acción intersectorial.
- la organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud.
- la necesidad de recursos humanos apropiados para su desarrollo.

Esta declaración, según Rovere (2012) y Feo (2012), contiene una debilidad que es considerar a la APS como “atención sanitaria esencial” basada en métodos y tecnologías prácticos, lo cual conduce a que la APS se reduzca a la “acción selectiva” convirtiéndola en una “atención primitiva” para los más pobres (Testa, 1985). En este

sentido, la APS para los gobiernos ha resultado en programas realmente transformadores o bien como un paquete de servicios.

Con base en la declaración y el sentido que pretende transmitir Alma Ata y la historicidad de su implementación, es posible teorizar la APS desde cuatro perspectivas (Grodos y de Béthune, 1988; Rovere, 2012):

1. “Como un nivel de atención”: próximo a las personas, accesible, descentralizado e integrado a la red de salud.
2. “como un programa de acción que incluya como componentes el tratamiento de enfermedades corrientes, la protección materno infantil, la vacunación, la educación para la salud, la lucha contra la malnutrición, prevención y control de enfermedades endémicas, suministro de medicamentos esenciales y saneamiento del medio”;
3. “Como una estrategia de organización de los servicios de salud, en este aspecto pretendiendo poner al hospital al servicio del centro de salud y no a la inversa, integrando actividades de medicina curativa, de prevención y de promoción sanitaria con un mismo equipo de salud, apelando a la participación de la población y tomando en cuenta que las respuestas a los problemas de salud requiere de un esfuerzo de cooperación intersectorial entre diversos dominios socio-culturales y económicos.
4. Como “una filosofía general que impregna todo el sistema de salud, que pone a la medicina en su lugar, tratando de responsabilizar a los individuos y a las comunidades sobre su propia salud considerando la equidad en la distribución de la atención”.

Independientemente de las definiciones anteriores, la APS deberá responder a los criterios de Integralidad, Equidad, Eficacia y Enfoque Participativo. En este sentido, “el fin último de la APS, es aumentar la calidad de vida cotidiana y permitir mayor autonomía en la concreción de metas personales y en la vida familiar y social” (Grodos y de Béthune, 1988).

Es preciso señalar, no obstante, en sus definiciones, que en Alma Ata en 1978, la Atención Primaria de la Salud fue definida como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. En relación con este concepto, resulta

imprescindible discutir la necesidad de contextualizar cada caso, en tal sentido, como señala Testa (1985), no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia. En tal sentido, la contextualidad de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial. Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica —diagnóstica y terapéutica— y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena.

4.1.4) Perspectivas de la Atención Primaria en Salud en Rosario, Santa Fe, Argentina

En la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina antes de 1990 la atención de salud estaba centralizada en los hospitales, de los que dependían los “centros periféricos” o “dispensarios”. En este contexto primaba el modelo médico hegemónico y pensar una construcción colectiva de la salud basada en la participación de la comunidad es considerado contrahegemónico y de escaso prestigio profesional. En este sentido, el trabajo en estos espacios del primer nivel de atención no era calificado y generalmente los puestos estaban ocupados por los “castigados”. El año 1990, es considerado como el principio de la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema en Rosario (p. 93). La primera medida que genera un cambio trascendente es la creación de la Dirección de APS, con presupuesto propio, aunque aún dependiente de la Dirección de Atención Médica” (Báscolo y Yavich, 2010).

En este contexto, los primeros rasgos de la gestión de salud de Rosario hacen referencia a los ejes que marcaron una direccionalidad que se podría decir, entre dificultades y tensiones propias del campo de la salud pública, se conservan hasta el presente. En la apertura del II Congreso “La salud en el Municipio de Rosario”, en 1991, Hermes Binner señalaba:

“Rosario no está desprotegido de recursos naturales, científicos y tecnológicos. Pero requiere de un sistema de salud solidario, participativo que permita arribar a la equidad. Necesitamos ordenar los servicios de salud partiendo de

temas clave, como la descentralización, participación, red de servicios, atención primaria, epidemiología, carrera sanitaria, hospitales” (Rovere, 2005).

Si bien, estas palabras marcaron una direccionalidad de las acciones futuras en la ciudad, es reconocido que la situación inicial para implementarlas no era muy auspiciosa, en este sentido, en la práctica había muy escaso desarrollo de la información epidemiológica, deficiencias de infraestructura física, tecnologías de diagnóstico y administrativas inexistentes u obsoletas, personal desmotivado, bajos salarios, unidades asistenciales aisladas. Más que Centros de Salud, reciben el nombre de “estaciones sanitarias” o “dispensarios” siendo expresión de la concepción desde el cual se trabajaba, la localización era hecha con base en criterios guiados por el clientelismo político y un predominio absoluto de un enfoque de atención de demanda espontánea.

En los años siguientes con la implementación de nuevas medidas de organización, la incorporación de profesionales con orientación al abordaje del primer nivel de atención, con instancias de formación permanente, la creación de nuevos Centros de Salud, se fue fortaleciendo el proceso de implementación de dicha estrategia.

La APS como estrategia que buscaría transformar el sistema de salud; en palabras de (Lafit, 2016: p.18) *“hace hincapié en los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e históricos que ubican a la salud como un producto sociohistórico”*. Esta transformación histórica por tanto no contempló únicamente al sector salud, en este sentido, concebir la determinación social de la salud en este proceso es clave, ya que hace necesaria la implicación de múltiples sectores en un abordaje interdisciplinario e intersectorial, siendo clave la participación de la comunidad en la defensa y construcción de sus derechos.

En este sentido, el trabajo de APS en Rosario se fortaleció con los años con la generación de equipos de referencia interdisciplinarios. Por tanto, el centro de salud comenzó a ser concebido como eje del sistema y el sistema es concebido como red. En tal sentido, el eje distintivo en este contexto desde los primeros años es el de un equipo de referencia constituido por clínico, o pediatra, o generalista y un enfermero en cada CAPS con población a cargo, diferenciándose del concepto de un médico de cabecera, es decir, se pone en centro al usuario y en su autonomía como sujeto.

Con discusiones internas y diferentes posturas, se estimularon más tarde experiencias de participación. Este proceso, y con estos lineamientos de gestión, se vio

fortalecido por la asunción en la Intendencia del Dr. H. Binner. Rovere (2005) denomina la etapa 1995-2000 como de “institucionalización de cambios en el subsector salud.” Se redefinió la estructura del sistema bajo lineamientos particulares: descentralizar los servicios de salud, jerarquizar la APS, recuperar capacidad instalada, capacitar al personal, desarrollar investigación, impulsar tareas promoción, prevención y rehabilitación física, articular en red los diferentes niveles del sistema y fomentar la participación. Todo principalmente focalizado en dos ejes estratégicos: descentralización y participación.

Este proceso se complementa luego con el proceso de “adscripción” que se profundiza en la década del 2000 que no es una asignación burocrática de un listado a un profesional, sino la construcción de un vínculo del usuario con el equipo de salud. El resto de profesionales de salud como psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, tocoginecólogos, operaban desde una organización matricial. Estos equipos fueron cumpliendo un rol de “agencia” en un principio que permitiera garantizar un vínculo longitudinal con los otros niveles de atención y garantizando la coordinación entre profesionales e interniveles. A su vez, se constituyen equipos de gestión local y equipos de gestión distrital. Se forman equipos promotores de asambleas con la comunidad y espacios de programación local y nivel distrital y un espacio distrital de red. Las prácticas innovadoras que se identificaron fueron: las visitas domiciliarias, la internación domiciliaria, el hospital de día, la cirugía ambulatoria, la gestión de turnos desde el centro de salud. Esto redefinió el vínculo con las familias y hacia el interior del sistema garantizando la continuidad de la atención de los usuarios en el mismo (Báscolo y Yavich, 2010; Rovere, 2005).

Como se expresó en los párrafos anteriores, el modelo de la atención de salud en la ciudad de Rosario, en los últimos años hasta la actualidad se basa en la estrategia de APS. Esta estrategia implica por tanto que las acciones que se lleven a cabo estén en función a las necesidades de la comunidad, o al menos, es lo que se pretende lograr. En este aspecto, las acciones de los equipos de salud se organizan en redes, de manera que las instituciones, servicios y atenciones busquen complementarse y colaborar entre sí para poder cubrir las demandas del sector. Los equipos de salud están en contacto con las familias que habitan los territorios más cercanos al lugar de la atención, en este sentido, los problemas de salud y necesidades de la población en torno a la atención y los cuidados que demandan se abordan desde el contexto familiar.

En la actualidad, se reconoce que el subsector público de la ciudad de Rosario está compuesto por efectores que dependen de la jurisdicción provincial y municipal ambos centrados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), en este sentido, conviven dos subredes que se articulan y coordinan entre sí. La subred municipal tiene a su cargo 50 Centros de Salud, 3 Hospitales de Mediana complejidad, 2 Hospitales de Alta complejidad, 2 Maternidades, Instituto de rehabilitación (ILAR), Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), La Estación, espacio de referencia para el abordaje integral de consumos de alcohol y sustancias psicoactivas, SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias), Instituto de la Salud Lazarte, el laboratorio de producción pública de medicamentos (LEM), el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (IMUSA) con sus 7 sedes.

4.1.5) La rehabilitación en el primer nivel de atención de la ciudad de Rosario

Retomando el eje del presente trabajo, en relación con la rehabilitación en Atención Primaria en Salud, si bien posterior a la Declaración de Alma Ata (1978) , el documento “Disability prevention and rehabilitation”, en el cual se abogaba como se ha descrito por la prevención de la discapacidad mediante la prestación de servicios de rehabilitación a través del sistema de atención primaria y de los recursos de la comunidad, resultó ser muy crítico con la sobreespecialización por el nivel de costos que producía, recomendaba descentralizar los servicios de rehabilitación en pos de desarrollarlos a nivel comunitario, constituyendo el impulso para los distintos países en rehabilitación en atención primaria.

En nuestro país y en particular en el sistema público de salud local, tal como se mencionó a fin del apartado anterior, la organización del sistema en red permite en tal sentido conformar una red de rehabilitación articulada al subsector de salud. En este sentido, los Efectores donde se prestan servicios de rehabilitación se organizan en relación con su capacidad para la resolución de problemas de personas con discapacidad, en tanto la oferta de atención depende en estos casos de la existencia o no de un servicio de rehabilitación adaptado para tal fin.

Cabe mencionar, entonces, que Rosario en el sector público cuenta con un solo Efecto creado específicamente para la rehabilitación de personas con discapacidad reconocido como Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación del Lisiado, más

conocido como el “ILAR”. Este Efecto empezó a funcionar un año después de la epidemia de poliomielitis, en 1957, cuando la rehabilitación apenas comenzaba a desarrollarse como disciplina, cabe señalar, desde un concepto “médico rehabilitador”. Este Efecto, reconocido en nuestro país, fue uno de los primeros centros de la especialidad en el país y aún continúa en funcionamiento.

No obstante, en la direccionalidad del desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en nuestra región, se describe la puesta en acción de estrategias intersectoriales entre el sistema público y las universidades. En el marco de este trabajo, es posible historizar el aporte de los convenios establecidos entre la Universidad Nacional de San Martín y el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Secretarías de Salud Pública y Direcciones de APS que alrededor de los años 2000 y 2004 realizaron para la implementación de prácticas pre-profesionales supervisadas de la carrera de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, destacando que las mismas contribuirían al desarrollo de la rehabilitación en atención primaria. En los años subsiguientes, con la creación del Instituto Universitario del Gran Rosario en 2008 y su creciente desarrollo, luego con el reconocimiento como Universidad del Gran Rosario 10 años más tarde, permitieron en todos esos años la actualización de los convenios de colaboración recíproca con la Municipalidad, Secretaría de Salud Pública y la Dirección de Atención Primaria de Salud. Esto permitió el crecimiento del trabajo intersectorial entre la universidad y APS permitiendo la accesibilidad de personas en situación de discapacidad a servicios de kinesiología, el acceso a la atención kinésica en barrios periféricos, la descentralización de la alta demanda en rehabilitación física en hospitales como aspectos principales para el sector salud.

4.2) LA CONSTRUCCIÓN DE ACUERDOS Y CONSENSOS EN POS DE LA TOMA DE DECISIONES

4.2.1) Trabajo en equipo, autonomía profesional e interdisciplina en APS

Al pensar en la construcción de la toma de decisiones en APS, se considera importante considerar no sólo a aquellos aspectos que tienen que ver con las perspectivas y saberes de cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso. Sino también considerar a todas aquellas acciones que impliquen el reconocimiento de las personas que asisten al Centro de Salud desde el sentido de la integralidad.

Según Peduzzi (2001), el trabajo en equipo es una forma de trabajo colectivo que

se configura en la relación recíproca entre la interacción entre los profesionales y las intervenciones técnicas. Esta autora, elaboró el concepto y la tipología del trabajo en equipo a partir de la teoría de la acción comunicativa de Habermas y de una investigación empírica realizada con profesionales de salud en un hospital.

Para Habermas (1994), el trabajo consiste en una acción racional teleológica, que engloba la acción instrumental y la acción estratégica: la primera, guiada por reglas técnicas, y la segunda, por máximas y valores que buscan influir en la definición de la situación o en la decisión del otro. Como acción instrumental y/o estratégica, el trabajo busca el éxito en la obtención de un determinado resultado.

En este sentido, según el estudio de Peduzzi (2001), desde una teoría habermasiana es posible interpretar la compleja dinámica de la acción entre profesionales, permitiendo contemplar dialécticamente la dimensión estructural del trabajo y la dimensión de los sujetos participantes que se expresa en la intersubjetividad de las relaciones y en la racionalidad del cuidado en salud.

En su estudio, Peduzzi (2001) describe que existen dos tipos de trabajo: por un lado, la del equipo de integración, en la cual hay una comunicación intrínseca en el trabajo entre quienes participan, un proyecto de cuidado común, una problematización de las diferentes técnicas en la cual la misma está dada por la articulación entre los profesionales desde la integralidad de las acciones en salud. Esta articulación es interpretada como situaciones de trabajo en las que el profesional desarrolla correlaciones y destaca las conexiones entre las diferentes intervenciones realizadas. Por otra parte, la otra tipología de trabajo de equipo que describe el estudio, alude a la idea de equipo como agrupación de agentes, en la cual se caracteriza por la fragmentación. Desde esta noción, se entiende que las acciones de los agentes se yuxtaponen entre sí.

A su vez la autora desarrolla el concepto de autonomía técnica necesaria para el trabajo en equipo en la cual los profesionales y agentes que intervienen en el proceso de decisiones cuentan con determinados saberes técnicos especializados. En este aspecto, describe que existen tres concepciones distintas en cuanto a la autonomía técnica, el primer término, el profesional trabaja con la noción de plena autonomía, con base en la cual busca alcanzar la plena independencia en la ejecución de sus acciones e intervenciones, en el segundo tipo de autonomía, ignora el ámbito de la autonomía en el cual desarrolla su trabajo, y en el tercero, reconoce el carácter interdependiente de la autonomía técnica en el conjunto del equipo, en este sentido, la autonomía profesional puede ser interdependiente en relación con el juicio y la toma de decisiones de otro

profesional, dada la complementariedad del trabajo en equipo.

En relación con los conceptos presentados en términos de trabajo en equipo y de autonomía, se vincula el concepto de interdisciplina, en este sentido, la misma se interpreta en términos de posibilidad para el desarrollo de la APS con las características que fueron descriptas en el apartado anterior. Para Stolkiner (2005):

“la interdisciplina implica adherir a una epistemología que no homologa el conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de partículas aisladas”.

Para Comes y colaboradores (2007), la construcción común de un problema que implica un abordaje desde la interdisciplina, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una delimitación de los distintos niveles de análisis permitiendo su interacción.

En el abordaje interdisciplinario entonces depende del tipo de trabajo, de la autonomía que se ejerza al interior del equipo. Las diferencias técnicas referirán a la especialización de conocimientos e intervenciones entre las distintas áreas profesionales. Las desigualdades al interior de un equipo, según Peduzzi (2001), podrán referirse a la existencia de determinados valores y normas sociales que jerarquizan la acción. En este sentido, diferentes autoridades técnicas y legitimidades sociales se corresponden con determinadas profesiones que pueden ser reconocidas como “superiores” a otras existiendo relaciones de subordinación. Por tanto, las diferencias técnicas pueden expresarse en términos de desigualdades sociales entre los distintos profesionales de un equipo de salud y el equipo expresa tanto las diferencias y los valores necesarios que considera para el desarrollo de las dinámicas vinculares que se ponen en acción.

4.2.2) La teoría de la acción comunicativa de Habermas

Profundizando en la teoría de Habermas, la acción comunicativa es la interacción entre dos sujetos capaces de comunicarse lingüísticamente y de efectuar acciones para establecer una relación interpersonal. En esta modalidad de acción el autor concibe las posibilidades de alcanzar el entendimiento. En tal sentido y en el marco de este trabajo, la toma de decisiones se interpreta desde la acción comunicativa como teoría que nos permite situar la construcción de acuerdos y consensos de un equipo de salud desde la perspectiva fenomenológica.

Para Habermas, los acuerdos y consensos y la resolución de conflictos deben resolverse mediante la acción comunicativa, a través de la cual los individuos interactúan con el objetivo de lograr el entendimiento y el acuerdo. En este sentido, la búsqueda del consenso para la toma de decisiones implica basarse en determinadas normas, o estructuras dialógicas que posibiliten guiar la acción en la cual los diferentes valores personales, la subjetividad y las relaciones interpersonales juegan un rol fundamental para poder alcanzar la cooperación y el diálogo transversal, no cooptado por un conocimiento o discurso dominante. Por lo tanto, la acción comunicativa tiene como objetivo el entendimiento intersubjetivo por medio del diálogo que considera los intereses colectivos para establecer de manera consensuada una acción que guíe a quienes son parte de un equipo. Así los sujetos llegan a un acuerdo mediante la armonización de sus intereses individuales, resolviendo los conflictos interpersonales de manera equitativa, libre de coerción e imposición (Habermas, 1989).

En cuanto a la acción social, Habermas analiza en su teoría las condiciones de la racionalidad a partir del uso del lenguaje, apoyado en el principio de que la razón que subyace en la acción de cada uno de los sujetos es una propiedad de las estructuras de comunicación, más no de los individuos por sí solos, en el sentido por el cual muchas veces un individuo sustituye una racionalidad comunicativa por una racionalidad tecnológica. Esta es la crítica que Habermas le hace a la sociedad capitalista moderna de su época, en términos de las maneras en que una racionalidad tecnológica somete y debilita la autonomía y la racionalidad propia de cada individuo. Finalmente, en su teoría, presenta la idea de una ética comunicativa como base para consolidar la deliberación pública como una práctica política que oriente a la sociedad hacia una realización integrada (emancipadora).

Siguiendo con la teoría de la acción comunicativa de Habermas, el acuerdo se basa en acciones comunes. En tal sentido, el acto de habla de un sujeto sólo podrá tener éxito si el otro acepta o no lo que ese acto de habla ofrece. Habermas llama a esto pretensión de validez en tanto que el acto de habla es siempre susceptible de crítica.

La construcción de acuerdos y consensos se logra según Habermas teniendo en cuenta que el entenderse entre sí es un proceso de obtención de acuerdos entre sujetos lingüísticamente e intersubjetivamente competentes. Es decir, en este sentido, el acto de habla de un profesional en un equipo de salud estará sujeto a la profundidad, conocimiento disciplinar específico, trayecto formativo, pensamiento crítico, subjetividad, valores, contexto y razones pertinentes libres de cualquier estado de ánimo y de cualquier discurso

dominante en la práctica dialógica.

Para Habermas, todo consenso normativamente alcanzado que se genere en una comunidad intersubjetiva cubre tres planos distintos: el de un acuerdo normativo, el de un saber proposicional compartido, y el de una mutua confianza en la sinceridad subjetiva de cada uno y esto es algo que a su vez puede explicarse recurriendo a las funciones del entendimiento lingüístico (Habermas, 1989;1994).

4.3) CONTINUIDAD ASISTENCIAL

4.3.1) El concepto de continuidad asistencial según el modelo de Reid

La Continuidad Asistencial (CA), es considerada una característica fundamental de la prestación de los servicios de salud y uno de los resultados intermedios de las redes integradas de los servicios de salud para favorecer la integración. En la década del setenta, Shortell (1976) definió inicialmente a la continuidad de la atención como la medida en que se reciben los servicios como parte de una sucesión coordinada e ininterrumpida de los acontecimientos en consonancia con las necesidades de atención médica de los pacientes.

En el año 2000, una amplia revisión del concepto de la continuidad de la atención llegó a la conclusión de que su concepto era tan amplio que podía dar lugar a imprecisiones (Haggerty, et al., 2003). En este sentido, diversos autores han planteado una gran variedad de definiciones y clasificaciones. Dentro de ellas se encuentra la perspectiva jerárquica propuesta por Saultz (2003), en la que se distinguen la continuidad informativa, longitudinal o cronológica (medida de continuidad que representa el tiempo) e interpersonal; en tanto que otros autores como Reid, et al. (2002) y Haggerty, et al. (2003), coinciden en señalar que la continuidad debe definirse a partir de la perspectiva de los pacientes, es decir, asocian la continuidad con la experiencia del paciente a través de la prestación de los servicios a diferencia de la coordinación asistencial entre niveles que pone énfasis en la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se armonicen y se logre un objetivo común sin conflictos para favorecer la atención integrada. (Terraza y colaboradores 2006)

El marco conceptual más ampliamente aceptado es el propuesto por Reid y colaboradores (2002), estos autores definieron la continuidad asistencial como la “experiencia que tiene un paciente en su atención a lo largo del tiempo, que se caracteriza por ser coherente y articulada como resultado del flujo de información, de las buenas habilidades interpersonales y de una buena coordinación de la atención”. Señalan que la continuidad asistencial se produce

cuando todos y cada uno de los elementos durante la atención de un paciente están conectados y cuando dichos elementos perduran y se mantienen en el tiempo.

A partir de este concepto los autores identifican dos elementos centrales para comprender la continuidad asistencial:

1) es experimentada por un individuo y no es una característica de los proveedores u organizaciones, ya que cuando la atención se centra solamente en la interacción entre los proveedores, se habla de coordinación o integración asistencial.

2) que se recibe a través del tiempo, es decir, incluye los aspectos de la atención en periodos que pueden ser cortos o largos y que permiten identificar lo que se sabe o lo que se supone que puede mejorar los resultados en el paciente;

Según el modelo de Reid, se pueden identificar tres tipos de continuidad asistencial: continuidad de información, continuidad de relación y continuidad de gestión, que pueden ser vistas desde una perspectiva enfocada en la persona, pero centrada en la enfermedad y que se encuentran estrechamente relacionadas con atributos que varían en importancia dado que dependen de los profesionales de salud y proveedores del servicio de salud o del proceso de atención en sí mismo.

En este trabajo el modelo sobre el cual se caracterizará la continuidad asistencial se soporta en el propuesto por Reid (2002) y a sus atributos, en este sentido se describen los diferentes tipos de continuidad asistencial que él mismo plantea:

a. La Continuidad de Gestión (CG) (Letelier, et al., 2010; Reid, 2002), se refiere a la prestación de diferentes tipos de servicios en salud de forma oportuna y complementaria en el marco de un plan de manejo o cuidado compartido a través del tiempo, de tal forma que dichos servicios no se pierdan, dupliquen o programen en forma deficiente. En algunas situaciones, va más allá del plan de manejo tradicional de atención médica e incluye los servicios sociales. Para la continuidad de gestión (Reid, 2002) es fundamental que exista consistencia y flexibilidad de la atención.

b. La Continuidad de Información (CI) (Haggerty, 2003) consiste en la disponibilidad y uso de información sobre los eventos y las circunstancias anteriores (consultas, resultados de laboratorio, recomendaciones o cuidado informal), los cuales resultan ser fundamentales para dar una atención apropiada a las circunstancias y necesidades actuales del paciente. La información de la historia clínica del paciente contenida en medios impresos, electrónicos o en la memoria de un proveedor se constituye en el hilo común que une la atención de un proveedor a otro. Sin embargo, la transferencia de información por sí sola no es suficiente para vincular componentes de la atención; esta información debe ser utilizada e interpretada

por el personal de salud. Para que exista continuidad de información se requiere de la transferencia de información y del conocimiento acumulado sobre el paciente.

c. La Continuidad de Relación (CR) (Reid, 2002), hace referencia al sostenimiento de una relación paciente-proveedor perdurable a través del tiempo, en la cual se reconoce que este contacto constituye una pieza fundamental que garantiza el cuidado a lo largo del tiempo y establece conexiones sobre eventos discontinuos. Cuando existe continuidad de relación se favorece la continuidad de información y también se generan una serie de beneficios como la confianza, el entendimiento mutuo y un sentido de la responsabilidad hacia el paciente. De esta manera, también se establece un puente entre el pasado, la atención actual y la atención en el futuro y requiere tanto de una relación continua como de la consistencia de personal.

4.4) EL IMPACTO SOCIAL PERCIBIDO DE LA TOMA DE DECISIONES EN REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

4.4.1) La acción social y los aportes de la teoría del reconocimiento de Honneth

Desde el modelo individual de la discapacidad el problema está en el individuo, y sus causas son el resultado de las limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas que, se asume, provienen de la discapacidad. Estos dos puntos son centrales en lo que podría llamarse, según Cruz (2005), “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad”, que sugiere que la discapacidad es un evento terrible que ocurre por azar a individuos desafortunados. Por parte, en el modelo social, la discapacidad se localiza en las características estructurales y fuerzas de la sociedad; su causa o génesis se encuentra en el ámbito externo a la persona y, por tanto, no se considera como un problema individual sino como un problema de la dinámica social, propia del colectivo al cual pertenece o en el cual vive la persona con discapacidad. La discapacidad no es una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Desde esa perspectiva, el modelo social identifica la discapacidad como un problema social complejo, cuyo estudio y alternativas de solución a las problemáticas derivadas sólo puede darse a través de enfoques metodológicos centrados en la acción social.

En otras palabras, este modelo supone que los individuos y las colectividades deben:

a) afirmar su identidad para exigir el ajuste de la sociedad a su condición, es decir, promover cambios sociales;

b) participar en la arena política para garantizar el cumplimiento y respeto a los derechos de las personas con discapacidad, las normas y convenciones internacionales y, finalmente,

c) posibilitar la organización y el empoderamiento político de las personas con discapacidad hacia la reafirmación ante el Estado de su ciudadanía plena.

En este sentido, si la acción social debe fomentar la autonomía y la participación social de las personas, resulta entonces necesario poder enmarcar posturas éticas que permitan llevar a cabo la acción. En este sentido, la autonomía conlleva una idea de solidaridad comprensiva, ya que es ella y sus movimientos de conmoción, las que informan acerca del mejor modo de comportarse para contrarrestar mediante la consideración y el respeto la extrema vulnerabilidad de las personas. Esta vulnerabilidad es aquella que está inscrita en las formas de vida socioculturales, ya que la individuación se produce a través de la introducción en un mundo de la vida intersubjetivamente compartido (Habermas 1991; 1994).

Por su parte, Honneth (2009), en su teoría del reconocimiento recíproco, señala que la autonomía parte de la intersubjetividad, articulada lingüísticamente, coherente en su narrativa con la vida y con sensibilidad moral contextual, según lo cual los sujetos aplican responsablemente las normas de acción en las que han participado en su contexto particular. Por lo cual tal autonomía de los sujetos, es para Honneth “la comprensión afectiva del hecho de que otros sujetos, por su parte, puedan verse confrontados con opciones imprevisibles de su sí mismo, y que por eso tengan que resolver problemas de decisión difíciles” (Honneth 2009: p. 290), lo que implica necesariamente que tiene como pretensión ser reconocida socialmente. De acuerdo con esto, la autonomía del sujeto –entendida como competencia comunicativa, según Habermas, y como libertad comunicativa, para Honneth– está asociada a una reflexividad personal y colectiva, a una solidaridad comprensiva, al reconocimiento intersubjetivo de la misma por todos los participantes de la sociedad, sensible al contexto cotidiano y a las situaciones de vulnerabilidad que él mismo provoca en sus actores, dirigida al establecimiento de parámetros normativos válidos universalmente y legitimados desde el consenso lingüístico, con acciones corresponsables, afectivamente derivadas y sostenidamente éticas (Mendoza, 2012).

Profundizando en la teoría que plantea Honneth, el autor describe tres formas de

reconocimiento: en primer lugar, el “amor” como la forma de reconocimiento más elemental del ser humano que surge de la relación primaria entre el niño y su contexto social más íntimo como puede ser su familia y amigos, en donde el reconocimiento se expresa como una necesidad de afectividad recíproca entre los individuos. Esta relación confirma en los sujetos una mutua necesidad natural recíproca. La autoconfianza se hace posible porque la persona se considera amada por un otro y confía en esa estabilidad de relación afectiva. La segunda forma de reconocimiento es “el derecho”. A partir de esto el sujeto comprende en qué sentido es portador de derechos si conoce las obligaciones que tiene con los demás. Honneth considera que el éxito alcanzado en las luchas de los colectivos sociales ha ido creciendo a lo largo de la historia. En este sentido, entre los primeros derechos establecidos dentro de las constituciones de los países se encuentran los derechos de tradición liberal, que permiten defender las libertades de las personas. Después los derechos de participación política que en su inicio eran limitados a los hombres que pagaban renta y habían accedido a la educación.

La última forma de reconocimiento, según Honneth es la “solidaridad social”, esta consiste en ciertas prácticas sociales que están orientadas a que el individuo perciba determinadas cualidades suyas como valiosas en función de la obtención de objetivos colectivos considerados relevantes. Este tipo de reconocimiento supone la existencia de valores que se comparten por los miembros de una comunidad, pues los sujetos sólo pueden valorarse y reconocerse como personas bajo el supuesto de que son comunes la misma orientación. En este sentido, para el autor, el autoentendimiento cultural proporciona los criterios para la valoración social. El respeto de que goza el sujeto debe atribuirlo a las capacidades y cualidades que posee individualmente y que los demás miembros de la sociedad reconocen como valiosas de sí mismo (Zúñiga y Valencia, 2018).

4.4.2) La inclusión, la autonomía y la participación social en rehabilitación

La rehabilitación hace referencia todas las medidas que tienen como objetivo disminuir el efecto de la discapacidad de las personas y lograr la integración social, su objetivo no es solo entrenamiento de las personas para adaptarse al medio sino, la integración en el ambiente inmediato y en el conjunto de la sociedad. No obstante, más allá de la integración social, el objetivo de la rehabilitación es la inclusión social y la plena participación de los sujetos en la comunidad (Mogollón, 2009; Camargo, et al., 2015) En este sentido, en el proceso de rehabilitación cobra principal relevancia

promover acciones que conlleven a la búsqueda de autonomía de los sujetos y su desarrollo humano, más allá de la recuperación de un daño.

En este sentido, la integración en sociedad depende de la participación de los sujetos y de la inclusión social. Para esto, la participación social como estrategia, ha sido vista desde dos perspectivas, en tanto una desde la acción de los gobiernos y otros sectores en los cuales se valen de los recursos disponibles a nivel de la comunidad para compensar costos en la provisión de servicios de salud y otra la que considera a la estrategia como una herramienta de empoderamiento que le da la población un papel más activo, de responsabilidad y autonomía frente a su propia salud (Rebolledo-Sanhueza, et al., 2021). Por su parte, la inclusión social es interpretada como acción integral del Estado, de la voluntad política del gobierno central y territorial, de la pertinencia de la oferta, y la construcción de políticas públicas para mejorar condiciones de vida, que permitan disminuir el riesgo de exclusión y de discapacidad. (Camargo, et al, 2015).

Frente a este escenario, la rehabilitación debería guiarse por principios que favorezcan el impacto social de las comunidades, en este sentido, de promover:

a) la igualdad de oportunidades: a fin de reconocer la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad, con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias.

b) la accesibilidad a los servicios: ausencia de restricciones para que todas las personas puedan movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de todos los servicios requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad y comunicación.

c) la no discriminación: implica no excluir, restringir, impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o libertades fundamentales a una persona.

d) la expresión de la autonomía personal: apoyándose en las ideas de Dworkin como describe Cruz (2005), es posible distinguir al menos tres niveles de expresión de la autonomía, al mismo tiempo distintos e interligados: autonomía de acción, autonomía de voluntad y autonomía de pensamiento. La autonomía de acción incorpora la noción de independencia física que pasa por el derecho de todos los miembros de una sociedad de ir y venir o desplazarse libremente por el espacio público (hábitat) para satisfacer sus

necesidades y deseos sin obstáculos materiales o barreras físicas que se los impidan. La autonomía de voluntad (o de intención) corresponde a las necesidades de autodeterminación. En el proceso de ejercicio de la autonomía, ella sería la transición entre la actividad de un espíritu libre y la acción concreta. Así, a toda persona se le debe reconocer y garantizar el libre ejercicio de formular y concretar sus proyectos personales, sin ningún tipo de influencias o presiones coercitivas. Finalmente, la de pensamiento es el nivel más profundo de autonomía y representa la conciencia que nos permite juzgar una situación dada; no obstante, para ello se requiere cierto grado de conocimiento, comprensión, espíritu crítico y conciencia, integrados en una reflexión lúcida y coherente.

Los niveles de autonomía, traducidos en posibilidades de vivir confortable y dignamente en un determinado contexto socio-ambiental, son definidos principalmente por la interacción de circunstancias personales y contextuales (emocionales, sociales, físicas, etc.), hecho que de ninguna manera puede ser confundido con la simple ausencia de incapacidades establecidas clínicamente.

e) Participación: derecho de las personas de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran.

4.4.3) El impacto social percibido en la calidad de vida

En relación con la presente Tesis, se considerará al concepto de calidad de vida según la teoría revisado en el estudio de Urzúa y Caqueo-Urizar (2012). En este estudio se presenta una revisión conceptual e histórica del término de calidad de vida (CV), los autores presentan la multidimensionalidad y diversidad de conceptualizaciones a las cuáles fue atribuido el concepto de CV.

A fines didácticos, permiten agrupar el concepto en distintas categorías revisadas a partir de la literatura estudiada y sobre la cual diferentes autores han interpretado el concepto de CV.

Modelo teórico objetivo de CV = Condiciones de vida: en esta perspectiva, la CV es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, como la salud física, la condición de vida, relaciones sociales, actividades y ocupación. Este tipo de clasificación que pudiera ser percibido en este sentido, conlleva un problema, tal como señalan los autores de este estudio. Por una parte, no existen parámetros de buena u óptima CV ya que los estándares dependen y están influenciados por los individuos y su contexto y existiría independencia entre

condiciones de vida y eventos subjetivos de bienestar. En este sentido, un estado global de bienestar atribuido al concepto de CV parte del supuesto de que todos los individuos tendrían derecho a un estado de bienestar y además que esta experiencia de bienestar puede ser medida en términos de indicadores universales objetivos (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012):

Modelo teórico subjetivo de CV = Satisfacción con la vida: Bajo este marco, se considera a la CV como un sinónimo de satisfacción personal. Este concepto otorga como el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejando de lado las condiciones externas de vida, supone un individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal. Algunos autores sugieren acotar el término adjetivizándolo, proponiendo la denominación CV subjetiva, definida como el grado individual de satisfacción con la vida, de acuerdo a estándares internos o referentes.

Modelo teórico objetivo - subjetivo de CV = Condiciones de vida + Satisfacción con la vida: Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la CV desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo.

Modelo teórico basado en los valores y las condiciones de vida y la satisfacción con la vida: Según los autores del estudio mencionado, el año 1995, Felce y Perry proponen un cuarto modelo teórico, agregando la necesidad de considerar los valores personales, aspiraciones y expectativas. En este modelo, la CV es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. En este sentido, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico. En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el cual propuso una definición propia de CV (The WHOQOL Group, 1995). Bajo este marco, los autores definieron a la CV como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y

sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (Urzúa y Caqueo-Urizar; 2012).

5) METODOLOGÍA

5.1) Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con diseño fenomenológico (Pérez-Luco, et al., 2017). Este diseño permite explorar fenómenos a partir de la experiencia de los sujetos involucrados, que para este caso particular se describen los discursos de los profesionales sanitarios y usuarios de un Centro de Atención Primaria en Salud de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

5.2) Población y muestra

En coherencia con el tipo de estudio, se realizó un muestreo teórico (Pérez-Luco, et al., 2017), en la búsqueda de casos que respondan al constructo teórico previo para la comprensión del problema de estudio. El propósito es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar cómo varía cada categoría en términos de sus dimensiones y propiedades.

Se consideraron a aquellos integrantes miembros el equipo del Centro de Salud con antigüedad de trabajo en el CAPS mayor a 1 año en el Efector y a usuarios seleccionados con carácter de informantes clave que residan en el área de referencia del CAPS, estén adscritos y se encuentren realizando o hayan realizado un proceso de rehabilitación en el período de estudio.

El tamaño de la muestra se determina por el criterio de saturación teórica, la cual ocurre cuando ningún dato adicional es capaz de agregar información nueva a una categoría bien desarrollada en términos de sus propiedades y dimensiones (Pizarro, 2000). La saturación teórica se logró con los discursos de 6 integrantes de un equipo de salud y de 4 usuarios que asistían a del servicio de kinesiología.

De los profesionales entrevistados, todas fueron mujeres, de las cuales, dos eran médicas generalistas, una psicóloga, una trabajadora social, una enfermera y una kinesióloga. La antigüedad de las entrevistadas fue de un máximo de dos años y un mínimo de un año.

Los usuarios entrevistados, se encontraban realizando rehabilitación en el área de kinesiología al momento de su participación; dos fueron mujeres y dos hombres, con edades entre 35 a 53 años, y adscritos al CAPS con una antigüedad entre 3 a 13 años.

5.3) Recolección de información

Para la recogida de datos, se diseñaron dos guiones de entrevista semiestructurada que incluyeron las categorías teóricas previstas para explorar el tema de investigación, uno para integrantes del equipo de salud (Anexo 1) y otro para usuarios (Anexo 2). Se realizó una prueba piloto con un profesional de la salud y un usuario del sistema de salud público, de un CAPS diferente al del estudio. Con base en ella, se realizaron ajustes al lenguaje empleado, principalmente en el guion para usuarios.

La información recabada fue considerada estrictamente anónima y confidencial y fue aplicada para dar respuesta a los objetivos del trabajo. Toda información personal está sujeta a la Ley argentina de Protección de Datos N° 25326, Dirección de Protección de Datos Personales dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación según el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. En consecuencia, la información como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales. También se presta reserva del nombre del Efector al cual pertenecen los miembros del equipo de salud y de los usuarios entrevistados, haciendo referencia al contexto en forma general sin atribuirle características propias que permitan desenmascarar la identidad del Efector.

La convocatoria para participar en el estudio fue dirigida a todo el personal que integrara el equipo del CAPS, en primera instancia por vía telefónica a la directora. Luego fueron contactados mostraron interés de ser entrevistados y aportar al presente estudio. La selección de usuarios fue realizada en conjunto con la Kinesióloga del CAPS quien previamente consultó a quienes se encontraban realizando rehabilitación en el efector si les interesaba participar del estudio. Luego, se realizaron las entrevistas con quienes se mostraron a disposición, hasta obtener saturación de la información. La saturación se obtuvo al considerar la homogeneidad en los discursos de la percepción de los participantes durante el proceso de entrevista, transcripción, análisis y revisión de las mismas en relación con las categorías de estudio.

Las entrevistas fueron realizadas en el período comprendido entre el 12 septiembre al 16 de noviembre del año 2022. Cuatro de las entrevistas a profesionales se realizaron por acceso remoto a través de Google Meet y dos fueron presenciales. Las cuatro entrevistas a usuarios fueron realizadas de forma presencial. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente para su posterior análisis.

5.4) Elaboración de categorías

Habiendo definidas las unidades de registro una de las técnicas más comunes para trabajar los contenidos en investigación cualitativa es la que se orienta hacia la elaboración de categorías (De Sousa, et al., 2004).

En este aspecto fueron elaboradas categorías generales que antecedieron al proceso de exploración y de las cuales se elaboró el guión de preguntas para cada tipo de actor. Las categorías generales fueron identificadas como “Perspectivas y Saberes”, “Toma de decisiones” “Continuidad asistencial” e “Impacto social”. Para cada una de ellas, según el marco teórico previamente explorado, se definieron sus subcategorías.

La palabra categoría, en general, se refiere a un concepto que abarca elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí (De Sousa, et al., 2004). En este sentido, para el presente trabajo se agruparon los diversos temas a explorar en torno a conceptos que los incorporaban de la siguiente manera:

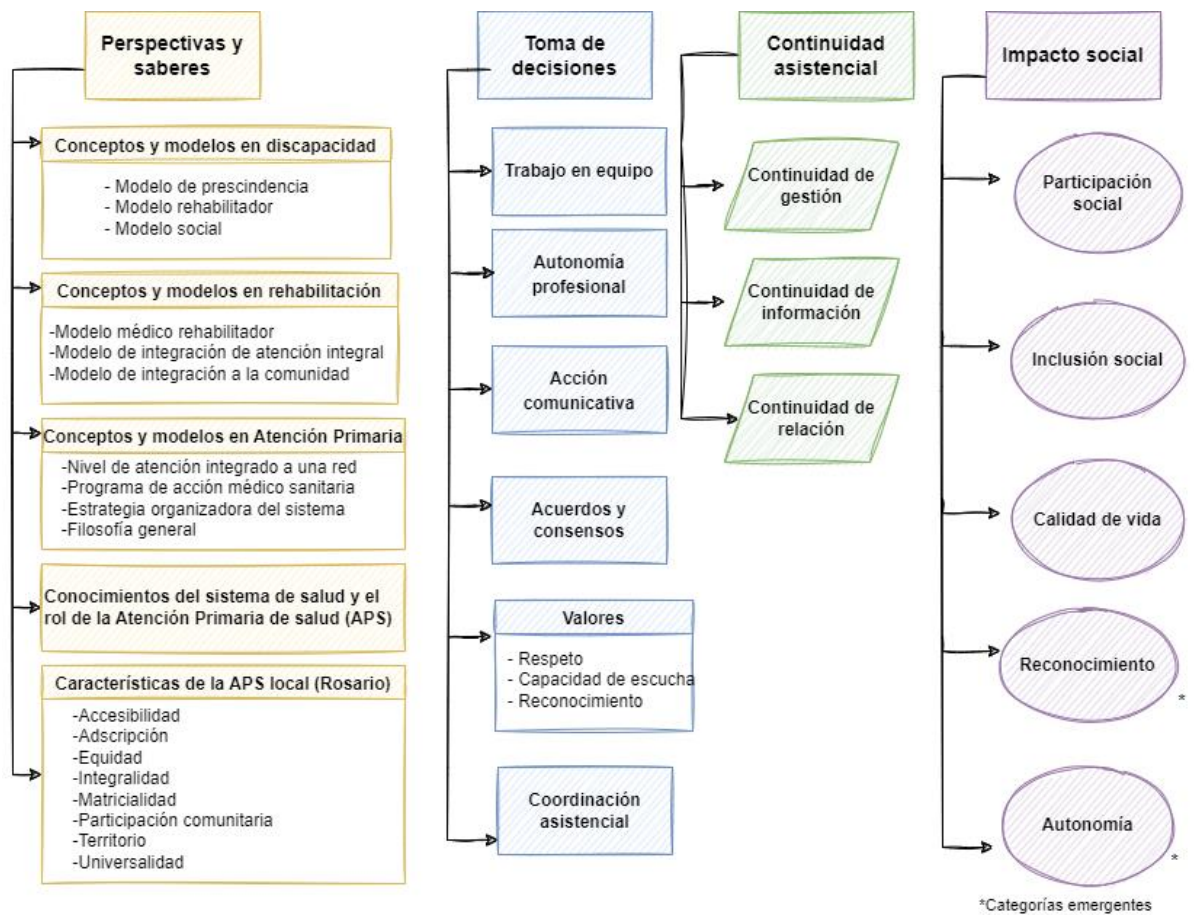


Gráfico 1 Categorías de análisis de estudio

5.5) Organización y análisis de datos

En este apartado se describe cómo fueron organizados y analizados los datos tomando las recomendaciones de De Sousa, et al. (2004).

a) Organización de los datos: Se realizó una transcripción de las grabaciones, relectura de la información. Se utilizó el Software Atlas Ti versión 1.5.18 para organización de la información. Los discursos fueron organizados en unidades hermenéuticas (UH) para profesionales y UH para usuarios como unidades del registro identificadas por dicho Software.

b) Clasificación de los datos: A través de una lectura e interpretación del contenido en las unidades de registro se realizó la interpretación y el reporte de los resultados en base a la codificación de la información según las subcategorías que representaban a las categorías generales. De esta forma, se construyeron los resultados en base a la identificación de citas textuales del reporte de entrevistas (Anexo 3).

c) Análisis final: Se establecieron articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación, respondiendo a las cuestiones de la investigación en base a los objetivos del trabajo. Finalmente se realizó la triangulación teórica, contrastación sistemática de fuentes y la triangulación de informantes (integrantes del equipo de salud y usuarios) (Guba y Lincoln 2002).

5.6) Criterios de calidad y rigor metodológico

Considerando los criterios de Guba y Lincoln (2002), se reflexiona sobre la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad de este estudio.

La **credibilidad** hace referencia a la manera en la cual los resultados reflejan la situación o fenómeno social estudiado. Es decir, los actores involucrados en la investigación ponen en valor los resultados a partir del consenso. Este aspecto, equivaldría a la validez interna de la investigación cuantitativa (Guba y Lincoln, 2002). En este aspecto, se señala que los resultados fueron retroalimentados con uno de los profesionales integrantes del equipo quien considera que los resultados presentados reflejan lo que acontece en su práctica cotidiana. En cuanto a los usuarios, no fue posible convocar a los mismos ya que ya no continuaban realizando rehabilitación en el Efecto y no fue posible contactarlos.

En cuanto a la **transferibilidad**, la misma refiere la manera en la que los resultados pueden aplicarse a otros contextos (Guba y Lincoln, 2002). En este sentido, se considera que el presente estudio realizado a partir del muestreo teórico previo definido, así como los instrumentos para la recolección de datos sistemáticamente organizados, podrían ser utilizados en otros CAPS o en otros contextos que involucren el trabajo entre equipos profesionales en los que participa la atención primaria de salud, para realizar estudios similares.

En relación con la **dependencia o consistencia**, la misma considera la estabilidad de los datos, es decir, si al repetir la investigación se obtienen resultados semejantes (Guba y Lincoln, 2002) A este respecto, la participación de una base amplia de profesionales del CAPS y la permanencia de las condiciones del sistema de salud y las condiciones de prestación de servicios en el territorio, permiten inferir que los resultados son estables en el tiempo.

Por último, la **confirmabilidad o reflexividad** hace referencia a cómo el proceso y la investigadora ha influido en los resultados (Guba y Lincoln, 2002). En este sentido, se reconoce que lo que conlleva al análisis y la problematización del presente trabajo ha situado a la autora en relación con el saber-hacer reconociendo la propia subjetividad. Ya que el trabajo ha sido fruto de anexar los conocimientos adquiridos a lo largo de la Maestría en Salud Pública de la

Universidad Nacional de Rosario (UNR) y la experiencia de desarrollo profesional y laboral como Licenciada en Kinesiología y Fisiatría en la Universidad del Gran Rosario (UGR) en el ámbito de la docencia en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPPS) de la carrera de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría (LKF) articuladas al campo de la Atención Primaria en Salud (APS) durante los últimos 7 años.

5.6) Condiciones éticas

El proyecto fue aceptado por Comisión Académica de la Maestría en Salud Pública UNR Acta 30 de noviembre de 2021. Cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Dictamen con fecha 18 de febrero de 2022. Todos los participantes de este estudio firmaron el Consentimiento Informado previo a las entrevistas.

5) RESULTADOS

6.1) Perspectivas y saberes

En esta categoría se presentan los principales hallazgos en relación con las perspectivas y saberes de los profesionales de salud en cuanto a los modelos en rehabilitación, modelos en discapacidad, modelos de la Atención Primaria en Salud (APS), características de la APS y perspectivas y saberes del Sistema de Salud Argentino.

Según el discurso de los entrevistados, hay un predominio del *modelo* médico rehabilitador en el hacer de los profesionales que se acompaña para la mayoría, de una búsqueda por superarlo en conjunto con el modelo centrado en la discapacidad.

En el discurso de uno de los profesionales se señala que el modelo médico hegemónico del cual se asocia al modelo rehabilitador sigue siendo central,

“Se sigue notando el modelo médico hegemónico sigue siendo central. Está hablado, creo que se habla más que antes, de que todos estamos con intereses de cambiar esa centralidad, esa hegemonía en cuanto al poder que circula en el Centro de salud, en cualquiera. Pero todo sigue siendo de alguna manera, realizado desde la medicina, desde la mirada de la medicina. [...] Lo de la discapacidad está medio vinculado a lo jurídico pero que la medicina acompañó para la construcción, y a la rehabilitación que también es un concepto que surge en la medicina” (Profesional 2).

En torno al modelo médico rehabilitador se identifica en uno de los discursos aspectos vinculados a la recuperación funcional. Se señala a la rehabilitación en este sentido como medio para que la persona pueda alcanzar el logro en el desempeño de ciertas actividades básicas de la vida diaria como alimentarse hasta que el proceso logre generar la independencia y autonomía en la actividad,

“El tema de hacerlo funcional a la vida es parte de la rehabilitación porque una cuchara en una persona que a lo mejor le cuesta sostenerla pero puede hacerlo por sí mismo quizás parte de esta rehabilitación es adaptar el cubierto a otra persona hasta que no lo necesite más” (Profesional 5).

Esta interpretación coincide con la perspectiva de la mayoría de los usuarios entrevistados en la cual se reconoce en los discursos a la hegemonía del modelo médico rehabilitador,

“Una para mantener los músculos, para que no se atrofien. Y para tener una esperanza de, el día de mañana tener una prótesis. Que también necesita de trabajo tener una prótesis. Más allá de las piernas, también necesitas hacer abdominales. Porque la fuerza que hacen las piernas dependen de los abdominales que tengas. La fuerza de la panza y los brazos. Por si tenés que usar muletas o andador y si no tenés fuerza en los brazos no funciona” (Usuario 2).

Otro profesional, integra en su discurso no solo el aspecto motor, sino otras funciones que hacen parte del proceso rehabilitador, como la función cognitiva, señalando que la rehabilitación dependerá del tipo de discapacidad que posea la persona.

“Si hablamos de rehabilitación en general siempre nos suena a algo motor. Pero puede haber rehabilitación cognitiva, desde el punto de vista intelectual. También rehabilitación de la parte kinesiológica. Diferentes tipos de rehabilitación que dependen del tipo de discapacidad de la persona para poder llevar a cabo la rehabilitación” (Profesional 1).

La perspectiva que se identifica en el discurso de otro de los profesionales plantea la rehabilitación como reparatoria del daño y la idea de que las personas que reciben rehabilitación

consideran la misma como un hecho trascendente como salvadora de vida excepto en situaciones que podrían señalarse como más “livianas” desde una perspectiva del modelo médico rehabilitador.

“Lo percibe como si le salvaras la vida y salvo en situaciones más ‘livianas’ en donde hacen una rehabilitación porque tuvieron un esguince o un problema x y recuperan y chau” (Profesional 5).

Partiendo de las perspectivas que se reconocen con la rehabilitación con el modelo médico rehabilitador en su hegemonía, se identifica que la discapacidad es interpretada en su discurso también desde este mismo modelo, en tal sentido, algunos profesionales reconocen a la discapacidad en términos de imposibilidad o dificultad para desempeñarse en tareas de la vida diaria, reconocidas como básicas,

“Lo entiendo como la imposibilidad para realizar ciertas tareas de la vida diaria. Desenvolverse en las situaciones básicas digamos, en el manejo del dinero o en el manejo de ciertas actividades de lo personal o el intelecto” (Profesional 1).

[La discapacidad es] *“Una dificultad o incapacidad para poder realizar algo proveniente de alguna falencia en el individuo ya sea física o de otra índole” (Profesional 3).*

Esta interpretación es común a los resultados hallados en las entrevistas a usuarios, en la cual, para la mayoría, la discapacidad está asociada a este modelo,

“Algo que no se logra hacer. Para mi, mi discapacidad es que me cuesta caminar y todo eso. Hace referencias a que las personas no tienen la posibilidad de hacer las cosas como otra persona normal” (Usuario 1).

“Prefiero tener la mano que me falta antes que la pierna. Porque teniendo la otra mano me habilita a muchas más cosas, a ser mucho más independiente. Tan fácil como comer” (Usuario 2).

Otro profesional de salud destaca el papel que juega la vivencia personal de las personas a la hora de enfrentar la discapacidad y las falencias que esta representa, y cómo estos factores

subjetivos inciden en sus expectativas y pueden limitar o facilitar el proceso de rehabilitación,

“Este paciente durante un año iba a las consultas a llorar [...] le es muy doloroso pensarse con discapacidad. Y tiene cuestiones en relación a ciertas prótesis en sus piernas que es lo que lo sostienen en el día a día. Poder pensar que puede conseguir unas prótesis es lo que lo ancla en la vida” (Profesional 6).

Tal discurso, llama la atención sobre las implicaciones si la discapacidad aparece como un hecho que irrumpe en la vida de la persona y afecta su cotidianidad, o si se trata de una discapacidad de nacimiento, lo que se refleja en una vivencia diferente de la misma,

“Era una persona que se desempeñaba, no tenía ningún tipo de discapacidad y a raíz del ACV su vida cambia de un día para otro y está en silla de ruedas. Distinto es cuando hay una discapacidad de nacimiento donde la cotidianidad siempre fue armada en función de ciertas limitaciones” (Profesional 6)

En otra de las entrevistas se identifica que las decisiones se toman a partir de los criterios que derivan de la formación que recibieron cada una de las profesionales y que en ese sentido se reconocen ciertas falencias a la hora de acompañar personas con discapacidad. En este aspecto se señala que la perspectiva de discapacidad no está en los planes de estudios de la formación de profesionales de salud y que las estrategias se centran mayormente en un abordaje centrado en la enfermedad como eje dominante o hegemónico,

“Me parece que hay un consenso de que tenemos muchas falencias como equipo pero en términos de formación. Terminamos haciendo muchas cosas desde los criterios que tenemos, que son efecto de nuestra formación, de pensar en cada paciente en particular o el colectivo de pacientes que tenemos. Pero si reconocemos que la perspectiva de discapacidad no está en los planes de estudios. sí me parece que a lo mejor las compañeras que son médicas dan un acompañamiento y mucho saber en relación a la enfermedad y de poder acompañar las enfermedades que haya, pero no la discapacidad, si la enfermedad. Y ciertas enfermedades deben ir en discapacidad” (Profesional 6).

Pese a que existe una tendencia a reconocer que el modelo médico rehabilitador

continúa siendo hegemónico, la mayoría de los entrevistados considera que la rehabilitación debe ser interpretada con aspectos que van más allá de lo que acontece en el centro de salud o de las intervenciones específicas de cada área, sino que debe estar centrada en la persona y su contexto. En el discurso de uno de los profesionales se identifica que la toma de decisiones en rehabilitación debe estar centrada en las necesidades de la persona, lo cual supera las sesiones terapéuticas e involucra espacios de la vida social y en los que entran en juego otros actores sociales en el proceso,

“Ahora estamos trabajando un paciente que está haciendo rehabilitación en kinesiología, por una amputación. Y estamos viendo que el paciente no sostiene lo que es la actividad o los ejercicios, más allá de lo que le toca hacer en el centro de salud. Entonces bueno, estamos estudiando la situación para ver si podemos brindarle otro espacio para que el continúe más allá de lo que hace en el centro de salud y también para que él tenga otra salida porque refiere que estar en la casa todo el tiempo lo tiene deprimido y entonces pensamos en la posibilidad de un centro de día. Lo hablo con la psicóloga [...] lo habló con la trabajadora social. Y entre todos estamos viendo cuál sería el mejor lugar [...]. Poder trabajar con un paciente entre muchas disciplinas es eso, ver que puede sacar cada uno con base en lo que ve y después tomar una decisión”
(Profesional 3).

En el discurso de otro de los profesionales, este tipo de construcciones desde un modelo de derechos humanos con un abordaje integral y con la articulación de varios profesionales que acompañen el proceso, aún son difíciles de llevar a cabo y finalmente se limitan a intervenciones fragmentadas,

“Intervenciones que quedan en una dificultad porque todavía es muy fuerte esa construcción de que cada maestro con su librito. Y en medicina cada médico con su estetoscopio. Nos pasa que queda fragmentado, cuesta articular y cuesta esta mirada integral. Donde la administrativa es tan importante porque es la primera escucha, el enfermero también está en una escucha muy cercana, el que le da la medicación también tiene cualquier detalle que pueda tomar del día cotidiano de la persona. Y el médico haciendo su mirada médica, pero tomando en cuenta todos estos elementos”
(Profesional 2).

Otro de los profesionales señala que para superar al modelo médico rehabilitador se deberían tener en cuenta otros factores y no dejar a la rehabilitación como exclusividad a la kinesiología.

“O se le deja exclusivamente la kinesiología con la rehabilitación. Como la rehabilitación. Y deberíamos tener en cuenta otros factores” (Profesional 5).

Por otra parte, en otro discurso se señala que incluir la perspectiva de los derechos humanos y la no institucionalización como tema en el equipo de trabajo podría ampliar la mirada médico biologicista de la discapacidad,

“En principio pactamos una reunión semanal para trabajo de situaciones [...] Digamos como que ha mejorado al mejorar o agregar la visión o perspectiva de los derechos humanos, el tema de la no institucionalización y demás que cruza también con discapacidad. Creo que colabora mucho que el trabajo sea acompañado desde ahí como para ir pudiendo abrir una mirada más amplia de la mirada médico biologicista” (Profesional 2).

Desde la perspectiva de uno de los profesionales de salud, la discapacidad es una construcción social plasmada históricamente como estigma social, y que en el modelo rehabilitador predominante, se evidencia en la limitación para el goce efectivo de los derechos y en el estigma social que margina a los sujetos,

“En relación a la discapacidad entiendo que es una construcción social, o sea, no existe la persona con discapacidad. Sino que existe un concepto que se fue construyendo que fue estigmatizante y que fue generando dificultades en el acceso de los derechos de las personas (Profesional 2).

Así mismo este profesional señala que para superar este modelo, es necesario trabajar en la perspectiva de los derechos humanos y atender la lucha de los colectivos de discapacidad por la reivindicación de sus derechos y la superación del estigma social,

“A partir de la ley de discapacidad, creo que quedó plasmado toda la lucha de los colectivos por discapacidad que vienen solicitando, justamente, que no quede en un rótulo. Sino que sea revisado y se construye este nuevo concepto de pensarlo

justamente, como algo que ha sido un estigma para determinado grupo social. Entonces, sobre todo, lo que hay que pensar en estos términos es, que toda persona tiene derecho a la salud, y hay que hacer accesible la posibilidad justamente de llegar a concretar ese derecho” (Profesional 2).

En tal sentido, señala en su discurso la contradicción del concepto de rehabilitación, que está ligado a la mirada del especialista, en lugar de estar centrado en la persona,

[El concepto de rehabilitación] *“Es contradictorio. ¿Porque es re-habilitar no? Más bien podría ser un concepto nuevo, profundicemos la habilitación. qué habilitamos? De nuevo pone ese ‘re’ mirando al otro desde esa mirada del especialista y no tanto desde la mirada del propio sujeto. Donde, tal vez, no tenga nada que ‘rehabilitar’, sino que es un ámbito más donde dentro del proceso de constituirse como persona y de seguir conociéndose y de seguir buscando por dónde le gustaría transitar este mundo complejo. Me parece que hay que ir por ese lado” (Profesional 2).*

En relación con los *modelos en Atención Primaria en Salud*, en los discursos de identifican aspectos que vinculan a la APS como estrategia, filosofía, modelo médico sanitario y como red.

En cuanto al modelo en APS identificado como estrategia, en el discurso de uno de los profesionales se señala la importancia de las acciones de prevención y promoción que se realizan tanto en consultorio como en el centro de salud en general. Estas acciones generan vínculos con la población que facilitan una relación más fluida y de confianza, por lo cual son valoradas como pilares de la salud,

“Por lo general, siempre hay estrategias, por ejemplo campañas de vacunación, se sale a trabajar en el barrio. Se trata de llegar a la gente, de buscarla y de traerla al centro. Se dan charlas para promocionar la salud, tanto en el consultorio como en el centro en general. Hay talleres, se trata de trabajar con la población lo cual genera que la gente se vaya conociendo. Genera una relación más fluida, de más confianza. Me parece bastante importante. Se brinda bastante información, que me parece uno de los pilares más importantes de la salud” (Profesional 3).

En relación con modelo filosófico de la APS, un discurso destaca que en Rosario

prevalece una concepción más amplia de la atención primaria que difiere de otros territorios del país, caracterizada por el trabajo interdisciplinario y la descentralización del sistema,

“Yo creo que la ciudad de Rosario tiene otro pensamiento, tendría que indagar un poco en relación a otras provincias, otros lugares, pero por lo que conozco, la ciudad de Rosario y te podría decir que hasta Santa Fe tiene una concepción de lo que es centro de salud que es distinta a la de otros lugares. Con una idea mucho más amplia y esto que decíamos de este trabajo del personal más interdisciplinario, esta conexión de que exista el sistema de salud en zonas más periféricas que no se si ocurre en otras provincias” (Profesional 4).

La APS como modelo médico sanitario es relacionada por otro profesional con la incorporación de nuevas profesiones, como en el caso de Fonoaudiología. Reconoce la importancia de contar con mayores y mejores coberturas cercanas a la población que permitan mayor detección y prevención de problemas de salud,

“El acceso a determinadas medicaciones o coberturas, por ejemplo, fonoaudiología está recién ahora llegando a los centros de salud como algo incipiente como para hacer un diagnóstico o digamos, para hacer una prevención seria. Una pesquisa así anticipada, para que no llegue después un joven o una joven a tener un problema de lenguaje que ya es mucho más orgánico y todo está como profundamente complicado porque no se pudo ver antes y facilitar algún tipo de estimulación antes. Entonces celebramos este espacio de fonoaudiología que también aparece en los centros de salud recientemente. Donde se arma una grupalidad con niños niñas niños y familiares para hacer esta prevención y llegar antes digamos a que el problema sea más grande. Pero sigue faltando una cuestión. Ayer por ejemplo estuve en la facultad de medicina por otro tema pero se volvió a abrir la carrera de terapia ocupacional y eso también es importante” (Profesional 2).

En otro de los discursos, la APS se concibe como un modelo de red dentro del sistema de salud, en el que ocupa el nivel bajo de la atención con asistencias a situaciones de salud con poca complejidad y que conecta con los niveles de mayor complejidad. Este primer nivel, estaría emplazado en lugares lejanos o periféricos de la ciudad,

“La APS es el nivel de atención más bajo y en donde personas de situación en lugares más periféricos quienes acuden por patologías más digámosle simples. Y de allí en caso que se necesite algo de mayor complejidad son derivados a algún efecto de mayor complejidad. Pero es el primer nivel de atención más vale en lugares lejanos o periféricos de la ciudad” (Profesional 4).

En cuanto a las características de la APS se identifican principalmente la adscripción, el acceso, el territorio y la accesibilidad.

La adscripción como proceso que implica el vínculo y acercamiento de la población y el equipo de salud, uno de los profesionales describe la diferencia del vínculo con las personas que transitan en el CAPS con las que asisten a un Hospital,

“Hay gente que va varias veces al día o todos los días. Entonces ya uno conoce los nombres, las caras, los problemas, los vínculos familiares. Creo que no hay otro lugar en donde se trabaje de esta manera como trabajamos con la población porque en el hospital la gente entra y sale y no se hace vínculo. No se sabe nada de esa persona más de lo que dice la historia clínica” (Profesional 5).

Por su parte, otro profesional describe que el CAPS es parte esencial en la vida de las personas que acuden a él para su atención,

“Hay muchos pacientes que se apoyan mucho en el Centro de Salud. Como que forma parte de algo esencial en la vida de estos pacientes. Y si no está el Centro de Salud no se pueden llevar a cabo diferentes cosas” (Profesional 1).

En cuanto a la característica de acceso, los actores identifican factores diferenciadores para la ciudad de Rosario, destacando que el acceso, si bien está influenciado por ciertas falencias, la APS marca una diferencia positiva para la población,

“Yo me formé en provincia de buenos aires y lo que es atención primaria en el lugar donde estaba yo no era muy bueno y acá uno nota la diferencia. Que si bien a veces son largas las esperas para los turnos o por ahí a veces, como en todos lados, quedan cosas que aceptar” (Profesional 3).

En relación con el sistema de turnos que influye en el acceso, en otro discurso se identifica que existen mecanismos informales de tráfico de influencias para quienes son conocidos del personal administrativo que les agiliza la asignación del mismo,

“En general hay como dos sistemas, uno el del usuario que es estar ahí sacando turno en ventanilla y que llegue el turno de acá a 6 meses. Uno comunicándose con el servicio que si no te conocen es ‘bueno, te saqué el turno’. Más allá de plantear la situación, plantear cierta urgencia. A lo mejor hay gente que conoce a alguien que es un golazo porque eso te termina habilitando algunas cosas” (Profesional 6).

En cuanto a la característica de territorialidad de la APS, uno de los profesionales identifica cambios importantes en detrimento de la misma, por la complejidad de relaciones en los territorios, con presencia creciente de violencia, que limita la acción institucional y que se traduce en una crisis de la estrategia para beneficiar con sus acciones a las diferentes comunidades,

“Lo que se ve en Rosario como municipalidad, justamente el ante año pasado, celebró 30 años de APS entonces tiene todo un circuito de salud de APS importante (aunque igual se ha ido deteriorándose con los años) y eso me parece que no todas las ciudades lo tienen en ese sentido, tanto tiempo de trabajo en APS. De todas maneras, desde Ferrandini hasta hoy lo que yo he ido conociendo y compartiendo con otros colegas es que ha habido un deterioro porque se vio digamos que los territorios se complejizaron, se tornaron más violentos entonces ha habido, como hacia adentro de las instituciones, poco trabajo en el territorio o sea lo que es la APS en sí está más bien en crisis. Y está costando mucho volver a ese paradigma de estrategia desde la atención primaria en el territorio como una atención que está vinculada totalmente con la comunidad y hay un ida y vuelta digamos. Hay APS en Rosario pero no estaría siendo tan activa como fue en tiempos anteriores” (Profesional 2).

Otro profesional identifica no obstante que pese a estas dificultades de los últimos años, se plantean como objetivos poder construir espacios colectivos que involucren acciones por fuera del consultorio y faciliten mayormente el acercamiento a la comunidad.

“Uno de los objetivos que nos propusimos para este año, es tratar de salir del consultorio y armar espacios más colectivos. Hay un taller de cocina el cual yo estoy articulando entonces hay veces que vienen los compañeros a compartir con los participantes. Y había quedado el interés de armar un taller de caminatas y trabajar sobre el tema de la diabetes y quedo en espera. Pero tienen intención de hacer ese movimiento y salir del consultorio. Y me parece que, por lo que voy viendo, la pandemia había cerrado bastante la población y de a poco viene habiendo un intercambio más fluido” (Profesional 2).

Otra característica que se identifica como parte de la APS en los discursos es la de accesibilidad. Se identifican, en el discurso de otro profesional, aspectos vinculados a la accesibilidad geográfica por la ubicación de los CAPS gracias a la descentralización del sistema lo que facilita que la población pueda acceder sin necesidad de trasladarse a zonas más alejadas para recibir atención,

“El acceso geográfico, al descentralizarnos y hacer que la gente pueda acceder al centro de salud de atención primaria funciona muy bien. Por ejemplo, en el barrio donde yo estoy, que es muy humilde. La gente tiene como hospital más cercano, además de que están construyendo uno hace mil años, es el Roque Sáenz Peña. Entonces se les complica ir al hospital, no es tan fácil para ellos” (Profesional 5).

Agrega también la importancia de contar con un servicio de kinesiología en el CAPS lo que facilita el acceso geográfico para las personas con discapacidad,

“La importancia de la kinesiología en el centro de salud porque no todos los centros de salud lo tienen. El acceso geográfico también porque estando con las limitaciones que tienen, se encuentran con que tienen que irse hasta el Hospital Provincial y cómo van? No es fácil. Necesitan el acompañamiento de otra persona. Es tomar un colectivo que quizás para uno es cotidiano y se complica mucho” (Profesional 5).

En vinculación a las *perspectivas del Sistema de Salud* de los profesionales, se identifican en mayor tendencia aspectos que se asocian con las desigualdades en la distribución de los recursos, la privatización del sector salud y el flujo de información entre el sector público y el sector privado.

En relación con las desigualdades en la distribución de los recursos, uno de los profesionales menciona que las mismas se vinculan con que las políticas públicas de cada provincia son independientes entre sí en todo el territorio, lo cual generan dificultades ya que las mismas también poseen necesidades diversas, lo cual genera una crisis del sector salud.

“El sistema de salud digamos Argentino tiene mucha diversidad y serias dificultades. Lo que veníamos evaluando es que según las provincias y los recursos de cada provincia ahí tenemos ya una desigualdad importante. Entonces hay una crisis sanitaria (Profesional 2).

En este aspecto también se señala que la pandemia reforzó estas dificultades incorporando a la problematización el avance de la privatización de los sectores.

“Quedó en evidencia con la pandemia las dificultades con las distintas provincias y en Santa Fe yo creo que se nota como fue avanzando la privatización del sistema y como todavía cuesta. Por un lado, lamento que haya sido así porque a mí me parece que la salud tiene que ser pública. En su mayoría digamos. Lo privado debería existir, pero de una manera más reducida no en el porcentaje que existe en la actualidad” (Profesional 2).

En este sentido también se perciben dificultades en cuanto al flujo de la información entre el sector público y el sector privado.

“Y si tenemos que aceptar eso, ya tendríamos que haber podido armar una articulación de la información porque también no puede ser que información quede en privado como una información privada justamente cuando la salud más allá de que sea de gestión privada o de gestión pública tiene que ser pública” (Profesional 2).

En relación con la fragmentación, un profesional señala haber transitado en su experiencia por dos tipos de estrategias distintas del sistema público de la misma ciudad señalando mayor sectorización a nivel de la red provincial. También señala un sistema organizado en torno a la enfermedad y no a la salud, en este sentido identifica las dificultades burocráticas que acontecen para una persona con discapacidad en los trámites para el Certificado Único de Discapacidad,

“El Sistema público de salud en la ciudad de Rosario en donde tenemos estrategias de

trabajo del sistema de salud de Rosario municipales y provinciales que son lógicas de trabajo totalmente distintas. Yo trabajé muchos años en la muni y ahora estoy trabajando en la provincia y hay una distancia en relación a poder pensar la salud en términos integrales. Cosa que en la provincia está mucho más sectorizado, mucho más burocratizado, el acceso del usuario al sistema de salud y todo el sistema de salud está armado en función de la enfermedad, no tanto de la salud. Y en la perspectiva de la discapacidad está muchísimo más burocratizado que un paciente que no tenga discapacidad. Me estoy encontrando con las actualizaciones de los certificados de discapacidad que es una burocratización a la familia que les dicen ‘necesitas esto y eso’, y ellos llevan y siempre falta algo, y es muy burocrático” (Profesional 6).

En cuanto al *conocimiento del sistema*, el discurso de los profesionales también señala aspectos vinculados a la incorporación de prestaciones en rehabilitación en APS, en tal sentido se problematiza en mayor proporción que la inclusión de este tipo de estrategias debieran ser parte de los servicios de la APS, destacan la incorporación de Kinesiología pero identifican que la misma responde a una estrategia intersectorial, por lo cual no se los ve como parte de equipo de salud:

“En la Atención Primaria el kinesiólogo no está dentro del staff oficial podríamos decir de los centros de salud, distinto a los hospitales donde sí cuentan con kinesiólogos de planta” (Profesional 4).

“El servicio de kinesiología que en realidad es un pie adentro y un pie afuera porque no dependen del centro de salud, sino que es un convenio para que puedan realizar las prácticas, eso es muy complejo porque deberían ser parte del equipo como trabajadores permanentes. Porque siempre hay un recambio de trabajadores y de practicantes que no te permiten hacer una continuidad en largo plazo en el proceso de rehabilitación del paciente” (Profesional 6).

6.2) Toma de decisiones

La categoría toma de decisiones se inscribe dentro del *trabajo en equipo* y describe la forma en la que los profesionales se relacionan y planifican las acciones de atención en salud a seguir.

Para la mayoría de los entrevistados, la reunión de equipo es el espacio de articulación entre las distintas disciplinas para comunicarse entre sí, lo que les permite establecer acuerdos en torno a la atención y resolver las problemáticas que los convocan. Esta acción, permite la organización del trabajo en pos de alcanzar ciertos objetivos que puedan plantearse en común,

“No tenemos otro modo de articulación que no sea la reunión de equipo. Porque no nos cruzamos, es un centro muy grande. Hay días que solo me cruzo con mis compañeras cuando salimos” (Profesional 5).

Si bien la reunión de equipo es valorada positivamente por los profesionales entrevistados, uno de ellos señala que esta dinámica no hace parte de la organización laboral como un medio para el intercambio que permita discutir y coordinar estrategias en conjunto. El trabajo en equipo aparece como una forma de resolver problemáticas puntuales relacionadas con casos específicos que requieren de la comunicación y coordinación entre los profesionales intervinientes,

“Había una organización que nos permite encontrarnos entre todo el equipo para trabajar las situaciones de un modo integral. Pero se fue boicoteando ese espacio y terminamos hablando de las situaciones en los huecos de cada una. Por ejemplo, faltó un paciente, sentémonos un rato cada una y pensemos estrategias, que es una cagada. Porque termina siendo la buena voluntad de nosotras y haciendo una estrategia recortar en quienes estamos situados, en quienes nos encontramos. Si es cierto que tenemos un horario de reunión que siempre participamos la psicóloga y el equipo matricial que es psiquiatra cada 15 días y psicólogo semanalmente y un tallerista y un acompañante que dan un taller de infancia. Somos esas personas donde antes estaba en otro horario y participaban siempre una médica en particular y después se sumaba muchas veces otra, pero más esporádicamente. Pero terminamos haciendo retribajo más desde el equipo de salud mental, pero hay estrategias con los compañeros, pero en el 1 a 1, en los huequitos, es más un pase de información y hacer acuerdos, que una estrategia integral que se sostenga en el largo plazo” (Profesional 6).

Otros discursos identifican barreras de comunicación con otros profesionales (no sanitarios y practicantes) que no hacen parte del equipo, lo que genera dificultades en la continuidad de la atención y en la coordinación entre profesionales. Reconocen en su discurso,

la necesidad de contar con estos profesionales como parte del equipo para generar acciones en rehabilitación con ellos,

“Están también las administrativas, el servicio de limpieza, hay una seguridad (...) Porque siempre hay un recambio de trabajadores y de practicantes que no te permiten hacer una continuidad en largo plazo en el proceso de rehabilitación del paciente” (Profesional 6).

“Te comenté que no los vi en ninguna reunión de equipo, nunca comentaron algo sobre algún paciente. A veces se limita en que le dan determinados ejercicios al paciente y se van a la casa. Y el paciente queda 23 hs al día para pasar. Porque es difícil para ellos pasar el día entero para atravesarlo en esa condición. Y a lo mejor trabajando más interdisciplinariamente (...) incluyendo a otros profesionales (...) poder hacer más propuestas con ejercicios que hagan en la casa, algún taller para ellos que son los que tienen el contacto” (Profesional 5).

Esto contrasta con el discurso de otra de las profesionales, quien indica que la comunicación y articulación entre profesionales es mediada a través de la coordinación del centro de salud que facilita la comunicación entre profesionales. También sostiene que el trabajo entre profesionales se da a través del intercambio entre tareas, en el pasillo o a través de mensajería,

“Nuestro medio habitualmente de comunicación es la directora del centro de salud quien hace la conexión con los otros profesionales y consulta porque hablo con por ejemplo, la psicología porque tal paciente necesita algo y ahí lo charlamos nosotros en conjunto” (Profesional 4).

Dos profesionales se refirieron a la agenda de las reuniones de equipo, que consideran deberían orientarse a pensar estrategias integrales de atención a las personas con discapacidad y no a casos puntuales del territorio o de las familias,

“La mayoría de las veces que se dan estas reuniones, se habla de casos puntuales de personas del barrio o grupos familiares y cosas puntuales que por ahí tenemos que debatir para poder trabajar en equipo y ver qué decisiones se toman” (Profesional 1).

“Me quedé pensando en esto del lugar de la sexualidad en la discapacidad. Y todas las falencias del centro de salud. Creo que es un tema a plantear en las reuniones de equipo porque no hay mucho lugar para poder pensar estrategias integrales. Pienso en los lugares grupales que han funcionado. No participan muchas personas con discapacidad” (Profesional 6).

En cuanto a los valores que median las relaciones del equipo, en los discursos de las profesionales también fue posible interpretar la dimensión estratégica de los sujetos participantes que se expresada en la intersubjetividad de las relaciones y en la racionalidad del cuidado en salud centrada en las personas usuarias del CAPS. En este sentido, el valor del diálogo en las relaciones es lo que media la resolución de conflictos y a partir de este el reconocimiento del otro, la capacidad de escucha y el respeto, que facilitan la construcción de acuerdos,

“Por ahí cuesta bastante llegar a un acuerdo. Yo creo que estas situaciones de que uno piensa una cosa y otro otra. Se da más en relación a ciertas situaciones bastante puntuales. (...) . ¿Cómo resolverlo? encontrar el tiempo, el modo, hablando. Yo creo que nos lleva más tiempo resolver las diferencias, pero se terminan resolviendo hablando. No queda otra” (Profesional 1).

“Se trata de dialogar, de comentar, porque todos nos estamos mirando, cada uno sabe su tarea y también esta colaboración para con la tarea del otro que es indispensable” (Profesional 2).

La capacidad de escucha fue el valor más ponderado dentro de los hallazgos en esta subcategoría. Según los profesionales, la misma pone en valor el diálogo y la capacidad de generar acuerdos a partir de este entre opiniones diversas.

“El diálogo es de mucha escucha. Hay mucho momento de escuchar las opiniones de cada uno e intentamos llegar a un consenso digamos, algún punto en común en que podamos decir bueno, tu opinión y la mía e intentamos encontrar un punto medio” (Profesional 4).

“El punto de vista de todos. Se tienen en cuenta las diferentes ideas de todos, de los miembros de cada equipo y bueno, yo creo que nos escuchamos. Lo tomo como algo

positivo. Y en general sacamos un poco de cada uno para la toma de decisiones”
(Profesional 1).

En el sentido del *reconocimiento*, se puede identificar en uno de los discursos, que el equipo posee una mirada ampliada de salud que integra una perspectiva de la integralidad en la práctica al considerar al contexto. Esto se vincula con la perspectiva del modelo social en rehabilitación, en la cual se da lugar a aspectos vinculantes al contexto de la persona y centrado en ella,

“Es re buen equipo. Super comprometido. Con una perspectiva, que no es menor, del proceso de salud, de enfermedad, de cuidado y rehabilitación muy humanizante. Que se le da lugar a poder pensar en el contexto y la integralidad de la situación y no en el control o el control médico o bueno estas situaciones de que si el paciente se angustió bueno, que vaya a psicología o no dandole lugar a estas cuestiones. Sino que siempre problematizamos y es un equipo muy humano, de preocuparse, de accionar”
(Profesional 6).

En otro de los discursos, se destaca y reconoce que la voz de cada uno de los miembros del equipo es importante en la toma de decisiones en salud, si se considera que las acciones pensadas en conjunto son mejores que las individuales. Este valor permite vincular el reconocimiento de la visión de cada profesional como la base para poder generar acciones interdisciplinarias. Le da un sentido de transversalidad que permite que el otro profesional pueda aportar algo desde su perspectiva y saber, a diferencia de acciones por imposición verticalista y hegemónica. También se interpreta en los discursos, el reconocimiento de la autonomía en el conjunto del equipo, en este sentido, la autonomía profesional es interdependiente en relación con el juicio y la toma de decisiones de otro profesional, reconociendo la complementariedad del trabajo en equipo,

“Cuando pensamos las cosas en conjunto siempre sale algo un poco mejor. Te doy un ejemplo, si yo hace poco que estoy trabajando en el sistema de atención primaria hay un montón de recursos que todavía no conozco y al hablar con el psiquiatra, al psicólogo, los administrativos, o mismas colegas médicas también, eso nos ayuda a decir ‘ah mira, no sabia que existía este recurso o no sabia que existía esto, vamos a probarlo’. Yo creo que hablar es fundamental y es lo más valioso que tenemos”

(Profesional 1).

“Se tienen en cuenta las diferentes ideas de todos, de los miembros de cada equipo y bueno, yo creo que nos escuchamos. Lo tomo como algo positivo. Y en general sacamos un poco de cada uno para la toma de decisiones” (Profesional 1).

“Estoy abierta al diálogo siempre y expreso mis puntos de vista y mi manera de ver la situación, siempre adhiriendo en general al pensamiento grupal. No hemos tenido mayor dificultad en cuanto a la toma de alguna decisión que nos repercuta a todos” (Profesional 1).

En relación con la *autonomía*, una profesional indica que las decisiones son tomadas con base en la patología en específico según el área de incumbencia profesional:

“En la toma de decisiones cada uno toma la decisión sobre su área específica, es decir, si tiene una patología en específico. Pero en el caso que se necesite” (Profesional 4).

En otros discursos emerge el respeto como valor que permite reconocer las opiniones de todos los profesionales que integran el equipo. También pone en valor la forma en la cual se comunican los posibles errores y equivocaciones de los profesionales como posibilidad de crecimiento y ayuda mutua,

“Siempre hay mucho respeto, y siempre recibí todo con mucho respeto. También hay que aprender a respetar las opiniones del resto. El respeto en ese sentido es fundamental. Y por lo menos a mi no me ha pasado nunca algo distinto” (Profesional 3).

“Respeto, paciencia, tolerancia. Todo lo que permite llegar a un ambiente armónico de trabajo. Da lo que espera recibir. Siempre soy muy abierta a que me digan que me equivoque y creo que es algo que nos hace crecer. Pero me gusta escucharlo con respeto. “Por eso trato de hacer lo mismo. Trato de ser receptiva si alguien me tiene que decir algo a mi. No poner trabas. Y si corresponde o no tratar de ser resolutivo, solidario, tratar de ayudar. Esas cosas creo que hacen fluido un lugar de trabajo” (Profesional 3).

Lo señalado anteriormente describe cómo los profesionales de salud ponen en juego la

intersubjetividad y la racionalidad del cuidado a partir de darle valor al reconocimiento del otro, a la autonomía profesional, la capacidad de escucha y del respeto en el proceso de diálogo que lleve al consenso. Desde este punto de partida es que puede interpretarse cómo los profesionales interactúan con el objetivo de lograr el entendimiento y el acuerdo, lo que Habermas define como *acción comunicativa* dialógica participativa.

En el discurso de algunos profesionales, también se identifica la presencia de una estructura comunicativa dominante monológica instrumental, lo que implica que la razón que subyace en la acción de cada uno de los sujetos es una propiedad de las estructuras de comunicación, más no de los individuos por sí solos, en el cual se desplaza una racionalidad comunicativa por una racionalidad tecnológica instrumental, de carácter jerárquico,

“Creo que el funcionamiento no es el ideal, no es el que a todos nosotros nos gustaría que fuera, creo que tenemos una vista bastante piramidal en términos generales, qué es decir que se hace lo que dice el médico y el resto obedece. Nombro al médico porque habitualmente es quien toma las decisiones respecto a la salud de un paciente o de una persona. Pero hay algunos lugares, podríamos nombrar el centro de salud en donde yo asisto y trabajo, que esa concepción tan piramidal deja de ser tan así, y empieza a expandirse y a empezar a ser un poco más interdisciplinaria” (Profesional 4).

Para la teoría de la acción comunicativa, entonces la búsqueda del consenso para la toma de decisiones implica basarse en determinadas normas, o estructuras dialógicas que posibiliten guiar la acción en la cual los diferentes valores personales, la subjetividad y las relaciones interpersonales juegan un rol fundamental para poder alcanzar la cooperación y el diálogo transversal, no cooptado por un conocimiento o discurso dominante. En este aspecto, algunos profesionales plantean que un modelo de comunicación monológica instrumental, desde una estructura tecnológica, hegemónica, dificulta la acción comunicativa, en este sentido, la construcción de acuerdos y consensos,

“A veces las formas de dirigirse al otro, el tratar de imponer genera rechazo. Y eso dificulta. Facilita creo yo que al fin y al cabo uno se termina sentando y habla, de alguna manera u otra se resuelven o se acatan cuestiones por mayoría. Pero muchas veces la forma en que se plantea algo. O a veces el no escuchar qué dice el equipo genera dificultades. Somos muchos y a veces no es fácil ponerse de acuerdo”

(Profesional 3).

En cuanto a la resolución de conflictos, la mayoría de los profesionales hicieron referencia al diálogo para mediar los mismos, al considerar que muchas veces es posible llegar a una resolución y en otros casos no. En el discurso de una de las profesionales, se plantea claramente cómo el modelo dialógico participativo posibilita la acción comunicativa al interpretar que en el trabajo en el equipo hay tensiones propias de la comunicación humana reconocidas en la intersubjetividad de la estructura dialógica, pero que este diálogo se orienta a la búsqueda del entendimiento y del consenso para la toma de decisiones,

P: ¿cómo resuelve ese conflicto o diferencia?

R: *“Siempre es el diálogo. Como en todos lados, hay roces. Por ahí se generan discusiones y diferencias. Siempre se intenta salir de eso con el diálogo. A veces se llega a buen puerto, a veces no. Siempre es eso lo que media”* (Profesional 3).

“Hay mucho momento de escuchar las opiniones de cada uno e intentamos llegar a un consenso digamos, algún punto en común en que podamos decir bueno, tu opinión y la mía e intentamos encontrar un punto medio” (Profesional 4).

“Diferimos en ciertas situaciones pero yo creo que a la hora de tomar decisiones de cómo vamos a trabajar con tal situación siempre llegamos a un acuerdo y podemos tomar una decisión que sea unánime” (Profesional 1).

Otro profesional señala además, que cuando en determinada situación no se llega a un consenso de equipo entre profesionales se acude a la mirada externa. En este sentido, la capacidad de escucha es interpretada como parte esencial de la comunicación y la gestión que involucra a actores de diversa índole como parte de los mecanismos que el equipo utiliza para lograr el consenso,

“No es solamente que yo haga mi tarea sino que tiene que haber una permanente escucha y estar atento a lo que el otro está proponiendo y ver si me puedo sumar a eso. Muchas veces es con el diálogo, a veces lo resuelven entre compañeros. A veces hay que hacer algún otro tipo de intervención. A veces hay que elevarlo y pedir que alguien

lo convoque y dialogue con alguien de afuera. Se va buscando como llegar a la solución y a veces se necesita un cambio también, porque eso también es bueno y es bueno para todos” (Profesional 2).

Otro de los aspectos que fue posible reconocer en los discursos es que la racionalidad tecnológica está presente también en los mecanismos de coordinación asistencial, en los cuales las estructuras jerárquicas impuestas del sistema no facilitan la comunicación entre profesionales entre niveles en el trabajo cotidiano. En tal sentido, los profesionales utilizan estrategias de la acción comunicativa reconociendo la intersubjetividad de las relaciones pudiendo mediar acciones gracias a los vínculos que pudieran gestarse entre profesionales,

“Existen las hojas de transferencia y contrarreferencia para uno poder comunicarse con el resto de los profesionales, la verdad que muy pocos profesionales la usamos, me incluyo. Porque muchas veces no la tenemos a mano o muchas veces estamos apurados y no la completamos y creo que está mal. Hago mea culpa con eso también. Pero bueno después está también la manera informal en la que vamos buscando a los profesionales de decir bueno, lo conozco a tal, le escribo, le llamé para avisarle que va a ir tal paciente. No se si es la mejor manera, pero es la manera que encontramos para por lo menos tener una comunicación entre el equipo y poder trabajar con el mismo objetivo porque sino se hace bastante difícil” (Profesional 1).

6.3) Continuidad asistencial

Con el fin de articular las categorías anteriores con la que se describirá luego “impacto social”, a los fines de facilitar la comprensión de la lectura en este apartado, se describirán los principales hallazgos referentes a la *continuidad asistencial*.

En cuanto a la percepción de los usuarios sobre la atención a lo largo del continuo asistencial, los principales hallazgos mostraron que, en cuanto a la continuidad de gestión, los usuarios no reportaron que existiera una consistencia en cuanto a la atención entre los profesionales que lo atienden, en cuanto a la percepción de que los mismos tengan coherencia en los objetivos y tratamientos realizados a partir de un acuerdo entre sí para la atención. En este aspecto, dos usuarios describieron aspectos relacionados con la coordinación y comunicación realizado por los profesionales,

P: ¿De que manera crees que se comunican entre sí?

“No se porque no se conocen, creo yo. Porque uno es del hospital y la otra de acá del centro de salud” (Usuario 2).

“El otro profesional hasta que no me ve a mi, y le muestro la epicrisis no tiene ni idea” (Usuario 3).

En otro de los discursos de los usuarios entrevistados, se describe la percepción de la existencia de jerarquías de relación,

“A mí me enviaron a kinesiología desde traumatología. El kinesiólogo toma lo que le dice el médico. Llevas la orden o informe de lo que tenés y ellos te hacen hacer los ejercicios adecuados” (Usuario 3).

En cuanto a la continuidad de información los usuarios no reportaron que la misma se realice entre los profesionales o a través del equipo, sino que quienes comunican los datos de sus informes son los mismos usuarios de un profesional a otro. Este aspecto se considera relevante ya que la comunicación de la información asegura que dentro de un equipo se reconozcan las necesidades del usuario y que la atención sea constante. En tal sentido, la transferencia de información particularmente percibida por los usuarios en algunos casos es percibida como un hecho natural y como parte de la forma de administrar la atención,

P: ¿cómo se entera ese especialista de tu problema de salud?

“Preguntando. O si hay algún estudio previo reciente te ven eso. Pero muchas veces te reciben y te preguntan por qué te mandaron, les comunicas que tenés estudio y tu situación y ahí van a ver” (Usuario 4).

P: ¿Consideras que el especialista tiene información previa acerca de tu historia clínica?

“Si, la tiene. Pero la tiene que buscar, obviamente. Me imagino que a veces llegan a planificar el día y revisan las historias antes de atendernos. Pero otras no. Otras tenés que explicarles todo” (Usuario 4).

“A veces tenemos que explicar mil cosas e incluso a veces ni te entienden. Describir todo el proceso, los distintos turnos que has tenido. Y eso me incomoda, me pasó que

me rotaron por muchos médicos y después rotaron, cambiaron, especialistas, estudios. Ahí hasta me enojé. Porque expliqué muchas veces lo mismo y además me decían cosas distintas. Llegué hasta el punto de estar en la camilla antes de ingresar al quirófano y que me digan que no al final. Muchísimos meses con cambios de acá para allá. Estaría bueno que la planificación sea más ordenada. Me dio mucha impotencia, bronca, perdí mucho tiempo” (Usuario 4).

En cuanto a la continuidad de relación, la mayoría de los usuarios refieren en sus discursos que el vínculo que se genera con los profesionales de salud favorece a la atención, en tal sentido, se reconoce que dependiente del tipo de acompañamiento que el usuario requiera, el modo de relacionarse es valorado por los usuarios y se relaciona con la satisfacción percibida en torno a la atención,

“El trato es muy bueno. No te puedo decir nada malo de ellos porque realmente son muy carismáticos. Y eso impacta en mi motivación. Porque si te atienden mal uno no vuelve. Vale mucho el trato, es muy bueno” (Usuario 3).

“Me siento más motivado, siento que avanzo mucho. Hace la diferencia esto que te comentaba de la predisposición. Los chicos demuestran virtudes que están buenas. Te reciben con una sonrisa. La buena onda se contagia. Charlamos de la familia, los escuchas a ellos hablando bien, alegres” (Usuario 4).

“Acá ya nos conocemos y veo que ellos tienen interés y compromiso en resolver mis problemas. Cuando me explican lo que tengo me lo explican bien y lo entiendo. Pero cuando voy al hospital no entiendo nada” (Usuario 4).

6.4) Impacto social

En el modelo social, la discapacidad se reconoce en las características y fuerzas de la sociedad, esta no es de la persona, sino de un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. En tal sentido, se interpreta en los discursos de los profesionales, alternativas de solución a las problemáticas que se plantean con los usuarios a partir de enfoques pensados en la acción social, que ponen en primer plano el reconocimiento

de las personas. En este aspecto, siguiendo la teoría del reconocimiento de Honneth, la autonomía de la persona parte de la intersubjetividad, coherente en su narrativa con la vida y con la sensibilidad del contexto. En este sentido, en el discurso de los profesionales se describe que los mismos reconocen la existencia de una afectividad recíproca entre los individuos que es atravesada por el vínculo, el dejarse afectar por el otro, que facilita establecer lazos de confianza y pensar en estrategias centradas en la persona. En consecuencia, permite el reconocimiento recíproco de los derechos en términos de igualdad y de justicia social.

Es así que, en el discurso de uno de los profesionales, el reconocimiento recíproco se describe en relación con el vínculo y el permitirse este modo como parte del trabajo para acompañar la realidad,

“Hay un vínculo con ciertos pacientes donde uno acompaña la cotidianeidad, más allá de que tengas distancia. Hay un vínculo afectivo muy grande también. Y me parece que es importante poner en juego la afectividad en el vínculo. [...] te plantean la cuestión de la distancia, de la abstinencia y también con ciertos pacientes trabajar desde el lazo es un modo de laburo. Y hay que poder reivindicar ese modo de laburo. Sino queda como ‘ay mirá se angustió como va a trabajar después con esta paciente’ y no. Uno se pone a pensar tanto términos macro como en términos micro de las estrategias y tienes una afectación con la paciente. Y lo mismo del paciente hacia el profesional. Y pasa mucho sobre todo con las médicas, de que los pacientes le confían mucho, hay mucho puesto en el profesional” (Profesional 6).

En términos de Honneth, el *reconocimiento* está asociado a una reflexividad personal y colectiva, a una solidaridad comprensible, sensible al contexto cotidiano y a las situaciones de vulnerabilidad, en la cual la autonomía de un sujeto se dirige al establecimiento de parámetros normativos válidos universalmente y legitimados desde el consenso lingüístico, con acciones comunes, afectivamente derivadas y sostenidas éticamente. En tal sentido, un profesional señala que los modos en los que los espacios del CAPS ocupados por los usuarios pueden o no estructurarse en función de reconocer sus derechos. En este sentido, se interpreta, que este tipo de reconocimiento, proporcionaría espacios de afectividad colectiva y vincular,

“Si hoy viene un niño al centro de salud y encuentra un espacio para él, eso no es poca cosa. Entonces ¿cómo podemos hacer para cuando el espacio deja de ser cómodo? estar atento a esto. Hacer micro intervenciones para que ese niño o niña pueda estar

en un espacio de juego libre con determinadas reglas que no afecten a los demás. Pero que importante tomarse ese tiempo para ir a hacer esa intervención. Hay muchas más que no pudimos llevar a cabo pero por ejemplo, armar desayunos, almuerzos” (Profesional 2).

En cuanto a la categoría de *inclusión social*, los principales hallazgos destacan la importancia de garantizar la igualdad de oportunidades y el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad para lograr una inclusión social efectiva. Sin embargo, identifican obstáculos como la forma en que la sociedad ve a las personas con discapacidad, las redes de trabajo y la falta de articulación entre sectores, además se enfatiza la necesidad de emplear recursos y fortalecer la articulación entre diferentes sectores para prevenir la exclusión y la discapacidad, y lograr una inclusión efectiva.

Dos de las profesionales, destaca la exclusión social que han sufrido las personas con discapacidad durante muchos años. Si bien se ha logrado una mayor visibilidad en la sociedad, como en los medios de comunicación, todavía se necesita reivindicar su espacio y pensar en cómo se pueden crear circuitos y estructuras para garantizar su inclusión. Esto sugiere que aún hay un largo camino por recorrer para lograr una inclusión social efectiva de las personas con discapacidad y se requiere un enfoque más integrador para abordar los desafíos de la inclusión en la ciudad.

“En general durante muchos años fueron excluidos socialmente y recién hace muy poquito se tiene más espacio social u ocupan también los espacios como la tele, la radio. Pero siempre reivindicando que necesitan un espacio o como se pueden armar ciertos circuitos o poder pensar la ciudad a partir de qué cosas son necesarias” (Profesional 6).

“Observo un lugar de derecho vulnerado, un lugar de marginación. Un lugar con circuitos estigmatizantes, con circuitos que la colocan en cuestiones burocráticas que dificultan el acceso” (Profesional 2).

En términos de igualdad de oportunidades y de accesibilidad a los servicios como parte de los aspectos que contribuyen a la inclusión social, otra de las profesionales refiere que

debería asegurarse el empleo de los recursos para que esto pueda garantizarse, refieren en este sentido aspectos que obstaculizan la inclusión como los circuitos y las redes de trabajo,

“Me parece que lo importante a sacar en limpio digamos es que faltan herramientas para poder incluir a las personas con discapacidad. Falta una red de trabajo. Creo que todos trabajamos mejor cuando conocemos el circuito que cuando uno en particular lo conoce. Porque uno puede ser que sepa como lo pueda manejar pero si uno fomenta y uno arma una red de trabajo un poco más conocida por todos y con mucho mayor acceso” (Profesional 1).

En otros discursos la idea de inclusión fue interpretada en términos de la necesidad de articular con otros sectores para contribuir a la acción social. En este sentido, en dos de los discursos si bien se reconoce la necesidad de articulación con el sector educación también se identifican barreras que la limitan. Se interpreta que esta articulación debería poder fortalecerse y construirse en pos de que permita disminuir el riesgo de exclusión y discapacidad en estos espacios,

“Vemos que por ejemplo si tenemos que articular con otros ámbitos, salvo que sea un lugar específico, ha quedado con lugares que son ‘especialistas para’, y eso no permite la integración. Por suerte en la educación por ejemplo, tengo un espacio en el que se está trabajando en desarmar las escuelas especiales como fueron pensadas en su momento e integrar espacios de educación primaria. Pero por ejemplo en la secundaria falta mucho, en la universidad se está generando un espacio que va bastante avanzado, pero si vos no pudiste acceder a la secundaria difícilmente puedas acceder a la universidad” (Profesional 2).

“Muchas veces hay trabas en el afuera, por ejemplo conseguir una maestra integradora. Es difícil en una escuela privada imagínate en una escuela pública. Es poco el recurso como para garantizar que se incluyan. Y no siempre depende de nosotros, uno por ahí puede acompañar. Trata de buscar los recursos para ayudarlos pero a veces no es fácil. no se me ocurre en este momento qué más podríamos hacer nosotros. Sería bueno trabajarlo e idearlo en conjunto con el equipo” (Profesional 3).

En el sentido de la *participación social*, la misma puede interpretarse en los discursos en tanto la estrategia de empoderamiento que se le da a la población facilitando un papel más activo, de responsabilidad y autonomía, lo cual se evidencia en la participación de los usuarios en la toma de decisiones sobre sus tratamientos,

“Habitualmente, al menos lo puedo decir desde el trabajo que hago yo, siempre se hace una consulta con el paciente, se le explica que se va a hacer, cómo se va a hacer y si esa persona está de acuerdo o no. Y en el caso de que no esté de acuerdo se modifica. Porque la decisión no es solamente del profesional sino que aquella persona que asiste también es parte del tratamiento porque justamente es para ellos, no es para nosotros” (Profesional 4).

En opinión de un profesional, los mecanismos que se emplean para las decisiones en salud, muchas veces anulan la posibilidad de participación del usuario en la misma,

“Más que del equipo lo pensaría como qué toma de decisión tienen de tu proyecto terapéutico o tu proyecto en todo sentido en términos de salud. Y justamente es lo que hablábamos al principio. Hay una cuestión de ser objeto de la práctica u objeto de otro que un sujeto en su proceso de atención. Y me parece que muchas veces la burocratización del sistema contribuye a reforzar a anular lo que tenga para decir el paciente. Y me parece que eso es muy grave” (Profesional 6).

Por otra parte, una de las profesionales menciona que la participación social en el CAPS no es tenida en cuenta para las personas con discapacidad, en este sentido, los recursos están disponibles para otros grupos sociales,

“En el centro de salud se ve a la discapacidad como algo aislado, como que son una minoría. Por eso no se los tiene mucho en cuenta para las actividades. Por ahí cuando tenemos que pensar en alguna actividad pensamos en las embarazadas, en la lactancia, en otros grupos. No se tiene tanto en cuenta ese aspecto. En adicciones, en el lugar hay mucho problema de consumo” (Profesional 5)

Otro de los profesionales considera la acción social en términos de las organizaciones civiles y de militancia, reconociendo que muchas veces los discursos que plantean refuerzan la discapacidad en lugar de fomentar la participación social, la inclusión y el reconocimiento de los derechos. Esto en definitiva, políticamente puede atraer situaciones más estigmatizantes y de exclusión social,

“Generalmente percibo que si tienen un lugar, siempre es reforzando la discapacidad desde no se que grupo o organizaciones civiles o de militancia para poder reivindicar para descubrir que hacer a pesar de la discapacidad. Y también en términos de funcionarios políticos, cuando una persona con discapacidad está ejerciendo un rol político es justamente en el área de discapacidad. Entonces es justamente de ahí que para poder ser escuchados y siempre marcando la diferencia. Es la estrategia para poder habilitar desde su historia de vida a nivel, no desde la particularidad, sino desde lo colectivo que no sirve de un lugar” (Profesional 6).

En cuanto a la *autonomía*, es posible distinguir en los discursos la expresión de su reconocimiento en relación con la autonomía de acción descrita por Dworkin, en la cual se reconoce que a independencia física como uno de los derechos de las personas a desplazarse libremente por el espacio público (hábitat) para satisfacer sus necesidades y deseos sin obstáculos materiales o barreras físicas que se los impidan. En este sentido, la autonomía es interpretada por una de las profesionales en términos de independencia física, pero también considera otros aspectos que se relacionan a la autonomía de voluntad que corresponde a las necesidades de autodeterminación, en este sentido, en el proceso de ejercicio de autonomía, la confianza, la seguridad permiten la acción concreta,

“Yo creo que han ganado principalmente independencia, pensándolo desde el punto de vista que mejora su calidad física. Hablándolo desde lo físico y lo biológico. Pero también esta rehabilitación genera confianza, seguridad para aquellos pacientes que en algún momento se vieron con una imposibilidad de hacer algo. Y que nosotros con todo el equipo que trabaja por detrás, los acompañamos para poder volver digamos a sus actividades de la vida diaria y que eso sea de la mejor manera” (Profesional 4).

“Nuestro trabajo consiste en cuidar a la persona en aquellas circunstancias que no puede hacer por sí mismo. Pero lo que puede hacer por sí mismo siempre se fomenta. No es que te doy de comer en la boca cuando podés agarrar la cuchara. Nosotros suplimos aquello en lo que ellos no pueden hacer. Acompañamos y fomentamos lo que sí pueden hacer por sí mismos” (Profesional 5).

Por otra parte, se describe el impacto percibido en cuanto a la calidad de vida a partir de la voz de los usuarios y usuarias entrevistadas. En este sentido, se reconoce que los usuarios reconocen que el proceso de rehabilitación en el cual se encuentran ha permitido a las personas percibir mejoras objetivas en relación a su bienestar físico. En este aspecto, uno de los usuarios describe en su discurso la percepción de la mejora en cuanto al dolor a partir de su percepción de mejora o cómo este varía respecto a sus actividades. Por su parte otro de los usuarios, refiere y considera que tener más días de rehabilitación física podría impactar mucho más en la mejora de ciertos aspectos objetivos medibles como la movilidad y la grasa corporal. En tal sentido, la valoración de la calidad de vida está referida mayormente a la funcionalidad,

“En los dolores. Hay días que me siento bien, puedo andar bien. Me enseñan a hacer ejercicios en mi casa también. Lógico que no se me va por completo pero la voy zafando con esto. Me calmó bastante” (Usuario 3).

“Necesitaría tener más días de servicio de kinesiología yo. Eso impactaría en que gane más movilidad, que reduzca la grasa. Si no vengo acá no hago nada” (Usuario 2)

Por su parte, otro de los usuarios hace referencia al aspecto vinculado a la calidad de vida en relación con las condiciones de vida, en este sentido refiere cómo la discapacidad limita la participación en el mundo laboral,

[Al momento de pedir trabajo, empleo, o de solicitar algún servicio, ¿sentís que tenés las mismas posibilidades que el resto?] *“No, para nada. Porque cuando les contás que tenés una cirugía en la espalda con 6 tornillos y placa te dicen que no. La gente obviamente busca otro tipo de personal para incorporar en los equipos de trabajo. Yo trabajo por mi cuenta, vendo mercadería en comercios. Levanto los pedidos por celular y salgo a repartir. Desde que tuve la cirugía que no me llegué a sentir nunca*

como me sentía antes de la cirugía. Tengo un montón de dolores, y cosas que no entiendo qué es lo que me pasa. Hasta a veces me cuestiono por qué me operé. Pero bueno, en ese momento me parecía que era la única manera de lograr una mejor calidad de vida. Pero resultó ser al contrario” (Usuario 4).

Algunos usuarios consideran también que el alcance de estos resultados tiene que ver con la forma en la cual los profesionales interactúan con ellos en la rehabilitación, en tal sentido, reconocen de forma positiva el intercambio que se genera con los profesionales durante el proceso,

P: En cuanto a la rehabilitación, ¿cómo impacta hoy en tu vida venir acá a atenderte?
“A mí me sirve, es bueno. En mi salud me ayuda, porque es lo que quiero recuperar. Compartís tiempo con ellos y es otra cosa, hablas un montón, te preguntan, intercambias. Acá terminas conociendo a las personas, y te conocen a vos” (Usuario 4).

6) DISCUSIÓN

La articulación de distintas perspectivas teóricas en torno a la investigación de esta tesis, han permitido describir el proceso por el cual los integrantes de un equipo de salud dialogan entre sí en pos a la construcción de acuerdos y consensos para la toma de decisiones en rehabilitación y cómo las mismas contribuyen a la percepción del impacto social.

El punto de partida fue interpretar las **perspectivas y saberes** de los integrantes del equipo de salud, así como la de los usuarios. En tal sentido, los principales hallazgos en esta categoría permitieron describir que existe un predominio del modelo médico rehabilitador en el hacer de los profesionales que se acompaña, para la mayoría, en una búsqueda por superarlo, junto con un modelo centrado en la discapacidad. En los discursos de los usuarios se reconoce un paradigma con foco en la mejora de la funcionalidad como el aspecto más relevante en torno a estas perspectivas. Varios autores coinciden con estos hallazgos. En el estudio de Rebolledo-Sanhueza y colaboradores (2021), se describe que las prácticas en salud se centran en este modelo y se apela al esfuerzo personal para superarlo. Barbosa y colaboradores (2019), por su parte, describen que la hegemonía y la perpetuación de este modelo en las prácticas de atención en salud, genera mayor discapacidad e implica una alta demanda de recursos. Considera que

este modelo debe superarse en torno una perspectiva y concepción de la discapacidad no solamente clínica, sino que se incluyan aspectos de la política social. Menéndez (2020) en su artículo refiere que, si bien en la actualidad se observan modificaciones sustantivas, las características y funciones de la hegemonía de este modelo siguen siendo las mismas. El trabajo de Solsona y Verdugo-Huenuman (2022), también identifica que el modelo médico rehabilitador se presenta como hegemónico a la hora de definir e intervenir la discapacidad y reconoce la pugna con el emergente modelo social que aporta una nueva forma de comprender la discapacidad.

Otro de los hallazgos del presente estudio, hace referencia a que una de las razones por las cuales existe este predominio del modelo médico rehabilitador de debe a que este prevalece en los criterios de formación recibidos por los profesionales y a que no incorpora los estudios de la discapacidad desde su complejidad a partir de un modelo social. Esto coincide con lo planteado por Marques (2019), quien en su estudio reflexiona sobre la formación del médico de familia y comunidad y cuestiona que su hacer sobre la salud de las poblaciones, individual y colectivamente queda delegado sólo al papel de prescriptor provocando una reducción de la profesión médica. Propone posibilidades de cambio formativos que permitan llenar de significado las prácticas en salud superando el modelo hegemónico. En este sentido, otro estudio, analiza las problemáticas vinculadas a los límites del modelo médico en la experiencia cotidiana de residentes de pediatría y sugiere la necesidad de enfoques de que incorporen la problematización del paciente en el contexto social (Hurst, et al., 2019).

Por su parte, Reis y colaboradores (2022), señalan que deben revisarse las bases conceptuales para un currículo de medicina que supere una formación fragmentaria. En tal sentido, sostiene que para una formación médica con visión amplia de la salud que valore los aspectos sociales y subjetivos del proceso de salud-enfermedad el currículo debe propiciar la reconexión de saberes. Así mismo, en el estudio de Da Silva (2006), se discute la enseñanza de la medicina, en la que se reconoce la fragmentación de la enseñanza y la centralidad de concepciones biologicistas y visiones especializadas que consolidan el currículum. En este sentido, Lima y colaboradores (2003) consideran que el desafío de ampliar la clínica supone una articulación interdisciplinar, la integración de dimensiones biopsicosociales y la unión entre teoría/práctica como un desafío permanente en la formación de profesionales que históricamente se ha asociado al modelo biomédico.

Por los hallazgos de los estudios documentados, resulta evidente que la formación de los profesionales se encuentra anclada en el modelo biomédico, lo cual se traduce en una praxis que reproduce y perpetúa el modelo médico rehabilitador en la atención. A pesar de esta

realidad, se vislumbra una posición crítica de parte de los profesionales sanitarios, orientada a superar las limitaciones del modelo hegemónico mediante transformaciones que incorporen una visión de los pacientes como sujetos de derechos, así como de sus contextos sociales y culturales.

En relación con los **modelos de Atención Primaria en Salud** de los profesionales, se reconoce que los mismos valoran las acciones de prevención y promoción como parte de la estrategia del modelo y destacan la importancia de generar vínculos de confianza con la población para una atención más efectiva. Los hallazgos también describen la importancia de contar con mayores y mejores coberturas cercanas a la población que mejoren la detección y prevención de problemas de salud desde la perspectiva de los profesionales que podría atribuirse a un modelo médico sanitarista de la APS. Los resultados del presente estudio, coinciden con los de Velez y Osorio (2019), en los cuales, la perspectiva de un equipo de salud considera que la estrategia de APS incluye a todos los grupos poblacionales, si se considera el desarrollo de las acciones vinculadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la protección específica y la detección temprana. Desde esta perspectiva, también refieren la relación establecida con los usuarios, con la comunidad y el compromiso con la salud pública. En otro estudio, refieren que conocer a la población con la que los profesionales trabajan, desde una perspectiva vincular, abre la posibilidad del intercambio cultural. A partir de las actividades y el vínculo construido con los usuarios, los profesionales pueden detectar diversas problemáticas o situaciones de salud que requieren una atención especial o derivación (Bang, Stolkiner y Corín, 2016).

En los hallazgos, la APS también fue reconocida como filosofía en tanto favorece una perspectiva de trabajo interdisciplinario e intersectorial que contribuye a evitar intervenciones fragmentadas facilitando la atención en los territorios y la construcción de espacios colectivos que involucren a la comunidad. Esto coincide con lo planteado por Bang y colaboradoras (2016), cuando hace referencia a una experiencia barrial en la que las acciones implementadas en el territorio fueron caracterizadas como parte de un dispositivo de promoción y educación integral de la salud, centrado en la interdisciplina y la articulación intersectorial como elementos claves de la organización de los cuidados, pudiendo reconocer la inclusión de la dimensión intercultural y la participación comunitaria como componentes centrales de la construcción social de la salud. Las autoras sostienen que esta acción es congruente con los principios de la APS basada en los derechos y en devenir de pasar del paradigma de la enfermedad al de la salud pudiendo propiciar un espacio de encuentro a partir del sostenimiento de los vínculos afectivos como eje de los cuidados integrales en salud.

Este último aspecto se relaciona con los hallazgos de la presente tesis en cuanto a las *características de la APS en la ciudad de Rosario* en la que se señalaron aspectos vinculados a la adscripción, el acceso, el territorio y la accesibilidad. En este sentido, se reconoce que la implementación de estrategias de rehabilitación y/o de acciones vinculadas desde la perspectiva interdisciplinaria e intersectorial presenta ciertas dificultades por la creciente violencia y la complejidad de las relaciones sociales que limitan la acción institucional del efector para propiciar estrategias diferentes en el territorio. Resultados similares son reportados en el estudio de Prata y colaboradores en Brasil (2017), en el que las acciones de salud fueron poco territorializadas en torno a la estrategia de APS, debido a la violencia percibida en el contexto, pudiendo observar el fortalecimiento de acciones de la clínica en detrimento de la perspectiva de la estrategia en el contexto de acciones de salud en la familia. El estudio de Gerlero y colaboradores (2011) en Argentina, refiere que los procesos de territorialización contribuyen a facilitar el acceso de las personas de las comunidades. Las acciones asistenciales permiten complementarse con las estrategias de prevención y promoción de la salud y la facilitación del contacto inicial, la acogida y la continuidad de la atención desde la perspectiva de la integralidad favorecen el desarrollo de estrategias desde esta perspectiva de forma significativa.

En cuanto a las *perspectivas y saberes del sistema de salud*, los hallazgos se asocian con un reconocimiento de las desigualdades en la distribución de los recursos, la privatización del sector salud y la desinformación entre el sector público y el sector privado. En tal sentido, el artículo de Abramo y colaboradores (2020) que reflexiona acerca de las desigualdades en América Latina y el rol de la protección social, sostiene que las mismas no pueden ser naturalizadas. En tanto, el contraste entre la calidad de atención en el sistema público y privado y las disparidades en indicadores de salud son evidencia de la persistencia de privilegios en la sociedad y los distintos mecanismos de discriminación que profundizan las desigualdades. Según estos autores, se debe promover en la construcción y fortalecimiento de sistemas de protección social universales e integrados en pos de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en salud.

Resulta evidente por los hallazgos descritos, la valoración que los profesionales sanitarios hacen de las acciones de prevención y promoción de salud como parte del modelo de Atención Primaria de Salud. Se destaca la importancia de establecer vínculos que fomenten el intercambio social y cultural con la comunidad. Además, se subraya la necesidad de adoptar enfoques intersectoriales e interdisciplinarios dentro del sistema para evitar intervenciones

fragmentadas en el territorio.

En pos a estas perspectivas y saberes es que se entreteje en el equipo de profesionales un proceso que permite comprender a la categoría de **Toma de decisiones** en relación al contexto del estudio, la cual se inscribe dentro del trabajo en equipo y describe la forma en la que se relacionan y planifican las acciones de atención en salud a seguir.

En el cuanto a la dinámica de *trabajo en equipo*, los hallazgos describen la existencia de una reunión semanal, que fue considerada por la mayoría de los entrevistados como un espacio de articulación entre los distintos saberes y disciplinas, lo que les permite establecer acuerdos en torno a la atención y resolver las problemáticas que los convocan. Esta acción permite la organización del trabajo para alcanzar ciertos objetivos que puedan plantearse en común. Este resultado coincide con los aportes de Bacellar y colaboradores (2012), quienes sostienen que brindar acceso de diferentes disciplinas de la salud no es condición suficiente para que se garantice una atención integral, por tanto, el trabajo en equipo se evidencia como una de las principales estrategias para lograr la integralidad. El concepto de trabajo en equipo desde este autor, se enmarca en una nueva forma de relacionarse y planificar entre profesionales de salud centrado en el cuidado de la persona, lo que supone ir más allá de la atención fragmentada. Sin embargo, en los hallazgos también se presenta el discurso de algunos profesionales que señalan que las dinámicas que establece el equipo, como el caso de la reunión semanal, no hace parte de la organización laboral como un medio que posibilite la discusión y coordinación de estrategias en conjunto. En términos del estudio de Franco y Merhy (2011), se reconoce la dimensión subjetiva en el trabajo en equipo, o según estos autores, en la producción subjetiva del cuidado. En este sentido, según un modo de actuar u otro puede producirse acogimiento, vínculo, autonomía, satisfacción o un hacer burocrático, produciendo heteronomía o insatisfacción. En el contexto del presente trabajo, podría interpretarse en relación con los hallazgos que la dimensión subjetiva en las relaciones que se establecen en el trabajo en equipo, podrían derivar en un aumento o reducción de la potencia de actuar en estrategias pensadas en común o permitir los consensos y acuerdos de equipos.

En relación con este último aspecto, se exploraron los *valores* que median las relaciones del equipo, en tanto los hallazgos muestran que el valor del diálogo en las

relaciones es lo que media la resolución de conflictos y a partir de este el reconocimiento del otro, la capacidad de escucha y el respeto, facilitan la construcción de acuerdos. En el estudio de Backes y colaboradores (2005), los valores de un equipo refuerzan el compromiso personal y colectivo para concretizar las prácticas en salud, permitiendo rescatar la dimensión humana en diversas situaciones. También permitieron posicionar una nueva postura ética que fundamenta el trabajo humanizado en las actividades profesionales y en los procesos de trabajo institucional. Por otra parte, Reis y colaboradores (2022) sostienen a partir de un estudio realizado desde la perspectiva de técnicos y auxiliares de enfermería que el liderazgo de estos profesionales en su acción debe incluir características como el reconocimiento, motivación e interacción entre profesionales. En tal sentido este estudio reconoce a la teoría de la burocracia profesional de Mintzberg, describiendo que el poder del conocimiento, el reconocimiento de habilidades de gestión y del liderazgo como la escucha, el diálogo horizontal y la planificación fortalecen el trabajo en equipo de los profesionales y aseguran la calidad del cuidado de los usuarios y permiten al profesional potenciar su autonomía en el proceso de trabajo.

A partir de esto último, los hallazgos del estudio también permiten describir el reconocimiento de la *autonomía profesional* en el conjunto del equipo. Este valor, según Peduzzi y colaboradores (2020), es reconocido como la base para poder generar acciones interdisciplinarias y le da un sentido que permite que otro profesional pueda aportar desde su perspectiva lo que potencia la complementariedad del trabajo en equipo. Los hallazgos en cuanto a esta categoría coinciden con los de Thofehrn y colaboradores (2014) quienes describen que, si bien los profesionales consideran que todos los integrantes del equipo son importantes reconociendo la autonomía técnica en cuanto a su saber disciplinar, identifican dificultades en el trabajo diario como el individualismo, alta rotación de personal, relaciones verticalistas y falta de tiempo para reuniones. Esto atenta contra la autonomía integrada al trabajo en equipo como sostiene Peduzzi y colaboradores (2020).

Partiendo de lo antedicho, los profesionales de salud ponen en juego la intersubjetividad y la racionalidad del cuidado a partir de la interacción en el trabajo en equipo con el objetivo de lograr el entendimiento y el acuerdo, lo que Habermas define como *acción comunicativa*. En tanto para esta subcategoría, se identificó la presencia de una estructura monológica instrumental dominante que busca ser superada por el diálogo y la cooperación entre profesionales en los consensos y en la resolución de los conflictos.

Similares hallazgos se documentan en el estudio de Marin y Ribeiro (2021), en el que se analizó el modo de actuar de profesionales para la resolución de conflictos. Los resultados mostraron que, mediante la acción comunicativa, los profesionales buscan un entendimiento y un acuerdo para un éxito colectivo. Cuando los conflictos no se resuelven entre los actores se llevan a reuniones que permitan estimular el diálogo. En contraposición, cuando los profesionales actúan hacia el éxito personal, lo que deja el conflicto sin resolver, las relaciones interpersonalmente se fragmentan. Por su parte, Spinelli y colaboradores (2019), sostienen que, en cuanto a la resolución de los conflictos, como de los problemas, los mismos son objetos de trabajo de la gestión. Según estos autores, en relación a los conflictos, los mismos se producirán, expresarán, intercambiarán en el diálogo e intentarán superarse de un modo singular, en función de las características propias de la cultura organizacional y de las personas que intervengan en la situación. Los autores señalaron que buena parte de los conflictos narrados en ese estudio fueron de índole personal, lo cual señala que más común que la incompatibilidad ideológica parece ser la de los caracteres subjetivos y las susceptibilidades individuales. Muchas veces el consenso alcanzado en el momento de decidir el “para qué”, se transforma en disenso a la hora de decidir el “cómo”. Para estos autores parece que es más fácil ponerse de acuerdo en el discurso de las cosas futuras que en las prácticas y el hacer en el presente.

Por último, en esta categoría fue posible describir y reconocer en los hallazgos que la racionalidad tecnológica está presente en los mecanismos de *coordinación asistencial*, en la cual las estrategias del sistema no facilitan la comunicación entre los profesionales de distintos niveles. Estos hallazgos coinciden con los de Viana (2020), quien sostiene que es importante que puedan establecerse flujos de comunicación efectivos, en tanto describe según la percepción de un equipo de salud de Atención Primaria que los profesionales valoran los espacios de encuentro y discusión así como los mecanismos formales de comunicación, pero prevalecen los contactos informales, en tanto el estudio destaca la importancia de incrementar las estrategias de comunicación interna que propicien la sistematización e institucionalización de los procesos de trabajo favoreciendo el intercambio y el encuentro entre equipos de salud. Por su parte, Pelitti (2016), señala la importancia fortalecer los espacios a través de la conformación de áreas o departamentos (institucionalizados) que trabajen en pos de fortalecer los vínculos con los usuarios y la comunidad, así como también entre el personal de salud.

Los hallazgos presentados en esta categoría permiten describir la toma de

decisiones que se inscribe dentro del trabajo en equipo en el contexto del estudio. Se reconocen estrategias para articular los diversos conocimientos y disciplinas, la planificación y resolución de problemas. También se destaca la búsqueda del diálogo, así como la capacidad de escucha y el respeto como valores importantes que median las relaciones entre los profesionales y que contribuyen a la construcción de acuerdos y a la resolución de conflictos. Además, se destaca la importancia del reconocimiento de la autonomía profesional, lo que permite la complementariedad y el aporte de diferentes perspectivas en el trabajo en equipo.

Por último, se destaca que la racionalidad tecnológica está presente en los mecanismos de coordinación asistencial, pero se enfatiza en la importancia de establecer flujos de comunicación que sean más efectivos y que permitan fomentar el intercambio entre los equipos de salud.

En relación con la categoría de **continuidad asistencial**, los principales hallazgos mostraron que en la continuidad de gestión, no existe consistencia en cuanto a la atención entre los profesionales, en referencia a la coherencia en los objetivos y tratamientos a partir de un acuerdo y criterios en común. Al respecto, Cisneros y colaboradores (2017) concluyen que existen problemas de consistencia y acuerdos en la continuidad de gestión, pero contrasta con los hallazgos de Amarilla y colaboradores (2020) quienes refiere una buena percepción sobre el acuerdo de tratamiento entre profesionales.

En cuanto a la continuidad de información los hallazgos describen que quienes comunican los datos de la información de salud a un profesional a otro son los mismos usuarios lo cual es percibido como un hecho natural en la forma de administrar la atención. En este sentido, se han reportado las dificultades experimentadas por mujeres con cáncer de mama asociadas a la ausencia de mecanismos formales de transferencia de información, dado que se traslada la responsabilidad de dicha transferencia a los pacientes (Chávez, 2018).

En cuanto a la continuidad de relación, los hallazgos describen que el vínculo que se genera entre usuarios y profesionales de salud favorece la atención, en tal sentido, se reconoce que el modo de relacionarse es valorado por los usuarios y se articula con la satisfacción percibida en torno a la atención. Entre los elementos que facilitan la continuidad de la relación están las habilidades de escucha, poner atención a las necesidades de los usuarios, que los profesionales se involucren en la coordinación de los

cuidados, lo cual genera beneficios como construcción de confianza mutua. Las fallas en la continuidad de relación causan en los usuarios insatisfacción, sensación de impotencia y aislamiento y confusión al recibir indicaciones y tratamientos distintos de diferentes profesionales (Waibel, et al, 2012).

En cuanto a la categoría de **impacto social**, los hallazgos muestran que los profesionales buscan soluciones a las problemáticas a partir de enfoques pensados en la acción social en la que se pone en primer lugar el *reconocimiento* de las personas. Se describe que tanto los profesionales como los usuarios reconocen la existencia de una afectividad atravesada por el vínculo. Estos hallazgos coinciden con los de Díaz (2017), quien identifica que el vínculo afectivo que prima en las relaciones establecidas, permite en los sujetos la afirmación de la autoconfianza. Según esta autora, el reconocimiento intersubjetivo habilita la mirada del otro como sujeto de derechos, aunque sostiene que restan transformaciones importantes tanto desde los marcos normativos y sus conceptos como desde la sociedad misma. Así mismo, en el estudio de Minoletti y colaboradores (2020) se plantea un modelo de asistencia a personas con discapacidad intelectual que señala la necesidad del establecimiento del vínculo que permita desarrollar una relación de confianza y colaboración, así como la identificación de las experiencias y necesidades importantes para la persona y la definición de los apoyos que requiera. Esto contrasta con los hallazgos del presente trabajo y con los de Lopera-Escobar y Bastidas-Acevedo (2018), que describen la experiencia de algunas madres de niños con discapacidad, en la cual la mayoría experimentó una relación de poder asimétrica, en la cual la postura dominante del saber científico del profesional se impuso al conocimiento práctico de la madre, lo cual vulnera el reconocimiento de los derechos y a las necesidades de la persona. De otra parte, un estudio con personas ciegas sugiere que estas personas construyen una negación de reconocimiento de sus propios cuerpos, lo cual inhibe y reprime el desarrollo de sus capacidades y habilidades para conocer y aprehender el mundo. De ello se deriva una dependencia hacia las personas e influye en el imaginario social que no favorece un reconocimiento que fomente la integración en sociedad (Bustos, 2014). Esto apoya los hallazgos de este estudio, respecto a la influencia del reconocimiento de las personas como punto de partida para la acción social.

En relación con la *inclusión social*, se han encontrado hallazgos significativos que resaltan la importancia de asegurar la equidad de oportunidades y el reconocimiento de los derechos. No obstante, también se han identificado desafíos, como la percepción que

la sociedad tiene de las personas con discapacidad, las limitaciones de las redes de apoyo y la falta de coordinación entre diferentes sectores. En tal sentido, es crucial enfatizar la necesidad de asignar recursos adecuados y fortalecer la colaboración entre diversos actores para prevenir la exclusión y la discapacidad, y lograr una inclusión efectiva. En relación con las redes de apoyo, en el estudio de Minoletti y colaboradores (2020), se reconocen las actividades de las personas y sus familias, con apoyo para el uso de recursos formales e informales de la comunidad y el refuerzo de redes de apoyo que permitan disminuir las barreras del entorno y facilitar la continuidad en el acompañamiento de personas con discapacidad intelectual.

Los hallazgos en esta subcategoría también resaltan el estigma social que durante muchos años se ha reproducido en la sociedad y que son motivos de exclusión. Estos hallazgos coinciden con los de Bosch y colaboradores (2017), quienes concluyen que fomentar acciones que contribuyan al aumento de la calidad de atención, en este caso a personas con demencia, la educación a la población, la creación de ambientes favorables, la creación de redes sociales de apoyo y la participación de todos los sectores sociales pueden reducir el estigma en este caso, hacia las personas con deterioro cognitivo.

Por otra parte, el estudio de Velasco y colaboradores (2015), concluye que los retos para la inclusión que se presentan en un grupo de personas con discapacidad en México están relacionados con la falta de protección social a este sector de la población, principalmente respecto al derecho a la salud y la educación, estos hallazgos coinciden con los de la presente tesis en la cual las profesionales entrevistados refieren la necesidad de articular con otros sectores, poniendo el foco en el sector de la educación. También se asocian con los hallazgos que describen que en el CAPS se han priorizado otras estrategias de trabajo con el colectivo de otro grupo de personas, pero no en profundizar en torno a la inclusión de personas con discapacidad y/o en abordar desde estos modelos a la rehabilitación.

En lo referente a la *participación social*, los hallazgos revelan que se reconoce la importancia de empoderar a la población, otorgándoles un papel más activo, responsable y autónomo. Esto se evidencia en la participación de los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con sus tratamientos. En relación a este hallazgo, una revisión sistemática del año 2014, describe que cuando los pacientes utilizan ayudas para tomar decisiones, mejoran su conocimiento de las opciones y se sienten mejor informados y saben más

acerca de lo que les importa más. Los pacientes pueden utilizar ayudas para tomar decisiones cuando hay más de una opción y ninguna es claramente mejor, o cuando las opciones presentan efectos beneficiosos y perjudiciales que los pacientes valoran de forma diferente. Las ayudas en las decisiones pueden incluir folletos, videos o herramientas en la Web). Este estudio considera que las personas tienen probablemente más expectativas respecto de los efectos beneficiosos y perjudiciales de las opciones en cuanto a la atención y cuidado de su salud, también considera que las ayudas en las decisiones no empeoran los resultados de salud y los pacientes que las utilizan no presentan menor satisfacción (Stacey, et al., 2017). Zeballos- Palacios y colaboradores (2014), en su artículo, refieren que el modelo de “toma de decisiones compartidas” salvaguarda y promueve derechos fundamentales de las personas. En situaciones de incertidumbre permiten el entendimiento del riesgo. En este sentido, la participación del paciente refleja también el compromiso del profesional en el reconocimiento de la dignidad del otro quien requiere de protección y respeto (Charles, et al., 1997).

Los profesionales reconocieron también la importancia de la participación social en términos de la acción de organizaciones civiles y de militancia. Sin embargo, también destacaron que en ocasiones los discursos planteados pueden reforzar la noción de discapacidad en lugar de promover la participación social, la inclusión y el reconocimiento de sus derechos. Esto puede resultar en situaciones políticamente más estigmatizantes y generadoras de exclusión social. Si bien es indudable el avance que implican las políticas en materia del reconocimiento de la “discapacidad”, no menos cierto es que la necesidad que motiva su existencia es la persistencia de las múltiples formas de discriminación y la vulnerabilidad de sus derechos (Ferrante, 2019).

En este mismo sentido, en el estudio de Vergara – Heidke y colaboradores (2019) se analizaron las imágenes congruentes o incongruentes que se promueven en discursos publicitarios. Los autores concluyen que hay una invisibilización de la población de personas con discapacidad y que el discurso reproduce estigmas y estereotipos desde una perspectiva social-asistencial. Bernal (2016) por su parte, sostiene que, si bien la invisibilidad y marginación que caracterizaban a las personas con discapacidad mayormente han sido sustituidos por un colectivo organizado y consciente de sus derechos, en buena medida, el resto de la sociedad, especialmente en los poderes públicos, continúa siendo hegemónica la perspectiva médica de la discapacidad que la concibe como desviación de la norma en términos de individualidad.

En cuanto a la *autonomía* de los usuarios los hallazgos muestran su relación con la independencia física, no obstante, también en el reconocimiento de otros aspectos relacionados con la autonomía de la voluntad, que se refiere a las necesidades de autodeterminación. En el proceso de ejercer la autonomía, se destaca que la confianza y la seguridad son elementos claves que permiten llevar a cabo acciones concretas. Estos hallazgos guardan relación con los de Correia y Fleury (2022) quienes encontraron que adolescentes con lesión medular espinal perciben sobre su autonomía, especialmente con respecto a la autonomía relacional y los procesos de toma de decisiones compartidas y en la atención centrada en el paciente en el contexto de un programa de rehabilitación. Los resultados mostraron que los adolescentes asociaron el concepto de autonomía mayormente con el aspecto funcional vinculado a la independencia física. En cuanto a la autonomía relacional, se observó que la estigmatización y la discriminación pueden generar aislamiento social, segregación y ambientes hostiles. El estudio también describe que los adolescentes valoran la participación en las decisiones relacionadas con el tratamiento, así como la toma de decisiones compartidas, contribuyendo al concepto de autonomía. En el estudio de McClure y Leah (2021), los autores sostienen que la rehabilitación enfocada al objetivo de optimizar la autonomía sólo desde el punto de vista de la independencia tiene sus limitantes. Los autores de este estudio consideran que muchas veces se hace un énfasis excesivo en alcanzar la independencia en la rehabilitación y sugieren que esta debe promover la independencia en las tareas en cuanto a que las personas las realicen por su propia cuenta, aunque esto a veces no es posible o deseable por la persona y se complementa mejor con la búsqueda de la autonomía y el compromiso social.

En relación con la percepción del impacto en la *calidad de vida* los usuarios reconocen que el proceso de rehabilitación en el que participan ha permitido mejoras objetivas en su bienestar físico. En general, en los hallazgos la percepción de la calidad de vida se centra principalmente en la funcionalidad. Esto se relaciona con el estudio de Soofi y colaboradores (2017) en el cual se describe que la rehabilitación influye en la calidad de vida, al considerar que esta permite mantener las actividades de una persona en cuanto a su funcionalidad, comunicación y seguridad en el hogar.

También emerge cómo la discapacidad limita la participación laboral, lo que influye en la calidad de vida en términos de condiciones de vida y oportunidades. Esto coincide con los resultados de Pupiales y Córdoba (2016) que señalan que para una

persona con discapacidad el proceso de inserción laboral es una tarea compleja y que requiere de la incorporación de políticas que estimulen e incentiven a las empresas tanto públicas como privadas en la contratación de estas personas. En tal sentido, como sostiene Madrigal-Lozano (2015), desde el modelo social, la responsabilidad está ligada a los ámbitos sociales y políticos, en la cual la familia, los ámbitos de formación, capacitación e información de la persona con discapacidad requiere la oportunidad del trabajo como puente para el logro de una vida autónoma e independiente.

Algunos usuarios también mencionaron que la forma en que los profesionales interactúan con ellos durante el proceso de rehabilitación tiene un impacto significativo en los resultados. Aprecian positivamente el intercambio y la comunicación establecida con los profesionales, este aspecto puede correlacionarse con lo discutido anteriormente en cuanto a la continuidad asistencial.

7) CONCLUSIÓN

A lo largo de la presente tesis se ha podido caracterizar el proceso por el cual se articulan las perspectivas y los saberes de los integrantes de un equipo de salud en pos a la construcción de acuerdos y consensos para la toma de decisiones en rehabilitación, así como también de qué manera es percibido el impacto social por estos actores y por los usuarios en relación con las mismas.

En tal sentido, las perspectivas de los profesionales muestran una clara prevalencia hacia el modelo médico rehabilitador en la atención, concluyendo que las mismas se atribuyen a la formación recibida de los profesionales de salud. No obstante, se observó que existe una postura crítica que busca superar el mismo permitiendo incorporar una visión del reconocimiento de los derechos de las personas considerando el contexto social y cultural.

Por tanto, se considera necesaria la revisión de los programas de formación y los planes de estudio de los profesionales de salud que permitan movilizar la acción social como parte de las estrategias que se llevan a cabo en la Atención Primaria en Salud por parte de los equipos. En tal sentido, la conformación de asignaturas con ejes transversales en torno a la acción social de rehabilitación partiendo del reconocimiento del derecho a la salud es una perspectiva emergente que necesariamente debe incluirse en las formaciones de los profesionales. Además, es necesaria la continua revisión de los acuerdos de gestión que permiten el trabajo intersectorial entre el sector educación y el sector salud a través de las prácticas pre-

profesionales supervisadas, como medio para el aprendizaje de futuros profesionales y así como también para el beneficio de la población en tanto abonen a perspectivas que contribuyan a la integración social y en lugar de intervenciones fragmentadas.

Respecto de esto último, se reconoce que el trabajo en equipo es una estrategia clave en la toma de decisiones en Atención Primaria en Salud. Como se ha revisado en los hallazgos, las acciones del mismo están impactando en la calidad de vida, así como también contribuyen a que pueda darse el reconocimiento, la inclusión social y la participación de las personas que viven en el territorio. Por tanto, es clara la importancia de trabajar en pos de la construcción de acuerdos y consensos que permitan construir la toma de decisiones considerando al papel de la Atención Primaria en Salud como organizadora de este tipo de estrategias en el territorio.

En tal sentido, es claro el reconocimiento de valores que los profesionales hacen del diálogo, la capacidad de escucha y el respeto como valores fundamentales del trabajo. Estos permiten mediar las relaciones y contribuyen a la acción social permitiendo reconocer la importancia de comprender la complejidad y la diversidad de las situaciones que acontecen en el contexto del centro de salud y su territorio.

8) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramo, L., Cecchini, S., Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1587–1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Amarilla, D. I., Puzzolo, J., Colautti, M., Pellegrini, N., Rovere, M. (2020). Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. *Rev Sal Públ*, 24(1), 19–32. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n1.23601>
- Bacellar, A., Rocha, J., Simielli X., Flôr, M. (2012). Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Revista do NUFEN*, 4(1), 127-140.
- Backes, D., Koerich, E., Erdmann, M.A. (2007). Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15 (1). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>
- Bang, C., Stolkiner, A., Corín, M. (2016). Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20 (57), 463-473.
- Barbosa S.D., Villegas, F., Beltrán, J. (2020). El modelo médico como generador de discapacidad. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(37-2), 111-122. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4303>
- Báscolo, E., Yavich, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Rev Fac. Nac. Salud Pública*, 12(1), 89–104. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000700007>
- Bernal, V. (2016). La discapacidad organizada: Antecedentes y trayectorias del movimiento de personas con discapacidad. *Historia Actual Online*, 39 (1), 39-52
- Bispo Júnior, JP (2021). La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud Colectiva*;17:e3709 doi: 10.18294/sc.2021.3709
- Bosch, R., Llibre, J.J., Zayas, T., Hernández, E. (2017). Superar el estigma hacia la demencia, un reto para la sociedad cubana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*;16(1).

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>

Bustos, B. (2014). El papel del reconocimiento en la integración social de las personas discapacitadas: análisis de modelos de inserción laboral para personas ciegas en el área metropolitana de Monterrey. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 10 (10) 83-95.

Camargo D., García, L.V., Martínez-Matheus M.S, Díaz-Muñoz M.F. (2015). La gestión social en rehabilitación. Un enfoque emergente en salud pública para la fisioterapia. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Carrión-Pérez, F., López-Medina, S., Rodríguez-Moreno, S. (2011). Modelos de rehabilitación en atención primaria y comunitaria. Revisión bibliográfica. *Rehabilitación*, 45(Supl.1): 8-13. [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(11\)70003-2](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(11)70003-2)

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science Medicine*, 44(5), 681–692. doi:10.1016/s0277-9536(96)00221-3

Chávez, J., Martínez, M., Valencia, S., Mogollón, A., Sabater, J., Unger, J.P. (2018). La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. En *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Cisneros, A., González, V., Cinta, D., Riande, G. (2017). Percepción sobre continuidad asistencial de usuarios con enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Vera cruzana*, 13(25), 7-24.

Comes, C., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., et al. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14(1).

Correia, I.C., Fleury, E.M. (2022). Percepção de adolescentes com lesão medular sobre autonomia. *Revista Bioética*, 30(3), 534–547. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303547PT>

Cruz, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Invest. Educ. Enferm.*; 23(1): 92-101.

Da Silva, S.H. (2006). A interdisciplinaridade no ensino médico. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 30(1), 39–46. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100007>

De Souza, M.C., Ferreira, S., Gomes, R. (2004). Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978.

Díaz, S.C. (2017). Discapacidad, autonomía y reconocimiento intersubjetivo en el Sistema Nacional Integral de Cuidados. *Revista Katálisis*, 20(3), 409-419.

Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo “Atención Primaria de Salud en Debate”. *Saúde Em Debate*, 36(94), 352–354. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042012000300006>

Ferrante, C. (2019). La “discapacidad” como estigma: una mirada social deshumanizante. una lectura de su incorporación temprana en los disability studies y su vigencia actual para América Latina. *Revista Pasajes*, 10, 1-26.

Franco, T.B., Merhy, E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*; 7(1):9-20.

Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gomez, R., Yanco, D. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 2 (9), 24-29.

Grodos, D., de Béthune, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. Rosario: Cuadernos Médico Sociales, 46.

Guba, E., Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la Investigación Cualitativa. En C. Denman y J.A Haro (Comps.) Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la Investigación Social. Hermosillo, Sonora: Ed. El colegio de Sonora.

Habermas, J. (1989). *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Habermas, J. (1991). *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós.

Habermas, J. (1994). *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Honneth, A. (2009). *Crítica del agravio moral. Patologías de la sociedad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Hurst, L., Prina, M., Rowensztein, H., Brauer, G. (2019). Percepción de residentes de pediatría en cuanto a su formación en contenidos transversales. Investigación cualitativa con grupos focales. *Med Infant*, 26, 27-30.

Lafit, J. (2016). Atención Primaria de la Salud: Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud. Facultad de Trabajo Social, 1–21.

[http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_. APS. - Ficha de cátedra-.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_.APS.-Ficha%20de%20catedra-.pdf)

Letelier, MJ., Aller, M., Henao D., Sánchez-Pérez, I; Vargas, I., Coderch de Lassaletta, J., et al. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 339-346.

Lima, V.V., Komatsu, R.S., Padilha, R.Q. (2003). Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 175–184. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100021>

Lopera-Escobar, A., Bastidas-Acevedo, M. (2018). Experiencias en la atención médica de madres de niños y niñas con síndrome de Down. Estudio cualitativo con técnicas etnográficas. *Acta Pediátrica de México*, 39(2), 109-120. <https://doi.org/10.18233/APM39No2pp109-1201572>

Madrigal-Lozano, A.M. (2015). El papel de la familia de la persona adulta con discapacidad en los procesos de inclusión laboral: Un reto para la educación especial en Costa Rica. *Revista Electrónica Educare*, 19(2), 197-211.

Marin, J., Ribeiro, C. (2021). Modos de agir para resolução de conflitos na atenção primária. *Rev Bioét*, 29(2), 354–362. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292473>

Marques, A.C. (2019). Do saber ao ser: reflexões sobre a formação do médico de família e comunidade em serviço territorial de base comunitária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 14(41), 1897. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1897](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1897)

McClure, J., Leah, C. (2021). ¿Es suficiente la independencia? La rehabilitación debe incluir la autonomía y el compromiso social para lograr la calidad de vida. *Rehabilitación Clínica*; 35(1): 3-12. doi: 10.1177/0269215520954344

Mendoza, L. (2012). Autonomía, solidaridad y reconocimiento intersubjetivo: Claves éticas para políticas sociales contemporáneas. *Rev Est Soc* (42).

Menéndez, E.L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*;16:e2615. doi: 10.18294/sc.2020.2615.

Minoletti, A., Gutiérrez, P., Poblete, M.J., López, B., Bustos, J., Muñoz, C., et al. (2020). Diseño de un modelo de asistencia personal breve para personas con discapacidad intelectual en Chile. *Siglo Cero*, 51(2), 99–117. <https://doi.org/10.14201/scero202051299117>

Mogollón, A.S. (comp.) (2009). Reflexiones en Salud Pública. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Molina-Achury, N. J., Mogollón-Pérez, A. S., Balanta-Cobo, P., Moreno-Angarita, M., Hernández-Jaramillo, B. J., & Rojas-Castillo, C. P. (2016). Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 94–106. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ldfp>

Moreno-Angarita, M., Balanta-Cobo, P., Mogollón-Pérez, A. S., Molina-Achury, N. J., Hernández-Jaramillo, J., & Rojas-Castillo, C. (2016). Análisis cualitativo del concepto y praxis de rehabilitación integral percibido por distintos actores involucrados. *Revista de La Facultad de Medicina*, 64(3Sup), 79. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3sup.51513>

OMS. (2020). Rehabilitación 2030: un llamado a la acción. <https://www.who.int/rehabilitation/CallForActionES.pdf>

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: CERMI

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev De Saúde Púb*, 35(1), 103–109. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>

Peduzzi, M., Agreli, H., da Silva, J., Souza, H.S. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab, Educ Saúde*, 18 (S1), e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

Pelitti, P. (2016). Estrategias de comunicación interna y externa de los hospitales públicos bonaerenses de la Región Sanitaria XI. *Question/Cuestión*, 1(49), 368–379

Pérez-Luco, R., Lagos, L., Mardones, R., Sáez, F. (2017). Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. Un intento de síntesis entre las aproximaciones teórica y emergente. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 39.

Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atencion Primaria*, 25(1), 42–46. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78463-0](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78463-0)

Prata, N.I., Groisman, D., Martins, D.A., Rabello, E.T., Mota, F.S., Jorge, M.A., et al. (2017). Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab, Educ Saú*, 15(1), 33–53. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>

Pupiales, B.E., Córdoba, L. (2016). La inclusión laboral de personas con discapacidad: Un estudio etnográfico en cinco comunidades autónomas de España. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(2), 279-289.

Rebolledo-Sanhueza, J., Besoain-Saldaña, Á., Manríquez-Hizaut, M., Huepe-Ortega, G., Aliaga-Castillo, V. (2021). Experiencias y percepciones sobre discapacidad y participación social en centros de rehabilitación comunitaria de Chile. *Saude e Sociedade*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200858>

Reid, R., Haggerty, J., McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final Report. Canadian Health Service Research Foundation, Ottawa.

Reis, G.T., Alves, P., Cerneiro, N.V., Batista, N.S., Silva, R., Cohelo, S., et al. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Esc Anna Nery*, 26, e20210070. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>

Rosato, A., Angelino, M.A. (Coord.). (2009). Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc.

Rovere, M. (2005). Una ciudad modelo en salud pública Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. En: Políticas Para La Gobernabilidad, 125–190. Rosario.

Rovere, M. (2006). Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Córdoba: El Ágora

Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde Em Debate*, 36(94), 327–342. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042012000300003>

Saultz, J.W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of family medicine*, 1(3), 134–143. <https://doi.org/10.1370/afm.23>

Shortell, S.M. (1976). Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Medical care*, 14(5), 377–391. <https://doi.org/10.1097/00005650-197605000-00001>

Solsona, D.A., Verdugo-Huenuman, W. (2022). Imaginarios sociales de la discapacidad intelectual en la Región de Magallanes, Chile: infantilización, dependencia e imposibilidad como configuradores de potenciales destinos. *Imagonautas*, 10(15), 33–50.

Soofi, A.Y., Bello-Haas, V.D., Kho, M.E., Letts, L. (2017). The impact of rehabilitative interventions on quality of life: a qualitative evidence synthesis of personal experiences of individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *Quality of Life Research*, 27(4), 845–856. doi:10.1007/s11136-017-1754-7

Spinelli, H., Arakaki J., Federico L., (2019). *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*. 1 ed. Buenos Aires Remedios de Escalada: De la UNLa. Doi: 10.18294/9789874937247

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M.J., Bennett, C.L., Eden, K.B., et al. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental – I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones.

Testa, M. (1985). *Atención Primaria o atención primitiva*. Rosario: Cuadernos Médico Sociales. Nro 34.

Terraza R., Vargas I., Vázquez M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6):485-95.

Thofehrn M., Buss M.J., Amestoy C., Porto, A.R., Bettin, A.C, Fernandes, H., et al. (2014). Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. *Enfermería Global*, 13(36), 223-237.

Thorburn, M. (1981). Disability prevention and rehabilitation. *The Jamaican nurse*, 21(2), 9–11.

Urzúa M.A., Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Velasco, L.C., Govea, R., González, L.H. (2015). Inclusión social de personas con discapacidad intelectual en Guadalajara, México. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11).

Velez C., Osorio, A. (2019). La atención primaria de salud desde la perspectiva del equipo de salud en una institución de primer nivel de atención. *Ciencia y Cuidado*, 2 (10), 76-84.

Vergara-Heidke, A. Torres-Calderón, G. (2019). Representación de las personas con discapacidad en los anuncios publicitarios en Costa Rica: revisión desde el análisis multimodal. *Logos: Rev de Ling, Filo y Lit*, 29(1), 149-164. DOI: 10.15443/RL2911

Viana, M. (2020). Estratégias de comunicação no processo de trabalho do Apoio Matricial. *Bol Inst Saúde*; 21(1):87-96.

Waibel, S., Henao, D., Aller, M.B., Vargas, I., Vázquez, M.L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative

studies. *Int J Qual Health Care*; 24(1):39-48. doi: 10.1093/intqhc/mzr068. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22146566.

Zeballos-Palacios C., Morey-Vargas, O., Brito, J., Montori, V. (2014). Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. *Rev Peru Med Exper y Sal Pub*, 31(1), 111-117.

Zúñiga, L.A., Valencia, H. (2018). La teoría del reconocimiento de Axel Honneth como teoría crítica de la sociedad capitalista contemporánea. *Reflexión Política*, 20(39), 263-280.

ANEXOS

ANEXO 1 – Guion de entrevistas a profesionales

ANEXO 1 A - Guion temático para profesionales

Categoría Perspectiva y Saberes (PyS)
<p>Conceptos y modelos en rehabilitación y en discapacidad (PyS Mod Rehab) (PyS Mod Discap)</p> <p>-Explorar cómo entiende la rehabilitación, y en qué medida esta impacta la vida de la persona con discapacidad. Explorar si comparten una visión de rehabilitación con el equipo.</p> <p>-Indagar acerca de cómo el profesional entiende la discapacidad, el lugar que cree que ocupa la persona con discapacidad en la sociedad, la forma en la que viven y los aspectos que, como profesional de salud, considera importantes para atender a estas personas.</p>
<p>Conocimientos y modelos en Atención Primaria en Salud (PyS Mod APS)</p> <p>-Indagar acerca del conocimiento del funcionamiento del sistema de salud, su articulación con la APS de Rosario y la rehabilitación.</p>
Categoría Toma de decisiones (TD)
<p>Trabajo en equipo (TD Trb equipo)</p> <p>-Consultar por la manera como se conforma el equipo, su funcionamiento, dinámica de trabajo, organización y articulación entre sí, entre niveles y sectores. Explorar las habilidades que utiliza el profesional para trabajar en equipo.</p>
<p>Valores (TD Valores): Indagar sobre los valores que se construyen en el equipo y cómo estos impactan en la toma de decisiones.</p>

Autonomía (TD Autonomía): Indagar acerca del posicionamiento que posee el profesional en el equipo de salud en relación a la toma de decisiones y a la construcción de acuerdos.
Acción comunicativa (TD Acc Comunic): Indagar acerca de los mecanismos empleados para tomar decisiones complejas o de dificultad, la manera como resuelven conflictos y construyen acuerdos, así como los facilitadores y barreras que identifica en la comunicación con sus compañeros.
Acuerdos y consensos (TD Acu y cons): Explorar los aspectos que se tienen en cuenta para la toma de decisiones y el rol que juega cada integrante frente a las mismas. Espacios físicos y de tiempo con los que cuentan para el trabajo en equipo.
Coordinación asistencial (TD Coord asist): Explorar la articulación de la APS con los demás niveles de atención y los mecanismos de coordinación asistencial (formales o informales) que utilizan para relacionarse con profesionales de otros Efectores de Salud.
Categoría Impacto social (IS)
Participación social (IS Particip soc) Indagar si los usuarios tienen un rol activo en la toma de decisiones del equipo o de los profesionales, en torno al proceso de rehabilitación. Explorar sobre el papel de las personas con discapacidad en el diseño de políticas públicas locales.
Inclusión social (IS Inclusión): Indagar sobre la percepción del logro de la inclusión social de las personas con discapacidad, derivadas de las decisiones del equipo de salud y de rehabilitación del CAPS.

ANEXO 1 B – Modelo guion de entrevistas para profesionales

Perspectivas y sabers (PyS)	Preguntas
Conceptos y modelos en discapacidad (PyS Mod Discap)	Según sus saberes, su recorrido profesional y su trabajo en el centro de salud, ¿cómo entiende la discapacidad?
	En base a su respuesta, ¿para vos, qué lugar ocupa la persona con discapacidad en la sociedad?
	Ese lugar que crees que ocupa, ¿se refleja en la realidad de las personas en la manera de cómo viven diariamente?
	¿Qué aspectos considera usted importantes de considerar para atender a personas con discapacidad?

Conceptos y modelos en rehabilitación (PyS Mod Rehab)	En este contexto, ¿qué considera que es la rehabilitación?
	En relación al proceso de rehabilitación de una persona, ¿cómo considera que es percibido este proceso en su vida? ¿qué considera que ha ganado esta persona en su vida gracias a la rehabilitación?
	Conversamos sobre cómo comprendes a la rehabilitación... ¿consideras que tus compañeros tienen esta misma percepción?
Conocimientos y modelos en Atención Primaria en Salud (PyS Mod APS)	¿Cómo considera que funciona el sistema de salud? ¿por qué?
	¿Cómo se articula la APS en este sistema? ¿cómo percibe que es esta articulación en términos del trabajo en equipo en su CAPS?
	¿Cómo el sistema argentino incorpora los modelos de rehabilitación?
	¿Cómo se articula la rehabilitación en APS? ¿Identifica particularidades en la manera de articular la APS en rosario? ¿Cuáles son? ¿de qué manera la gestión facilita el trabajo de la rehabilitación en APS?
Toma de decisiones (TD)	Preguntas
Trabajo en equipo (TD Trb equipo)	¿Cómo es la articulación de las distintas disciplinas en el equipo?
	¿Qué elementos utilizas para dar tu punto de vista en la toma de decisiones dentro del equipo?
	¿Qué habilidades necesitas poner en acción para poder trabajar en equipo?
	¿cómo describe la dinámica de trabajo del equipo?
Valores (TD Valores)	¿Qué valores considera que se practican en el equipo de salud? ¿Cómo se evidencian? Explorar como se evidencia cada uno de los valores mencionados ¿Cómo impactan estos en la toma de decisiones del equipo?
Autonomía (TD Autonomía)	¿Cómo se ejerce el liderazgo dentro del equipo? ¿cuando no comparte una decisión del equipo, qué posición asume desde su disciplina? Nota: <i>Las preguntas de consenso alimentan también esta categoría</i>
Acción comunicativa (TD Acc Comunic)	¿Cómo se conforma el equipo de rehabilitación? ¿Cómo se genera? ¿Cómo funciona? ¿Cómo se organizan y articulan entre sí? ¿qué papel juegan cada uno de los integrantes? ¿qué tipo de decisiones toma el equipo?

	<p>¿Cómo es el diálogo entre los miembros del equipo en los momentos complejos o de dificultades al momento de tomar decisiones?</p> <p>¿Qué aspectos facilitan la comunicación en el equipo?</p> <p>¿Qué aspectos limitan o dificultan la comunicación?</p> <p>¿Cómo es la comunicación entre ustedes para que todos puedan dar su punto de vista en la construcción de acuerdos?</p> <p>¿Cómo resuelven el asunto cuando encuentran posiciones diversas o antagónicas entre los miembros del equipo?</p> <p>¿Cómo se construyen las decisiones en rehabilitación en el equipo?</p>
Acuerdos y consensus (TD Acu y cons)	<p>¿cómo toman decisiones en el equipo? ¿qué tienen en cuenta?</p> <p>¿Quiénes reconoce que forman parte de esas decisiones?</p> <p>¿Cómo resuelven los conflictos?</p> <p>¿de qué espacios o mecanismos dispone el equipo para generar consensos?</p>
Coordinación asistencial (TD Coord asist)	<p>¿qué mecanismos emplean para comunicarse con profesionales de otros niveles de atención del sistema?</p> <p>¿cómo considera que funcionan esos mecanismos? ¿Por qué?</p> <p>¿cómo es la retroalimentación de los profesionales de los otros niveles con los de APS?</p>
Impacto social (IS)	Preguntas
Participación social (IS Particip soc)	<p>¿De qué manera considera que las personas con discapacidad usuarias de su CAPS participan en la toma de decisiones del equipo?</p> <p>¿Qué oportunidades considera que podría encontrar una persona con discapacidad vinculándose a su equipo de salud? ¿y en relación a las prácticas de rehabilitación?</p> <p>¿Cómo considera que una persona con discapacidad puede influir en las políticas públicas locales?</p>
Inclusión social (IS Inclusión)	<p>¿Cómo se fomenta la inclusión social de las personas con discapacidad usuarias de su CAPS?</p> <p>¿Qué aspectos considera que no contribuyen a la inclusión, que observa en lo cotidiano y que podrían mejorarse?</p>

	¿Quiénes forman parte de las actividades vinculadas a la inclusión social en personas con discapacidad?
	¿En qué aspectos considera que la persona con discapacidad se encuentra incluida socialmente luego de los procesos de rehabilitación en su CAPS?

ANEXO 2 - Guion de entrevistas para usuarios

ANEXO 2 A – Guion temático para usuarios

Categoría Perspectiva y Saberes (PyS)
<p>Saberes en discapacidad y en rehabilitación (PyS Saberes Discap) (PyS Saberes Rehab)</p> <p>-Indagar acerca de cómo el usuario/a considera a la discapacidad desde su perspectiva</p> <p>Saberes en rehabilitación</p> <p>- Explorar cómo entiende la rehabilitación desde su perspectiva y en qué medida esta impacta en la vida de la persona con discapacidad o en su propia vida si se considera una persona con discapacidad.</p>
<p>Conocimientos y perspectivas del sistema de salud (PyS Sistema): Indagar acerca de cómo percibe el funcionamiento del sistema de salud a partir de sus experiencias y saberes.</p>
Categoría Continuidad asistencial (CA)
<p>Continuidad de gestión (CA gest)</p> <p>- Explorar cómo es percibida por los usuarios y usuarias la articulación de los profesionales de la APS con los demás niveles de atención y los mecanismos de gestión (formales o informales) que utilizan los profesionales para relacionarse con profesionales de otros Efectores de Salud en relación con la atención recibida.</p> <p>- Explorar la percepción de los usuarios acerca de si los profesionales acuerdan entre sí para el tratamiento, seguimiento, atención de su salud y rehabilitación.</p>
<p>Continuidad de información (CA inf)</p> <p>- Indagar acerca de la perspectiva de los usuarios sobre los mecanismos que toman los profesionales para comunicarse entre sí y hacia ellos en relación con su atención y su seguimiento.</p>
<p>Continuidad de relación (CA relación)</p> <p>-Indagar acerca de los facilitadores y barreras que identifica en la comunicación y trato con los profesionales y cómo impacta esto en el cuidado y atención de su salud y seguimiento de su rehabilitación.</p> <p>-Indagar sobre los valores que reconoce que tienen los profesionales que lo atienden y cómo impacta esto en su salud, seguimiento, rehabilitación.</p>
Categoría Impacto social (IS)

<p>Participación social (IS Particip soc)</p> <p>-Indagar si los usuarios tienen un rol activo en la toma de decisiones del equipo o de los profesionales, en torno al proceso de rehabilitación.</p> <p>-Explorar sobre el papel de las personas con discapacidad en el diseño de políticas públicas locales.</p>
<p>Inclusión social (IS Inclusión)</p> <p>-Indagar sobre la percepción del logro de la inclusión social de las personas con discapacidad, derivadas de las decisiones del equipo de salud y de rehabilitación del CAPS.</p>
<p>Calidad de vida (IS Cal vida)</p> <p>- Indagar acerca de cómo percibe el servicio de atención del Centro de Salud y cómo considera que impacta esto en el cuidado de su salud, atención y seguimiento.</p>

ANEXO 2 B – Modelo guion de entrevistas para usuarios

Perspectivas y saberes (PyS)	Preguntas
Saberes en discapacidad y en rehabilitación (PyS Saberes Discap) (PyS Saberes Rehab)	¿Qué es para vos la discapacidad? ¿Para qué crees que sirve la rehabilitación? ¿Qué gana una persona en su vida gracias a la rehabilitación?
Conocimientos y perspectivas del sistema de salud (PyS Sistema)	¿Cómo consideras que funciona el sistema de salud argentino? ¿por qué?
Continuidad asistencial (CA)	Preguntas
Continuidad de gestión (CA gest)	¿Qué seguimiento recibe por parte de los profesionales? ¿Crees que los profesionales de los distintos niveles colaboran entre ellos en el seguimiento de tu situación? ¿En qué manera considera que los profesionales que lo atiende se comunican y colaboran entre sí? ¿Cómo crees que esto influye en la atención?
Continuidad de información (CA Cont inf)	Cuando es derivado de un profesional a otro, ¿te parece que tenían información de tu historia clínica, información personal y familiar? ¿por qué? ¿Cómo consideras que puede influir esto en la atención? ¿Considera que debería mejorar en algo?

	<p>Cuando le contás a los profesionales sobre tu salud, ¿crees que ellos te entienden? ¿por qué?</p>
<p>Continuidad de relación (CA relación)</p>	<p>¿Sabe o se da cuenta de quién es el responsable de hacer el seguimiento de su atención en salud? (¿alguien del CAPS o el especialista?) ¿Por qué?</p> <p>¿Te han tratado o atendido siempre los mismos profesionales o ha habido cambios? ¿por qué? ¿Cómo te parece esto?</p> <p>¿Cómo es la relación con estos profesionales? (interés, confianza)</p> <p>¿Cómo crees que influye esto en la atención? ¿Mejorarías algo?</p> <p>¿Cómo le parece la información que le dan los profesionales? (cantidad, comprensión)</p>
<p>Impacto social (IS)</p>	<p>Preguntas</p>
<p>Participación social (IS Particip soc)</p>	<p>¿Sentís que tenés alguna barrera o limitación para participar como cualquier persona en actividades sociales?</p> <p>¿Al momento de pedir empleo o solicitar servicios sentís o crees que tenés las mismas oportunidades que el resto? (¿Por qué? ¿siempre fue así?)</p>
<p>Inclusión social (IS Inclusión)</p>	<p>¿Cómo cree que la sociedad ve a las personas con discapacidad? ¿cómo las valora?</p> <p>¿Crees que la ciudad, el barrio, el centro de salud está preparado para las personas con discapacidad? ¿Por qué?</p>
<p>Calidad de vida (IS cal vida)</p>	<p>¿Cómo impactó/impacta en tu vida la rehabilitación?</p> <p>¿Cómo le parece el servicio en el centro de salud? Profundizar. (indagar por qué ej. cómo te afecta, cómo impacta en su motivación, tratamiento)</p>

ANEXO 3– Ejemplo de citas textuales

ANEXO 3 A – Ejemplo de entrevistas a profesionales

PERSPECTIVAS Y SABERES

Modelos en Discapacidad y en Rehabilitación

Modelo Médico Rehabilitador

“Este paciente durante un año iba a las consultas a llorar. [...] Le es muy doloroso pensarse con discapacidad. Y tiene cuestiones en relación a ciertas prótesis en sus piernas que es lo que lo sostienen en el día a día. Poder pensar que puede conseguir unas prótesis es lo que lo ancla en la vida. Porque era una persona que se desempeñaba, no tenía ningún tipo de discapacidad y a raíz del ACV su vida cambia de un día para otro y está en silla de ruedas. Distinto es cuando hay una discapacidad de nacimiento donde la cotidianidad siempre fue armada en función de ciertas limitaciones” (Profesional 6).

“Desde la base de medicina u otras profesiones, se lo ve a la persona como un órgano. Y ellos a veces están formados de esa manera y no ven a la persona como un todo” (Profesional 5).

“Lo entiendo como la imposibilidad para realizar ciertas tareas de la vida diaria. Desenvolverse en las situaciones básicas digamos, en el manejo del dinero o en el manejo de ciertas actividades de lo personal o el intelecto” (Profesional 1).

[La discapacidad es] *“Una dificultad o incapacidad para poder realizar algo proveniente de alguna falencia en el individuo ya sea física o de otra índole” (Profesional 3).*

P: *¿qué considera que es la rehabilitación? ¿A qué lo asocia?*

R: *“A que luego de un proceso de enfermedad, se recuperan ciertas pautas previas a la enfermedad” (Profesional 6).*

“Me parece que hay un consenso de que tenemos muchas falencias como equipo pero en términos de formación. Terminamos haciendo muchas cosas desde los criterios que tenemos, que son efecto de nuestra formación, de pensar en cada paciente en particular o el colectivo de pacientes que tenemos. Pero si reconocemos que la perspectiva de discapacidad no está en los planes

de estudios. sí me parece que a lo mejor las compañeras que son médicas dan un acompañamiento y mucho saber en relación a la enfermedad y de poder acompañar las enfermedades que haya pero no la discapacidad, si la enfermedad. Y ciertas enfermedades deben ir en discapacidad”

(Profesional 6).

“Este paciente está con esta discapacidad pero me parece que hay como mayor naturalización. Por ejemplo, en mi formación no está la perspectiva de la discapacidad, desde la psicología. Y nosotros acompañamos mucho a las madres en el centro de salud cuando hay un diagnóstico en relación a su hijo. ¿Qué estrategias pensar con el niño?” (Profesional 6).

“Desde la perspectiva de la discapacidad hay que armar todo un circuito que tiene que ir a centro de día, tiene que deambular por todos los médicos, y a lo mejor el paciente te dice no quiero y no quiere”

(Profesional 6).

“Es hacer ejercicios en pos de recuperar lo máximo que se pueda recuperar que se haya perdido. Para rehabilitar” (Profesional 5).

“El tema de hacerlo funcional a la vida es parte de la rehabilitación porque una cuchara en una persona que a lo mejor le cuesta sostenerla pero puede hacerlo por sí mismo quizás parte de esta rehabilitación es adaptar el cubierto a otra persona hasta que no lo necesite más” (Profesional 5).

“Lo percibe como si le salvaras la vida y salvo en situaciones más ‘livianas’ en donde hacen una rehabilitación porque tuvieron un esguince o un problema x y recuperan y chau” (Profesional 5).

“En el centro de salud se ve a la discapacidad como algo aislado, como que son una minoría. Por eso no se los tiene mucho en cuenta para las actividades” (Profesional 5).

“A veces se limita en que le dan determinados ejercicios al paciente y se van a la casa” (Profesional 5).

“O se le deja exclusivamente la kinesiología con la rehabilitación. Como la rehabilitación. Y deberíamos tener en cuenta otros factores” (Profesional 5).

“Si hablamos de rehabilitación en general siempre nos suena a algo motor. Pero puede haber rehabilitación cognitiva, desde el punto de vista intelectual. También rehabilitación de la parte kinesiológica. Diferentes tipos de rehabilitación que dependen del tipo de discapacidad de la persona para poder llevar a cabo la rehabilitación” (Profesional 1).

“Se sigue notando el modelo médico hegemónico sigue siendo central. Está hablado, creo que se habla más que antes, de que todos estamos con intereses de cambiar esa centralidad, esa hegemonía en cuanto al poder que circula en el Centro de salud, en cualquiera. Pero todo sigue siendo de alguna manera, realizado desde la medicina, desde la mirada de la medicina. Lo cual ha llevado a estos conceptos que también estamos diciendo. Lo de la discapacidad está medio vinculado a lo jurídico pero que la medicina acompañó para la construcción, y a la rehabilitación que también es un concepto que surge en la medicina” (Profesional 2).

“Particularmente hay varias cosas en relación a la habitacional por ejemplo, si hablamos de situaciones en general de personas que tienen bajos recursos. Que solamente con la atención no estarían pudiendo lograr acceder a la canasta familiar. La atención es un sostén pero no está pudiendo ser algo que realmente les pueda permitir una organización con mayor acceso en cuanto a lo material. Y nos encontramos eso, muchas personas que tienen serias dificultades socio-económicas. Dificultades de acceso a los ámbitos educativos, deportivos, culturales” (Profesional 2).

	<p><i>“Me parece que sigue reproduciendo esta institucionalización que no colabora a la integración de las personas” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“En medicina cada médico con su estetoscopio. Nos pasa que queda fragmentado, cuesta articular y cuesta esta mirada integral. Donde la administrativa es tan importante porque es la primera escucha, el enfermero también está en una escucha muy cercana, el que le da la medicación también tiene cualquier detalle que pueda tomar del día cotidiano de la persona. Y el médico haciendo su mirada médica pero tomando en cuenta todos estos elementos” (Profesional 2).</i></p> <p><i>[La rehabilitación] “Es volver a obtener de eso que se perdió lo más posible. Volver a que eso se perdió funcione nuevamente lo más que se pueda” (Profesional 3).</i></p>
<p>Modelo Social</p>	<p><i>“La discapacidad no como una cuestión de enfermedad/salud, no como una cuestión de encasillar a una persona, de ponerla bajo un subtítulo o en un lugar. Sino que entiendo que es mucho más que eso, que no es una cuestión como decíamos de salud/enfermedad, que es una condición, sino que es una sumatoria de cosas. Que el paciente es un conjunto de cosas, no solo desde lo biológico sino que está visto de una forma mucho más amplia” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“El paciente no es una enfermedad, no es una enfermedad caminando, sino que tiene todo un entorno, tiene una familia, una casa, un lugar adonde, un barrio donde vive. Principalmente eso. Esto de no ponerlo en un lugar de ‘porque él es discapacitado puede o no puede’, de ‘porque él tiene esta enfermedad’ y lo limite a una o tal cosa” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“Cómo pensar el proceso de salud, [...] que no sea un abordaje que refuerce la discapacidad sino de poder pensar en los procesos de autonomía en pacientes con discapacidad” (Profesional 6).</i></p>

“La rehabilitación también te permite adquirir ciertas pautas que a pesar de no tenerlas, poder pensarlo para llegar a la autonomía de la persona, sin necesidad de que haya un otro que haga por él” (Profesional 6)

“Que la rehabilitación no es solo una cuestión física, no es rehabilitar como un volver a lo que antes era, [...] o lo que antes era ‘correcto’. Que no solo es una cuestión física, sino que tiene mucho más que eso. Que tiene una cuestión psicosocial, una cuestión clínica, biológica” (Profesional 4).

P: ¿Qué aspectos considera usted importantes de considerar para atender a personas con discapacidad?

R: *“Depende de la discapacidad de esa persona. Pero desde un acompañamiento, desde una persona que esté al lado si la requiere obviamente hasta rehabilitación física. Inserción en la parte educativa. También obviamente en cuanto a los accesos a las diferentes recreaciones culturales y no cultural también. En la movilidad. Es un circuito debería funcionar un poco mejor. Si bien se intenta me parece que está un poco flojo todavía” (Profesional 1).*

P: ¿Qué considera que ha ganado esta persona en su vida gracias a la rehabilitación?

R: *“En poder desenvolverse en ámbitos de la vida cotidiana. Si hablamos de la parte motriz es muy importante por una cuestión de que hay muchas personas que tienen secuelas de ACV que quedan discapacitados producto de una parálisis o plejía de algún miembro y es muy importante porque son personas que previamente se desenvuelven habitualmente en su trabajo y quizás la reinscripción le sea muy buena, muy positiva. Y después bueno, los otros tipos de discapacidades también ayudan a la inserción al mundo, a la vida diaria” (Profesional 1).*

“Hay reuniones que también se hacen con algún miembro o varios miembros de la familia. En cuanto a la toma de decisiones para ellos. Para ese grupo de

	<p><i>personas que puede ahí necesitar algún tipo de intervención por parte nuestra. Si, se hacen intervenciones con la comunidad” (Profesional 1).</i></p> <p><i>“Una chica con parálisis cerebral que se acercó al dispensario porque estaba retirando medicación en el centenario y necesitaba poder retirarla en el dispensario por una cuestión obvia de movilidad y en el ese caso el equipo le brinda el apoyo. Nos comunicamos con el hospital, nos comunicamos con el servicio de neurología de allá. Pudimos hacer el nexo y gestionar que la medicación se empiece a retirar en nuestro sector. Y en ese sentido estamos abiertos a que la población venga, nos solicite la inquietud o dificultad y podamos intentar resolverla” (Profesional 1).</i></p> <p><i>“En relación a la discapacidad entiendo que es una construcción social, o sea, no existe la persona con discapacidad. Sino que existe un concepto que se fue construyendo que fue estigmatizante y que fue generando dificultades en el acceso de los derechos de las personas. Eso por suerte se está revisando cada vez más, a partir de la ley de discapacidad, creo que quedó plasmado toda la lucha de los colectivos por discapacidad que vienen solicitando, justamente, que no quede en un rótulo. sino que sea revisado y se construye este nuevo concepto de pensarlo justamente, como algo que ha sido un estigma para determinado grupo social. Entonces, sobre todo, lo que hay que pensar en estos términos es, que toda persona tiene derecho a la salud, y hay que hacer accesible la posibilidad justamente de llegar a concretar ese derecho” (Profesional 2).</i></p>
<p>Modelo Social</p>	<p><i>“Se está cuestionando el tema del certificado de discapacidad como algo que es estigmatizante, que tendría que pensarse como una documentación, está bien que el estado lo deba tener como ‘ordenado’ este tema para agilizar la política social vinculada a situaciones complejas pero no tendría que ser con ese nombre. Intentar cambiarlo para que ese nombre tome realmente el derecho de la persona y no quede en la estigmatización del conflicto que esté atravesando” (Profesional 2).</i></p>

[El concepto de rehabilitación] *“Es contradictorio. ¿Porque es re-habilitar no? Más bien podría ser un concepto nuevo, profundicemos la habilitación. qué habilitamos? De nuevo pone ese ‘re’ mirando al otro desde esa mirada del especialista y no tanto desde la mirada del propio sujeto. Donde, tal vez, no tenga nada que ‘rehabilitar’, sino que es un ámbito más donde dentro del proceso de constituirse como persona y de seguir conociéndose y de seguir buscando por dónde le gustaría transitar este mundo complejo. Me parece que hay que ir por ese lado”* (Profesional 2).

“Darle un lugar de atención a la persona que se acerca para que se apropie de ese espacio. Para que lo tome con ganas, sobre todo para que se apropie. Para que sienta que es un grupo de profesionales que está dispuesto ahí y que justamente habilita un trabajo conjunto y acompaña el problema puntual que a veces puede ser algo breve que la persona está atravesando o a veces puede ser algo de mayor tiempo y va colaborando a pensar estrategias para mejorar esta condición” (Profesional 2).

“Lo que intento desde el Trabajo Social es mostrar y poder poner en palabras esta otra mirada que tiene el Trabajo Social que justamente te posiciona como crítica a esa mirada médica. Y poder poner en discusión otras posibilidades, y sobre todo las posibilidades de los derechos humanos. Porque al ser nosotros parte del estado o quienes lo corporizamos, lo hacemos carne, en el sentido de que lo llevamos adelante, somos la cara visible del estado” (Profesional 2).

“Los DDHH son lo primero que uno tiene que poder poner en acto. si no vemos a la persona como una persona con derechos y con su singularidad, con conocer cómo ha ido construyendo esa subjetividad, si es un adulto ya no. Pero cómo acompañar si está construyendo su subjetividad si es un niño o una niña entonces es como que dejamos de lado algo muy importante. Así que a partir de esa otra mirada de los DDHH es un poco lo que intentamos poner en discusión e ir pensando otros criterios desde la atención” (Profesional 2).

	<p><i>“En principio pactamos una reunión semanal para trabajo de situaciones. Y la compartimos con la gente del matricial de salud mental, porque bueno también se va armando de a poco esta idea de que justamente la ley de salud mental tiene un concepto mucho más amplio de salud que la ley de salud misma. Digamos como que ha mejorado al mejorar o agregar la visión o perspectiva de los derechos humanos, el tema de la no institucionalización y demás que cruza también con discapacidad. Creo que ha, colabora mucho que el trabajo sea acompañado desde ahí como para ir pudiendo abrir una mirada más amplia de la mirada médico biologicista” (Profesional 2).</i></p>
<p>Modelo Social</p>	<p><i>“Intervenciones que quedan en una dificultad porque todavía es muy fuerte esa construcción de que cada maestro con su librito. Y en medicina cada médico con su estetoscopio. Nos pasa que queda fragmentado, cuesta articular y cuesta esta mirada integral. Donde la administrativa es tan importante porque es la primera escucha, el enfermero también está en una escucha muy cercana, el que le da la medicación también tiene cualquier detalle que pueda tomar del día cotidiano de la persona. Y el médico haciendo su mirada médica, pero tomando en cuenta todos estos elementos” (Profesional 2).</i></p> <p>P: ¿Qué habilidades necesitas poner en acción para poder trabajar en equipo?</p> <p>R: <i>“La paciencia, le llevan a aprender acerca de la paciencia. Yo soy muy inquieta, y me gusta estar pensando permanentemente cosas nuevas. Estoy atravesada por cuestiones artísticas, además, soy narradora oral y cantante o cantora. Entonces me gusta todo el tiempo estar pensando cuestiones que están vinculadas al arte, a la cultura. Y por ahí el resto de mis compañeros no lo ven. Pero para mí por ejemplo el nombre de ‘centro de salud cultural’ sería el nombre perfecto para la nueva institucionalidad que tendría que haber en los barrios, sobre todo porque no hay centros culturales. A mí en esa área que queda tan fuera de los barrios, siempre la estoy pensando como posibilidad” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Uno de los objetivos que nos propusimos para este año, es tratar de salir del consultorio y armar espacios más colectivos. Hay un taller de cocina el cual yo</i></p>

	<p><i>estoy articulando entonces hay veces que vienen los compañeros a compartir con los participantes. Y había quedado el interés de armar un taller de caminatas y trabajar sobre el tema de la diabetes y quedo en espera. Pero tienen intención de hacer ese movimiento y salir del consultorio. Y me parece que, por lo que voy viendo, la pandemia había cerrado bastante la población y de a poco viene habiendo un intercambio más fluido” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“El paro así con cierre siento que no colabora para que podamos tener una mejor intervención una mejor estrategia de trabajo con la población, poder democratizar espacios, escuchar a los pacientes en lo que necesitan. Sacarlos justamente de esta idea de paciente, aunque no me gusta la de usuario, pero me parece más apropiada por el momento” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Ahora estamos trabajando un paciente que está haciendo rehabilitación en kinesiología, por una amputación. Y estamos viendo que el paciente no sostiene lo que es la actividad o los ejercicios, más allá de lo que le toca hacer en el centro de salud. Entonces bueno, estamos estudiando la situación para ver si podemos brindarle otro espacio para que el continúe más allá de lo que hace en el centro de salud y también para que él tenga otra salida porque refiere que estar en la casa a todo el tiempo lo tiene deprimido y entonces pensamos en la posibilidad de un centro de día. Lo hablo con la psicóloga que es quien lo está acompañando a él, lo hablé con la trabajadora social. Y entre todos estamos viendo cuál sería el mejor lugar, viendo entre lo que podríamos</i></p>
<p>Modelo Social</p>	<p><i>escoger, para brindarle a él. Poder trabajar con un paciente entre muchas disciplinas es eso, ver que puede sacar cada uno en base a lo que ve y después tomar una decisión” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Un paciente que tengo en particular creo que pasa por distintos ánimos. Cuando hay algo de qué agarrarse potencia la rehabilitación, uno ve que ponen ganas, pero siempre tiene que haber una luz al final del túnel, sino a veces hay rechazos, angustia. no siempre es fácil, es un proceso que tiene que estar muy acompañado tanto la parte de salud mental como la física en este caso. Es muy importante el sostén, el acompañamiento” (Profesional 3).</i></p>

	<p><i>“Tratamos con los pacientes de ir charlándolos, de hacer entrevistas conjuntas. Yo por ejemplo trabajo mucho con la psicóloga y tratamos de hacer entrevistas en conjunto con los pacientes que lo requieren. A veces es difícil congeniar con todos, pero si hay algún acompañante, trabajadora social, psiquiátrica si es necesario” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Hay un vínculo con ciertos pacientes donde uno acompaña la cotidianeidad, más allá de que tengas distancia. Hay un vínculo afectivo muy grande también. Y me parece que es importante poner en juego la afectividad en el vínculo. Sobre todo en psicología te plantean la cuestión de la distancia, de la abstinencia y también con ciertos pacientes trabajar desde el lazo es un modo de laburo. Y hay que poder reivindicar ese modo de laburo. Sino queda como ‘ay mirá se angustió como va a trabajar después con esta paciente’ y no. Uno se pone a pensar tanto términos macro como en términos micro de las estrategias y tienes una afectación con la paciente. Y lo mismo del paciente hacia el profesional. Y pasa mucho sobre todo con las médicas. De que los pacientes le confían mucho, hay mucho puesto en el profesional” (Profesional 6).</i></p> <p><i>“Hay reuniones que también se hacen con algún miembro o varios miembros de la familia. En cuanto a la toma de decisiones para ellos. Para ese grupo de personas que puede ahí necesitar algún tipo de intervención por parte nuestra. Si, se hacen intervenciones con la comunidad” (Profesional 1).</i></p>
Modelos de APS	
APS Estrategia	<p><i>“Por lo general, siempre hay estrategias, por ejemplo campañas de vacunación, se sale a trabajar en el barrio. Se trata de llegar a la gente, de buscarla y de traerla al centro. Se dan charlas para promocionar la salud, tanto en el consultorio como en el centro en general. Hay talleres, se trata de trabajar con la población lo cual genera que la gente se vaya conociendo. Genera una relación más fluida, de más confianza. Me parece bastante</i></p>

	<i>importante. Se brinda bastante información, que me parece uno de los pilares más importantes de la salud” (Profesional 3).</i>
APS Filosofía	<i>“Yo creo que la ciudad de rosario tiene otro pensamiento, tendría que indagar un poco en relación a otras provincias, otros lugares, pero por lo que conozco, la ciudad de rosario y te podría decir que hasta Santa Fe tiene una concepción de lo que es centro de salud que es distinta a la de otros lugares. Con una idea mucho más amplia y esto que decíamos de este trabajo del personal más interdisciplinario, esta conexión de que exista el sistema de salud en zonas más periféricas que no se si ocurre en otras provincias” (Profesional 4).</i>
APS Médico Sanitaria	<i>“El acceso a determinadas medicaciones o coberturas, por ejemplo, fonoaudiología está recién ahora llegando a los centros de salud como algo incipiente como para hacer un diagnóstico o digamos, para hacer una prevención sería. Una pesquisa así anticipada, para que no llegue después un joven o una joven a tener un problema de lenguaje que ya es mucho más orgánico y todo está como profundamente complicado porque no se pudo ver antes y facilitar algún tipo de estimulación antes. Entonces celebramos este espacio de fonoaudiología que también aparece en los centros de salud recientemente. Donde se arma una grupalidad con niños niñas niños y familiares para hacer esta prevención y llegar antes digamos a que el problema sea más grande. Pero sigue faltando una cuestión. Ayer por ejemplo estuve en la facultad de medicina por otro tema pero se volvió a abrir la carrera de terapia ocupacional y eso también es importante” (Profesional 2).</i>
Red	<i>“La APS es el nivel de atención más bajo y en donde personas de situación en lugares más periféricos quienes acuden por patologías más digámosle simples. Y de allí en caso que se necesite algo de mayor complejidad son derivados a algún efecto de mayor complejidad. Pero es el primer nivel de atención más vale en lugares lejanos o periféricos de la ciudad” (Profesional 4).</i>
Características de la APS	

<p>Adscripción</p>	<p><i>“Hay gente que va varias veces al día o todos los días. Entonces ya uno conoce los nombres, las caras, los problemas, los vínculos familiares. Creo que no hay otro lugar en donde se trabaje de esta manera como trabajamos con la población porque en el hospital la gente entra y sale y no se hace vínculo. No se sabe nada de esa persona más de lo que dice la historia clínica”</i> (Profesional 5).</p> <p><i>“Hay muchos pacientes que se apoyan mucho en el Centro de Salud. Como que forma parte de algo esencial en la vida de estos pacientes. Y si no está el Centro de Salud no se pueden llevar a cabo diferentes cosas”</i> (Profesional 1).</p>
<p>Acceso</p>	<p><i>“Yo me formé en provincia de buenos aires y lo que es atención primaria en el lugar donde estaba yo no era muy bueno y acá uno nota la diferencia. Que si bien a veces son largas las esperas para los turnos o por ahí a veces, como en todos lados, quedan cosas que aceptar”</i> (Profesional 3).</p> <p><i>“La APS es el nivel de atención más bajo y en donde personas de situación en lugares más periféricos quienes acuden por patologías más digámosle simples. Y de allí en caso que se necesite algo de mayor complejidad son derivados a algún efector de mayor complejidad. Pero es el primer nivel de atención más vale en lugares lejanos o periféricos de la ciudad”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“En general hay como dos sistemas, uno el del usuario que es estar ahí sacando turno en ventanilla y que llegue el turno de acá a 6 meses. Uno comunicándose con el servicio que si no te conocen es ‘bueno, te saqué el turno’. Más allá de plantear la situación, plantear cierta urgencia. A lo mejor hay gente que conoce a alguien que es un golazo porque eso te termina habilitando algunas cosas”</i> (Profesional 6).</p> <p><i>“El acceso a determinadas medicaciones o coberturas, por ejemplo, fonoaudiología está recién ahora llegando a los centros de salud como algo incipiente como para hacer un diagnóstico o digamos, para hacer una prevención sería. Una pesquisa así anticipada, para que no llegue después un</i></p>

	<p><i>joven o una joven a tener un problema de lenguaje que ya es mucho más orgánico y todo está como profundamente complicado porque no se pudo ver antes y facilitar algún tipo de estimulación antes. Entonces celebramos este espacio de fonoaudiología que también aparece en los centros de salud recientemente. Donde se arma una grupalidad con niños niñas niños y familiares para hacer esta prevención y llegar antes digamos a que el problema sea más grande. Pero sigue faltando una cuestión. Ayer por ejemplo estuve en la facultad de medicina por otro tema pero se volvió a abrir la carrera de terapia ocupacional y eso también es importante” (Profesional 2)</i></p>
<p>Territorio</p>	<p><i>“Lo que se ve en Rosario como municipalidad, justamente el ante año pasado, celebró 30 años de APS entonces tiene todo un circuito de salud de APS importante (aunque igual se ha ido deteriorándose con los años) y eso me parece que no todas las ciudades lo tienen en ese sentido, tanto tiempo de trabajo en APS. De todas maneras desde Ferrandini hasta hoy lo que yo he ido conociendo y compartiendo con otros colegas es que ha habido un deterioro porque se vio digamos que los territorios se complejizaron, se tornaron más violentos entonces ha habido, como hacia adentro de las instituciones, poco trabajo en el territorio o sea lo que es la APS en sí está más bien en crisis. Y está costando mucho volver a ese paradigma de estrategia desde la atención primaria en el territorio como una atención que está vinculada totalmente con la comunidad y hay un ida y vuelta digamos. Hay APS en Rosario pero no estaría siendo tan activa como fue en tiempos anteriores” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Uno de los objetivos que nos propusimos para este año, es tratar de salir del consultorio y armar espacios más colectivos. Hay un taller de cocina el cual yo estoy articulando entonces hay veces que vienen los compañeros a compartir con los participantes. Y había quedado el interés de armar un taller de caminatas y trabajar sobre el tema de la diabetes y quedo en espera. Pero tienen intención de hacer ese movimiento y salir del consultorio. Y me parece que, por lo que voy viendo, la pandemia había cerrado bastante la población y de a poco viene habiendo un intercambio más fluido” (Profesional 2).</i></p>

<p>Accesibilidad</p>	<p><i>“La importancia de la kinesiología en el centro de salud porque no todos los centros de salud lo tienen. El acceso geográfico también porque estando con las limitaciones que tienen, se encuentran con que tienen que irse hasta el Hospital Provincial y cómo van? No es fácil. Necesitan el acompañamiento de otra persona. Es tomar un colectivo que quizás para uno es cotidiano y se complica mucho” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“Es un camino, todavía falta, falta en la calle, en las veredas. En lo personal me ha pasado de tener que ir muchas cuadras por la calle y no por la vereda porque son intransitables” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“Nosotros somos la puerta de entrada, es donde la gente accede primero. No somos guardia, ese límite es muy fino. La gente confunde eso por lo que hay desbordes en la atención. Porque la idea es que la gente saque turno y se atienda con un médico de cabecera y a partir de ahí, el acceso a lo demás. A un trabajador social, a un estudio fresco, a un laboratorio de sangre, a lo que se tenga que hacer partiendo del médico de cabecera. Esto se ha desbordado porque la gente no saca turno pero como estrategia funciona” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“El acceso geográfico, al descentralizarnos y hacer que la gente pueda acceder al centro de salud de atención primaria funciona muy bien. Por ejemplo, en el barrio donde yo estoy, que es muy humilde. La gente tiene como hospital más cercano, además de que están construyendo uno hace mil años, es el Roque Sáenz Peña. Entonces se les complica ir al hospital, no es tan fácil para ellos” (Profesional 5).</i></p>
<p>Sistema de salud</p>	
<p>Conocimientos del sistema de salud</p>	<p><i>“En la Atención Primaria el kinesiólogo no está dentro del staff oficial podríamos decir de los centros de salud, distinto a los hospitales donde sí cuentan con kinesiólogos de planta” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“El Sistema público de salud en la ciudad de Rosario en donde tenemos estrategias de trabajo del sistema de salud de Rosario municipales y</i></p>

provinciales que son lógicas de trabajo totalmente distintas. Yo trabajé muchos años en la muni y ahora estoy trabajando en la provincia y hay una distancia en relación a poder pensar la salud en términos integrales. Cosa que en la provincia está mucho más sectorizado, mucho más burocratizado, el acceso del usuario al sistema de salud y todo el sistema de salud está armado en función de la enfermedad, no tanto de la salud. Y en la perspectiva de la discapacidad está muchísimo más burocratizado que un paciente que no tenga discapacidad. Me estoy encontrando con las actualizaciones de los certificados de discapacidad que es una burocratización a la familia que les dicen ‘necesitas esto y eso’, y ellos llevan y siempre falta algo, y es muy burocrático” (Profesional 6).

“El servicio de kinesiología que en realidad es un pie adentro y un pie afuera porque no dependen del centro de salud, sino que es un convenio para que puedan realizar las prácticas, eso es muy complejo porque deberían ser parte del equipo como trabajadores permanentes. Porque siempre hay un recambio de trabajadores y de practicantes que no te permiten hacer una continuidad en largo plazo en el proceso de rehabilitación del paciente” (Profesional 6).

“Era plena pandemia, se dificultó por la pandemia el proceso de rehabilitación de este paciente, que no se pudo dar. Había una indicación de turno en el ILAR que por la pandemia no se hizo. Que ahí también pensar que los procesos de rehabilitación quedaron cortados por la pandemia en donde estaba focalizado en una sola enfermedad cuando había un montón de cuestiones que se dejaron de lado. Como si la vida de las personas se detuvieran. Y con este paciente lo que pasó es que, cuando se logra ir al turno en el ILAR, le dijeron que no, que tendría que haber ido antes y había una sola posibilidad de rehabilitación. Ahora ya está. Fue desgastante. Pero fue el lineamiento que se utilizó desde el sistema de salud” (Profesional 6).

“El sistema de comunicación de nuestro trabajo está muy burocratizado. También es entendible que haya cierta lentitud porque es un sistema que tiene mucho caudal del sistema público. Y también de que la pandemia reforzó la

burocratización y los criterios. Como cierta rigidez en el criterio” (Profesional 6).

“Para rehabilitación no tenemos terapeuta ocupacional. Los centros de salud no tienen fonoaudiología que también es parte de la rehabilitación muchas veces porque hay pacientes que no pueden comer, no pueden hablar. Y es fundamental” (Profesional 5).

“Quizás porque no son de planta permanente. Y vienen a hacer el trabajo con el paciente y nada más. Y también desde la base de medicina u otras profesiones, se lo ve a la persona como un órgano. Y ellos a veces están formados de esa manera y no ven a la persona como un todo. Y ese pensamiento a veces no está arraigado en otras profesiones” (Profesional 5).

“Digamos que el hecho de los centros de salud generalmente hay uno provincial y uno municipal por zona. Y que la gente pueda acceder a esto me parece buenísimo. Pero creo que hay cosas en las que podremos ir mejorando, por ejemplo un centro de salud no tiene, en su mayoría, fonoaudiología, kinesiología, ecografías. Quizás con alguien matricial que se mueva de un centro de salud a otro. En el caso nuestro si se ha conseguido, por ejemplo tenemos una [traumatóloga] una vez por semana, tenemos una fonoaudióloga que atiende a menores de 2 años. Se van consiguiendo cosas, una nutricionista que va a dar talleres. Pero no es lo habitual en otros centros. Y también he escuchado que se quejan mucho por falta de abastecimiento de recursos” (Profesional 5).

“O creo que al menos acá en Santa Fe en cuanto a niveles de atención. Hay muchísimas trabas todavía por resolver porque el sistema de primer nivel de atención tiene muchas dificultades en poder acceder a los hospitales más grandes y a las diferentes” (Profesional 1).

“Se que hay muchos centros de rehabilitación pero desde el ámbito público por lo menos nos cuesta bastante esto, de poder hacer que un paciente se rehabilite, nos cuesta bastante” (Profesional 1).

“Todo el sistema de salud es política. Es cuestión de organización de sectores y de diferentes herramientas para poder trabajar con la comunidad. Eso es parte del sistema. Es una cosa más que tiene el sistema para poder llevar a cabo el trabajo. No me parece que estén exentos de eso” (Profesional 1).

“Se está cuestionando el tema del certificado de discapacidad como algo que es estigmatizante, que tendría que pensarse como una documentación, está bien que el estado lo deba tener como ‘ordenado’ este tema para agilizar la política social vinculada a situaciones complejas pero no tendría que ser con ese nombre. Intentar cambiarlo para que ese nombre tome realmente el derecho de la persona y no quede en la estigmatización del conflicto que esté atravesando” (Profesional 2).

“Digo tal vez la aparición de todo el aspecto neoliberal que se fue dando en nuestra sociedad en los años 90s, hizo que justamente las problemáticas con relación a la discapacidad quedarán de nuevo como muy vinculadas al mercado, a lo privado, a los ámbitos privados. Entonces eso también, al no tener demasiados circuitos de control o de miradas, de alguien que esté mirando que acontecen esos espacios, eso también te dificulta el acceso de un derecho, de un buen trato, de estar en un espacio pero que no quede tan encerrado como decíamos antes” (Profesional 2).

“El sistema de salud digamos argentino tiene mucha diversidad y serias dificultades. Lo que veníamos evaluando es que según las provincias y los recursos de cada provincia ahí tenemos ya una desigualdad importante. Entonces hay una crisis sanitaria. Quedó en evidencia con la pandemia las dificultades con las distintas provincias y en Santa Fe yo creo que se nota como fue avanzando la privatización del sistema y como todavía cuesta. Por un lado lamento que haya sido así porque a mí me parece que la salud tiene que

	<p><i>ser pública. En su mayoría digamos. Lo privado debería existir pero de una manera más reducida no en el porcentaje que existe en la actualidad. Y si tenemos que aceptar eso, ya tendríamos que haber podido armar una articulación de la información porque también no puede ser que información quede en privado como una información privada justamente cuando la salud más allá de que sea de gestión privada o de gestión pública tiene que ser pública” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Por momentos una persona tiene que ir al sistema público por una realidad socioeconómica y se está pudiendo atender conociendo su historia y si también pudo tener trabajo, obra social y pudo ir a un sistema privado, la información tiene que estar publicada en esa misma historia clínica digamos. No tiene que estar dissociada la historia clínica dependiendo del ámbito en que uno está” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Que la salud es pública y que tiene que estar esa información. El privado no puede quedarse con esa información y no publicarla. No hacerla accesible. Porque de esa manera estamos privando a las personas, a los ciudadanos que tengan sus historias clínicas digamos y que todos la podamos conocer” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Creo que la llegada a lo que es la atención primaria es buena, y con lo que hay se hace bastante. Creo que el sistema de salud acá en provincia de santa fe, muchas veces a costa de poner el pulmón, pero muchas veces funciona bastante bien” (Profesional 3).</i></p>
--	--

TOMA DE DECISIONES	
Acción comunicativa	<i>“Yo creo que esta concepción de que no es mi profesión y ahí quedo encerrado sino que si o si voy a necesitar de otros profesionales para trabajar y volviendo al inicio de que la persona no es solamente una cuestión biológica sino que lo</i>

abordan un montón de cosas y más en zonas en donde se encuentra el centro de salud que entran abordados los pacientes por un montón de situaciones no solamente su patología” (Profesional 4).

P: *¿Qué elementos utilizas para dar tu punto de vista en la toma de decisiones?
¿De que te vales principalmente?*

R: *“Lo principal es la fundamentación de lo que digas. Porque si no tenés conocimiento no poder fundamentar y no tiene sustento” (Profesional 5).*

“Si vos tenes buen vínculo te haces el lugar y nos pasa mucho que a lo mejor hay situaciones que si o si tenemos que poder comunicarnos, no porque sea una urgencia. Sino porque es necesario saberlo para cuando la compañera reciba, tener esta información que es importante. Nos hemos llamado a las 21 hs, en eso no hay problema. Pero no debería suceder eso, debería suceder todo en el ámbito laboral pero hay una dinámica últimamente en el centro de salud en donde las médicas están con 15 turnos y están atendiendo atendiendo y no pueden ir ni siquiera al baño menos van a poder intercambiar una palabra. Pero el vínculo es lo que más hace que una se pueda encontrar” (Profesional 6).

“A veces creo que podríamos decir la palabra egos. Cuando uno piensa que tiene razón y no quiere dar el brazo a torcer, porque se limita y se encasilla en su pensamiento, en eso y no piensa que pueda ser otra cosa cuando alguien está dando su opinión o una idea distinta” (Profesional 4).

“Creo que el funcionamiento no es el ideal, no es el que a todos nosotros nos gustaría que fuera, creo que tenemos una vista bastante piramidal en términos generales, qué es decir que se hace lo que se dice el médico y el resto obedece. Nombro al médico porque habitualmente es quien toma las decisiones respecto a la salud de un paciente o de una persona. Pero hay algunos lugares, podríamos nombrar el centro de salud en donde yo asisto y trabajo, que esa concepción tan piramidal deja de ser tan así, y empieza a expandirse y a empezar a ser un poco más interdisciplinaria” (Profesional 4).

“Pero también es bastante incipiente porque las prácticas, el habitus, esto de lo que se da realmente en la institución como algo que se repite, que se reutiliza, que se torna rutina. Eso es difícil de movilizarlo y poder ir haciendo transformaciones, como que las transformaciones son más bien lentas. Lleva su tiempo porque se van armando acostumbres, maneras de habitar, por eso habitus. Entonces todavía hay mucho de lo anecdótico que aparece en los relatos” (Profesional 2).

“Falta cruzar más perspectiva de derechos humanos, falta cruzar más perspectiva de género, falta pensar una perspectiva de la infancia, desde las niñeces. Todavía sigue siendo muy adultocéntrico. Recientemente creamos un espacio en la sala de espera para les niñas. Hay muchas cosas que se pueden todavía trabajar. Pero en ese espacio del retrabajo intentamos ver qué cosas nos acontecen a cada uno y nos dificultan la atención, las obstaculizan en algún sentido y poder pensar estrategias conjuntas para enriquecer esas intervenciones que llevamos adelante” (Profesional 2).

“Se sigue notando el modelo médico hegemónico sigue siendo central. Está hablado, creo que se había más que antes, de que todos estamos con intereses de cambiar esa centralidad, esa hegemonía en cuanto al poder que circula en el Centro de salud, en cualquiera. Pero todo sigue siendo de alguna manera, realizado desde la medicina, desde la mirada de la medicina. Lo cual ha llevado a estos conceptos que también estamos diciendo. Lo de la discapacidad está medio vinculado a lo jurídico pero que la medicina acompañó para la construcción, y a la rehabilitación que también es un concepto que surge en la medicina” (Profesional 2).

“El otro día tuve una reunión con el ministerio de niñez del ministerio de salud y le decía a la compañera ustedes sería bueno que vengan al centro de salud, que conozcan que dentro del sistema APS, hay una posible vinculación con una dirección de niñez que puede estar acompañando, pensando, y articulando algunas acciones. No están en el territorio pero es importante. Para mi no va más la pirámide. Vos estás en un escalón jerárquico mayor que nosotros pero si

los compañeros no te ven el cuerpo. no te conocen, no te ven la cara, no te ven aunque sea una vez al año. Es difícil que les resuene el diálogo que justamente es algo que está muy distante. Es como que nosotros también necesitamos ese encuentro más cercano con las otras instancias del sistema” (Profesional 2).

“Mi comunicación es mediante la coordinadora o la jefa del centro de salud y mi intercambio habitualmente es con ella. Y luego hago la conexión o sea hace la conexión con el otro profesional (Profesional 4).

“Habitualmente, al menos lo puedo decir desde el trabajo que hago yo, siempre se hace una consulta con el paciente, se le explica que se va a hacer, cómo se va a hacer y si esa persona está de acuerdo o no. Y en el caso de que no esté de acuerdo se modifica. Porque la decisión no es solamente del profesional sino que aquella persona que asiste también es parte del tratamiento porque justamente es para ellos, no es para nosotros” (Profesional 4).

“Yo tuve la posibilidad de intercambiar, personas con esta posibilidad de apertura y de intercambio y que ese intercambio sea fructífero (Profesional 4).

“En el equipo hay buena comunicación, podemos comunicarnos. No acordamos en todos los puntos de vista. Pasa y ahí está el laburo de poder escuchar que tiene el otro para decir, que a veces no coincide con la estrategia y poder trabajar eso. Pero bueno, también es cierto que con ciertas personas es difícil” (Profesional 6).

“De discusión, de poner en contexto el proceso del paciente, de cómo llega el paciente. A lo mejor hay un pedido muy concreto y uno detecta una situación mucho más completa y poder analizar eso” (Profesional 6).

P: *¿Qué aspectos facilitan la comunicación en el equipo? ¿Qué aspectos limitan o dificultan la comunicación?*

R: *“El grupo de WhatsApp te diría que va en las dos columnas. Ayuda y entorpece. A veces se usa para cosas que son temas del Centro de Salud. A veces se arman discusiones que no llevan a nada. Pero no tenemos demasiadas*

herramientas de comunicación. Ayuda a ser buen compañero y tener el acceso a dirigirnos nosotros libremente. La reunión de equipo es fundamental y debería funcionar si o si una vez por semana” (Profesional 5).

P: *¿Qué aspectos facilitan la comunicación en el equipo? ¿Qué aspectos limitan o dificultan la comunicación?*

R: *“El grupo de WhatsApp te diría que va en las dos columnas. Ayuda y entorpece. A veces se usa para cosas que son temas del Centro de Salud. A veces se arman discusiones que no llevan a nada. Pero no tenemos demasiadas herramientas de comunicación” (Profesional 5).*

“A veces las formas de dirigirse al otro, el tratar de imponer genera rechazo. Y eso dificulta. Facilita creo yo que al fin y al cabo uno se termina sentando y habla, de alguna manera u otra se resuelven o se acatan cuestiones por mayoría. Pero muchas veces la forma en que se plantea algo. O a veces el no escuchar qué dice el equipo genera dificultades. Somos muchos y a veces no es fácil ponerse de acuerdo” (Profesional 3).

P: *¿cómo es la retroalimentación de los profesionales de los otros niveles con los de APS?*

R: *“La comunicación es mala. Nos comunicamos mal con los otros efectores. En otros centros de salud y otros niveles de atención también. Nosotros también con ellos, no es que nosotros les mandemos información y ellos nada. Nosotros también nos comunicamos poco con ellos” (Profesional 1).*

“El diálogo cuesta, son dos años no. Pero lo que vi antes también. Se ha perdido bastante. Podemos decir que también hay una crisis en las instituciones que está a la vista. Y en esa crisis tal vez tenga que estar vinculada a que estas instituciones han tenido una mirada autoritaria por sobre el otro. Y con la vuelta de la democracia todavía no hemos logrado democratizarla como se debería. Entonces me parece que esa falta de democratización de los hábitos como han sido muy verticales las construcciones del sistema” (Profesional 2).

“Otras de las cuestiones a hacer es articular esas cuestiones que pueden aparecer y que pueda surgir esa comunicación de un sector a otro, también para destrabar qué es lo importante, tanto uno como el otro” (Profesional 2).

“Aparte de las reuniones donde uno pone la palabra ‘jugar’, pensar determinadas intervenciones. Por ejemplo este espacio de infancia en la sala de espera, eso nos interpeló a todos no? Porque por ejemplo hubo compañeras que se empezaban a quejar, porque se tiraban cosas, se desarmada todo. En la reunión está la posibilidad de hablar de esto y nosotros hacemos marca en esas subjetividades” (Profesional 2).

P: ¿Cómo resuelven el asunto cuando encuentran posiciones diversas o antagónicas entre los miembros del equipo?

R: *“Y a veces quedan sin resolución. Y se puede ir diluyendo en el tiempo o ha habido momentos en que ha sido necesario un cambio del centro de salud, del personal. Nos ha pasado” (Profesional 2).*

P: ¿cómo resuelve ese conflicto o diferencia?

R: *Siempre es el diálogo. Como en todos lados, hay roces. Por ahí se generan discusiones y diferencias. Siempre se intenta salir de eso con el diálogo. A veces se llega a buen puerto, a veces no. Siempre es eso lo que media (Profesional 3).*

P: ¿Consideras que hay quienes tienden a imponer su propuesta, su idea, una cuestión más verticalista dentro de la comunicación y que eso de alguna manera puede impactar en la toma de decisiones dentro del equipo?

R: *Yo creo que a veces se llega a eso cuando no hay forma de llegar a un acuerdo a veces. No es que siempre pase así, cuando no se puede llegar a nada se llega a eso. Igual como te digo, no es algo que pasa seguido ni pasa siempre. Generalmente, las reuniones de equipo fluyen con bastante respeto. Tampoco nunca me paso una situación limite en la cual se haya que decidir blanco y negro y haya que imponer algo (Profesional 3).*

Acuerdos y consensos

“Hay mucho momento de escuchar las opiniones de cada uno e intentamos llegar a un consenso digamos, algún punto en común en que podamos decir bueno, tu opinión y la mía e intentamos encontrar un punto medio” (Profesional 4).

“Los espacios que se comparten son en función de los casos. Termina siendo todo más en términos singulares más que en grupales o colectivos. Siempre termina siendo del 1 a 1. Y termina siendo el compromiso del profesional para poder pensar una estrategia que lo que está instituido en el centro de salud” (Profesional 6).

P: *¿Cómo se construyen las decisiones en rehabilitación en el equipo?*

R: *“No las construimos” (Profesional 5).*

“Diferimos en ciertas situaciones pero yo creo que a la hora de tomar decisiones de cómo vamos a trabajar con tal situación siempre llegamos a un acuerdo y podemos tomar una decisión que sea unánime” (Profesional 1).

“No es solamente que yo haga mi tarea sino que tiene que haber una permanente escucha y estar atento a lo que el otro está proponiendo y ver si me puedo sumar a eso. Muchas veces es con el diálogo, a veces lo resuelven entre compañeros. A veces hay que hacer algún otro tipo de intervención. A veces hay que elevarlo y pedir que alguien lo convoque y dialogue alguien de afuera. Se va buscando como llegar a la solución y a veces se necesita un cambio también, por que eso también es bueno y es bueno para todos” (Profesional 2).

P: *¿Cómo resuelven el asunto cuando encuentran posiciones diversas o antagónicas entre los miembros del equipo?*

R: *“Y a veces quedan sin resolución. Y se puede ir diluyendo en el tiempo o ha habido momentos en que ha sido necesario un cambio del centro de salud, del personal. Nos ha pasado” (Profesional 2).*

“A veces las formas de dirigirse al otro, el tratar de imponer genera rechazo. Y eso dificulta. Facilita creo yo que al fin y al cabo uno se termina sentando y

	<p><i>habla, de alguna manera u otra se resuelven o se acatan cuestiones por mayoría. Pero muchas veces la forma en que se plantea algo. O a veces el no escuchar qué dice el equipo genera dificultades. Somos muchos y a veces no es fácil ponerse de acuerdo” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Ahora estamos trabajando un paciente que está haciendo rehabilitación en kinesiología, por una amputación. Y estamos viendo que el paciente no sostiene lo que es la actividad o los ejercicios, más allá de lo que le toca hacer en el centro de salud. Entonces bueno, estamos estudiando la situación para ver si podemos brindarle otro espacio para que el continúe más allá de lo que hace en el centro de salud y también para que el tenga otra salida porque refiere que estar en la cas a todo el tiempo lo tiene deprimido y entonces pensamos en la posibilidad de un centro de día. Lo hablo con la psicóloga que es quien lo está acompañando a él, lo hablé con la trabajadora social. Y entre todos estamos viendo cuál sería el mejor lugar, viendo entre lo que podríamos escoger, para brindarle a él. Poder trabajar con un paciente entre muchas disciplinas es eso, ver que puede sacar cada uno en base a lo que ve y después tomar una decisión” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Se construyen entre todos. Porque la rehabilitación no es solo una cuestión física. Es una cuestión general y la gran mayoría de los pacientes o las personas que asisten están atravesados por muchas cosas y principalmente por cuestiones y factores psicológicos” (Profesional 4)</i></p>
<p>Autonomía</p>	<p><i>“A nivel de kinesiología, yo estoy a cargo de un grupo de estudiantes o sea que las decisiones relacionadas a la rehabilitación y a la kinesiología las tomo yo. Pero a su vez estas decisiones sobre algunos pacientes en específico en donde necesitamos articular con algunos otros profesionales de la salud si lo hacemos en conjunto” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“En la toma de decisiones cada uno toma la decisión sobre su área específica, es decir, si tiene una patología en específico. Pero en el caso que se necesite” (Profesional 4).</i></p>

	<p><i>“Incluso en nuestro mismo grupo de enfermería tenemos diferencias. Pero nadie te va a decir ‘no, no digas’ ‘no hagas, no puedes’. A lo mejor no adhieren a tener que hacer algo pero poder hacerlo vos. Enfermería es muy independiente en el centro de salud, eso es bueno” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“Si detectamos algo somos libres de llamar a quien tengamos que llamar. Sino en lo cotidiano cada uno va resolviendo en su rol” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“Estoy abierta al diálogo siempre y expreso mis puntos de vista y mi manera de ver la situación, siempre adhiriendo en general al pensamiento grupal. No hemos tenido mayor dificultad en cuanto a la toma de alguna decisión que nos repercuta a todos” (Profesional 1).</i></p> <p><i>“Se tienen en cuenta las diferentes ideas de todos, de los miembros de cada equipo y bueno, yo creo que nos escuchamos. Lo tomo como algo positivo. Y en general sacamos un poco de cada uno para la toma de decisiones” (Profesional 1).</i></p> <p><i>“Lo que intento desde el Trabajo Social es mostrar y poder poner en palabras esta otra mirada que tiene el Trabajo Social que justamente te posiciona como crítica a esa mirada médica. Y poder poner en discusión otras posibilidades, y sobre todo las posibilidades de los derechos humanos. Porque al ser nosotros parte del estado o quienes lo corporizamos, lo hacemos carne, en el sentido de que lo llevamos adelante, somos la cara visible del estado” (Profesional 2).</i></p>
<p>Coordinación asistencial</p>	<p><i>“La APS es el nivel de atención más bajo y en donde personas de situación en lugares más periféricos quienes acuden por patologías más digamosle simples. Y de allí en caso que se necesite algo de mayor complejidad son derivados a algún efectos de mayor complejidad. Pero es el primer nivel de atención mas vale en lugares lejanos o periféricos de la ciudad” (Profesional 4).</i></p>

“Creo que no es la mejor. Para nada. Creo que debería ser mucho más ágil, debería ser mucho más ágil. Y tendría que entenderse que si un profesional se comunica con otro es por el bien de alguien mas y no por una cuestión de ver quien tiene mayor poder o porque estoy en un nivel de complejidad mayor tengo mas poder que el otro” (Profesional 4).

“A veces no es la mejor. Particularmente yo he tenido casos de este problema de egos, conflictos de ‘¿por qué no va con nosotros y va con ustedes?’, este ida y vuelta pero creo que uno del otro lado tiene que responder de la mejor forma” (Profesional 4).

“Habitualmente nace desde la consulta del paciente al médico y el médico deriva a quien él considere. Ya sea en kinesiología o si tiene que ir al psicólogo o si tiene que tener una consulta con el odontólogo. Pero habitualmente quien toma esa decisión es el médico” (Profesional 4).

“Cómo nos vamos encontrando, vamos hablando, o nos mandamos un mensaje ‘che tenemos que hablar de este paciente’. Yo soy bastante pica-sesos. Pero también es cierto que si no es con el otro, también uno se cansa, porque es remar en dulce de leche. Y termina siendo muy del 1 a 1” (Profesional 4).

“El uso de mail es fundamental para nosotros. Con los laboratorios, con hospitales. Cuando se organizan cursos o talleres también. Y lo otro, no, generalmente la comunicación está bien. El problema surge con el tema de los turnos en el hospital. La referencia y contrarreferencia. Pero si es algo en lo agudo digamos para resolver. Tranquilos, resolvemos bien, con el SIES” (Profesional 4).

“También existen las hojas de transferencia y contrarreferencia para uno poder comunicarse con el resto de los profesionales, la verdad que muy pocos profesionales la usamos, me incluyo. Porque muchas veces no la tenemos a mano o muchas veces estamos apurados y no la completamos y creo que está mal.

Hago mea culpa con eso también. Pero bueno después está también la manera informal en la que vamos buscando a los profesionales de decir bueno, lo conozco a tal, le escribo, le llamé para avisarle que va a ir tal paciente. No se si es la mejor manera, pero es la manera que encontramos para por lo menos tener una comunicación entre el equipo y poder trabajar con el mismo objetivo porque sino se hace bastante difícil” (Profesional 1).

“Una chica con parálisis cerebral que se acercó al dispensario porque estaba retirando medicación en el centenario y necesitaba poder retirarla en el dispensario por una cuestión obvia de movilidad y en el ese caso el equipo le brinda el apoyo. Nos comunicamos con el hospital, nos comunicamos con el servicio de neurología de allá. Pudimos hacer el nexo y gestionar que la medicación se empiece a retirar en nuestro sector. Y en ese sentido estamos abiertos a que la población venga, nos solicite la inquietud o dificultad y podamos intentar resolverla” (Profesional 1).

“En cuanto a la dirección de discapacidad por ejemplo, me parece que el provincial actúa un poco aislada digamos como que no tenemos un circuito. Por ejemplo, si yo quiero acompañar como Trabajadora Social la búsqueda de un turno para un certificado, tengo que mandar a la persona, o tengo que ir yo pero como cualquiera digamos. Como que para mi tendría que haber un cupo, por lo menos más simple, pero si quiere haber organización por lo mejos algo que agilice el territorio con esa centralidad, entonces por ejemplo saber que si hay 10 personas que necesitan el certificado. A esas 10 personas ya tener el turno para dárselos digamos, que no sea tan burocrático de que tiene que ir la persona o yo. Tendría que resolverse más fácilmente” (Profesional 2).

“Siempre de mi parte es hacer la orden y solicitar el turno. Al no haber hecho la especialidad acá no tengo tantos contactos. No tengo esa herramienta. Y siempre que tengo que pedir el turno es un tema. Si hay una situación muy urgente yo he llegado a solicitar por medio de la coordinadora o algo, para que ella se comuniqué con el servicio. O de ultima yo despues hablar con el jefe de servicio, como corresponde hablar en un caso muy particular. Pero si es algo que no

	<p><i>requiere una urgencia siempre es pedir el turno y esperar que salga el turno y así esperar que el paciente entre al circuito. Una vez que se enrollan en más fácil. Pero por ahí que llegue ese turno o que se den las cosas para ese turno lleva mucho tiempo. O también con los estudios complementarios” (Profesional 3).</i></p> <p>P: Cuando logras contactarte con ese profesional del otro nivel, tienen una retroalimentación que les permite continuar con el procedimiento del paciente? ¿Cómo se da esa retroalimentación?</p> <p>R: <i>“A veces sí y a veces no. Yo intento que lo que mando tenga un resumen, una referencia. Para luego recibir una contrarreferencia, pero bueno. No siempre es así” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“No siempre las derivaciones llegan en tiempo y forma. Te mentiría si te digo como es con el tema de los materiales. No se como es con el tema de las prótesis. Hay falencias y hay demoras que entorpecen muchos procesos. Pero bueno se trata de hacer lo mejor posible con lo que hay. Dentro de todo, en el centro de salud, contamos con bastantes cosas pero si, todo lo que es salir de ahí lleva su tiempo” (Profesional 3).</i></p>
<p>Trabajo en equipo</p>	<p><i>“La verdad es que tengo la oportunidad de poder tener un equipo multidisciplinario, o al menos compartir con algunos de ellos. Donde tenemos algunas charlas donde se ponen pacientes y se da desde el punto de vista de cada uno de los profesionales y se pueden hacer pequeñas entrevistas hasta entre profesionales sobre pacientes específicos” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“Nuestro medio habitualmente de comunicación es la directora del centro de salud quien hace la conexión con los otros profesionales y consulta porque hablo con por ejemplo, la psicología porque tal paciente necesita algo y ahí lo charlamos nosotros en conjunto” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“Habitualmente el ingreso de las consultas de otros profesionales pasan por la directora y ella es quien comunica. O sea ella es la mensajera de muchas cosas.</i></p>

Como a veces directamente el contacto se hace con cada profesional, habitualmente por mensaje” (Profesional 4).

“Lo que nos ocurre a veces y también entiendo que es por una cuestión horario, que no puedo hacerlo con todo el equipo porque únicamente mi trabajo es en el horario de la mañana, por eso a veces no puedo articular con los que trabajan por la tarde” (Profesional 4).

“Alguna cosa que sabemos que no es viable que no se puede realizar, en ese caso si hacemos una interconsulta por ejemplo con la psicóloga, y nos comunica a quien necesite del equipo” (Profesional 4).

“Intentamos que sea de forma presencial, inicialmente, que si vamos a hacer el encuentro ya sea al momento de terminar cada uno nuestras tareas. Que creo que ahí es donde podemos sacarle más jugo a esta entrevista que tendríamos entre nosotros los profesionales. Y en caso de que no podamos hacerlo, lo hacemos via algun mensaje” (Profesional 4).

“Es la conversación del día a día, el intercambio podríamos decir de pasillo. Del ingresar al consultorio de aquel profesional y hablar puntualmente sobre esos pacientes. Y en caso de que no se pueda hacer de forma presencial por vía mensaje” (Profesional 4).

“Hay 3 medicas clinicas, 3 médicas generalistas, yo como psicóloga, una trabajadora social que también es la coordinadora, eso también complejiza que está más en cuestiones de coordinación que en las de trabajadora social. Están también las administrativas, el servicio de limpieza, hay un seguridad y el servicio de kinesiología que en realidad es un pie adentro y un pie afuera porque no dependen del centro de salud, sino que es un convenio para que puedan realizar las prácticas, eso es muy complejo porque deberían ser parte del equipo como trabajadores permanentes. Porque siempre hay un recambio de trabajadores y de practicantes que no te permiten hacer una continuidad en largo plazo en el proceso de rehabilitación del paciente” (Profesional 6).

“Había una organización que nos permite encontrarnos entre todo el equipo para trabajar las situaciones de un modo integral. Pero se fue boicoteando ese espacio y terminamos hablando de las situaciones en los huecos de cada una. Por ejemplo, faltó un paciente, sentémonos un rato cada una y pensemos estrategias, que es una cagada. Porque termina siendo la buena voluntad de nosotras y haciendo una estrategia recortar en quienes estamos situados, en quienes nos encontramos. Si es cierto que tenemos un horario de reunión que siempre participamos la psicóloga y el equipo matricial que es psiquiatra cada 15 días y psicólogo semanalmente y un tallerista y un acompañante que dan un taller de infancia. Somos esas personas donde antes estaba en otro horario y participaban siempre una médica en particular y después se sumaba muchas veces otra, pero más esporádicamente. Pero terminamos haciendo retrabajo más desde el equipo de salud mental, pero hay estrategias con los compañeros, pero en el 1 a 1, en los huequitos, es más un pase de información y hacer acuerdos. Que una estrategia integral que se sostenga en el largo plazo” (Profesional 6).

“Que hace muchos años que a lo mejor están en el mismo lugar y ven que hay una repetición de las dificultades que tiene el sistema. Si es cierto que últimamente hay mucha bajada de línea. Y uno ya piensa que no nos escuchan. Y da cansancio muy grande” (Profesional 6).

“Pero después en términos de poder dar las estrategias con los pacientes, al ser 1 a 1 con la médica, por suerte es un muy buen equipo. La dificultad está en términos de coordinación y se le da lugar al equipo mientras está coordinando” (Profesional 6).

“Me quedé pensando en esto del lugar de la sexualidad en la discapacidad. Y todas las falencias del centro de salud. Creo que es un tema a plantear en las reuniones de equipo porque no hay mucho lugar para poder pensar estrategias integrales. Pienso en los lugares grupales que han funcionado. No participan muchas personas con discapacidad” (Profesional 6).

P: ¿de qué espacios o mecanismos dispone el equipo para generar consensos?

R: *“Si, tenemos dos espacios. Uno es la reunión del equipo general, que se intenta hacer 1 vez por semana pero generalmente lo hacemos cada 15 días. Donde tratamos no específicamente en abordar un tema. Tema discapacidad o tema x, sino pacientes. Con alguna problemática específica. O a veces temas puntuales. Otro espacio de salud mental, que también es interdisciplinario, debemos participar todos. Ese era una vez por semana, que luego con los paros nos limitaron ambas reuniones. Pero si surge mucho en la salud mental la discapacidad. Si surgen de nuestros pacientes un tema específico en cuanto a salud mental y de ahí se toca el tema. Pero no tenemos, en las reuniones de equipo, kinesiólogos que van como residentes al centro de salud. Que ellos hayan traído alguna problemática o algo, no”* (Profesional 5).

“No tenemos otro modo de articulación que no sea la reunión de equipo. Porque no nos cruzamos sino, es un centro muy grande. Hay días que solo me cruzo con mis compañeras cuando salimos” (Profesional 5).

“En el grupo de WhatsApp ponemos la problemática y se decide siempre abordarla en el día de la reunión de equipo. Eso siempre es así. Si es algo de resolución simple, por ejemplo, error en turnos. Y se tiene que resolver inmediatamente lo hacemos. Pero si es algo que requiere que lo veamos y charlemos se hace en la reunión de equipo” (Profesional 5).

“A veces kinesiología es bastante cerrado en su trabajo. No solo en su trabajo sino con la relación dentro del centro de salud. Viste que te comenté que no los vi en ninguna reunión de equipo, nunca comentaron algo sobre algún paciente. A veces se limita en que le dan determinados ejercicios al paciente y se van a la casa. Y el paciente queda 23 hs al día para pasar. Porque es difícil para ellos pasar el día entero para atravesarlo en esa condición. Y a lo mejor trabajando más interdisciplinariamente desde kine incluyendo a otros profesionales como enfermería poder hacer más propuestas con ejercicios que hagan en la casa, algún taller para ellos que son los que tienen el contacto” (Profesional 5).

“Es que nos queda poco tiempo físico para poder organizar tantas cosas ahora. Hay mucha demanda, poco profesional y es una dificultad grande. Estar elaborando y creando talleres cuando tenemos un desborde de la atención. Que los médicos tengan turnos colapsados.

Y después a modo reflexivo, obviamente se puede mejorar. Uno en lo cotidiano se envuelve de otras cosas, otras cuestiones más resolutivas del momento y la verdad que se deja este tema de lado. O se le deja exclusivamente la kinesiología con la rehabilitación. Como rehabilitación. Y deberíamos tener en cuenta otros factores” (Profesional 5).

P: ¿Consideras que tus compañeras y compañeros de equipo tienen esta misma perspectiva en relación a la discapacidad y a la rehabilitación?

R: *“Algunos sí y algunos no. Pero también es algo que atraviesan todos los campos y en todas las situaciones, no específicamente en el área de discapacidad. Es normal que en un equipo tan grande no todos tengamos la misma visión”* (Profesional 5).

“En el centro de salud funcionamos como dos centros en uno. Como la mayoría de las instituciones públicas. Yo soy de la tarde. A la mañana hay tres generalistas, hay algunos que comparten a la mañana y a la tarde. Hay una psiquiatra, un ginecólogo que va una vez por semana, dos odontólogas, cinco enfermeros (tres a la mañana y dos a la tarde), una trabajadora social que es la coordinadora del centro así que prácticamente no tenemos trabajo social, ahí tenemos otra falencia. Dos psicólogas, el equipo matricial de salud mental que una vez por semana va la psiquiatra y el equipo de apoyo. Una farmacéutica, dos de servicios generales y en cuanto a rehabilitación estamos con kinesiólogos residentes. Y dos médicas clínicas” (Profesional 5).

“Ayuda a ser buen compañero y tener el acceso a dirigirnos nosotros libremente. La reunión de equipo es fundamental y debería funcionar si o si una vez por semana” (Profesional 5).

“El uso del teléfono. También de ajustar los papeles para que la persona lleve. Derivaciones, la epicrisis. Después entra la coordinación porque ya si a veces, como trabajadora social, tiene acceso al contacto más directo con escuelas, clubes, hospitales. Ella es una pieza fundamental en esto” (Profesional 5).

“Tenemos el equipo de kinesiólogos que vienen al dispensario pero sinceramente no tenemos un espacio donde se charla acerca de esto, no” (Profesional 1).

“Tenemos un coordinador que es el que se encarga de ordenar un poco a todos los profesionales y no profesionales del centro. Trabajamos en equipo y eso por lo menos se intenta. Se discuten todas las dificultades y las conductas importantes para tomar en equipo, en una reunión semanal. No considero que haya un liderazgo puntual como para decirte como se desempeña” (Profesional 1).

“Estoy abierta al diálogo siempre y expreso mis puntos de vista y mi manera de ver la situación, siempre adhiriendo en general al pensamiento grupal. No hemos tenido mayor dificultad en cuanto a la toma de alguna decisión que nos repercuta a todos” (Profesional 1).

“Ahora hablamos un poco por un grupo de whatsapp y hablamos en las reuniones generales que tenemos en centro de salud y ahí nos encontramos. No siempre estamos todos, pero en general nos encontramos en esa reunión para debatir las cosas que han pasado en la semana y demás” (Profesional 1).

“La mayoría de las veces que se dan estas reuniones, se habla de casos puntuales de personas del barrio o grupos familiares y cosas puntuales que por ahí tenemos que debatir para poder trabajar en equipo y ver qué decisiones se toman” (Profesional 1).

“Yo creo que el tener un espacio, ya una hora en un día en que uno tiene una reunión de equipo para poder charlar todos estos temas ya esto es un facilitador” (Profesional 1).

“Por ahí si muchas veces los horarios de salida e ingreso del personal. La reunión por lo general se hace al mediodía y es el horario en que entramos y salimos. Si la reunión inicia a las 12 y mi horario es a partir de las 12.30 se me dificulta llegar puntual. Lo mismo con mis compañeras al quedarse, porque tienen otras actividades y eso dificulta bastante” (Profesional 1).

“Por ahí cuesta bastante llegar a un acuerdo. Yo creo que estas situaciones de que uno piensa una cosa y otro otra se dan más en relación a ciertas situaciones bastante puntuales. Por ejemplo, en las cuestiones administrativas del centro de salud. No tanto en relación a lo que pensamos con los pacientes sino por ahí, si tenemos que trabajar con una familia o con una determinada persona en una cuestión. Si necesito un tiempo determinado empieza a haber asperezas de que lleva demasiado y nos cuesta ponernos de acuerdo. Cómo resolverlo, encontrar el tiempo, el modo y hablando. Yo creo que nos lleva más tiempo resolver las diferencias pero se terminan resolviendo hablando. No queda otra” (Profesional 1).

“Como te decía yo no creo que sea un tema que se haya conversado demasiado. Tenemos pacientes que se van a rehabilitar, si. Pero no creo que sea un tema que se haya conversando entre el equipo” (Profesional 1).

“El punto de vista de todos. Se tienen en cuenta las diferentes ideas de todos, de los miembros de cada equipo y bueno, yo creo que nos escuchamos. Lo tomo como algo positivo. Y en general sacamos un poco de cada uno para la toma de decisiones” (Profesional 1).

“Por ahí no se incluyen demasiado en las reuniones ya que se delimitan mucho a hacer su trabajo. Y en los horarios de salida o entrada, entran y salen y por ahí no entran. Por ahí están un poco más apartados. Y no creo que sea una cuestión de que el equipo no los incluya sino que es una cuestión personal” (Profesional 1).

“Nos ha pasado de tener que programar otra reunión para poder seguir debatiendo diferentes temas. Y también somos personas y también se da esto del pasillo y de seguir hablando en otros espacios además de la reunión”

(Profesional 1).

“Con los kinesiólogos no tengo puntualmente mucha relación porque los días que yo voy ellos no van, entonces por ahí no nos conocemos y nos manejamos a través de notitas en realidad. Yo les mando notitas a ellos para diferentes cosas. Pero después no tengo mucha comunicación. Y con el resto del equipo bien. En general hablamos por teléfono o personalmente cuando nos vemos pero bien”

(Profesional 1).

“Me cuesta mucho ordenarme y entonces me resulta mucho más fácil ordenar y trabajar en equipo a través de la palabra en vez de hablar con un kinesiólogo que no los veo muy seguido, entonces me resulta un poco difícil sentarme, escribirle, conseguir el teléfono. Eso me cuesta un poco más. Con las personas que tengo en el día a día en el centro de salud si charlamos de situaciones más puntuales y más allá de la reunión de equipo particular charlamos situaciones puntuales para poder trabajar en conjunto” (Profesional 1).

“Lo más frecuente es esto que te digo de hablar de pasillo todo el tiempo ciertas dificultades o ciertas cosas e intentar resolverlas. Es medio caótica la dinámica. Yo creo que también se da por una cuestión de que son pocas horas las que vamos y somos muchas personas, siendo mucha la demanda. A mi me cuesta mucho salir del consultorio por lo menos y a mis compañeros yo creo que les pasa lo mismo. Eso yo creo que dificulta la comunicación también” (Profesional 1).

P: Conversamos sobre cómo comprendes a la rehabilitación... ¿consideras que tus compañeros tienen esta misma percepción?

R: *“En relación al tema es que, ya te digo, hace 2 años que estoy coordinando el centro de salud. Los compañeros venían ya de hace tiempo y bastantes eran compañeros profesionales nuevos. Entiendo que hay que trabajarlo un poco más*

hacia el interior. Porque todavía no hemos construido un concepto común”
(Profesional 2).

“Hemos tenido cuestiones de bastante conflicto por la situación en la que nos encontramos los trabajadores de la salud, entonces eso ha dilatado muchas construcciones colectivas que yo me proponía trabajar. Los conceptos mismos de la salud integral, trabajar conceptos vinculados a la salud mental. Tenemos también un espacio de retraining de situaciones y si, vamos lento pero vamos en ese camino digamos” (Profesional 2).

“Se articula como una contrarreferencia entre los profesionales del centro de salud y los kinesiólogos. Como que hay ahí un ir y venir en la información, en la comunicación en lo que está necesitando el paciente. Por eso puede surgir que desde nosotros le pedimos algo puntual al espacio de rehabilitación o viceversa. Entonces esta comunicación sobre todo hacia el interior del centro de salud”
(Profesional 2).

“En principio pactamos una reunión semanal para trabajo de situaciones. Y la compartimos con la gente del matricial de salud mental, porque bueno también se va armando de a poco esta idea de que justamente la ley de salud mental tiene un concepto mucho más amplio de salud que la ley de salud misma. Digamos como que ha mejorado al mejorar o agregar la visión o perspectiva de los derechos humanos, el tema de la no institucionalización y demás que cruza también con discapacidad. Creo que ha, colabora mucho que el trabajo sea acompañado desde ahí como para ir pudiendo abrir una mirada más amplia de la mirada médico biologicista” (Profesional 2).

“Falta cruzar más perspectiva de derechos humanos, falta cruzar más perspectiva de género, falta pensar una perspectiva de la infancia, desde las niñeces. Todavía sigue siendo muy adultocéntrico. Recientemente creamos un espacio en la sala de espera para les niños. Hay muchas cosas que se pueden todavía trabajar. Pero en ese espacio del retraining intentamos ver qué cosas nos acontecen a cada uno y nos dificultan la atención, las obstaculizan en algún

sentido y poder pensar estrategias conjuntas para enriquecer esas intervenciones que llevamos adelante” (Profesional 2).

“Aparte de las reuniones donde uno pone la palabra ‘jugar’, pensar determinadas intervenciones. Por ejemplo este espacio de infancia en la sala de espera, eso nos interpeló a todos no? Porque por ejemplo hubo compañeras que se empezaban a quejar, porque se tiraban cosas, se desarmada todo. En la reunión está la posibilidad de hablar de esto y nosotros hacemos marca en esas subjetividades” (Profesional 2).

P: ¿Cómo resuelven el asunto cuando encuentran posiciones diversas o antagónicas entre los miembros del equipo?

R: *“Y a veces quedan sin resolución. Y se puede ir diluyendo en el tiempo o ha habido momentos en que ha sido necesario un cambio del centro de salud, del personal. Nos ha pasado. Se trata de dialogar, de comentar, porque todos nos estamos mirando, cada uno sabe su tarea y también esta colaboración para con la tarea del otro que es indispensable” (Profesional 2).*

“Se trata de trabajar en equipo esas situaciones. Lo que es el funcionamiento dentro del centro siempre se trabaja. Más allá de que cada uno vea a los pacientes desde sus perspectivas, tratamos de que no pase mucho tiempo para reunirnos para ver como seguir con cada individuo, reuniones de retrabajo” (Profesional 3).

“Tenemos un día a la semana donde se hacen reuniones de retrabajo. También está la reunión de equipo donde se charlan temas del equipo de salud y hay otra reunión para justamente retrabajar situaciones en particular. A su vez, tratamos por ahí de, con el compañero que estamos trabajando, si es necesario nos reunimos aparte y vamos viendo como seguir con determinada situación. Desde mi poca experiencia es bastante fluido eso en general” (Profesional 3).

“Cada cual hace su labor diario y tenemos pactadas reuniones semanales para una reunión de equipo para trabajar cuestiones del equipo en si. Y reuniones de

retrabajo una vez a la semana para hablar de casos particulares de pacientes que por ahí necesitan un poco más. Y a su vez entre compañeros intentamos reunirnos por si hay que hacer algo más o si hay alguna cuestión en particular. Yo creo que más allá de las diferencias que puede haber funciona bastante bien” (Profesional 3).

“A mi me ha resultado siempre fluido el trabajo dentro del centro de salud. No así, afuera. No cuando tengo que direccionar un paciente de fuera del centro de salud, eso tiene sus trabajos. Pero adentro del centro de salud no he tenido problemas. Si tengo que derivarle un paciente a algún compañero, si tengo que pedir alguna opinión, si tengo que pedir que revisen un paciente conmigo. Nunca he tenido un rechazo con eso. siempre me resultó fluido y respetuoso” (Profesional 3).

“Se trata de trabajar en equipo esas situaciones. Lo que es el funcionamiento dentro del centro siempre se trabaja. Más allá de que cada uno vea a los pacientes desde sus perspectivas, tratamos de que no pase mucho tiempo para reunirnos para ver como seguir con cad individuo, reuniones de retrabajo” (Profesional 3).

“Tenemos un día a la semana donde se hacen reuniones de retrabajo. También está la reunión de equipo donde se charlan temas del equipo de salud y hay otra reunión para justamente retrabajar situaciones en particular. A su vez, tratamos por ahí de, con el compañero que estamos trabajando, si es necesario nos reunimos aparte y vamos viendo como seguir con determinada situación. Desde mi poca experiencia es bastante fluido eso en general” (Profesional 3).

“Cada cual hace su labor diario y tenemos pactadas reuniones semanales para una reunión de equipo para trabajar cuestiones del equipo en si. Y reuniones de retrabajo una vez a la semana para hablar de casos particulares de pacientes que por ahí necesitan un poco más. Y a su vez entre compañeros intentamos reunirnos por si hay que hacer algo más o si hay alguna cuestión en particular.

	<p><i>Yo creo que más allá de las diferencias que puede haber funciona bastante bien”</i> (Profesional 3).</p> <p><i>“A mi me ha resultado siempre fluido el trabajo dentro del centro de salud. No así, afuera. No cuando tengo que direccionar un paciente de fuera del centro de salud, eso tiene sus trabajos. Pero adentro del centro de salud no he tenido problemas. Si tengo que derivarle un paciente a algún compañero, si tengo que pedir alguna opinión, si tengo que pedir que revisen un paciente conmigo. Nunca he tenido un rechazo con eso. siempre me resultó fluido y respetuoso”</i> (Profesional 3).</p>
<p>Valores (en general)</p>	<p><i>“La cooperación. Es cooperar, el segundo es la escucha. El diálogo el intercambio”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“Paciencia. Que es enorme. La empatía también, una cuestión de conciencia social”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“Esta posibilidad de escucha ya sea al personal de salud como así al paciente, mal llamado paciente, creo que muchas cosas no se podrían lograr y no podíamos llegar a este punto de interdisciplina. A este abordaje de las personas de una forma tan completa y tan integral. Nos quedaríamos solamente en una cuestión médica biologicista”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“Se evidencia abriendo la puerta, abriendo la puerta y viendo el barrio y viendo la situación en la que aquellas personas que asisten al centro de salud, dando y caminando el barrio y conociendo, ahí está la base”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“Ayuda a ser buen compañero y tener el acceso a dirigirnos nosotros libremente. La reunión de equipo es fundamental y debería funcionar si o si una vez por semana”</i> (Profesional 5).</p>

	<p>P: Como Trabajadora Social y coordinadora. ¿Qué habilidades necesitas poner en acción para poder trabajar en equipo?</p> <p>R: <i>“La paciencia, le llevan a aprender acerca de la paciencia. Yo soy muy inquieta, y me gusta estar pensando permanentemente cosas nuevas. Estoy atravesada por cuestiones artísticas, además, soy narradora oral y cantante o cantora. Entonces me gusta todo el tiempo estar pensando cuestiones que están vinculadas al arte, a la cultura. Y por ahí el resto de mis compañeros no lo ven. Pero para mi por ejemplo el nombre de ‘centro de salud cultural’ sería el nombre perfecto para la nueva institucionalidad que tendría que haber en los barrios, sobre todo porque no hay centros culturales. A mí en ese área que queda tan fuera de los barrios, siempre la estoy pensando como posibilidad”</i> (Profesional 2).</p> <p><i>“Tienen disposición para el trabajo, aunque ese es el trabajo a reverse decimos en sentido de que ha quedado un poco lejos de lo que se refiere hoy para mí lo que la población requiere hoy. Pero bueno, estan en esta práctica que cada uno trae hay disposición y eso me parece importante”</i> (Profesional 2).</p>
<p>Valores Capacidad de escucha</p>	<p><i>“Pero muchas veces la forma en que se plantea algo. O a veces el no escuchar qué dice el equipo genera dificultades. Somos muchos y a veces no es fácil ponerse de acuerdo”</i> (Profesional 3).</p> <p><i>“El diálogo es de mucha escucha. Hay mucho momento de escuchar las opiniones de cada uno e intentamos llegar a un consenso digamos, algún punto en común en que podamos decir bueno, tu opinión y la mía e intentamos encontrar un punto medio”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“En el equipo hay buena comunicación, podemos comunicarnos. No acordamos en todos los puntos de vista. Pasa y ahí está el laburo de poder escuchar que tiene el otro para decir, que a veces no coincide con la estrategia y poder trabajar eso. Pero bueno, también es cierto que con ciertas personas es difícil”</i> (Profesional 6).</p>

“Con la escucha. En nuestro equipo en cuanto a la coordinación, a veces de las propuestas o las quejas hay algo que se corta porque es un canal de comunicación muy grande. Después con el resto del equipo el compañerismo, eso hace que te escuchen, que te conozcan, que te presten atención” (Profesional 5).

“La escucha activa” (Profesional 5).

“El punto de vista de todos. Se tienen en cuenta las diferentes ideas de todos, de los miembros de cada equipo y bueno, yo creo que nos escuchamos. Lo tomo como algo positivo. Y en general sacamos un poco de cada uno para la toma de decisiones” (Profesional 1).

“Lo que más se practica es esto de la escucha. El poder comunicarnos entre nosotros y trabajar en equipo” (Profesional 1).

“Cuando pensamos las cosas en conjunto siempre sale algo un poco mejor. Te doy un ejemplo, si yo hace poco que estoy trabajando en el sistema de atención primaria hay un montón de recursos que todavía no conozco y al hablar con el psiquiatra, al psicólogo, los administrativos, o mismas colegas médicas también, eso nos ayuda a decir ‘ah mira, no sabía que existía este recurso o no sabía que existía esto, vamos a probarlo’. Yo creo que hablar es fundamental y es lo más valioso que tenemos” (Profesional 1).

“No es solamente que yo haga mi tarea sino que tiene que haber una permanente escucha y estar atento a lo que el otro está proponiendo y ver si me puedo sumar a eso. Muchas veces es con el diálogo, a veces lo resuelven entre compañeros. A veces hay que hacer algún otro tipo de intervención. A veces hay que elevarlo y pedir que alguien lo convoque y dialogue alguien de afuera. Se va buscando como llegar a la solución y a veces se necesita un cambio también, por que eso también es bueno y es bueno para todos” (Profesional 2).

	<p><i>“Por el momento se escuchan las sugerencias, escuchan las miradas de los otros, se re-piensen en algunas cuestiones. Intentan, lo que pasa es que ha interrumpido en ese sentido los paros por ejemplo” (Profesional 2).</i></p>
<p>Valores Reconocimiento</p>	<p><i>“Es re buen equipo. Super comprometido. Con una perspectiva, que no es menor, del proceso de salud, de enfermedad, de cuidado y rehabilitación muy humanizante. Que se le da lugar a poder pensar en el contexto y la integralidad de la situación y no en el control o el control médico o bueno estas situaciones de que si el paciente se angustió bueno, que vaya a psicología o no dandole lugar a estas cuestiones. Sino que siempre problematizamos y es un equipo muy humano, de preocuparse, de accionar” (Profesional 6).</i></p> <p><i>“En nuestro trabajo de equipo de turno, tengo la suerte de trabajar con personas maravillosas, que son solidarias, amorosas, que les importa la población, amables y accesibles. La verdad que tengo unas compañeras espectaculares. Como personas son muy buenas, y eso se transmite” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“Me gusta que me enseñen y que me expliquen un poco el resto de las disciplinas o que otras herramientas tienen otras personas porque uno obviamente siempre lo ve desde un punto de vista que es el propio y por ahí cuesta un poco más abrirse” (Profesional 1).</i></p> <p><i>“Cuando pensamos las cosas en conjunto siempre sale algo un poco mejor. Te doy un ejemplo, si yo hace poco que estoy trabajando en el sistema de atención primaria hay un montón de recursos que todavía no conozco y al hablar con el psiquiatra, al psicólogo, los administrativos, o mismas colegas médicas también, eso nos ayuda a decir ‘ah mira, no sabia que existía este recurso o no sabia que existía esto, vamos a probarlo’. Yo creo que hablar es fundamental y es lo más valioso que tenemos” (Profesional 1).</i></p>

	<p><i>“Como profesional principalmente la empatía de comprender al resto y después particularmente lo que es la salud pública, la burocracia del sistema de salud impide ciertas cosas” (Profesional 3).</i></p>
<p>Valores Respeto</p>	<p><i>“Es decir, si yo pienso que para un paciente no es necesario algún material digámosle. yo creo que respetarían esa opinión porque uno es el que sabe y el que tendría las razones y justificaciones de ese porque no. Pero por lo menos al día de hoy no he tenido este momento del no” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“El trato, la paciencia, la abstinencia para no putear y poder mantener ciertos códigos de respeto aunque el otro no lo mantenga” (Profesional 6).</i></p> <p><i>“Siempre hay mucho respeto, y siempre recibí todo con mucho respeto. También hay que aprender a respetar las opiniones del resto. El respeto en ese sentido es fundamental. Y por lo menos a mi no me ha pasado nunca algo distinto” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Generalmente las reuniones de equipo fluyen con bastante respeto. Tampoco nunca me paso una situación límite en la cual se haya que decidir blanco y negro y haya que imponer algo” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Respeto, paciencia, tolerancia. Todo lo que permite llegar a un ambiente armónico de trabajo. Da lo que espera recibir. Siempre soy muy abierta a que me digan que me equivoque y creo que es algo que nos hace crecer. Pero me gusta escucharlo con respeto. Por eso trato de hacer lo mismo. Trato de ser receptiva si alguien me tiene que decir algo a mi. No poner trabas. Y si corresponde o no tratar de ser resolutivo, solidario, tratar de ayudar. Esas cosas creo que hacen fluido un lugar de trabajo” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Por ejemplo, si yo tengo un compañero que nunca es receptivo para que uno le pida algo o siempre falta el respeto entonces ahí uno se limita a trabajar con esa persona. Más allá de que no se trata de ser amigos, se trata de ser buenos</i></p>

	<p><i>compañeros. Si ya hay alguien por ahí que no se muestra predispuesto y uno ya sabe que va a ser un problema ir a hablar algo, ir a solicitar algo. Eso va generando trabas en poder trabajar en conjunto” (Profesional 3).</i></p> <p><i>“Por ahora nunca he tenido una falta de respeto, más allá de que se comparta o no mi opinión. Siempre hay que decir las cosas con respeto para recibir lo mismo” (Profesional 3).</i></p>
--	--

IMPACTO SOCIAL	
<p>Autonomía (emergente)</p>	<p><i>“Yo creo que han ganado principalmente independencia, pensándolo desde el punto de vista que mejora su calidad física. Hablandolo desde lo físico y lo biológico. Pero también esta rehabilitación genera confianza, seguridad para aquellos pacientes que en algún momento se vieron con una imposibilidad de hacer algo. Y que nosotros con todo el equipo que trabaja por detrás, los acompañamos para poder volver digamos a sus actividades de la vida diaria y que eso sea de la mejor manera” (Profesional 4).</i></p> <p><i>“Yo lo que siento es que desde el ámbito de la psicología, justamente, al trabajar los procesos más subjetivos siempre apostamos a que el sujeto se pueda posicionar de que es ‘su’ proceso de atención. Pero es re difícil yo con este paciente todo el tiempo le decía, pero es tu cuerpo. Le digo ‘vos tenes que llamar a la medica. No tiene que llamar tu mamá para decir que tenes fiebre, si vos podes llamar’” (Profesional 6).</i></p> <p><i>“O cuando se trataban con otras decían que ‘con la madre era mucho más resolutiva’. Pero es su cuerpo, qué mejor que el que te diga que le duele. Yo entiendo que es mas facil la comunicacion porque te resuelve y despues le podes decir a la madre ‘veni ahora que te doy el antibiótico’ lo hace ella y que no puede hacerlo el paciente porque necesita que lo trasladen. Pero por lo mejor escuchá que le está doliendo a él, no lo que él le dice a la madre y lo que ella te dice a vos. Porque el proceso, digamos el cuerpo, es del paciente. Y desde el 2020 vengo trabajando eso. Y creo que logré que en mayo él pueda sacar un turno. Es muy complejo” (Profesional 6).</i></p>

	<p>P: ¿Qué oportunidades consideras que encontraría una persona con discapacidad si lograra de alguna manera generarse ese proceso así como lo planteas?</p> <p>R: <i>“El empoderamiento y la autonomía. De su proceso de atención. Qué mejor que la propia persona para decir que es lo que necesita? También muchas veces puede pasar que a lo mejor el paciente lo dice y no es escuchado. También es importante eso”</i> (Profesional 6).</p> <p><i>“En enfermería, nuestro trabajo consiste en cuidar a la persona en aquellas circunstancias que no puede hacer por sí mismo. Pero lo que puede hacer por sí mismo siempre se fomenta. No es que te doy de comer en la boca cuando puedes agarrar la cuchara. Nosotros suplimos aquello en lo que ellos no pueden hacer. Acompañamos y fomentamos lo que sí pueden hacer por sí mismos”</i> (Profesional 5).</p>
<p>Inclusión social</p>	<p><i>“Las calles no están en condiciones, el centro de salud lo único que tiene es una puerta amplia y no tiene escalones que es lo que posibilita que aquellas personas con discapacidad ya sea tengan una silla de ruedas o algún tipo de asistencia para caminar o lo que sea que necesiten, puedan hacerlo pero una vez que pasan las puertas del centro de salud la situación cambia por completo. Las calles no están en condiciones, no tienen rampa, no hay vereda, tenemos que trasladar habitualmente a los pacientes en sillas de ruedas y se nos complica mucho porque su silla de ruedas no es la correcta y encima las calles no están en condiciones para ese traslado, así que se complica”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“En la sociedad en general creo que es algo que está bastante discriminado, o sea, corrido de lugar, que es algo a lo que no se le da mucha ‘importancia’. Justamente hoy en día tenemos una lucha. Hoy día 30, por una cuestión de discapacidad, por una cuestión de esto de la importancia, de disminuir, de pensar que eso no se aparta, o que no tiene tanta importancia como se le da</i></p>

importancia a muchas otras tantas cosas. Creo que la idea hoy en día es empezar a cambiar esa cabeza pero lleva mucho tiempo” (Profesional 4).

“Generalmente percibo que si tienen un lugar, siempre es reforzando la discapacidad desde no se que grupo o organizaciones civiles o de militancia para poder reivindicar para descubrir que hacer a pesar de la discapacidad. Y también en términos de funcionarios políticos, cuando una persona con discapacidad está ejerciendo un rol político es justamente en el área de discapacidad. Entonces es justamente de ahí que para poder ser escuchados y siempre marcando la diferencia. Es la estrategia para poder habilitar desde su historia de vida a nivel, no desde la particularidad, sino desde lo colectivo que no sirve de un lugar” (Profesional 6).

“El tema es que para poder ser incluido socialmente es en relación a que como sociedad habilitamos. Más allá del proceso de atención. Socialmente no se habilita mucho. Y eso que estamos mucho mejor. Y sobre todo hay ciertas cuestiones, pienso en que siempre pensamos ‘¿qué es lo necesario para el paciente?’ y otras cuestiones más del orden de la cotidianeidad que a lo mejor no se piensa tanto. O con este paciente en particular, yo había pedido un acompañante que sea varón para que pueda hablar de la sexualidad. Porque conmigo, como psicóloga, una vez salió el tema y él dijo que de eso no quería hablar. ¿Y qué lugar se le da a la sexualidad en la discapacidad? ¿O en los vínculos afectivos? Lo mismo con los adolescentes con algún tipo de discapacidad que está totalmente negada por parte de los padres. Si a todos los pacientes a cierta edad le empiezan a hablar de la anticoncepción, por qué a algunas personas con alguna discapacidad no? Y es re complejo” (Profesional 6).

“En general durante muchos años fueron excluidos socialmente y recién hace muy poquito se tiene más espacio social u ocupan también los espacios como la tele, la radio. Pero siempre reivindicando que necesitan un espacio o como se pueden armar ciertos circuitos o poder pensar la ciudad a partir de qué cosas son necesarias” (Profesional 6).

“Este paciente está con esta discapacidad pero me parece que hay como mayor naturalización. Por ejemplo, en mi formación no está la perspectiva de la discapacidad, desde la psicología. Y nosotros acompañamos mucho a las madres en el centro de salud cuando hay un diagnóstico en relación a su hijo. ¿Qué estrategias pensar con el niño?” (Profesional 6).

P: En el equipo del CAPS, ¿consideras que se fomenta la inclusión social de las personas con discapacidad? ¿Identificas alguna estrategia que se dedique a la inclusión social concretamente?

R: *“No, no hay muchas estrategias. A ver, las estrategias terminan siendo en el caso a caso. Que caen en que somos un centro de día o una institución donde pueda transitar su cotidianidad, de carácter más recreativo o de aprendizaje” (Profesional 6).*

“Está bastante bien, colectivos adaptados, trenes adaptados. Lugares públicos para eventos. Certificado de discapacidad. Plazas para incluir a los niños también con estas particularidades. No se si lo tienen en otros lugares” (Profesional 5).

P: En el centro de salud, de qué manera fomentan la inclusión de las personas con discapacidad?

R: *“En el centro de salud no se ha llegado a hacer ese tipo de trabajo. En este tiempo lo que yo estoy viendo es que venimos recuperando algunos espacios porque antes no se podía hacer nada. Incluso la gente ni entraba. Hace poco empezaron a entrar. Se empezó con el tema de recuperar la alimentación saludable. El tema de vacunación, que no sea de covid, no? Que también se dejó mucho de lado. También ahora se iban a hacer unas caminatas. Estamos con algunas actividades de promoción. El otro día a la mañana se fueron a dar un taller de sexualidad y reproducción. Se van recuperando de a poquito los espacios. Se van recuperando de a poco, falta” (Profesional 5).*

P: Para vos, ¿qué lugar ocupa la persona con discapacidad en la sociedad?

R: *“En la sociedad creo que falta todavía. Estamos en un camino que se está construyendo. En ciertos lugares se los tiene más en cuenta, pero en otros no”* (Profesional 5).

“Si bien todavía no se ven en los ámbitos donde uno se mueve, quizás personas con ciertas discapacidad trabajando en el mismo lugar que una persona sin discapacidad o bueno, quizás todavía falte un poco de inserción” (Profesional 1).

P: Y en relación a lo laboral consideras que hay alguna distinción en particular con respecto a cómo ves vos a la persona con discapacidad?

R: *“Creo que en el ámbito público por lo menos donde estoy trabajando yo, hay varios programas para poder desarrollarlos. Pero falta todavía, de hecho hay bastantes barreras en eso”* (Profesional 1).

P: ¿Cómo se fomenta la inclusión social de las personas con discapacidad usuarias de su CAPS?

R: *“No, no se si hay un espacio particularmente en donde se fomenta la inclusión. No”* (Profesional 1).

“El tema de que las personas con discapacidades motrices en la vía pública, el transporte, las calles, las diferentes recreaciones tienen mucha dificultad en el acceso para las personas con discapacidad motriz” (Profesional 1).

“Con respecto a las otras discapacidades, hay un montón de espacios pero todavía no hay. O quizás hay pero yo no conozco. Si hay espacios donde se puedan desenvolver entre la sociedad y no tengan un espacio puntual de inclusión de las personas con discapacidad intelectual por ejemplo” (Profesional 1).

“Me parece que lo importante a sacar en limpio digamos es que faltan herramientas para poder incluir a las personas con discapacidad. Falta una red de trabajo. Creo que todos trabajamos mejor cuando conocemos el circuito”

que cuando uno en particular lo conoce. Porque uno puede ser que sepa como lo pueda manejar pero si uno fomenta y uno arma una red de trabajo un poco más conocida por todos y con mucho mayor acceso” (Profesional 1).

“Observo un lugar de derecho vulnerado, un lugar de marginación. Un lugar con circuitos estigmatizantes, con circuitos que la colocan en cuestiones burocráticas que dificultan el acceso. Además de que vemos cuestiones arquitectónicas de la ciudad, con imposibilidades, falta de señalización, esto que decíamos antes de agilizar cuestiones de trámites” (Profesional 2).

“Vemos que por ejemplo si tenemos que articular con otros ámbitos, salvo que sea un lugar específico, ha quedado con lugares que son ‘especialistas para’, y eso no permite la integración. Por suerte en la educación por ejemplo, tengo un espacio en el que se está trabajando en desarmar las escuelas especiales como fueron pensadas en su momento e integrar espacios de educación primaria. Pero por ejemplo en la secundaria falta mucho, en la universidad se está generando un espacio que va bastante avanzado, pero si vos no pudiste acceder a la secundaria difícilmente puedas acceder a la universidad” (Profesional 2).

“Me parece que sigue reproduciendo esta institucionalización que no colabora a la integración de las personas” (Profesional 2).

“El lugar que ocupa dista del que debería ocupar. Porque por ahí no estamos preparados para afrontar ciertas cosas. Por ejemplo, en la ciudad de la que yo provengo, para personas sordas hay escuelas que dejan que los chicos cursen pero al no tener una maestra o una profesora que sepa lengua de señas, no pueden participar de todas las materias, participan de algunas materias. Entonces eso dista de incluirlos. O sea es como que se trata de dar un lugar pero no siempre es el lugar que corresponde o de la forma que se debería dar este lugar” (Profesional 3).

	<p>P: En el CAPS, como se fomenta la inclusión social de las personas con discapacidad?</p> <p>R: <i>“No hay algo establecido para eso en el centro. No hay algo en particular para eso”</i> (Profesional 3).</p> <p><i>“Muchas veces hay trabas en el afuera, por ejemplo conseguir una maestra integradora. Es difícil en una escuela privada imagínate en una escuela pública. Es poco el recurso como para garantizar que se incluyan. Y no siempre depende de nosotros, uno por ahí puede acompañar. Trata de buscar los recursos para ayudarlos pero a veces no es fácil. no se me ocurre en este momento qué más podríamos hacer nosotros. Sería bueno trabajarlo e idearlo en conjunto con el equipo”</i> (Profesional 3).</p> <p><i>“Incluirlo justamente significa eso. Que por ejemplo en la participación que yo te dije que haya alguna profesora que sepa lengua de señas que pueda lograr que participen de todas las actividades como el resto. cubrir esto que falta para que realmente pueda ser partícipe”</i> (Profesional 3).</p>
<p>Participación social</p>	<p><i>“Habitualmente, al menos lo puedo decir desde el trabajo que hago yo, siempre se hace una consulta con el paciente, se le explica que se va a hacer, cómo se va a hacer y si esa persona está de acuerdo o no. Y en el caso de que no esté de acuerdo se modifica. Porque la decisión no es solamente del profesional sino que aquella persona que asiste también es parte del tratamiento porque justamente es para ellos, no es para nosotros”</i> (Profesional 4).</p> <p><i>“Generalmente percibo que si tienen un lugar, siempre es reforzando la discapacidad desde no se que grupo o organizaciones civiles o de militancia para poder reivindicar para descubrir que hacer a pesar de la discapacidad. Y también en términos de funcionarios políticos, cuando una persona con discapacidad está ejerciendo un rol político es justamente en el área de discapacidad. Entonces es justamente de ahí que para poder ser escuchados y</i></p>

	<p><i>siempre marcando la diferencia. Es la estrategia para poder habilitar desde su historia de vida a nivel, no desde la particularidad, sino desde lo colectivo que no sirve de un lugar” (Profesional 6).</i></p> <p><i>“Más que del equipo lo pensaría como qué toma de decisión tienen de tu proyecto terapéutico o tu proyecto en todo sentido en términos de salud. Y justamente es lo que hablábamos al principio. Hay una cuestión de ser objeto de la práctica u objeto de otro que un sujeto en su proceso de atención. Y me parece que muchas veces la burocratización del sistema contribuye a reforzar a anular lo que tenga para decir el paciente. Y me parece que eso es muy grave” (Profesional 6).</i></p> <p><i>“Eso por suerte se está revisando cada vez más, a partir de la ley de discapacidad, creo que quedó plasmado toda la lucha de los colectivos por discapacidad que vienen solicitando, justamente, que no quede en un rótulo” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“En el centro de salud se ve a la discapacidad como algo aislado, como que son una minoría. Por eso no se los tiene mucho en cuenta para las actividades. Por ahí cuando tenemos que pensar en alguna actividad pensamos en las embarazadas, en la lactancia, en otros grupos. No se tiene tanto en cuenta ese aspecto. En adicciones, en el lugar hay mucho problema de consumo” (Profesional 5).</i></p>
<p>Reconocimiento (emergente)</p>	<p><i>“Hay solidaridad en muchas personas que ayudan cuando ven a alguien que tiene disminuida la capacidad visual. Cuando alguien está en un andador lo ayudan con las puertas cuando sale. La gente está visibilizando más” (Profesional 5).</i></p> <p><i>“Hay un vínculo con ciertos pacientes donde uno acompaña la cotidianeidad, más allá de que tengas distancia. Hay un vínculo afectivo muy grande también. Y me parece que es importante poner en juego la afectividad en el vínculo. Sobre todo en psicología te plantean la cuestión de la distancia, de la</i></p>

abstinencia y también con ciertos pacientes trabajar desde el lazo es un modo de laburo. Y hay que poder reivindicar ese modo de laburo. Sino queda como 'ay mirá se angustió como va a trabajar después con esta paciente' y no. Uno se pone a pensar tanto términos macro como en términos micro de las estrategias y tienes una afectación con la paciente. Y lo mismo del paciente hacia el profesional. Y pasa mucho sobre todo con las médicas. De que los pacientes le confían mucho, hay mucho puesto en el profesional” (Profesional 6).

“Llegó un muchacho con hipoacusia, que estaba con un montón de sintomatología. Una compañera, por suerte, había hecho un curso hace un montón de años de lenguaje de señas y cuestiones muy básicas ella podía comunicar. Y después todo haciendo una gesticulación y generalmente la persona con discapacidad es la que se adapta para que la comunicación del otro cuando en realidad debería ser una comunicación más simétrica” (Profesional 6).

“O ahora hay más como, un aluvión de certificado único de discapacidad. Me parece que debería hasta trabajar con el paciente, si quiere el certificado, si no lo quiere. Porque se ponen en juego un montón de cosas. También es cierto que a veces en la estrategia entran en juego cuestiones económicas o de beneficios” (Profesional 6).

“Hay gente que va varias veces al día o todos los días. Entonces ya uno conoce los nombres, las caras, los problemas, los vínculos familiares. Creo que no hay otro lugar en donde se trabaje de esta manera como trabajamos con la población porque en el hospital la gente entra y sale y no se hace vínculo. No se sabe nada de esa persona más de lo que dice la historia clínica” (Profesional 5).

“No hay punto de diferencia en la perspectiva personal con la profesional. Enfermería tiene una parte muy humana, muy de empatía y la verdad, para nosotros, como enfermeros y para mí, que es mi vocación. No podría jamás

verlo de otra manera. Siempre he ido a buscar al domicilio a personas en silla de ruedas, y otros compañeros no saben manejar la silla de ruedas. Parece una pavada pero no lo es” (Profesional 5).

“Interdisciplinariamente se trabaja con el paciente porque ya los conocemos. Si viene enfermería con una situación y si quiere le dice al médico ‘vamos nosotros’ y lo tratamos. Vamos con ellos, lo atienden. Con la psicología si tenemos alguna situación” (Profesional 5).

P: ¿Qué aspectos tienen en cuenta al tomar una decisión?

R: *“El beneficio de la salud de la persona. En cualquier articulación que tengamos que hacer, así sea con hospitales. Hemos estado llamando un montón hasta poder comunicarnos por algún motivo. O bien si es algo de que no tienen alimento o lo que sea. Siempre es para la población. Y ahí en el equipo de salud no hay distinciones. Y si se queman los papeles o hay algo que no podemos siempre hay superiores” (Profesional 5).*

“El uso del teléfono. También de ajustar los papeles para que la persona lleve. Derivaciones, la epicrisis. Después entra la coordinación porque ya si a veces, como trabajadora social, tiene acceso al contacto más directo con escuelas, clubes, hospitales. Ella es una pieza fundamental en esto” (Profesional 5).

“Actualmente hay más posibilidades que hace varios años atrás para la inserción en la sociedad” (Profesional 1).

“Hay reuniones que también se hacen con algún miembro o varios miembros de la familia. En cuanto a la toma de decisiones para ellos. Para ese grupo de personas que puede ahí necesitar algún tipo de intervención por parte nuestra. Si, se hacen intervenciones con la comunidad” (Profesional 1).

“Los DDHH son lo primero que uno tiene que poder poner en acto. si no vemos a la persona como una persona con derechos y con sus singularidad, con conocer cómo ha ido construyendo esa subjetividad, si es un adulto ya no.

Pero cómo acompañar si está construyendo su subjetividad si es un niño o una niña entonces es como que dejamos de lado algo muy importante. Así que a partir de esa otra mirada de los DDHH es un poco lo que intentamos poner en discusión e ir pensando otros criterios desde la atención” (Profesional 2).

“Si hoy viene un niño al centro de salud y encuentra un espacio para él, eso no es poca cosa. Entonces cómo podemos hacer para cuando el espacio deja de ser cómodo? estar atento a esto. Hacer micro intervenciones para que ese niño o niña pueda estar en un espacio de juego libre con determinadas reglas que no afecten a los demás. Pero que importante tomarse ese tiempo para ir a hacer esa intervención. Hay muchas más que no pudimos llevar a cabo pero por ejemplo, armar desayunos, almuerzos” (Profesional 2).

“O que intervenga alguien del barrio que venga a contar alguna anécdota. Montón de cosas que nos permitirían estar acercándonos más a este tipo de intervenciones que quedan en una dificultad porque todavía es muy fuerte esa construcción de que cada maestro con su librito. Y en medicina cada médico con su estetoscopio. Nos pasa que queda fragmentado, cuesta articular y cuesta esta mirada integral. Donde la administrativa es tan importante porque es la primera escucha, el enfermero también está en una escucha muy cercana, el que le da la medicación también tiene cualquier detalle que pueda tomar del día cotidiano de la persona. Y el médico haciendo su mirada médica pero tomando en cuenta todos estos elementos” (Profesional 2).

“En principio tratamos de trabajar bastante con la familia, poder dialogar con ellos, construir con ellos también. Con la persona, esos acompañamientos” (Profesional 2).

“Sino es trabajar con la ley del paciente y poder ver y repensar en ese sentido también la palabra y también esto de que no sea solo del adulto sino de los niños y los adolescentes. Porque muchas veces la pediatra le pregunta al adulto pero no le pregunta al niño” (Profesional 2).

	<p><i>“Entonces como un gran obstáculo veo el tema de los paros y de repente que el sistema con estas propuestas de espacios para circular la palabra, espacio para ir generando estas salas para la infancia o a veces se me ocurre hacer muestras de arte. O que intervenga alguien del barrio que venga a contar alguna anécdota” (Profesional 2).</i></p> <p><i>“Sabido que no es la chance más grande una prótesis, el quiere opiniones de fisiatras y estamos intentando darle lo que él quiere para llenar su duda y a lo mejor satisfacerlo en lo que él quiere saber. Más allá de que consideremos que sea posible o no. Creo que uno lo deja ser partícipe en la medida que puede y que es bueno para el paciente” (Profesional 3).</i></p>
--	---

ANEXO 3 B – Ejemplo de entrevistas a profesionales

PERSPECTIVAS Y SABERES	
<i>Saberes en discapacidad y en rehabilitación</i>	
Modelo médico rehabilitador	<p><i>“Algo que no se logra hacer. Para mi, mi discapacidad es que me cuesta caminar y todo eso. Hace referencias a que las personas no tienen la posibilidad de hacer las cosas como otra persona normal” (Usuario 1)</i></p> <p><i>“Prefiero tener la mano que me falta antes que la pierna. Porque teniendo la otra mano me habilita a muchas más cosas, a ser mucho más independiente. Tan fácil como comer”. (Usuario 2)</i></p> <p><i>“No contar con cierta parte del cuerpo que te imposibilita a ser independiente”. (Usuario 2)</i></p>

“Para mí [la discapacidad] es como un problema que se puede tratar. Hay muchos casos que se tratan ahora.” (Usuario 2)

P: *¿Qué gana una persona en su vida gracias a la rehabilitación?*

R: *“Estabilidad. Yo, estabilidad, para poder caminar. Fuerza para caminar, poder andar” (Usuario 3)*

“La rehabilitación es para poder estar mejor. Porque hay veces que prefiero no tener la pierna. Porque duele, a la noche ya para sentarme me cuesta mucho. No la puedo doblar”. (Usuario 3)

“Es todo a futuro, a que no se te atrofien los músculos. Que el día de mañana puedas contar con esos músculos” (Usuario 2).

“Antes estaba amurado el brazo sobre el cuerpo y no lo podía levantar para nada. Y empezamos de a poco. El otro día pude mover la mano y empezamos de a poco a tener pequeñas pulsaciones para cerrarse. Ahora es práctica, todos los días un poquito para que vaya aumentando la movilidad. Todo es práctica. Aparte tengo que hacer ejercicio para los músculos. Esta pierna siempre me dolió, esta no, esta quedó recta, ancha. Todo es para futuro. No es todo ya. Yo quería todo ya, y después bueno, me fui dando cuenta que no todo es así rápido como uno quiere” (Usuario 2).

[La rehabilitación] *“Te calma bastante los dolores y te mejora tu andar cada día. Porque yo vengo y me siento mejor. Tengo 3 hernias de disco y gastado el cartílago de la rodilla derecha” (Usuario 3).*

“A mí me enviaron a kinesiología desde traumatología. El kinesiólogo toma lo que le dice el médico. Llevas la orden o informe de lo que tenés y ellos te hacen hacer los ejercicios adecuados” (Usuario 3).

“A muchas personas la discapacidad los incapacita a hacer ciertas cosas que son comunes, que uno podría hacer” (Usuario 4)

“Para estar bien de salud, y para llevar una vida sana. A veces da impotencia, pero la rehabilitación te sirve mucho a mejorar, no te das cuenta hasta que lo haces. Rehabilitarse es poder volver a hacer lo que uno estaba habilitado a hacer antes muchas veces” (Usuario 4)

P: *¿Qué gana una persona en su vida gracias a la rehabilitación?*

R: *“Estabilidad. Yo, estabilidad, para poder caminar. Fuerza para caminar, poder andar” (Usuario 1).*

“Para poder estar mejor. Porque hay veces que prefiero no tener la pierna. Porque duele, a la noche ya para sentarme me cuesta mucho. No la puedo doblar” (Usuario 1).

“Una para mantener los músculos, para que no se atrofien. Y para tener una esperanza de, el día de mañana tener una prótesis. Que también necesita de trabajo tener una prótesis. Más allá de las piernas, también necesitas hacer abdominales. Porque la fuerza que hacen las piernas dependen de los abdominales que tengas. La fuerza de la panza y los brazos. Por si tenés que usar muletas o andador y si no tenés fuerza en los brazos no funciona” (Usuario 2).

P: *¿Qué gana una persona en su vida gracias a la rehabilitación?*

R: *“Es todo a futuro, a que no se te atrofien los músculos. Que el día de mañana puedas contar con esos músculos” (Usuario 2).*

“Antes estaba amurado el brazo sobre el cuerpo y no lo podía levantar para nada. Y empezamos de a poco. El otro día pude mover la mano y empezamos de a poco a tener pequeñas pulsaciones para cerrarse. Ahora es práctica, todos los días un poquito para que vaya aumentando la movilidad. Todo es práctica. Aparte tengo que hacer ejercicio para los músculos. Esta pierna siempre me dolió, esta no, esta quedó recta, ancha. Todo es para futuro. No es todo ya. Yo quería todo ya, y después bueno, me fui dando cuenta que no todo es así rápido como uno quiere” (Usuario 2).

P: *¿Para qué crees que sirve la rehabilitación?*

R: *“Porque te calma bastante los dolores y te mejora tu andar cada día. Porque yo vengo y me siento mejor. Tengo 3 hernias de disco y gastado el cartilago de la rodilla derecha” (Usuario 3).*

“A mí me enviaron a kinesiología desde traumatología. El kinesiólogo toma lo que le dice el médico. Llevas la orden o informe de lo que tenes y ellos te hacen hacer los ejercicios adecuados” (Usuario 3).

“Los objetivos los plantea la doctora o el traumatólogo que te deriva” (Usuario 3).

“A muchas personas la discapacidad los incapacita a hacer ciertas cosas que son comunes, que uno podría hacer” (Usuario 4)

	<p><i>“Para estar bien de salud, y para llevar una vida sana. A veces da impotencia pero la rehabilitación te sirve mucho a mejorar, no te das cuenta hasta que lo haces. Rehabilitarse es poder volver a hacer lo que uno estaba habilitado a hacer antes muchas veces” (Usuario 4)</i></p>
<p>Conocimientos y perspectivas del sistema de salud</p>	
	<p>P: ¿Y qué es lo que menos te gusta del equipo de rehabilitación? R: <i>Que por ahí faltan. Porque hay paro. Meses atrás hubo paro miércoles y jueves, miércoles y jueves” (Usuario 2).</i></p> <p><i>“Nosotros ahora con el kinesiólogo que está acá estamos barbaros. Pero acá no suele haber. Y hemos tenido que esperar una eternidad hasta que nos trasladamos y nos atienden. Hay mucha gente que no puede moverse en silla de ruedas, muletas” (Usuario 3).</i></p> <p><i>“A los kinesiólogos que se queden, que no los saquen. Como a la fonoaudióloga. Quizás que no estén todos los días, pero dos veces a la semana. Como las psicólogas también. Otra cosa que también pienso es que estaría bueno que sábado al mediodía abra” (Usuario 3).</i></p> <p><i>“En mi caso ocurrió que yo me tenía que hacer esta cirugía y me patearon constantemente. Y a los muchos meses, eventualmente me topé con una doctora que empezó a mover gente y conocía al cirujano. Eso hizo que me opere pero fue pura influencia suya. Sino no se si me operaba” (Usuario 4)</i></p> <p>P: ¿cómo crees que funciona el sistema de salud? R: <i>“Muchas veces de buena manera, pero otras veces la predisposición de los médicos o la gente, si está. A veces la predisposición del estado está ausente. Entiendo que hagan paro y esas cosas porque no les están dando lo que se merecen los trabajadores del sistema de salud. Cuando uno labura conforme se labura bien, cuando uno trabaja disconforme no lo hace bien” (Usuario 4)</i></p>
<p>CONTINUIDAD ASISTENCIAL</p>	
<p>Continuidad de gestión</p>	<p>P: ¿De qué manera crees que se comunican entre sí? <i>“No sé por qué no se conocen, creo yo. Porque uno es del hospital y la</i></p>

	<p><i>otra de acá del centro de salud” (Usuario 2).</i></p> <p><i>“El otro profesional hasta que no me ve a mí, y le muestro la epicrisis no tiene ni idea” (Usuario 3).</i></p> <p><i>“A mí me enviaron a kinesiología desde traumatología. El kinesiólogo toma lo que le dice el médico. Llevas la orden o informe de lo que tenés y ellos te hacen hacer los ejercicios adecuados” (Usuario 3).</i></p> <p>P: Y entre los profesionales de otros niveles, ¿consideras que ellos colaboran entre sí, trabajan en conjunto con los especialistas por ejemplo?</p> <p>R: <i>“Eso es más complicado me parece. Lo veo de otra manera. Por ejemplo, si a mi me dan el alta, que me den un papel confirmando eso y yo llevarlo a mi médico y comunicarle esto. A partir de eso, que él me pregunte cómo me siento, si ve que necesito más sesiones o si estoy bien así. Pero no existe esta comunicación. Uno va y explica a cada profesional lo que le pasa e intenta no olvidarse nada. No te preguntan como te sentís y si considerás que necesitás más sesiones” (Usuario 4)</i></p> <p><i>“En mi caso ocurrió que yo me tenía que hacer esta cirugía y me patearon constantemente. Y a los muchos meses, eventualmente me topé con una doctora que empezó a mover gente y conocía al cirujano. Eso hizo que me opere pero fue pura influencia suya. Sino no se si me operaba. (Usuario 4)</i></p>
<p>Continuidad de información</p>	<p>P: ¿cómo se entera el especialista de tu problema de salud?</p> <p>R: <i>“Preguntando. O si hay algún estudio previo reciente te ven eso. Pero muchas veces te reciben y te preguntan por qué te mandaron, les comunicas que tenes estudio y tu situación y ahí van a ver” (Usuario 4)</i></p> <p>P:¿Consideras que el especialista tiene información previa acerca de tu historia clínica?</p> <p>R: <i>“Si, la tiene. Pero la tiene que buscar, obviamente. Me imagino que a veces llegan a planificar el día y revisan las historias antes de atendernos. Pero otras no. Otras tenés que explicarles todo” (Usuario 4)</i></p> <p><i>“A veces tenemos que explicar mil cosas e incluso a veces ni te entienden. Describir todo el proceso, los distintos turnos que has tenido. Y eso me incomoda, me pasó que me rotaron por muchos</i></p>

	<p><i>médicos y después rotaron, cambiaron, especialistas, estudios. Ahí hasta me enojé. Porque expliqué muchas veces lo mismo y además me decían cosas distintas. Llegué hasta el punto de estar en la camilla antes de ingresar al quirófano y que me digan que no al final. Muchísimos meses con cambios de acá para allá. Estaría bueno que la planificación sea más ordenada. Me dio mucha impotencia, bronca, perdí mucho tiempo” (Usuario 4)</i></p> <p>P: Y entre los profesionales de otros niveles, ¿consideras que ellos colaboran entre sí, trabajan en conjunto con los especialistas por ejemplo?</p> <p>R: <i>“Eso es más complicado me parece. Lo veo de otra manera. Por ejemplo, si a mí me dan el alta, que me den un papel confirmando eso y yo llevárselo a mi médico y comunicarle esto. A partir de eso, que él me pregunte cómo me siento, si ve que necesito más sesiones o si estoy bien así. Pero no existe esta comunicación. Uno va y explica a cada profesional lo que le pasa e intenta no olvidarse nada. No te preguntan cómo te sentís y si considerás que necesitás más sesiones” (Usuario 4)</i></p> <p>P: ¿Consideras que los profesionales que te atienden, tienen en cuenta tu situación familiar, personal, económica?</p> <p>R: <i>“No. Yo creo que no. Porque esas cosas se las enteran nada más preguntándote y a mí nunca nadie me pregunta nada. Incluso me pasó de ir al cirujano un mes después de la cirugía y que no se acuerde de quién era. Por eso te digo que no hay vínculo con los profesionales, muchas veces. Sobre todo con los médicos/as. Si me ha pasado con enfermeros, kinesiólogos” (Usuario 4).</i></p>
<p>Continuidad de relación</p>	<p><i>“Los chicos son espectaculares. No tengo quejas, siempre están predispuestos. Tienen buena cara, ponen ganas. Entre ellos mismos también se ve buena onda” (Usuario 4).</i></p> <p>P: ¿Por qué es importante eso para vos?</p> <p>R: <i>“Porque es importante para los que venimos acá, sentimos esas cosas. Trabajar en un ámbito agradable se siente. En lugar de que sea lo contrario. Me ha tocado de ir a otros lugares en donde la gente no está bien predispuesta y llevan sus problemas personales al laburo. Y eso no hay que hacerlo, hay que saber dissociar vida laboral de la vida fuera del trabajo” (Usuario 4).</i></p> <p><i>“Me siento más motivado, siento que avanzo mucho. Hace la diferencia esto que te comentaba de la predisposición. Los chicos</i></p>

demuestran virtudes que están buenas. Te reciben con una sonrisa. La buena onda se contagia. Charlamos de la familia, los escuchas a ellos hablando bien, alegres” (Usuario 4).

“Acá ya nos conocemos y veo que ellos tienen interés y compromiso en resolver mis problemas. Cuando me explican lo que tengo me lo explican bien y lo entiendo. Pero cuando voy al hospital no entiendo nada” (Usuario 4).

“La relación es buena, si, es buena. Lo cual influye bastante en que yo tengo ganas de venir, porque tienen buena predisposición” (Usuario 4).

P: *¿Consideras que los profesionales que te atienden, tienen en cuenta tu situación familiar, personal, económica?*

R: *“No. Yo creo que no. Porque esas cosas se las enteran nada más preguntándote y a mí nunca nadie me pregunta nada. Incluso me pasó de ir al cirujano un mes después de la cirugía y que no se acuerde de quién era. Por eso te digo que no hay vínculo con los profesionales, muchas veces. Sobre todo con los médicos/as. Si me ha pasado con enfermeros, kinesiólogos” (Usuario 4).*

P: *¿Cambiaría algo si ellos tuvieran en cuenta esos aspectos?*

R: *En la atención hacia uno, si. En sentirse más cuidado, resguardado. (Usuario 4).*

“Tienen buena predisposición y empatía. Porque uno viene acá con un problema y quieres curarte. Uno no viene a molestar y jorobar la vida de nadie. Y acá tienen esto de que uno no se siente una molestia. Y también el tema de la espera, a veces esperás 6 horas para atenderte y después solo dura 5 minutos la consulta. Pero acá es distinto. (Usuario 4).

“La buena onda de los chicos. Son atentos, te ayudan bastante. Yo a veces siento que me caigo y ellos siempre están ahí” (Usuario 1).

“El trato es muy bueno. No te puedo decir nada malo de ellos porque realmente son muy carismáticos. Y eso impacta en mi motivación. Porque si te atienden mal uno no vuelve. Vale mucho el trato, es muy bueno” (Usuario 3).

“Por el modo de hablar, por cómo te atienden para hacer los ejercicios, que te cuidan, que yo por ejemplo que tengo que subir

	<p>escaleras y no puedo. Ellos me contienen, para que no me caiga. Además soy hipertensa entonces me controlan los minutos de cada ejercicio” (Usuario 3).</p> <p>“Si nos tratan bien, y siempre tenemos que venir por algo, nos alegra que sea bueno el trato. Me motiva a venir. Me tienen paciencia los chicos de kinesiología también. Me hacen tomarme mi tiempo y me toman en serio. Si les digo que estoy dolida modificamos” (Usuario 3).</p> <p>“Primero me costaba, no quería venir. Pero cuando vine a hablar con la chica (de kinesiología) me gustó su trato. De entrada me atrajo a venir su carisma. Vi que estaban atendiendo bien y me gustó” (Usuario 3).</p>
--	---

IMPACTO SOCIAL

<p>Participación social</p>	<p>“Si hay una fiesta yo siempre me quedo sentada. Porque divertirme, bailar y todas esas cosas yo no las puedo hacer. Me cuesta” (Usuario 1).</p> <p>“O sea yo no estoy como ellos. Pero a mi no me afecta. Ya estoy acostumbrada. Me acostumbré. Puedo participar de otra forma. Sentada aplaudiendo. O si hacen algo como un cumpleaños en un pelotero yo a esas cosas ya no las puedo hacer. No me siento segura para hacerlo, siento que me voy a golpear o algo. Pero por ejemplo, como el otro día que fue el cumpleaños de mi sobrina y estaba el toro mecánico y yo no me subí. Tengo miedo. Siempre pensando en mi pierna. Todo lo que hago, lo hago pensando en mi pierna. Que no se me golpee” (Usuario 1).</p> <p>“Hay trabajos que capaz que puedo hacer y trabajos que no. No sé porque nunca lo sufrí. Yo de chica ya tengo mi peluquería así que nunca salí a buscar trabajo. Pero creo que si me ven a mi como ando no sé si me darían trabajo. Porque a mí me cuesta la caminata digamos” (Usuario 1).</p> <p>“Yo parada en la peluquería todo bien, pero hay un momento en el que tengo que lavar una cabeza y camino despacio porque ahora me cuesta más la caminata. Pero yo estoy en mi sector, mi trabajo y tengo mis clientes que ya me conocen. Pero trabajar afuera no sé. Considero que eso sería una limitación. Por la debilidad que tengo. La inestabilidad en la pierna. Creo que en los trabajos no te van a querer tomar si tenés inestabilidad, te podés caer o algo. Creería que no” (Usuario 1).</p>
------------------------------------	---

	<p><i>“Depende qué actividades, pero yo intento que mi condición no me impida nada. De todas maneras, no participo en ninguna actividad social. No veo muchas actividades en las cuales me pueda involucrar, si las existiese, me sumaría” (Usuario 2).</i></p> <p>P: ¿Has solicitado o visto la posibilidad de solicitar empleo? R: <i>“No. Creo que con mi condición y mi edad estoy bastante limitado. Por mi mano. Además, que te piden un montón de cosas. (Usuario 2).</i></p> <p><i>“No hay nada acorde a mi discapacidad. Hay acorde a otras distintas discapacidades, no a la mía. Si hay puestos de trabajo acordes a otras discapacidades pero no a la mía, por ejemplo, alguien que tenga las dos manos o tenga otra clase de problemas. Pero el tema son las manos. Considero que yo estoy limitado” (Usuario 2).</i></p> <p><i>“En general no participo de actividades en grupo, con otros. Porque vengo acá al kinesiólogo nomás. Trabajo y no hago otras cosas” (Usuario 3).</i></p>
<p>Inclusión social</p>	<p>P: ¿Vos crees que la ciudad, los barrios, están preparadas para una persona con discapacidad?</p> <p>R: <i>“Los barrios más o menos. Depende, hay sectores que no se puede caminar mucho. Yo lo noto porque tengo que ir mirando donde puedo pisar, donde no” (Usuario 1).</i></p> <p>P: ¿El centro de salud está preparado para personas con discapacidad? R: <i>“Si, para mi sí. Por el ambiente. En el sentido de que está estable para que entre una persona, es cómodo” (Usuario 1).</i></p> <p><i>“Me ven limitado y me ayudan en todos lados” (Usuario 2).</i></p>
<p>Calidad de vida</p>	<p><i>“Siento que estoy haciendo pasos que antes no estaba haciendo. O sea que los había dejado de hacer. Yo después de la cirugía del trasplante caminaba normal, bah, bastante normal. Bailaba cruzado, hacía spinning, hacía de todo. Cuando busqué la bebe no hacía más nada y ahora es como si estuviera arrancando de nuevo con el paso. Qué es lo que me cuesta porque yo camino con la pierna así derecha. Y camino una cuadra y ya no puedo caminar más. Ahora bien, siento que de a poquito estoy haciendo más pasos” (Usuario 1).</i></p>

“Para sentarme me tenía que agarrarme la pierna un poquito para poder doblarla. Y ahora siento que voy pudiendo. Fue impactando positivamente la rehabilitación en tu vida” (Usuario 1).

“Yo antes no me podía levantar ni andar. Y con la ayuda de los chicos de acá voy bien” (Usuario 3).

“Aparte de que hago ejercicio, me canso y además me despejo. En lugar de estar todo el día en el mismo lugar, aprender lo mismo siempre. Acá vengo y hablamos, de cualquier cosa, de fútbol” (Usuario 2).

P: *¿Cómo te parece el servicio en general en el centro de salud?*

R: *“Bastante bien. No veo diferencia en el centro de salud y en el hospital. Necesitaría tener más días de servicio de kinesiología yo. Eso impactaría en que gane más movilidad, que reduzca la grasa. Si no vengo acá no hago nada”* (Usuario 2).

“Uno que está esperando obviamente despejarme, porque me despejo acá, bastante. Y venir a kinesiología que me pongo a hablar de cualquier cosa, más allá de los ejercicios que hago” (Usuario 2).

“En los dolores. Hay días que me siento bien, puedo andar bien. Me enseñan a hacer ejercicios en mi casa también. Lógico que no se me va por completo pero la voy zafando con esto. Me calmó bastante” (Usuario 3).

“Mejora el autoestima. También te hace verte con gente que atraviesa situaciones similares o incluso peores. Uno mismo se refresca la memoria y ve que hay cosas peores que les pasa a uno” (Usuario 4).

“No soy de salir. Pero me ha tocado salir a un cumpleaños y tener que volverme por el dolor. Yo iba a una iglesia evangelística pero muchas veces no he podido ir por dolores en la espalda” (Usuario 4).

P: *Al momento de pedir trabajo, empleo, o de solicitar algún servicio, ¿sentís que tenés las mismas posibilidades que el resto?*

R: *“No, para nada. Porque cuando les contás que tenés una cirugía en la espalda con 6 tornillos y placa te dicen que no. La gente obviamente busca otro tipo de personal para incorporar en los equipos de trabajo. Yo trabajo por mi cuenta, vendo mercadería en comercios. Levanto los pedidos por celular y salgo a repartir. Desde que tuve la cirugía que*

	<p><i>no me llegué a sentir nunca como me sentía antes de la cirugía. Tengo un montón de dolores, y cosas que no entiendo qué es lo que me pasa. Hasta a veces me cuestiono por qué me operé. Pero bueno, en ese momento me parecía que era la única manera de lograr una mejor calidad de vida. Pero resultó ser al contrario” (Usuario 4).</i></p> <p>P: En cuanto a la rehabilitación, ¿cómo impacta hoy en tu vida venir acá a atenderte?</p> <p>R: <i>“A mí me sirve, es bueno. En mi salud me ayuda, porque es lo que quiero recuperar. Compartís tiempo con ellos y es otra cosa, hablas un montón, te preguntan, intercambias. Acá terminas conociendo a las personas, y te conocen a vos” (Usuario 4).</i></p> <p><i>“Yo sé que todavía me falta un trecho largo para estar al 100%. No poder colaborar con la familia. O que tengan que hacer cosas que en realidad deberías estar haciendo vos. Además de dolores, no poder dormir. No entender qué pasa en tu cuerpo. (Usuario 4).</i></p> <p><i>“Como cabeza de familia no me gustaba nada ver, a dos meses de la cirugía, como mi hijo se levantaba a las 3 de la mañana para ir trabajar y después cuando volvía a las 15 tener que hacer el trabajo que yo hacía antes. Sé que es un proceso, pero me daba ansiedad y quería recuperarme más rápido” (Usuario 4).</i></p>
<p>Reconocimiento</p>	<p>P: ¿Pensás que el barrio, la ciudad, está preparada para personas con discapacidad?</p> <p>R: <i>“No está preparada, pero está atenta. Esta atenta a lo que ven. Ven que tal no puede hacer alguna cosa y te tiran una mano” (Usuario 2).</i></p> <p><i>“Siempre están atentas las personas conmigo. Percibo eso. Lo veo como algo positivo. A mí me gustaría hacer todo solo pero no puedo” (Usuario 2).</i></p> <p><i>“Si nos tratan bien, y siempre tenemos que venir por algo, nos alegra que sea bueno el trato. Me motiva a venir. Me tienen paciencia los chicos de kinesiología también. Me hacen tomarme mi tiempo y me toman en serio. Si les digo que estoy dolida modificamos” (Usuario 3).</i></p> <p><i>“Discriminan mucho. Lo veo. Gente que por ejemplo si alguien tiene un problema en la mano lo miran mal. Porque hay gente que hace mucho bullying. Gente en silla de ruedas o con problemas en la vista. Y a todos los que somos diferentes nos hacen bullying” (Usuario 3).</i></p>

“A nivel de la sociedad hay muchas diferencias. Muchas se burlan de la discapacidad de uno, y duele. Es tremendo que a veces tengamos que hablar por otros para que la gente se de cuenta de lo que está generando. Muchos hacen vista ciega y oídos sordos. Pero bueno también hay mucha gente que ve y colabora y trabaja con personas con discapacidad. Hoy en día creo que mejoró mucho igual, pero falta mucho” (Usuario 4).

“Tenemos que ayudar más, dedicarle más tiempo. ¡Son personas como nosotros! Nos falta educación. La integridad en la escuela es fundamental también. Por ejemplo, el hecho de que los chicos vayan a una escuela especial y ya tengan la idea de que ‘son diferentes’ Deberían ir a la escuela primaria. Una vez vi a una chica pelear con uñas y dientes para lograr que a su hijo lo acepten en el colegio. Y se lo permitieron con un ayudante terapéutico, lo cual está perfecto. Pero tiene que haber más de eso. Además de que la escuela no está capacitada para tomar a estos chicos” (Usuario 4).