

## **ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD: LA INTERDISCIPLINA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL**

*Comprehensive health care: interdisciplinary as a fundamental tool*

Ramiro Garzaniti y Paula Mercedes Romero  
paulamercedesromero@gmail.com

Facultad de Psicología | Universidad Nacional de La Plata

### **Resumen**

Este trabajo tiene por objetivo presentar una propuesta -a nivel teórico- sobre lo interdisciplinario y su convergencia en la práctica en salud, desde el rol profesional y en el ámbito de la atención primaria, lo que invita a los lectores a reflexionar sobre el papel que actualmente tiene la interdisciplina en estas prácticas.

Intentaremos pensar el escenario de trabajo en salud desde el paradigma de la complejidad, entendiendo que, para abordar sus problemáticas, es necesario pensar en términos de entrecruzamientos de saberes, de discursos puestos a trabajar en equipo donde la subjetividad se pone siempre en juego y “el cruce entre lo subjetivo, lo individual, lo colectivo, lo cultural y lo social deben ser tenidos en cuenta al abordar la salud de cada persona que consulta y las acciones que el sistema de salud planifica” (Perrota, 2014: 1).

**Palabras clave:** interdisciplina; complejidad; salud mental; atención primaria

## **Abstract**

This work aims to present a proposal at the theoretical level on the interdisciplinary and their convergence in practice in health, from the role professional, and in the area of primary care, which invites readers to reflect on the role that currently have interdisciplinary in these practices.

We will try to think the stage of work in health from the paradigm of complexity, understanding to address its problem is in health, it is necessary to think in terms of cross-linking of knowledge, discourses to work in a team where is subjectivity always put in a game and “it the cross between the subjective, individual, collective, cultural and social issues should be taken into account” (Perrota, 2014: 1).

**Keywords:** interdisciplinary; complexity; mental health; primary attention

## **Introducción**

En este trabajo nos proponemos visibilizar la importancia y utilidad de los abordajes interdisciplinarios en salud mental para el logro de una atención integral de la salud. Para ello, realizamos una exhaustiva búsqueda de marcos normativos y seleccionamos aquellos teóricos que nos brinden herramientas para comprender la importancia del trabajo interdisciplinario. Para ilustrar esto, tomaremos el caso de la Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) en salud mental.

El concepto de APS queda establecido en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Atá (OMS, 1978), Kazajistán, ex-Unión Soviética, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Para María Eugenia Elorza, Nebel Moscoso y Fernando Lago (2017), el objetivo de esta reunión era difundir internacionalmente modelos de atención en los cuales la población constituía un agente fundamental en la producción de salud, dando lugar al surgimiento de experiencias basadas en una perspectiva integral implementadas en algunos países, entre ellos (seleccionadas por su significancia en términos de tamaño y complejidad): China, Tanzania, Bangladesh, India, Venezuela, Cuba, Yugoslavia, Níger y Nigeria. El evento concluyó con la confección de la *Declaración de Alma-Ata*, en la cual se ratificó la definición de salud propuesta por la OMS, que la concibe como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978: 3-4).

Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que un sistema de salud basado en la APS es aquel que:

[garantiza] la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados para la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles (OPS, 2018: s/p).

Como se observa, la definición de APS no ha cambiado sustancialmente en estos últimos 40 años. Sin embargo, sí ha habido intentos por parte de la OMS (2013) y la OPS (2007 y 2009) de especificar la forma de llevar a cabo esta estrategia, ya que en los primeros documentos publicados por estas mismas organizaciones se explicaba mucho el *qué*, pero sin decir el *cómo*.

## **Aproximación al concepto de salud**

Consideramos que el rasgo característico de la salud como fenómeno es su complejidad. Es por esta razón que comenzaremos una aproximación al término desde un autor ya clásico, George Canguilhem, quien afirmaba:

Hagamos más drástico el enunciado kantiano: no hay ciencia de la salud. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Admitamos esto por el momento. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos (2004: 52).

El hecho de que sea vulgar, al alcance de todos, es uno de los factores que complejiza a la salud. Incluso, si tomáramos como marco la vieja definición de salud que la OMS realizó en 1948 (Díaz & Ramírez, 2017) podremos observar este carácter polisémico y la dificultad para delimitar el concepto.

La salud es determinada por procesos individuales y colectivos que, lejos de ser excluyentes, son interdependientes (Breilh, 2003). Se desprende de aquí la importancia central que tiene la salud como condición necesaria para el desarrollo de cualquier sociedad. Lo mismo vale para la salud mental si la pensamos como un campo polisémico y plural en la medida que se trata del “estado mental de los sujetos y las colectividades que también es altamente complejo. Cualquier especie de categorización está acompañada del riesgo de un reduccionismo” (Amarante, 2009: 21). El término salud contiene, entonces, al término complejidad y esto implica situarse desde un paradigma pos positivista (Stolkiner, 2015; Díaz & Ramírez, 2017).

Otro factor que consideramos importante para comprender al fenómeno de la salud es abordarlo como un *campo* y no como un sistema. Hablar de sistema de salud es una forma de despojarlo de las pujas políticas inherentes a este complejo campo, en el sentido propuesto por Pierre Bourdieu (1988). El autor define a un campo como un espacio de lucha, donde los distintos contendientes tratan de defender o de apropiarse de un material cultural y simbólico, pudiendo por ello agregar que se trata de un espacio de poder. Es por esta razón que, en lugar de hablar del sistema de salud, convendría hablar del campo de la salud (Spinelli, 2010), es decir, un lugar de convergencia de actores en pugna por recursos, por problemas e intereses que conforman una red de relaciones,

con autonomía relativa, que luchan por la consolidación o por la apropiación y el predominio. Entre los actores en pugna en el campo de la salud podríamos enumerar de manera no exhaustiva: expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicatos, colegios profesionales, representantes de la industria, *lobistas*, agentes financieros, corporaciones farmacéuticas, organizaciones de la sociedad civil, usuarios, etc. En este sentido, podemos pensar a la salud mental como un campo de “conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud” (Amarante, 2009: 17).

Los planteos políticos en el campo de la salud resultan extraños, toda vez que no estamos acostumbrados a pensar la salud ni en términos políticos ni desde una perspectiva integral. Sin embargo, a poco que se reflexione con amplitud y desde una perspectiva integral, lo que debería llamar la atención es la ausencia de planteos políticos dentro de los desarrollos conceptuales y prácticos que involucran la problemática de la salud. También se comprende mejor porque sucede (y sucedió) que “gobiernos progresistas de nuestra región no incluyen en sus agendas transformadoras o reformistas el tema de la salud pública, dejando que el sector opere en función de los lineamientos neoliberales” (Sarriera y otros, 2015: 17). Nuestra historia reciente tiene eventos que grafican esta afirmación. La renuncia del primer ministro de salud del país, el Dr. Ramón Carrillo, o el Golpe de Estado que destituyó al presidente Arturo Illia semanas después de que se realizara una nueva Ley de Medicamentos, serían algunos ejemplos.

Además, las prácticas en salud incluyen inherentemente una representación del hombre y su contexto. Con esto queremos decir que toda práctica en salud produce y reproduce formas discursivas que exceden lo específico de la atención para operar en el discurso social, para cumplir una función *normalizadora* (Stolkiner, 2017). Para cumplir con este objetivo normalizador, las prácticas y las políticas en salud no deben apuntar a un individuo, sino a la sociedad. Por ello, tomando las afirmaciones de Michel Foucault:

La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente. Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente

lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (2008: 5).

Aparece aquí el cuerpo como aquel ente sobre el cual caerán estas prácticas normalizadoras. El cuerpo se convierte así:

[en] ese existente singular cuya salud expresa la cualidad de los poderes que lo constituyen en tanto debe vivir con tareas impuestas, y por lo tanto en relación de exposición a un entorno cuya elección, en primer lugar, él no tiene” (Canguilhem, 2004: 54).

El cuerpo es dado y producido y la salud se transforma en un dispositivo del orden y el control: debes hacer deporte, trabajar, rendir, comer sano, etc. Al decir de Canguilhem “aquí es donde cierto discurso encuentra oportunidad y justificación. Este discurso es el de la Higiene” (2004: 58). Hoy en día, podríamos pensar que la higiene es remplazada por el neo biologisismo y la centralidad del cuerpo actual es la movida *new age* con la vigorexia, la anorexia y la bulimia como las *vedettes* de este teatro: la salud es la nueva moral de la época (Stolkiner, 2015).

Siendo así, ¿es conveniente un tratamiento parcial de la salud y el ser humano? ¿Es posible pensar una salud no integral? A continuación, intentaremos fundamentar que la respuesta a ambas preguntas es un rotundo no.

Hechas estas necesarias aclaraciones y delimitando el lugar desde el cual entendemos a la salud, nos propondremos definir la interdisciplina y mostrar su utilidad para el abordaje integral de la salud.

## **Marco legal: interdisciplina en La Ley 26657**

El advenimiento de la Ley Nacional 26657 de salud mental y adicciones que rige en el territorio argentino desde el 2010, ha sido un acontecimiento político y social esperado y movilizado, fundamentalmente, por ciudadanos representantes de distintos organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales, Organizaciones No Gubernamentales, sociales y comunitarias, usuarios y familiares que han batallado durante años por ser escuchados para poner en valor la salud y el respeto por la dignidad de las personas con padecimientos mentales. Estos grupos obtuvieron reconocimiento por parte del anterior gobierno, lograron posicionar en la agenda de las políticas públicas el derecho a la salud y sentaron las bases para el debate y el origen de una ley que, desde su reglamentación, ha dado lugar a diversas reacciones a favor y en contra.

Para ser más precisos, la Ley Nacional de Salud Mental fue promulgada el 3 de diciembre de 2010 por el Poder Ejecutivo, luego de ser aprobada por unanimidad en ambas cámaras. Desde entonces, llevamos siete años de avances y retrocesos en su aplicación.

Son varios los artículos de esta Ley que algunos consideran revolucionarios y otros nefastos. Los grandes opositores han sido representantes de la corporación médico-farmacéutica. Podríamos pensar que estos grupos ven en la salud uno de los negocios más grandes que pueden encontrar y no un derecho humano. Señalemos un solo dato de forma ilustrativa: la *Revista Forbes* realizó en 2015 un ranking de los sectores más lucrativos del mercado y la tecnología en salud se ubicó en el primer lugar, dejando fuera los servicios en salud, los cuales ocuparon el puesto quince. Dicho por la misma revista, la tecnología en salud siempre fue uno de los sectores más lucrativos (Chen, 2015).

El marco normativo actual es claro respecto al objetivo de lograr progresivamente el cierre de los hospitales monovalentes en salud mental y la creación de dispositivos alternativos para un tratamiento en la comunidad de origen del paciente, sin quebrar y reforzando los lazos afectivos (si bien no se especifica la forma) desde una perspectiva de integralidad, sustentando esa idea en la definición de salud mental explicitada por la Ley Nacional. Aquí, se plantea que la salud es un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y Sociales de toda persona (art. 3°). Respecto a esta definición de la salud mental, Martin De Lellis reflexiona:

Este modo de concebir el objeto de la salud mental cuestiona las tradicionales concepciones de entidades patológicas o trastornos que, aislando solo la dimensión biológica o psíquica, desvinculan la problemática del sufrimiento subjetivo de los determinantes sociales implicados en su producción (2015: 112).

En tal sentido, la decisión de cerrar los hospitales monovalentes apunta a evitar todo tipo de reduccionismo de los padecimientos mentales, posibilitando pensar y accionar en el campo de la salud desde su complejidad, abordando los padecimientos desde una mirada integral, proponiéndose un modelo de trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y con la comunidad. De esta manera, se busca que pueda considerarse la perspectiva que aportan actores no convencionales como los consultantes en los centros de salud, familiares de usuarios y organizaciones no gubernamentales que abogan por garantizar la protección de derechos en este colectivo social históricamente vulnerado.

La Ley hace un fuerte hincapié en la necesidad de un *trabajo interdisciplinario* para la certificación de un riesgo y/o incapacidad (artículo 5), la atención del paciente (artículos 8, 9 y 12), la evaluación para determinar la internación y externación de un paciente (artículos 16, 24 y 41) y la capacidad de los distintos profesionales para ocupar cargos de gestión (artículo 13). Este último artículo fue el que generó más polémicas en las organizaciones profesionales de médicos. El artículo dice:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental (art.13, Ley 26657).

Es notoria la perspectiva inclusiva a la que apunta la ley y la consecuente horizontalidad que se busca lograr en el equipo de profesionales de la salud (aunque se mantiene cierta hegemonía psi, es decir, psicólogo y psiquiatra). Esto confluye con el interés por reconocer la igualdad de condiciones y de aptitudes para conducir y gestionar el trabajo institucional, valorando el lugar que ocupa cada profesional en la atención de la salud, sea médico, psicólogo, trabajador social, etc.

Anular cualquier tipo de jerarquía profesional es un objetivo a lograr por parte de quienes están encargados de hacer que la normativa se aplique, pero ¿por qué es necesario explicitar en un artículo de la ley que los distintos profesionales de la salud están capacitados y en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y de gestión de los servicios y las instituciones? Si no existieran grupos de profesionales arrogándose el derecho de dirigir el campo de la salud, incluso llegando a desvalorizar las incumbencias y experticia de otros profesionales de otras disciplinas concurrentes ¿sería necesaria la aclaración?

Invitamos a la reflexión a partir de la pregunta porque, justamente allí donde emergen las preguntas, es posible, cuanto menos, dar el paso inicial para intentar sacar a la superficie una problemática de fondo que no deja de señalar que las tensiones en el campo de la salud conducen a pensar en los lugares de poder que se pretenden seguir consolidando y que, con leyes como esta, temen perderse.

Podemos ir más allá aún y preguntarnos, ¿vemos realmente esta puja de poder como una problemática al interior de nuestras prácticas?

Este panorama invita a pensar que, en el marco de la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, van operando de forma sorpresiva e inconsulta resoluciones que contradicen este marco legal. Para citar algunos ejemplos sin ser exhaustivos: el cambio de jurisdicción de la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) del ámbito de la Jefatura de Gabinete al Ministerio de Salud, la desregulación de los medicamentos psicotrópicos, la derogación del decreto 1484/15, la resolución 192/17 del Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires o la última “filtración” (así se lo definieron voceros del Ministerio de Salud de la Nación) de un nuevo decreto reglamentario para la Ley 26657 que el Poder Ejecutivo decidió frenar luego de que distintas organizaciones se opusieran. Recordemos que, lo que está en juego, no es solo conservar una hegemonía científica-ideológica, sino también la exclusividad de acceder a cargos de conducción de instituciones, de servicios y de dispositivos de salud mental (Barraco, 2014).

Lo que estamos viendo coincide con lo que dijo Franco Basaglia, refiriéndose a la aplicación de la Ley 180/78 en Italia:

[la Ley] es solamente la inserción en la normativa sanitaria de un elemento civil y constitucional que debería ser implícito... es un acto de reparación que la democracia realiza hacia sus ciudadanos

y no será lineal ni despojada de conflictos... la aplicación de esta normativa será tanto más posible cuanto más se la acompañe desde abajo (2008: 14, el subrayado es nuestro).

## Interdisciplina

La mayor parte de las críticas hacia la definición de la OMS son sobre lo absoluto de la palabra “completo” en relación con el bienestar, es decir, a pensar la salud en términos de completo bienestar. El primer problema es que contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad. La exigencia de completo bienestar dejaría a la mayoría casi siempre con mala salud, por lo tanto, apoya las tendencias de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica en asociación con las organizaciones profesionales, a redefinir las enfermedades y ampliar las posibilidades del sistema sanitario (Huber y otros, 2011).

Parecía quedar en evidencia que había que buscar en las limitaciones del paradigma -hasta entonces vigente- el primer y no único obstáculo con el que se topaban quienes veían en la salud un tema prioritario a tratar desde nuevas perspectivas.

Paulatinamente, se fue gestando un nuevo panorama sustentado en un acercamiento dinámico al tema de la salud, que privilegiaría la pertinencia y la adecuación de las reacciones, la flexibilidad de la adaptación, los límites de una vida digna de ser vivida, el consenso social y las circunstancias generales en las que viven los individuos dentro de la sociedad. En otras palabras, la salud estaría vinculada, no exclusivamente con la prevención y el tratamiento o rehabilitación, sino también con la promoción del bienestar o *sumak kawsay* (palabra quechua que significa “buen vivir”). Teniendo en cuenta estos aspectos, puede decirse que es un proceso, una relación siempre en construcción y deconstrucción en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida, con la impronta del medio social en que se le concibe, acepta y teoriza (Rodríguez Salgado, 1996; Bertolote, 2008). Entendiendo así la salud, interdisciplina implica reconocer una epistemología que:

No homologa el objeto del 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 las partículas aisladas (Stolkiner, 2017: 2).

Forma así una metodología de trabajo y un marco conceptual con bases epistemológicas, cuya unión es la que lo diferencia del *collage* posmoderno.

Creemos que es necesario, primero, abandonar la ilusión de poder explicar el todo a partir de las partes, del empirismo como única herramienta y del discurso científico como “La Verdad” (en mayúsculas, como si existiese una sola e indiscutida). Debemos anteponer la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las verdades aisladas. La interdisciplinariedad es un “posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2015: 2). Al respecto, De Sousa Campos nos dice:

Trabajamos con problemáticas complejas cuya dimensión exigiría una flexibilidad doctrinaria y operativa a la que no estamos habituados, un grado de democracia, de distribución de poder de confianza en el otro, ausentes en la sociedad actual y es evidente que la máquina estatal tiene que estar al servicio del público (De Sousa Campos en Arnaudo y otros, 2012: s/p).

Por otro lado, podríamos pensar los estragos que genera una idea normótica de salud. Si la salud es un concepto vulgar que está al alcance de todos, imponer una noción de salud sobre otros implica autoritarismo. Si siguiésemos sosteniendo una visión positivista y, por ende, normativa de la salud, sería imposible aceptar la diversidad y, por ende, la interdisciplina. La fabulosa idea de *sumak kawsay*, por ejemplo, sería desechada por a-científica. Reducirla a una definición que se impone desde arriba es un reduccionismo (hoy neo-biologisista, mañana veremos) que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) utiliza como una herramienta, entre otras, en pos de mercantilizar la salud (Menéndez, 1988). Así, se fortalece el polo objetivante en el antagonismo entre objetivación y subjetivación. En cambio, las prácticas en salud deben propender a la subjetivación. Al hablar de subjetivación, estamos haciendo lugar a la singularidad y es desde aquí que podemos empezar a hablar de un paradigma de derechos y hacer entrar a la diversidad en nuestras prácticas.

El paradigma de la complejidad atraviesa al ser humano. Así como nos posicionamos desde allí para explicar la salud y al ser humano, también debemos, desde el mismo lugar, tratar de entender la problemática en la que nos encontramos. Con esto nos referimos a que no se trata de una cuestión maniqueísta donde el reduccionismo biológico, representado por los médicos son los malos y quienes incluyen en todo tratamiento variables culturales, a veces al punto del reduccionismo culturalista (Canguilhem, 2004), son los buenos. Ciertamente es que el reduccionismo biológico fue definido por Eduardo Menéndez (1988) como el rasgo estructural dominante del MMH, al constituir el factor que garantizaría no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y la jerarquización respecto de otros factores explicativos. Por otra parte, a partir de la segunda mitad del siglo XX, los científicos sociales han reclamado para sí el estudio de la “socialidad”, mostrándose recelosos hacia las teorías biológicas por miedo al reduccionismo y evitando considerar siquiera la base biológica de la socialidad humana. La Escuela de Frankfurt nos enseñó muy bien cómo la razón instrumental y el uso del discurso científico como sinónimo de verdad puede terminar muy mal. Como algunos antecedentes que invitan al rechazo del reduccionismo biológico, podríamos nombrar la asociación entre determinismo biológico y clasismo o racismo, representada por el Darwinismo Social del sociólogo inglés Herbert Spencer (1820-1903) o la eugenesia propuesta por otro inglés, el padre de la Frenología, Francis Galton (1822-1911). Podemos pensar, sin exagerar, que el máximo exponente de estas ideas en la práctica (y llevada a sus últimas consecuencias) fue el nazismo, que se valió de estos argumentos para justificar sus campañas de esterilización y de exterminio (Morales y otros, 2007). Pero la ciencia tampoco es un concepto estático y la interdisciplina podría contribuir a superar esta problemática. Es así como nuestra ciencia debería partir de la derrota del técnico tradicional que piensa que hay una única forma correcta para llevar adelante un trabajo al servicio de las poblaciones, sin usar a los límites de la ciencia como una excusa (Basaglia, 2008).

Ha sido característica de los modelos positivistas plantear la demarcación disciplinaria como rígida y fija. Por nuestro lado, sostenemos que las problemáticas no tienen fronteras disciplinarias y que “los límites de cada disciplina no están fijos y determinados para siempre” (Elichiry, 2009: 3). En términos de Jean Piaget, nada nos compele a dividir lo real en compartimentos estancos, o en pisos simplemente superpuestos que corresponden a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas y,

por el contrario, todo nos obliga a comprometemos en la búsqueda de instancias y mecanismos comunes (Piaget en Elichiry, 2009). Por esta razón, hay que ser cautelosos, ya que contraponer a esto un reduccionismo culturalista no sería un progreso, sino pagar con la misma moneda. En términos dialécticos, podríamos pensar que el culturalismo del que nos habla Canguilhem bien podría ser la antítesis de la tesis positivista del siglo XIX. Lamentablemente, la dialéctica y la teleología de la historia es algo que, sobre todo en este caso, se pone en duda. Si fuésemos hegelianos o materialistas dialécticos, pensaríamos que después del reduccionismo cultural vendría entonces una nueva concepción del ser humano integral. Sin embargo, hoy estamos viendo -por lo menos en este rincón del mundo- un resurgir de la biología como disciplina imperante. De esta forma, nos encontramos ante un neopositivismo o neobiologismo al que debemos hacerle frente.

El hacerle frente a los reduccionismos en el campo del conocimiento no es sencillo, pero tampoco imposible. Han surgido aportes interesantes que promueven (desde el paradigma de la complejidad) la importancia de reconocer que la realidad no es disciplinar ni lineal, sino dinámica y compleja. Nora Elichiry (2009) concibe la interdisciplina desde el estructuralismo constructivista, entendiéndolo como una concepción de evolución de sistemas, evolución que no es estática sino dinámica. La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como una totalidad estructurada, pero, a la vez, estructurante. Desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. En este sentido, la interdisciplina se basa en la complejidad y en la unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro.

Otro aporte interesante para comprender la interdisciplina lo ha hecho la Escuela Sociohistórica, postulando la Teoría de la Actividad (Leontiev, 1981; Cole & Engeström, 1993; Engeström, 1996, 2000). Esta Teoría converge con el paradigma de la complejidad en su concepción ontológica y, además, nos presta herramientas y supuestos para la comprensión y la intervención sobre la realidad. Entre los principios que la Teoría de la Actividad enumera, se encuentra el de la contradicción como motor para el avance: para que una situación *x* se transforme en *y*, deben ser los propios actores quienes vean que el primer momento es insuficiente y contradictorio respecto a los fines propuestos y que debería

modificarse. El cambio de ser impuesto por directivas externas tenderá al fracaso, en tanto los actores que deben llevarlo a cabo no lo internalicen.

También, resultan útiles para la comprensión del trabajo en equipo los aportes de esta Teoría sobre el trabajo inter-agencial. Se distinguen tres formas de trabajo de creciente complejidad, a saber: coordinación, cooperación y comunicación reflexiva (Engeström & Kerosuo, 2007; Warmington & Leadbetter, 2013). Coordinación refiere a diversas acciones encapsuladas que forman una actividad, donde cada agente tendrá sus propios objetivos, sin superponerse con otros agentes, pero sin trabajar con ellos. En la cooperación, los agentes trabajarán de manera conjunta en la resolución de un problema particular, pero sin cuestionar las estructuras de actividad que serán como un guion indiscutible. Será dentro de una comunicación reflexiva que los agentes podrán ser críticos de sus propias prácticas, trabajar interdisciplinariamente y, de ser conveniente, modificar las estructuras de actividad. Teniendo en cuenta la necesidad del trabajo interdisciplinario para lograr una atención integral de la salud (Ley 26.657; Stolkiner, 2015, 2017), modalidades de abordaje que puedan enmarcarse dentro de una comunicación reflexiva serán las convenientes en el PNA.

Pensando la interdisciplina con estas herramientas, diríamos que, por más que proliferen las *necesarias* directivas nacionales, internacionales y locales, no se llegarán a transformar las prácticas si los propios protagonistas no visualizan la necesidad de una transformación.

## **Discusión**

De lo anteriormente argumentado, podemos desprender la importancia de reconocer la necesidad de la interdisciplinariedad, tanto en la redefinición de las prácticas profesionales, del objeto de estudio de la ciencia como de su intervención.

Desde el comienzo de esta exposición, partimos de la idea de que en la APS deben poder llevarse a cabo prácticas interdisciplinarias de modo tal que puedan obtener los objetivos que se proponen: lograr una atención de calidad, integral y participativa, que sea respetuosa de los Derechos Humanos de la población atendida. Pero, para ello, al menos en lo que al quehacer profesional respecta y a la modalidad de abordar la salud de los consultantes, se hace necesario cambiar el foco de la atención y enfocar la mirada en el protagonista de la salud: la comunidad.

Ahora bien, para lograr tales pretensiones, no basta con una firme decisión política y su explicitación en la reglamentación de la Ley 26657,

sino que también es necesario que lo declarativo sea acompañado de una redefinición de nuestras prácticas profesionales, en pos de lograr un trabajo mancomunado con la comunidad y con profesionales de otras disciplinas concurrentes, entendiendo la salud como un proceso multideterminado. Asimismo, hay que señalar que la Ley constituye una bisagra en este sentido, ya que interpela a los profesionales, a su propia formación en el campo de la salud y compromete el desarrollo de dispositivos académicos para garantizar su adecuada implementación.

La Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones afirmaba que “se inicia ahora una nueva etapa de trabajo que compromete a cada una de las instituciones formadoras a impulsar los cambios curriculares necesarios para dar respuesta a esta nueva orientación formativa” (s/f: 12). Claro está, entonces, que no sólo hablamos de una redefinición de las prácticas a nivel de las instituciones sanitarias, también se requiere de una redefinición de la formación académica.

En este camino, signado por una fuerte presencia de la salud mental como tema a tratar dentro de los asuntos de Estado, no es casual que algunos sectores corporativos -representados en su mayoría por médicos y otros tantos profesionales defensores del MMH- se arroguen el derecho de tomar decisiones sobre la salud de las personas sin considerar la voz del resto de los profesionales, ni de la propia comunidad: se teme perder la jerarquía médica, en un campo de trabajo monopolizado por la misma medicina desde sus inicios.

Volviendo al punto de partida de esta exposición, sostenemos que es nuestro deber como profesionales de la salud preguntarnos cuál es nuestro posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario y del modo como concebimos al sujeto de nuestras prácticas; cómo miramos y desde dónde nos posicionamos para intervenir. Las respuestas que tengamos al respecto (aunque las preguntas nunca hayan sido reflexionadas de forma explícita o consciente) influirán en nuestro desempeño, en la interacción con el resto de los profesionales, con los consultantes y en la representación social que la comunidad se forme sobre nuestro quehacer profesional y el sentido de nuestro rol en la sociedad.

Lo fundamental, entonces, será ir saliendo poco a poco “del aislacionismo aún vigente y abocarnos al trabajo en equipo, sin ‘saberes absolutos’, sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea” (Elichiry, 2009: 7).

## Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia.
- Arnaudo, M.C; Palomo, D; Bugatti, F y López, S. (2012). *Experiencias e investigaciones de los trabajadores de la salud*. Bahía Blanca: Gobierno de Bahía Blanca.
- Barraco, A. (2014). "Salud mental y formación interdisciplinaria: el accionar de las corporaciones médico-psiquiátricas" [en línea] En *Revista Topia*. Recuperado de <<https://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-y-formaci%C3%B3n-interdisciplinaria-accionar-corporaciones-m%C3%A9dico-psiqui%C3%A1tricas>>.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topia.
- Bertolote, J.M. (2008). "Raíces del concepto de Salud Mental" [en línea] En *World Psychiatry*. Recuperado de <<http://www.contener.org/boletin/be2828.pdf>>.
- Bourdieu, P. (1988). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires: Lugar.
- Canguilhem, G. (2004). "La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica". En *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chen, L. (2015). "The Most Profitable Industries". En *Forbes*, 23 de septiembre [en línea] Recuperado de <<https://www.forbes.com/sites/liyanchen/2015/09/23/the-most-profitable-industries-in-2015/#793114776b73>>.
- Cole, M. y Engeström, Y. (1993). "Enfoque histórico-cultural de la cognición distribuida". En G. Salomon (comp.), *Cogniciones distribuidas. Consideraciones psicológicas y educativas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- De Lellis, M. (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Nuevos Tiempos.

- Díaz, A. y Ramírez, R. (2017). “Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria”. En Fernández Castrillo, B. (comp.), *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* [en prensa]. Montevideo: Psicolibros Universitarios.
- Elichiry, N. (2009). “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. En *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial.
- Elorza, M; Moscoso, N. y Lago, F. (2017). “Delimitación conceptual de la atención primaria de salud”. En *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (3), s/p.
- Engeström, Y. (1996). “Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica”. En S. Chaiklin & J. Lave (comps.). *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (2000). “Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work”. En *Ergonomics*, 43 (7), pp. 960-974.
- Engeström, Y. y Kerosuo, H. (2007). “From workplace learning to inter-organizational learning and back: the contribution of activity theory”. En *Journal of Workplace Learning*, 19 (6), pp.336-342.
- Foucault, M. (2008). *La vida de los Hombres Infames*. La Plata: Altamira.
- Huber, M; Knottnerus, J. A. y Green, L. (2011) “How should we define health?” [en línea] DOI <<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>>.
- Leontiev, A. (1981). *Problems of the development of the mind*. Moscu: Progress.
- Menéndez, E. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Morales, F.; Moya, M.; Gavidia, E. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. Buenos Aires: Mc Graw Hill.
- Perrota, G. (2014). “El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud”. En *Cuerpo y Subjetividad*. S/d: AASM.
- Rodríguez Salgado, C. M. (1996). *Salud-Enfermedad* (Publicación interna). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Carrera Post Grado Especialización en Bioética, Grupo de Investigación “Consentimiento Informado” (C.I.R.A).
- Sarriera, J.; Saforcada, E. y Alfaro, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Spinelli, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud”. En *Revista Salud Colectiva*, 6 (3), pp. 275-293.
- Stolkiner, A. (2015). “Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano”. En J. Llambías Wolf (comp.). *La Enfermedad de los Sistemas de Salud-Miradas Críticas y Alternativas*. Santiago de Chile: RIL.
- \_\_\_\_\_ (2017). “El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud/Salud Mental y la perspectiva de derechos”. En Fernández Castrillo, B. (comp.), *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* [en prensa]. Montevideo: Psicolibros Universitarios.
- Warmington, P. y Leadbetter, J. (2013). “Expansive learning, expansive labour”. En Daniels, H., Edwards, A., Engeström, Y., Gallagher, T. y Luvdigsen, S. (edit.) *Activity Theory in practice*. Abingdon: Routledge.

## **Leyes, decretos y resoluciones**

Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA), *Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud*

Mental [en línea] Recuperado de

<[http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/201511\\_lineamientos-mejora-formación-profesionales-en-salud-mental.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/201511_lineamientos-mejora-formación-profesionales-en-salud-mental.pdf)>

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (Ley 26657)

Organización Mundial de la Salud. (1978). "Atención Primaria de la Salud". *Informe*

de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria Alma Ata. Ginebra: Autor.

\_\_\_\_\_ (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-*

*2020*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la Atención Primaria en las Américas* [en línea] Recuperado de

<[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/renovacion\\_aps\\_americas.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/renovacion_aps_americas.pdf)>

\_\_\_\_\_ (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre*

*Salud Mental*. Washington: OPS.

\_\_\_\_\_ (2018). *Atención Primaria de la Salud*. s/d.

## Acerca de los autores

Breve síntesis CV

Licenciada en psicología Ramiro Garzaniti.

**Ramiro Garzaniti** es licenciado y profesor en Psicología egresado de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Además, es becario doctoral CEREN/CIC bajo la dirección del Dr. Enrique Saforcada, la Dr. Verónica Zabaleta y el Mg. Javier Santos. También cumple tareas como ayudante diplomado de la cátedra de Estadística Aplicada a la Psicología de la Facultad de Psicología (UNLP).

**Paula Mercedes Romero** es licenciada en Psicología egresada de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) y especializada en el área de la salud comunitaria (Universidad René Favaloro). Desde el 2015, es becaria doctoral por la Comisión de Investigaciones Científicas bonaerense y cumple funciones en un grupo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, denominado “Ética, lenguaje y epistemología”. Desde el 2016, además, se desempeña como docente en la cátedra de Psicología Jurídica de la Facultad de Psicología (UNMDP).