



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA PSICOLOGIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Institución donde se realizó la Práctica: Hospital Carlos Ratti a. p. Ingeniero Huergo,

Provincia de Río Negro.

Alumna: Vila, María Eugenia

Leg: 106560

Responsable de la PSO: Mg. Claudia Baffo

Supervisor de Prácticas: Fernando Aguilar Bascopé



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA PSICOLOGIA

PRACTICA EN PSICOLOGIA COMUNITARIA

“visitas domiciliarias y sus efectos”

"...en plena moda del desencanto, cuando el desencanto se ha convertido en artículo de consumo masivo y universal nosotros seguimos creyendo en los asombrosos poderes del abrazo humano"

Eduardo Galeano.

Índice

Introducción.....	5
Reseña histórica del Hospital área programa.....	7
Presentación descriptiva de la Experiencia Práctica Integral.....	13
Delimitación y Fundamentación del problema seleccionado en el contexto de la PSO...	16
Objetivos.....	20
Análisis e interpretación del problema en el marco de la PSO.....	21
Conclusiones.....	34
Comentarios Finales, Agradecimientos, Implicancia personal.....	36
Bibliografía.....	38
Anexo.....	41

INTRODUCCION

Este escrito propone un análisis de lo que son las *“visitas domiciliarias”* como instrumentos del modelo de trabajo de salud mental comunitario, a partir de la experiencia realizada en el Hospital General Carlos Ratti, Ingeniero Huergo, Rio Negro, donde se desarrolla en el marco de las practicas supervisadas de la orientación comunitaria (PSO).

Dichas prácticas se encuadran en el quinto año de la carrera de Psicología, dentro del ciclo superior, siendo su eje de formación en intervenciones profesionales, con orientación comunitaria. Esto supone que se adquieran herramientas prácticas-metodológicas vinculadas al rol profesional en la participación de los procesos de intervención en las distintas áreas a explorar. La propuesta se apoya en la existencia de convenios macro entre la Universidad Nacional del Comahue y los Ministerios de Salud de la provincia del Neuquén y Rio Negro. Las prácticas consiste en regímenes diferentes: una jornada de 16 hs semanales, durante 8 semanas; una segunda jornada de 12 hs semanales, durante 10 semanas y media; la tercera alternativa es de 3 jornadas de 18 hs semanales, durante 7 semanas y media; y por ultimo una jornada intensiva de 8hs durante el transcurso de 15 días (tres semanas). La modalidad de las prácticas elegida fue en relación a esta última, de elección intensiva, en el alto valle de la zona este.

El siguiente desarrollo de trabajo integrador final (TIF) se centra en el objetivo general de conocer el campo de trabajo de la salud mental comunitaria acerca del contexto sanitario regional y transitar los diferentes recursos y estrategias en las intervenciones comunitarias,

para luego conocer el recurso de las visitas domiciliarias a partir del planteamiento de la problematización. Enfocando en los efectos que genera este dispositivo en ese encuentro con el otro en la vida cotidiana, en que se entiende y comprende los tratamientos, considerando su efectividad terapéutica. Para llevar a cabo este análisis de trabajo se indagará en el campo de trabajo de la salud mental comunitaria, con la importancia del área programa del hospital para entender que se entiende por trabajo en un hospital, reemplazando la vieja idea del hospital general, centrada en actividades dentro del edificio. Dicho abordaje surge en el marco de la ley provincial N° 2.240 desde 1991 y en el marco de la ley Nacional N°26.657 desde su sanción en el 2010, de aquellas personas con sufrimiento mental. Se pretende como instrumento técnico del servicio hospitalario de la salud mental comunitaria y como dispositivo de la inclusión social inferir los efectos de este fenómeno en cada nueva situación.

Para lograr esta propuesta primero presentare una pequeña reseña histórica del Hospital General Carlos Ratti, área Programa Ingeniero Huergo, luego continuar con la experiencia personal de la practica en el servicio de salud del hospital y así mismo arribar a la problematización y delimitación de la temática elegida, en este caso, como lo situé más arriba “las visitas domiciliarias” para dar cuenta del recurso privilegiado que da cuenta el modelo comunitario rionegrino. Finalmente se iniciara el análisis e interpretación del tema abarcando el campo de la salud mental comunitaria para mostrar sus recursos y actividades; sumando sus respectivas conclusiones o reflexiones finales dentro del marco las PSO.

RESEÑA HISTÓRICO DEL HOSPITAL AREA PROGRAMA

INGENIERO HUERGO DR. CARLOS RATTI

Desde la oportunidad del eje de formación de las prácticas comunitarias se considera fundamental recuperar la historia de los diferentes actores e institución de la región.

La Provincia de Río Negro está dividida en cinco zonas sanitarias cuyos hospitales de cabecera de cada zona son: General Roca (primera zona sanitaria - Este), Cipolletti (primera zona sanitaria- Oeste), Choele Choel (segunda zona sanitaria), Viedma (tercera zona), Bariloche (cuarta zona). Ingeniero Jacobacci (quinta zona). El territorio de Cada Zona Sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos y Área Programa de cada hospital o centros de salud responsables del brindar los Servicios de Salud (*ver Figura N°1*).

La institución pertenece a la red de hospitales públicos de la provincia de Río Negro, de complejidad III, es decir, de baja complejidad. En cuanto a este nivel de complejidad, debe entenderse que, en términos generales, los hospitales de Baja Complejidad (Nivel III) ofrecen Atención Médica Indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en Medicina General¹. Su área programática incluye las localidades de

¹ Las características de los establecimientos se clasifican según las pautas nacionales de la “Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por niveles de complejidad” (Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, 1969). Esta normativa define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y, por ende el grado de diferenciación de sus servicios.

Ingeniero Huergo y Manique con un total de 13.000 habitantes. Se encuentra en el alto valle este, de características rurales y semirurales con el desarrollo de la fruticultura como principal sustento (*ver figura N°2*).

Partiendo del año 1946 en la comunidad de Ingeniero Huergo nace el Hospital Rural, ante la necesidad que se vivía de generar un espacio para brindar servicio de salud. Este hospital en ese momento fue construido con fondos de sueldos renunciados de militares y marinos que desempeñaban cargos públicos en el gobierno que conllevó a su habilitación en el año 1951.

El primer director en su desempeño fue el Dr. Elias Smirnoff, quien dependía del hospital de la localidad de Allen. Le sucedió el Dr. Carlos Ratti en el año 1953 que residía en la localidad y que en su actualidad lleva en su honor su nombre. Entre el año 1960 y 1966 comenzó a tener administración propia y se construyó la casa anexa al hospital, que hoy funciona como dirección hospitalaria.

En los posteriores años (1969-1977), El hospital se favorece de la llegada de red de gas y por otro lado se realiza por primera vez el curso de auxiliar de enfermería, dada la necesidad que se requería solo tres agentes comienzan sus tareas en los distintos sectores. Se abre y da comienzo al servicio en salud mental dando lugar a cuatro salas de pacientes psiquiátricos, consecuentemente este servicio se cierra en 1985.

En el 2005 se dicta desde el ministerio de salud el segundo curso de auxiliares de enfermería. Por este motivo es necesario destacar que el hospital es considerado "*Hospital*

escuela”, dando la oportunidad a distintas disciplinas de sus pasantías como: enfermería, técnicos en rayos X, laboratorios de análisis clínicos, médicos, psicólogos y servicio social.

En agosto del 2009 se inician las actividades de “consejería integral del adolescente”, en las instalaciones de la vivienda en calle Adolfo Saiz al 341.

Un dato a destacar es que antes de iniciarse la reforma provincial el Hospital Ingeniero Huergo era una de las dos instituciones rionegrinas en las cuales se realizaban internaciones desde una lógica manicomial, es decir se trataba de un hospital general pero que funcionaba comuna institución total.

En la actualidad y asumiendo en el año 2014 el director José María Lofiego. Se brinda atención con 103 agentes y residentes que abarca el área incluyendo a la vecina localidad de Mainque, incrementando la atención y favoreciendo así la población urbana y rural. Ofreciendo servicio de clínica médica, pediatría, salud mental, odontología, cardiología, gineco-obstetricia , laboratorios de análisis clínicos, servicio social, rayos X y enfermería en sus tres niveles, atendiendo los puestos de B° costas, B° bardas, escuela N°43, B° Santa lucia, Ceferino y escuela N°225 de Mainque.

EL área de salud mental en la actualidad la actividad se encuadra en el programa promoción y protección de la salud a partir de considerarse la APS (Atención primaria de la salud, 1981) como puerta de entrada a un sistema donde tiene el objetivo de limitar “áreas programa” como primera medida de regionalización y las acciones de la APS bajo la responsabilidad de los establecimientos.

El diagrama de sus actividades recorre una variedad en el servicio de salud: entre ellas reunión de equipo, pase de sala; posta sanitaria en barrios de bardas, reuniones con otros

sectores como consejería y el CONYA; vistas domiciliarias, talleres, entrevista de admisión y tratamiento llevado a cabo por trabajadores de salud de diferentes áreas. Este servicio se constituye por un equipo de salud que incluye: al jefe de servicio (llevado a cabo por un psicólogo); 1 trabajador social, 1 psicólogo, 1 psiquiatra y la incorporación de residentes (4 en total: dos trabajadores sociales y dos psicólogas); por otro lado el hospital cuenta con un espacio de servicio social donde se abordan en conjunto o por separado dichas actividades.

PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA

INTEGRAL

El registro de las actividades del servicio de salud mental comunitaria son las siguientes:

Reunión de Equipo

Estas reuniones se llevan a cabo semanalmente en el inicio del día, donde se trata de promover la prevención y la solidaridad. En estas reuniones se elaboran las estrategias terapéuticas que se llevaran a cabo a la hora de iniciar el caso, quienes serán los profesionales de salud que retomaran dicho casos, esto no necesariamente son los mismos trabajadores de salud que toman la demanda por primera vez. Se analiza la marcha del servicio y se informara a todos los presentes los sucesos más significativos. Por otro lado, se informa de las guardias del fin semana o en su caso las urgencias, las situaciones que se vivencian por parte del equipo.

Pase de sala

Se trata del sector de internación que tiene el objetivo de informar los casos de internación, como se va evolucionando y las impresiones de los trabajadores de salud (enfermeros, trabajador social) de la situación que se vive en ese momento o de lo ocurrido. Desde la actualidad persiste una manera de trabajar interdisciplinariamente, donde se intenta discutir las condiciones de los usuarios en salud mental en el ámbito del hospital. El sector de internación cuenta con veinte camas- en siete habitaciones- divididas en cuatro

sectores: hombres, mujeres, maternidad y pediatría. No se diferencia un sector exclusivo para internaciones de salud mental. Al carecer de recursos médicos tecnológicos de mayor complejidad, los casos que requieren mayor atención son derivados a hospitales vecinos de mayor complejidad.

Posta sanitaria Bardas y Ceferino

Consiste en un centro comunitario ubicado en el barrio las bardas. Este barrio se halla sobre la barda, nombre que se designa el área elevada a continuación del valle de irrigación del río negro, y se encuentra 3km al norte de Ingeniero Luis A. Huergo, del cual que depende administrativamente.

Los trabajadores de salud mental que concurren al lugar son psicóloga, agente sanitario, trabajadora social, médica y enfermera. Las actividades consisten por un lado en la revisión médica, seguimiento de las familias que se acercan a ser atendidas, y entrega de algunos medicamentos y por otro lado se establece encuentros de diálogos para poder saber cómo se encuentran, que es lo más significativo y lo más emergente que puede surgir y realizar visitas domiciliarias.

En esta zona se ubica a su alrededor el cementerio, una cancha. Los trabajadores de salud mental inician sus actividades los días martes en el centro comunitario. Este centro no solo lo utilizan los trabajadores y el servicio de salud mental del hospital, sino también funciona como centro cultural, donde el grupo Ecos ofrece la actividad de baile y por otro lado hacen de su uso la iglesia como comedor.

Con respecto al barrio Ceferino, ubicado en una zona rural donde viven varias familias se llevó a cabo visitas domiciliarias, donde previamente se había acordado poder visitar a

ciertas familias que hacía tiempo no se sabía nada de su situación. Luego de escuchar y evaluar la situación en conjunto de cada caso se acuerda poder indagar un poco más en la medicación en la situación que lo requiera y así mismo realizar una interconsulta con los profesionales del equipo de salud mental del servicio.

REUNION DEL CONYA

Consejo de niños y adolescentes. Seguimiento de manera intersectorial. Coparticipación de promoción familiar y con la participación del ETAP. En este espacio se presentan casos de situaciones alarmantes que tienen como protagonista a niños y adolescentes, tanto como a su contexto familiar.

Reunión de consejería

Esta área de consejería se realiza en la casita que funciona como sede del hospital para realizar diversas actividades. En este espacio tiene como objetivo trabajar y abordar en conjunto con los diferentes profesionales las situaciones que más comprometen en la comunidad, y a su vez generar concienciación y promoción. En las Reuniones se propuso trabajar en las escuelas para ayudar a toda la población ya sea para los alumnos o de personas ajenas a dicho establecimiento en situaciones emergentes. Se planificó el proyecto para comenzar con la apertura en las escuelas para después del receso invernal. En los siguientes encuentros se recolectó información, con folletería para la entrega a la jóvenes a manera de información y preventiva. Este proyecto emana de la solicitud de un espacio en cada escuela de Huergo para llevar a cabo la presentación y que los propios jóvenes tengan acceso directo. En la casita también se propuso utilizar el mismo espacio para los otros momentos fuera del horario escolar.

Taller Radio-Teatro:

Este taller se lleva a cabo en el centro re-creativo Juan mellado. Estos talleres son abiertos y gratuitos a toda la comunidad. En este centro también se realizan otros talleres como tejido, taller de alimentación, de cosméticos naturales, y por último taller de reciclado y manualidades. Esta idea surge de una experiencia previa de las personas que lo llevan a cabo (usuarios y residentes), donde se trata de generar un espacio de encuentro y rencuentro de la comunicación promoviendo la inclusión social. Este taller se lleva a cabo un día a la semana.

Taller de Estimulación Temprana

La participación del taller se plantea trabajar con mujeres que son mamás o embarazadas donde se generan los espacios propicios para estimularlas, donde este encuentro permite sociabilización y realizar el seguimiento de control sano. Los integrantes de este espacio están compuesto por pediatra, trabajadoras sociales, enfermeras y agentes sanitarios y la participación especial de docentes.

Consultorio y Admisiones

La admisión como acto de incluir a los usuarios en algún proceso asistencial concreto (psicológico, psiquiátrico, de otras profesiones) en tareas terapéuticas.

Las entrevistas con los usuarios eran para realizar el seguimiento pertinente de la medicación y otros por situaciones emergentes como una prohibición de acercamiento según la ley 2040.

En relación al consultorio se trabaja sobre situaciones dolorosas que puede padecer una persona, grupo o comunidad. Por lo tanto como recurso físico esta como atención del profesional que lo requiera.

Visitas domiciliarias

Es un instrumento que sirve para abordar distintas situaciones del campo de salud mental comunitario. Dentro de este dispositivo, las visitas siempre son realizadas en conjunto de profesionales (trabajador social, médico psiquiatra o psicólogo). Las visitas pueden realizarse en situaciones de crisis como ayuda a situaciones que están más relacionadas a lo asistencial, o por otro lado suele pensarse como objetivos relacionados con la promoción u inclusión social.

En esas visitas se valoraban sobre el seguimiento de su tratamiento y también de su situación emocional de ese momento, como se sentía esa persona, evaluar su contexto, situación familiar, o alguna entrega, o aplicación de medicamentos.

DELIMITACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

SELECCIONADO EN EL CONTEXTO DE LA PSO

El recorrido de la experiencia de la práctica de la PSO me llevo a conocer en su amplia manera de trabajo sus diferentes actividades o modalidades de trabajo del servicio, permitiendo a su vez el acercamiento a la comunidad de la región.

Así mismo enfrentarme con el saber- hacer de la desmanicomializacion, me posiciono desde los enfoques teóricos que remite a la psicología comunitaria para dar cuenta desde que lugar poder ir entretejiendo este proceso del campo comunitario.

En razón de saber el papel que empeña la psicología comunitaria en el campo de salud comunitaria y la práctica misma de la PSO es considerada desde el marco de la reforma de salud mental de la provincia de Rio Negro (SM) de la implementación de la Ley Provincial N°2.440, Y en consideración de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Como principio general, ambas leyes promueven un sistema de salud que garantice la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con padecimiento mental. En el marco de la presente Ley Nacional define a la salud mental en el artículo 3° como: *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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. Esta definición expresa la dimensión social–histórica, y la influencia a la hora de reflexionar sobre el proceso de salud-enfermedad de la persona”*.

Por eso, considero que resultara significativo situar Maritza Montero para apelar a la psicología comunitaria como una práctica transformadora, enfrentada en situación, con una pluralidad de fuentes teóricas, donde las propuestas que se hacía partía de los aspectos positivos y de los recursos de esas comunidades, buscando su desarrollo y su fortalecimiento, y centrando en ellos el origen de la acción. Los miembros de dichas comunidades dejaban de ser considerados como sujetos pasivos (sujetados) de la actividad de los psicólogos, para ser vistos como actores sociales, constructores de su realidad (Montero, 1982, 1984a).

Por lo tanto, no se deja de pensar desde la complejidad misma que conlleva la implicancia en lo que refiere al servicio de salud. Esta complejidad requieren de la propia interdisciplina para poder construir un equipo de trabajo, que permita la convergencia, complementarse y articularse de diferentes dominios disciplinares. Esta interdisciplina va generar relaciones donde prima el dialogo y un esfuerzo de cooperación.

Considerando los múltiples dispositivos de intervención comunitaria en el campo de salud mental es necesario ubicar como instrumento terapéutico las visitas domiciliarias. Este dispositivo de intervención tiene gran importancia por su funcionamiento ya que se considera que esta al servicio de la producción, del deseo, de la vida, de lo nuevo.

De esta manera mi propuesta se condice en el desafío de mi recorrido de conocer en el campo comunitario, y así mismo transitar los diferentes recursos. Esto accede a presentar los diversos interrogantes que direccionaron a tomar como tema *“las visitas domiciliarias y sus efectos”* como recurso del campo comunitario del servicio de salud mental.

De esta manera pensando en lo que ocurría en las distintos encuentros con el otro, donde se expresaban, e intervenían en la toma de decisiones y en la participación de la elaboración de las estrategias a seguir con efectos de involucración real y concreta de las personas es que emergen mis sucesivas preguntas: *¿de qué hablamos cuando nos referimos a visitas domiciliarias?; ¿La visita domiciliaria como parte de estrategias comunitaria se puede pensar como fines parciales, o también se puede alcanzar como finalidad de inclusión social?; ¿qué efectividad puede tener en los espacios de las cotidianidad de cada usuario?; por ultimo ¿este recurso genera cierto empoderamiento que permite una mayor participación en el compromiso de los usuarios en relación a su tratamiento?, ¿Qué tipo de circularidad le damos al poder en una visita domiciliaria?*

Estas aproximaciones me va permitir desde el campo de la salud mental y desde una perspectiva diversa plantear los marcos teóricos conceptuales pertinentes. Para poder elaborar y desarrollar estos enigmas nos encontramos con autores que han sido reconocidos por estar implicados en el proceso del modelo rionegrino.

Concretando un posible camino la visita domiciliaria no era pensada como un solo cambio de escenario o traslado geográfico, sino un giro actitudinal. En otras palabras, acudir en ayuda de quien necesita, ir hacia el otro. Esto permite no solo querer las personas tiene derechos a ser atendidas en el propio territorio, sino en la propia casa, si fuera necesario. Esto conlleva a un aumento considerable de la efectividad terapéutica (Cohen y Natella 2013).

Por su parte Schiappa Pietra afirma en el modelo rionegrino de *desmanicomialización* no debe restringirse al ámbito hospitalario, sino que la influencia curativa se puede aplicar a cualquier lugar del territorio. Las visitas como ejemplo destacado y como un instrumento

muy valioso para su cotidianidad y sin apelar al poder indiscutido que da el rol profesional o técnico en los espacios tradicionales.

En síntesis, el sentido de esta propuesta a partir de mi experiencia personal es dar a conocer lo que ocurre en las visitas, reconociendo al otro, de ver al otro y ser mirado por los otros, esto es una forma de entender los valores en relación con las personas y el efecto de empoderamiento que enlaza este recurso.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer el campo de trabajo de la salud mental comunitaria acerca del contexto sanitario regional y transitar los diferentes recursos y estrategias en las intervenciones comunitarias.

Objetivo específicos:

- Indagar sobre el dispositivo de visita domiciliaria como intervención comunitaria.
- Establecer las posibles modalidades de visitas domiciliarias ya sea como intervención parcial o en crisis, o como inclusión social.
- Reflexionar sobre los efectos que pueden generar en los espacios de la cotidianidad.
- Averiguar sobre el empoderamiento que permite una mayor participación en relación a su relación a su tratamiento.
- Conocer la circularidad del poder que se pone en juego en el instrumento de la visita domiciliaria, si es un poder que puede ser usado para desprender el encuentro con la subjetividad.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL PROBLEMA EN EL MARCO DE

LA PSO

El campo de salud mental comunitaria (SMC), implica un modelo donde la vida y los tratamientos es llevado sin manicomios, esto se considera un campo novedoso que se lograron por las diferentes formas de pensar y abordar la locura en sus perspectivas diferentes.

Este campo novedoso conlleva a abordarlo desde un pensamiento complejo que nos permite comprender y explicar lo que ocurre alrededor nuestro y en nosotros. Tratándose de un enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones (Morín, 1994).

Se propone plantear lo que significa o por lo que se entiende a la Psicología Comunitaria siguiendo a la autora Maritza Montero y a los que plantean la mayoría de los autores como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad. Esta definición supone el rol activo de la comunidad, su participación. Esta es considerada una práctica transformadora con una pluralidad de fuentes teóricas, donde los sujetos dejaban de ser sujetos pasivos (sujetados) para pasar a hacer constructores de su propia realidad.

La institución “Hospital Área Programa Ingeniero Huergo Dr. Carlos Ratti” abocado al servicio de salud mental trabaja desde un enfoque comunitario. El servicio de salud trabaja con una población de derechos y necesidades diferentes al modo de fines de exclusión² o a finalidades reparativas del hospital general. Este tipo de hospital en mayor o menor grado tiende a la autogestión comunitaria a partir de la inclusión social de los sujetos.

² En Rio Negro le correspondería las experiencias de la Colonia de Ingeniero Jacobacci y la del servicio de Allen.

En primer lugar quiero referirme a la particularidad de mi experiencia y mostrar que en esta institución sanitaria abarca toda el área de las comunidades de la zona Ingeniero Huergo y Maique. En el hospital área programa la influencia curativa se puede aplicar en cualquier lugar del territorio (se entiende al lugar donde vive la gente) a diferencia del hospital general donde los profesionales ejercían el poder de su saber en los consultorios y salas de internación (Shiappa Pietra, 2012).

Es por eso que desde los servicios de salud mental en este tipo de hospitales deben realizar trabajos que antes no eran tenidos en cuenta, por eso para poder intervenir es de importancia poder organizar por programas. Estos fijan prioridades y se opera de acuerdo a ellas. También, como el contexto toma importancia en su diagnóstico y tratamiento los trabajos de promoción y prevención ganan un nuevo lugar.

Retomando la reseña histórica es necesario explicar y desarrollar que antes del inicio de dicha reforma provincial el hospital de Huergo realizaba internaciones teniendo en cuenta que era un hospital general. Es decir, que haciendo una aproximación con este dato histórico se podría hablar del concepto de institución Total de Goffman(1996) para diferenciarlo del concepto de integrales en las actividades y dispositivos que se abordan en este campo de lo comunitario.

El concepto de institución total tiende a lo absorbente o a la totalización de la vida del sufriente, es decir, son los invernaderos que transforman a las personas, cada una es un experimento natural que se le puede hacerse al yo (E.Goffman, 2001).

También hay que destacar los aislamientos geográfico, señalado por barreras, ríos, desiertos u otros obstáculos que señala la diferencia y la distancia con el resto de la

comunidad (Franco Pablo, 2003). En nuestro modelo desmanicomializador comunitario tiende a diferencia de este último a la integridad en el abordaje de la situación problemática del sujeto no simplificando sino complejizando el modo de intervención.

En la historia de la salud mental en Rio Negro se puede ver claramente esta evolución de los hospitales, en este caso como hemos presentado al hospital de la zona de la región de Huergo, con la ayuda de la Ley provincial de salud mental permitiendo un enfoque comunitario. Este tipo de hospital es un modelo en continua construcción a través de los tiempos.

La provincia de rio negro fue pionera en la asistencia de personas con sufrimiento mental, desde el nuevo paradigma de la Ley Provincial 2440 (sanitaria y social de personas con sufrimiento mental). Este recorrido de hace dos décadas ha servido como aporte para la nueva ley nacional de salud mental N° 26.657³ donde la participación no solo es el equipo multidisciplinario, sino que de ser posible la familia y/o actores comunitarios. Se priorizará la salud mental dentro del marco de la atención primaria de la salud, desarrollando programas preventivos por medio de equipos interdisciplinarios y se llevaran a cargo intersectorialmente, con la participación de la comunidad a nivel local o regional. Se evita internaciones prolongadas, promoviendo a tratamientos ambulatorios con la involucración de los grupos familiares en la recuperación e integración de los usuarios.

El modelo rionegrino de trabajo de salud mental comunitaria no fue parte de una reforma de algo viejo, sino algo nuevo (Shiappa Pietra, 2012).

³ En argentina, la nueva ley nacional de salud mental fue promulgada a fines del año 2010, ofreciendo un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de la atención primaria de la salud integral.

Desde esta concepción también se dio lugar a un cambio en la expresión de la categoría enfermo mental para pasar hablar de *sufrimiento mental/usuario*. Dada la necesidad de buscar recursos terapéuticos en todas las instituciones de todas las comunidades para alcanzar el amplio objetivo de la inclusión social, la designación de enfermos limita las actuaciones a formas, modos de trato y recursos propios de espacios organizados para la reparación (shiappa Pietra, 2012).

El campo de salud mental puede considerarse amplio, complejo e interdisciplinario e intersectorial, en él se articulan actividades de prevención, asistencia y rehabilitación de los sufrimientos mentales. Pensar lo interdisciplinar en este sentido del trabajo en equipo va permitir la incorporación de los distintos saberes, influyendo en la mirada que se tendrá del problema para luego poder intervenir. Esta mira pasa ser integral y no parcializado del sufrimiento.

La interdisciplina es la construcción de un nuevo conocimiento, de una práctica que permite el acercamiento con los otros sectores de la comunidad. Desde el momento en que el profesional deja ese lugar de saber absoluto y que comienza a compartir con sus técnicas específicas, y comienza a compartir el poder con los demás miembro del equipo y con los usuarios es que se puede pensar y se está trabajando interdisciplinariamente y comunitariamente (M.Paullin Devallis y Arrondo Constanzo, 2005).

Este trabajo o esta manera de hacer comunitario implica un cambio en la posición de los profesionales. Esto conlleva a una mejor participación tanto en las estrategias terapéutica individual como en acciones colectivas. El trabajo en salud mental debe crear condiciones de posibilidad apuntando a un sujeto de derecho. Asimismo la transdisciplina como resultado del éxito de esta práctica y lo interdisciplinar son abordajes teóricos que se

encuentra en permanente construcción, cambio y movimiento (M.Paullin Devallis y Arrondo Constanzo, 2005).

El despliegue del recorrido en mi práctica y en relación de las diversas actividades participativas desde las propuestas a conocer el modo de trabajo comunitario donde siempre prima un encuentro y reencuentro con la comunidad, podemos encontrar múltiples formas o estrategias en acción conjunta. En mi caso pude transitar el trabajo del equipo del servicio de salud pudiendo dar cuenta de este posicionamiento del modelo desmanicomializador comunitario tendiendo a la integridad en el abordaje de cada situación de la comunidad.

En el modo de trabajo de servicio de salud rionegrino se tiende a una horizontalidad de los profesionales donde se respeta tanto las especificidades como las inespecificidades, dado que hay tareas en el campo de la salud mental (SM) que no sería específica de ninguna disciplina (Sciappa Pietra, 1993).

Franco Basaglia combatió con dureza la rigidez de la especialización en los servicios de salud mental. Su equipo demostró que junto con el aumento del saber del especialista vendría siempre el monopolio del conocimiento, o el argumento de la autoridad y lo más nocivo aun, la fragmentación del proceso terapéutico según la lógica ajena de las necesidades de los enfermos (Basaglia, 1985). De esta manera se puede pensar en dos maneras o modelos polares para la organización de los procesos de trabajo de salud.

Por un lado, en contextos más tradicionales u organizaciones más jerarquizadas, se observa una agregación vertical, donde hay una profunda desarticulación entre las diversas líneas de trabajo. En otro extremo tenemos hay experiencias de horizontalidad de los organigramas, con una distribución más homogénea de poder. De esta manera la responsabilidad de los proyectos terapéuticos sería siempre colectiva.

Desde la práctica del proceso de las PSO en el campo de salud los distintos dispositivos e instrumentos o recursos que cuenta en las intervenciones comunitarias, es necesario tomar el modo reflexión-acción, que consiste en una construcción de las estrategias de conocer al sujeto con su sufrimiento. Esto va permitir posicionarse y tomar los recursos de las propias herramientas que nos aportan nuestras posiciones teóricas (Sciappa Pietra, 2003).

Si bien las estrategias pueden ser múltiples, el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos en el campo de las prácticas en promoción de salud mental. Esta apertura nos permite situarnos en las actividades del servicio de salud mental del hospital ingeniero Huergo. Es necesaria remarcar que fue posible transitar la mayoría de las actividades sanitarias y reconocer los recursos terapéuticos que disponen como labor de la desmanicomialización.

Me lleva a situar la estrategia terapéutica como un plan de intervenciones, donde fue el conjunto de instrumentos y recursos terapéuticos para dar respuesta de mayor efectividad y eficiencia al sufrimiento de cada persona. Esto significa también que no hay recursos más importantes que otros, la preponderancia de cada uno depende de cada situación, momento y requerimiento (H.Cohen y G. Natella, 2003).

Los recursos terapéuticos cobran importancia y efectividad en la medida de su interacción y diversidad de acuerdo con las necesidades que se planteen por la persona (H.Cohen y G. Natella, 2003). De esta manera la experiencia de mi proceso por ejemplo me situo a preguntarme sobre ciertos interrogantes de unos de los recursos privilegiados como instrumento muy valioso en la forma de hacer tratamiento en la cotidianidad. A efectos de estar presente en las distintas visitas realizadas me acerco a la posibilidad de observar y

sentir que ser reconocido y valorado por alguien que actúa dotaba de una importancia de este instrumento como lo es “las visitas domiciliarias”.

La visita domiciliaria constituye por sí misma un instrumento terapéutico. Es un ejemplo de intervención descentralizada del hospital o consultorio, que se implementa por diferentes motivos y necesidades ((H.Cohen y G. Natella, 2003).

Ante el objetivo planteado sobre a qué fines se aplicaba estas visitas, es decir a fines parciales o a fines de inclusión social se abordan que dentro de los servicios las visitas podían surgir a modo de urgencias o situaciones de crisis. Pero si bien ante estas situaciones a fines asistenciales según pensada la demanda o la situación particular de cada persona o familia no debe quedar solamente en lo asistencial, sino que se cree que quedaría a destinarse esta modalidad para alcanzar objetivos que tengan que ver con la promoción social o en relación de la inclusión social(Schiappa Pietra,2008).

En la participación de las visitas domiciliarias fue sorpréndete observar lo que ocurre: en primer lugar hay que decir que las visitas que son pautadas para su encuentro con el profesional de la salud con el objetivo de realizar algún seguimiento o en su caso saber sobre su estado actual o si surgió algún acontecimiento, el usuario da cuenta de nuestra llegada, es decir, denota que nuestra visita sea lo esperado.

Por otro lado, las situaciones que son consideradas atenderlas en el domicilio que en el propio hospital. A raíz de esto podríamos acercarnos y preguntarnos por qué sería conveniente atender las crisis en los domicilios.

Cuando no requiere de reparar algún daño físico o recomponer en el funcionamiento de algún órgano que requiere de equipamiento, puede ser el mejor ámbito su medio social-familiar, su casa, su barrio.

También la mayoría de las medidas o control de medicamentos pueden aplicarse fuera de la guardia médica, siempre y cuando no se presinde de riesgos potenciales que deberán ser atendido en lugares adecuados.

Un ejemplo de esto es... en unas de las visitas donde el usuario nos manifestó nuestra espera.... Su alegría, y esa necesidad de charlar dejo en claro que estos espacios son necesarios para realizar intercambios....

De las mayorías de la visitas se podía inferir que ya había un proceso de familiaridad entre ambos. Por eso se puede decir que la mejor visita es aquella en la que el visitante es conocido (Schiappa Pietra, 2012). Para alcanzar estos reconocimientos se deben haber vencidos las resistencias que surgen en un comienzo.

Así de esta manera uno puede en el momento que uno llega a un domicilio, se deben atender el pedido de permiso y la concesión del otro para entrar. De no ocurrir esto no corresponde hablar de visita domiciliaria y a partir de esto evaluar si obra en una atención institucional o realiza una entrevista pautada, o si debe irse (Schipa Pietra, 20012).

Antes de asumir roles y funciones es necesario sentir vinculaciones de persona a persona, ya que lo desconocido puede inferirse que entre las primeras cosas que ocurren en una visita esta el fenómeno de ver al otro y ser mirado por el en nuestra mismidad ((Schipa Pietra, 20012).

Siguiendo el mismo hilo del autor Sciappa Pietra, la visita se nos aparece como una situación de encuentro donde se busca minimizar la instalación de prevenciones o reparos conductuales. Esta capacidad de familiarizar da la posibilidad de comprender en su vida cotidiana al grupo que visita.

La institucionalización de las visitas es necesaria para alcanzar los fines particulares que se hayan previamente planteado que iniciara los procesos de intercambio con intenciones de ayuda. Se delimitaran nuevos espacios de intercambio según las necesidades que se visualicen. Con los mismos fines que traemos como visitantes, se introduce lo extraño en la visitas, pero estamos autorizados a transitar al acreditarnos digno.

Todo esto permite que a diferencia de un acto asistencial realizado en domicilio, en las visitas domiciliarias se puede acceder al propio potencial curativo del usuario. Al tratarse de inclusión social es elemento imprescindible para alcanzar el fin. Es decir, el fin de inclusión social, de encontrar un lugar en el mundo, no se logra si el sufriente no siente que es su práctica lo que determina su bienestar.

Esto indica algo posible ya que en el accionar de una de las visitas realizadas a modo de una intervención en situación de crisis en una familia se llegó a visualizar que ellos mismo eran un recurso terapéutico ya que se basaban en el apoyo a la persona en crisis. Esto se entiende que es necesario para recuperar su bienestar o establecer un mejor equilibrio emocional en relación al ámbito familiar por un lado, y por otro a la persona con sufrimiento.

Se intentó informar para poder manejarse mejor con una persona enferma para continuar con una vida cotidiana donde lo fundamental fue ante la llegada de la visita trabajar sobre

una base de apoyo para atravesar las crisis de toda la familia. Se alojó sus inquietudes, sus sufrimientos, se reconoció sus derechos, para poder instalar un vínculo positivo para con la persona que sufre. Esto condujo a disminuir las ansiedades, las preocupaciones y las disfuncionalidades que se generaban entorno a lo familiar.

A modo de conocer las intervenciones de las visitas podríamos acercarnos a posibles efectos sobre la comunidad donde se lleva a cabo (H.Cohen y G.Natella, 2013).

- Donde se propiciaría una mayor comprensión de la situación por el equipo de salud mental, al ver y sentir donde se originaba y desarrollara la crisis, contribuyendo al diseño de un diagnóstico situacional.
- El conocimiento y la vinculación con otros referentes, como vecinos e instituciones del entorno, posibilitando el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo;
- La consolidación del vínculo entre usuario, la familia y equipo de salud, cuya visita promueve la construcción de una relación más cercana y simétrica, lo que notaba la adherencia al tratamiento;
- El aumento de la autoestima del usuario y del grupo familiar que valorizaban la visita del equipo terapéutico.

De manera particular esta experiencia se desprende que desde la teoría comunitaria se manifiestan en relación al trato habitual que tienen los trabajadores de la salud para con los usuarios, se pasa de persona a persona eliminando el trato despersonalizado, abriendo camino a un reconocimiento y empoderamiento del otro ya que en esta situación se reflejó las emociones y sentimientos agradables.

Una de las características de las organizaciones contemporánea es haber eliminado el reconocimiento del otro como ser singular. Por eso Susana Onocko Campos plantea que en la medida que los profesionales conozcan mejor a sus pacientes y estos a los técnicos, es posible crear un grado de confianza, esto permite que los mismos usuarios se autorizan a preguntar más y a participar de su propio tratamiento dejando de ser la respuestas de los profesionales estereotipadas. De la misma manera, a partir de que el propio usuario tiene nombre, cara e historia, la implicación del sujeto mejora, se produce un efecto desalienante y aumenta el compromiso de los pacientes en relación a su tratamiento.

Circularidad del poder en una intervención,

Las relaciones no pueden existir en tanto si no hay otra persona. Por eso tomar este modo particular de relación, o este modo de vincularse con otro ser. Las relaciones no son objetos, ni productos, esto plantea las diferentes disparidades que se pueden encontrar en una comunidad. La necesidad de llegar a la comunidad es lo va permitir construir un dialogo donde se puedan sentir las necesidades sentidas por la propia comunidad. Este dialogo es importante poder reconocerlo ya que se toma al otro como actor.

Esto significa que el lugar del poder y el control deberá residir en dejar de reproducir relaciones de poder asimétricas, basadas en el paralelismo, el clientelismo, o de agentes externos, y la pasividad de los agentes internos. Esto no refiere a pensar que los trabajadores o profesionales de la salud puedan perder sus propias voces, lo que se podría aludir a que juntos los agentes externos e internos construirán un conocimiento nuevo y diferente.

Es cierto que el poder se desprende del saber y también que expresa influencia sobre las personas en los espacios institucionales. Este poder se siente, se percibe en estas relaciones humanas.

Concebida la realidad misma como sistema complejo, donde el pensamiento no es capaz de dar respuestas, sino un pensamiento donde siempre estará presente la dificultad, y la complejidad implica búsqueda permanente de una totalidad que se sabe que es inalcanzable, por eso se trata más de un desafío abiertos a intercambios (Morín, 1997).

A la hora de situar el recurso de las visitas domiciliarias me halle a pensar que pasaba en la intervención cuando el poder se desprendía de este encuentro con el otro. Si bien más arriba dimos cuenta de lo que generaba en su acción práctica, es posible percibir que el poder puede tener cierta circularidad que puede ser muy bien empleado como fin o por lo contrario diversas pugnas o conflictos que se pueden encontrar en nuestra comunidades.

Cuando dos personas se encuentran se opera este tipo de influencias mutuas, de modo que se estaría dando una pugna por el poder: un fenómeno comunitario (Sciapa Pietra, 2008,pag. 159)

Los profesionales de la salud solemos atribuirles el poder, en especial a los médicos ya que se observa desenvolverse en las comunidades con prestigio y reconocimiento. Esto resulta considerable ya que son los encargados de ayudar a las personas. Por eso mismo la circularidad del poder llegado a un destino de dominación pueden llegar a desvirtuar los genuinos tratamientos que tienden a la inclusión social.

Así, la redistribución del saber y el poder es totalmente necesaria entre los equipo de trabajo de todos los servicios de salud, los usuarios, familia, involucrando los espacios

institucionales a la población, la socialización de los conocimientos, el propio dialogo. El trabajo con la familia está orientado a modificar las situaciones que pudieran ser productoras de sufrimiento (Faraone, 2004). Se desea una participación conjunta en la toma de decisiones en las instituciones y en las propias políticas de salud mental.

Cualquier institución, persiguen el fin primario de hacer que las personas ocupen un lugar social, es decir, una mirada hacia un lugar en el mundo.

De modo que en los espacios comunitarios se ejerce el dialogo en tratos horizontales, es un canal comunicacional que permite las mutuas influencias y el establecer tratos fluidos va permitir el sentir de la subjetividad. Dejarnos sentir sujetos únicos al que le damos sentido propio.

Para comprender de modo este dispositivo como fin último que es la inclusión social, quien realice una visita domiciliaria no puede dejar de lado ciertas formas de trato. Por otro lado, actuar con familiaridad lleva a inmiscuirse emocionalmente para compartir el estar (Sciappa Pietra, 2012). Las mismas visitas deben estimarse como un procedimiento técnico, con una metodología que incluya reflexión, donde en la participación conjuntas las personas tomen conciencia de sus propias necesidades y las del otro, promoviendo a la elaboración de posibles soluciones y respetando los intereses de todos en la comunidad.

CONCLUSION

El trabajo realizado en el marco de las PSO en el Hospital de la región permitió ingresar al análisis y reflexión sobre el instrumento privilegiado de las visitas domiciliarias como un modo de trabajo rionegrino, es así que el acercamiento a este recurso responde a los interrogantes planteados responde a lo planteado en el inicio del trabajo.

De esta manera el reconocer la importancia del encuentro con el otro en este transitar de las visitas también permite reconocer al otro, de ver al otro y valorar su lugar en el mundo. La mirada de la psicología comunitaria implica incluir el rol activo de la comunidad, es considera una práctica transformadora donde pasan a ser protagonista de su propia realidad.

En el marco de la ley provincial N2440° y l Nacional N°26.657, esta última promulgada en el año 2010 es que se piensa desde un lógica donde se prioriza la salud mental dentro de la atención primaria de la salud, teniendo en cuenta los programas preventivos mediante equipos interdisciplinarios con la participación de la propia comunidad a nivel local regional.

Por lo tanto, a partir de conocer lo que ocurría en estas visitas de la experiencia de mi propio proceso de la práctica es que me pareció importante destacar esta manera de intervenir en la vida cotidiana de las personas, para dar lugar a una manera distinta de sentir y de posicionarse frente a la circunstancias de sufrimiento.

Para esto fue necesario conllevar a profundizar a si se representaba la visitas domiciliarias tanto en sus fines parciales como en situaciones asistenciales o posicionarla como fin de

inclusión social. Asimismo se planteó la efectividad que se visualizaba o que se podría rebasar en la propia cotidianidad.

Los profesionales tienen la oportunidad de introducirse en la vida de las personas familiarizándose y propiciando una mayor comprensión y consolidación de los vínculos, abriendo tratos diferentes y facilitar el empoderamiento de las personas como valiosas e irremplazables.

Por ultimo dar cuenta de la distribución del saber y del poder, entendiendo que es necesaria entre los equipos de trabajo y el usuario mismo, involucrando la institución y la propia comunidad para crear un grado de confianza.

Por otro lado destacar que en la diversidad de estrategias que podemos entrañar es posible también decir que no hay recursos más importantes que otros, la preponderancia de cada uno va depender de la situación, momento y requerimiento de la situación que se esté atravesando.

Para finalizar el éxito de un programa basado en las visitas domiciliarias está basado en el encuentro y en los cambios positivos desarrollados en las propias familia/ u usuarios de la comunidad durante la participación de la intervención, es decir, durante el antes y el después de finalizada la intervención.

.

COMENTARIOS FINALES, AGRADECIMIENTOS, IMPLICANCIA

PERSONAL

Desde lo personal como alumna y como futura profesional tuve la oportunidad de realizar las prácticas supervisadas en el hospital regional de la provincia de rio negro en la que me dio la oportunidad de pasar por una experiencia de trabajo comunitario en el que participe de las numerosas actividades que me acerco a conocer formas de hacer algo posible.

El aprendizaje, la perseverancia, el impulso que me lleva a interrogar estas propias experiencias, estas maneras de sentir y percibir las fuentes de diversas alegrías y también permitir transitar los temores, las incertidumbres que fueron parte de mi propio proceso.

Desde la incumbencia es importante poder recuperar esta manera de trabajo en equipo donde la solidaridad es la base para construir una nueva realidad donde seamos todos.

Desde este lugar y en estas pequeñas palabras mi agradecimiento al equipo de salud del hospital ingeniero huergo que me abrió las puertas no solo de la institucion, sino de algo muy importante que es la comunidad misma donde nos entretejíamos en solamente estar ahí unos con otros.

Creo importante el poder reflexionar sobre los aportes de la psicología comunitaria que aprendí en relación a los que me acompañaron en el día a día, cabe mencionar a todos los

trabajadores del sistema de salud que se esfuerzan en él proceso desmanicomializador y también mencionar a mis profesores que ayudaron con sus aportes y con sus tiempos.

Bibliografía

-Arrondo Costanzo A, Paulin Devallis, M. Equipos de Salud Mental: interdisciplina y transdisciplina. Trabajo presentado en IV Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos organizado por Madres de Plaza de Mayo. 2005.

-Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Cap 4. Buenos Aires: Paidós; 1992 Montero M. Introducción a la psicología comunitaria. Cap 2. ¿Qué es la psicología comunitaria? Cap. 3. El paradigma de la psicología comunitaria y su fundamentación ética y relacional; y Cap. 6. El quehacer comunitario. Buenos Aires: Paidós; 2004.

-Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 26657/10. Ley Nacional de salud mental (online) Sancionada: 25/11/2010. Promulgada 02/12/2010.

-Legislatura de la provincia de Río Negro. Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental (online) Sancionada 11/09/91. Promulgada 03/10/91

-Ussher Margarita M. El Objeto de la Psicología Comunitaria desde el paradigma constructivista. En: Análisis y construcciones teóricas. Revista: Psicología para América Latina. Nro 5, 2006 (Disponible on-line)

-Goffman I. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Parte I: Sobre las características de las instituciones totales. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 2001.

-Campos, GWS. Gestión en Salud. En defensa de la Vida. Capítulos “La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada” y “Salud Pública y Salud Colectiva. Campo y núcleo de saberes y prácticas” Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003, pag 71-84 y pág 163-188

-Costa Rosa A. O Modo Psicosocial: um paradigma das practicas substitutivas ao modo asilar. En Amarante P Compilador. Ensayos. Subjetividad, saúde mental, sociedade. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006, p 141-168

-Onocko Campos R. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En Spinelli H, compilador. Salud Colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004, p103-119.

-Baffo C, Onocko Campos R. Desmanicomialización en Río Negro. Logros, obstáculos y nuevos desafíos. En: Baffo C, Onocko Campos R, Paulin Devallis M. Perspectivas de la Desmanicomialización. Parte 3. Gral Roca, Editorial Kuruf, 2015.

-Baffo C. Pase de sala interdisciplinario como facilitador de las internaciones de Salud Mental en el Hospital General. Jornadas Hospital Nacional en Red (ex CENARESO) 2015 (on-line).

-Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas: individuo y sociedad. Vol 13 Nro 2 Año 2014 pp 109-120 (on-line)

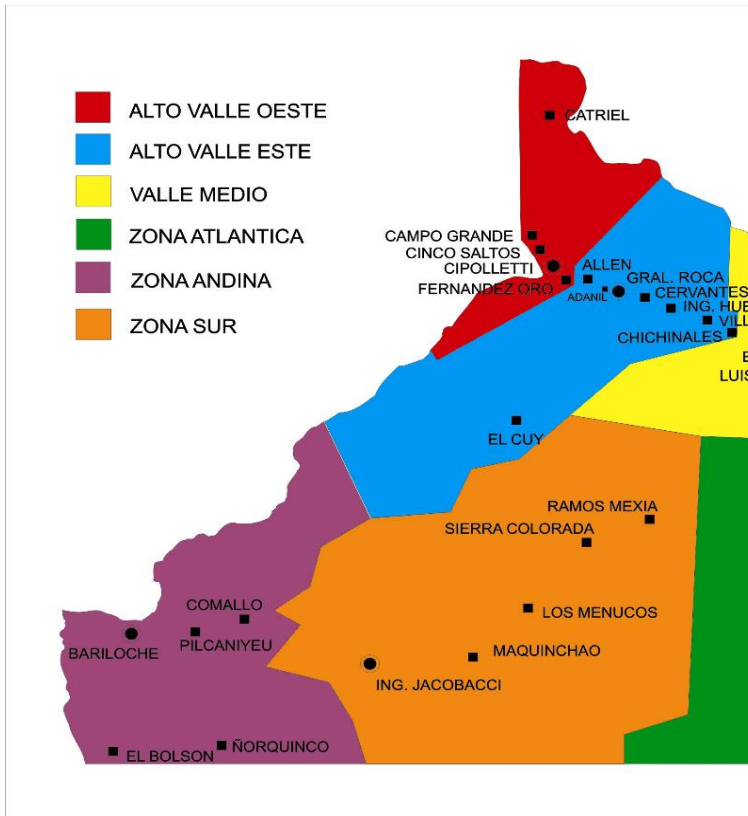
-Schiappa Pietra J. Teoría Comunitaria y Dispositivos de Inclusión Social. Cap.7: Visita Domiciliaria. Recurso Privilegiado. Publifadecs; 2012.

-Schiappa Pietra J.Desmanicomializacion; 2008

Anexo

Ubicación Geográfica por zona – Provincia de Rio Negro

Figura N°1



Datos de interés:

Distancia: Viedma Km
Capital Federal 1080Km

Acceso: RN 22 - RN 151

Población: 7974

Complejidad 3

Cantidad de Camas 26

Figura N°2- Centros de Salud

Nombre	Nivel	Dirección	Localidad	Dis. Hospital
Mainque	2	Calle 19 y 4	Mainque	7
La costa	2	Ctro. La Costa	Ingeniero Huergo	6

Las bardas	2	Ctro. Las Bardas	Ingeniero Huergo	5
------------	---	------------------	------------------	---