

Objetivación del proceso de atención de un equipo de Atención Primaria de la Salud en contexto comunitario. Asentamiento La Carbonilla – CABA

Estudio descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo
Área Atención de problemas de salud-enfermedad -cuidado
Trabajo Inédito

Lugar Área Programática - Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú”, Combatientes de Malvinas 3002, CP 1427, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, tel 011-45233200, Mail: tornuareaprogramatica@gmail.com; residenciamedicinageneraltornu@gmail.com

Autores

Chera Silvia, médica especialista en Medicina General y Familiar

Barthes Aguirre Pamela, médica residente de Medicina General y Familiar

Ciccaroni Virginia, médica especialista en Medicina General y Familiar

Nuñez Pablo, médico residente de Medicina General y Familiar

Perdigues Soledad, médica residente de Medicina General y Familiar

Winder Carolina, médica residente de Medicina General y Familiar

Colaboradores

Toledano Liliana, trabajadora social del Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria

García Dolores, trabajadora social del Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria

Valdez Víctor, enfermero del Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria

Tapia Miriam, enfermera del Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria

Prado Pablo, médico residente de Medicina General y Familiar

Cogo Orellana Florencia, médica residente de Medicina General y Familiar

Fecha de realización Agosto 2015

Índice

Resumen.....	3
Introducción:	3
Identificación, delimitación y justificación del problema	4
Contexto de realización del presente trabajo	4
El Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria:.....	4
Delimitación del problema y Justificación:	6
Objetivo General:.....	8
Objetivos específicos:.....	8
Objetivo secundario:	8
Marco Teórico:	9
Materiales y métodos	11
Resultados:	16
Motivos de consulta individual/diagnósticos/o problemas	17
Prestaciones Individuales	20
Prestaciones grupales	22
Organización de trabajo:	22
Discusión	23
Conclusiones, recomendaciones, propuestas	26
Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y la Salud Colectiva	29
Bibliografía	30
Anexo A: Estructura de la Minuta	32
Anexo B: Planillas de registro individual	33
Anexo D: Variables cargadas en la base de datos	36

Resumen

Título: “Objetivación del proceso de atención de un equipo de Atención Primaria de la Salud en contexto comunitario. Asentamiento La Carbonilla – CABA”
Autores: <u>CHERA Silvia</u> , <u>CICCARONI Virginia</u> , <u>BARTHES AGUIRRE Pamela B.</u>
Institución: Hospital General Agudos Dr. E. Tornú Domicilio: Combatientes de Malvinas 3002 Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1427. Teléfono de contacto: 4523-3200 Mail: residenciamedicinageneraltornu@gmail.com
Tipo y enfoque del trabajo: Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo
Categoría temática: Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado
Introducción: El Equipo de APS Comunitaria (EAPSC) del Hospital Tornú realiza actividades extramuro en el asentamiento La Carbonilla desde el 2005. Surge la necesidad de visibilizar las demandas que se le presentaron y las prestaciones realizadas. Objetivo: Objetivar las características del trabajo del EAPSC a través de conocer la población con la que contacta, sus demandas y las acciones realizadas. Metodología: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se extraen datos de las crónicas de las actividades realizadas por el EAPSC, en un año, que se indexan según el SICEsAC versión 5ta. Se analizan mediante tabla Excel realizando adaptaciones al sistema de información vigente. Resultados: La mayor cantidad de consultas estuvo relacionada con determinantes sociales de la salud (dificultad en el acceso a instituciones y dificultades en la crianza), causas externas (principalmente violencia). La prestación más realizada fue definida como “apuntalamiento en temas de salud”, seguida de “acciones destinadas a facilitar el acceso” Discusión y conclusiones: Se pudo objetivar datos del proceso salud enfermedad atención en el contexto comunitario, visibilizándose la singularidad y complejidad en el primer nivel de atención, identificando problemas de salud y sus determinantes, incluyendo las cuestiones referidas al acceso al sistema; y las prestaciones realizadas por el EAPSC.
Palabras claves: Trabajo comunitario, Sistema de información, Interdisciplina, Modelos de atención.
Soporte técnico: Cañón multimedia.

Introducción:

El presente trabajo es un estudio de investigación descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo; que intentará abordar la problemática surgida en el Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria (EAPSC) del Hospital Tornú, acerca de su labor en el periodo de un año en el asentamiento “La Carbonilla”, correspondiente al área programática de dicho hospital.

El EAPSC depende del Área Programática del hospital, y realiza actividades comunitarias en el asentamiento La Carbonilla desde el año 2005. A principios del 2014 surge la necesidad de

objetivar las demandas que se le presentaron al EAPSC y las prestaciones y prácticas realizadas por el mismo en respuesta a tales demandas. Es por ello que se decide tomar las crónicas de trabajo confeccionadas por los integrantes del EAPSC desde el 1º de junio del 2014 al 31 de mayo del 2015, para realizar el análisis de los datos extraídos de las mismas.

Identificación, delimitación y justificación del problema

Contexto de realización del presente trabajo

Asentamiento La Carbonilla:

El asentamiento está situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el barrio de la Paternal, correspondiente a la Comuna 15, entre la Av. Manuel R. Trelles, calles Añasco y espinosa y vías del ferrocarril San Martín, entre el puente de la Av. San Martín y la calle Trelles al 2700 (estación Paternal), en terrenos del Estado Nacional.

Se origina a partir de la demolición del ex Albergue Warnes, en 1991, cuando algunas familias ocupan los galpones del Ferrocarril con entrada por Añasco. Posteriormente se asientan temporalmente personas residentes en el Conurbano que se dedican al cartoneo y en el año 2001 la población se incrementa, y sigue creciendo hasta llegar alrededor de 350 familias en el año 2012. Según un relevamiento realizado por el Instituto de la Vivienda, en 2013 habita un total de 1258 personas. Se divide el territorio en tres Sectores (1, 2 y 3) y la población se organiza mediante la elección de un cuerpo de delegados, por sectores que se reúne para coordinar y consensuar acciones hacia dentro y fuera del barrio. Se plantean proyectos orientados a la urbanización”.¹

A partir del relevamiento “*Conociendo la comunidad de la Carbonilla*” (año 2013), se conocen algunos datos como: la distribución poblacional corresponde a una pirámide joven; los jefes de familia en su mayoría tienen empleos no registrados; más de la mitad de la población encuestada no presenta controles de salud actualizados, atendiéndose con mayor frecuencia en los hospitales Álvarez y Tornú.²

El Equipo de Atención Primaria de la Salud Comunitaria:

El EAPSC, depende del área programática del Hospital General de Agudos “E. Tornú”. Está conformado actualmente por 2 trabajadoras sociales, 3 enfermeros/as, 2 psicólogas, por la

¹ Michelena L, El estatus legal de los Nuevos Asentamientos Urbanos: El caso de 'La Carbonilla'. Ciudad de Buenos Aires, 2012 (En línea). Trabajo presentado en VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2093/ev.2093.pdf. Consultada el 8 de enero de 2015.

² Barbiero J, Chervin D, Feito V, et al. Trabajo de investigación descubriendo la carbonilla ,2013. Disponible en <http://www.famg.org.ar/index.php/trabajos-cientificos-2013>. Consultada el 12 de febrero de 2015.

Residencia Interdisciplinaria de Educación Para la Salud (RIEPS), la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) y residentes rotantes de pediatría del hospital Garrahan. Realiza acciones en diferentes escenarios y asentamiento del Área Programática.

Desde el año 2005, parte de este equipo (1 enfermero, 2 trabajadoras sociales, RMGyF y residentes de pediatría) realiza periódicamente actividades “extramurales” en el asentamiento de la Carbonilla.

El EAPSC en su tarea en el Barrio de la Carbonilla, se propone como objetivos de trabajo: generar, fortalecer y sostener un vínculo con la comunidad del área programática; abordar los problemas de salud ambulatorios y domiciliarios, agudos y crónicos, pasivos y activos, de personas, familias y la comunidad; gestionar los recursos para el acceso oportuno en instancias de interconsulta y/o derivación; favorecer la autonomía de los ciudadanos como un objetivo de salud; participar activamente en el desarrollo de proyectos comunitarios orientados a atender las necesidades de salud de la población.

Los integrantes del equipo realizan la tarea con una estructura de trabajo interdisciplinario que en algunas situaciones adquiere momentos de transdisciplina³. El trabajo está centrado mayormente en la realización de intervenciones adaptadas a la singularidad de las situaciones de las personas y su problemática, desarrollando diferentes actividades:

- Visitas semanales al barrio, una vez por semana en día fijo, construyendo vínculos en base sostener la permanencia y periodicidad del trabajo.
- Reuniones previas a las actividades extramuro en el barrio entre los que van a realizar la visita
- Visitas domiciliarias, en contexto de seguimiento longitudinal de familias para la atención de diferentes problemáticas.
- Actividades comunitarias como talleres de distintas problemáticas propuestas por los vecinos, campañas (de vacunación, de topicación con flúor, etc.).
- Reuniones con otros actores intervinientes: hospital Álvarez, Trabajo Social del Centro de Gestión y Participación (CGP) Nº 15, Cruz Roja, Acceso a la Justicia.
- Encuentros mensuales con la participación de todos los integrantes del EAPSC para la integración del trabajo realizado en todos los escenarios del área

³ Stolkiner, A. La interdisciplina, entre la epistemología y las prácticas. Campo Psi. 1999. Disponible en <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner1.htm>

Además, desde principios del 2014, el EAPSC cumple un rol docente integrando residentes en formación de MGyF del hospital Tornú y de pediatría del hospital Garrahan en sus rotaciones por escenarios comunitarios.

Delimitación del problema y Justificación:

Si bien la tarea comunitaria en el Barrio La Carbonilla data de largo tiempo, no hay una sistematización de lo realizado ni de los problemas de salud en los que se interviene. El presente trabajo surge de la intención de los integrantes del equipo de responder la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las problemáticas y características del proceso salud enfermedad atención que se plantean en el trabajo de APS en contexto comunitario en el barrio de la Carbonilla?

Se considera pertinente abordar esta pregunta porque el equipo de investigadores encuentra necesario:

- Conocer los problemas de salud a los que se orienta el trabajo del EAPSC.
- Generar información adecuada para la gestión del trabajo comunitario en salud que pueda ser utilizada para:
 - Adaptar los recursos y las estrategias de trabajo a las demandas de la comunidad.
 - Evaluar la práctica que realiza el equipo para reorientarla cuando sea necesario.
 - Dimensionar y visualizar las acciones que realiza el EAPSC en el trabajo comunitario como parte de proceso de salud-enfermedad-atención en una población en contextos de alta vulnerabilidad.
 - Mejorar la comunicación y el trabajo conjunto con otras instituciones, facilitando la accesibilidad a la información.
- Adecuar el sistema de registros, logrando que sea óptimo para utilizar en el trabajo comunitario.
- Contribuir a la formación de residentes en actividad comunitaria e investigación, ejes transversales de su capacitación.
- Evidenciar las características en cuanto a la singularidad y complejidad del trabajo en salud en el primer nivel de atención.

Si bien el EAPSC registra en minutas las actividades realizadas en La Carbonilla, que se utilizan como soporte para la gestión cotidiana (organización de las actividades y

seguimiento de pacientes y problemas), no existía hasta el momento una sistematización de las mismas, ni tampoco estadísticas de la actividad extramural.

Muchas de las personas atendidas no están incluidas en el registro de población del hospital y/o no tienen historia clínica. La falta de historias clínicas responde a un problema institucional que excede la práctica del equipo, pero que no le es ajeno en cuanto su responsabilidad profesional, por lo que se considera fundamental la generación de información que sustente el reconocimiento formal de las actividades comunitarias con el mismo nivel de compromiso que las actividades intramurales para lograr mayor calidad en la atención.

Si bien se cuenta con experiencia en el uso de planillas de registro de prestaciones asistenciales en el ámbito hospitalario, y en la utilización del Sistema de Información de Centros de Salud y Acción Comunitaria (SICeSAC)⁴, ambos sistemas tienen resistencias para ser usados por el EAPSC, excepto en lo referido a inmunizaciones.

El SICeSAC está desarrollado para el trabajo en Atención Primaria de la salud, e incluye a todas las disciplinas del equipo de salud con definición de prácticas y prestaciones individualizada para cada una de ellas, sin embargo sus registros están orientados a la priorización del trabajo en programas (enmarcado en una APS de tipo selectiva y no integral), las prácticas y prestaciones médicas están reducidas a una única prestación (la “consulta médica”) y a procedimientos intervencionistas y especialmente ginecológicos; a la vez que no contempla el registro de actividades interdisciplinarias o intervenciones con otras instituciones de modo integrado. Para la identificación de los problemas de salud, utiliza la “Clasificación Internacional de Enfermedades, decima versión” de la Organización Panamericana de la Salud (CIE10) y presenta dificultades para la codificación de problemas de salud centrados en la comunidad (que pueden estar representado por varios, resultar ambiguos o terminar englobado en otros).

Ambos sistemas (hospitalario y SICeSAC) impresionan insuficientes para registrar y analizar los datos que devienen de actividades de equipo en el ámbito comunitario, cuando el trabajo incluye dimensiones poco visibles para la institución de salud, como lo son las singularidades de los problemas de la comunidad y los sujetos que la componen; el rol de la

⁴ Sistema de Información de Centros de Salud y Acción Comunitaria, 5ta edición disponible en <http://xa.yimg.com/kq/groups/22293817/103670871/name/SICESAC+5ta+edición.doc>

comunidad en la toma de decisiones y resolución de problemas; el acompañamiento a situaciones complejas y el trabajo interdisciplinario; las acciones para la producción de salud realizadas en red con otros actores sociales, así como la intención de generar procesos de atención longitudinales e integrales.

Por otro lado, se presenta como oportunidad para la realización del presente trabajo, la reciente incorporación de la Residencia de Medicina General y Familiar al Área Programática del Hospital Tornú. El trabajo de la residencia induce al EAPSC a plantearse una pregunta de investigación y a sostener el encuadre y el acompañamiento docente para realizarla, debido a que el programa de formación contempla la adquisición de competencias para el desarrollo de producción de conocimiento en Atención Primaria de la Salud. Esto a su vez, estimula un área que, por diferentes motivos, tiene un menor desarrollo de investigación que en otros ámbitos de la medicina⁵

En relación al médico especialista en MGYF, se espera que este trabajo aporte información relevante en relación al rol que desempeña en ámbitos comunitarios, y para la identificación de dimensiones del trabajo comunitario sobre las que es necesaria su intervención.

Objetivo General:

Objetivar las características singulares en la complejidad del trabajo del equipo de salud en contexto comunitario a través de conocer la población con la que contacta, sus demandas y las acciones realizadas.

Objetivos específicos:

- Conocer la estructura sociodemográfica de la población con la que se contacta.
- Identificar los motivos de contacto.
- Conocer las acciones realizadas por el EAPSC.
- Correlacionar las demandas con las acciones realizadas por el equipo.
- Objetivar el trabajo con referentes barriales y otras organizaciones o instituciones.

Objetivo secundario:

Generar información necesaria para afianzar el vínculo y la articulación entre la comunidad, el equipo de salud y los ámbitos institucionales del sistema de salud.

⁵ Zurro M., Investigación en atención primaria, en Argimón Pallás J. M. y Jiménez Villa J., Eds., *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*, Doyma, Barcelona, 1991.

Marco Teórico:

La “atención primaria orientada a la comunidad”⁶ es un modelo práctico cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios existentes mediante intervenciones que reflejan los principios contenidos en la Declaración de Alma Ata⁷ hace más de 35 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Debido a las inconsistencias para la práctica de la Atención Primaria de la Salud (APS) en estos años, la OMS genera un documento de posición sobre la renovación de la APS en las Américas, y plantea varias razones que justifican la adopción de una estrategia renovada: los nuevos desafíos epidemiológicos; la necesidad de corregir debilidades e incoherencias de algunos enfoques de la atención primaria; la existencia de nuevos conocimientos sobre las prácticas en salud que pueden incorporarse para mejorar la efectividad; y el reconocimiento y consenso que tiene la APS como estrategia para disminuir desigualdades y abordar las causas de falta de salud. El mismo documento define los valores y elementos de la APS, la atención integrada y continua, el derecho de las personas al mejor estado de salud posible, a la equidad y a la solidaridad entendida también con el estímulo a formas de organización comunitaria.

El sistema de salud argentino, tiene como características de ser un sistema fragmentado y segmentado, donde intervienen multiplicidad de actores con diferentes intereses, a veces muy divergentes. En este marco el desarrollo de la APS en Argentina no es homogéneo y se reproducen también distintas modalidades en su enfoque.

El concepto de integralidad y fragmentación aparecen reflejados en varias temáticas, desde la organización del sistema de salud, la puesta en práctica de la APS y también en un modo de entender la práctica médica. Souza Campos⁸ señala desde la investigación en salud colectiva, una crítica al enfoque prioritariamente biológico de la práctica médica, que aborda a las “enfermedades” y que no tiene en cuenta las dimensiones subjetivas y sociales de las personas evidenciando un reduccionismo que tiene consecuencias negativas en el abordaje a la salud de las personas y propone un abordaje de clínica ampliada que incluyan al sujeto y a su contexto en la práctica de la clínica.

Por otra parte, hay más que suficiente evidencia de que la situación de salud de las personas está relacionada con varios determinantes donde lo biológico es solo uno de ellos, y no el

⁶OPS-OMS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de la posición de la Organización Panamericana en salud – Organización mundial de salud. Washington, DC, 2007.

⁷OMS, Alma-Ata 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata. Ginebra. Septiembre 1978.

⁸La clínica del sujeto por una clínica reformulada y ampliada, Gastón Wagner de Sousa Campos (1996-1997), pág. 6.

más importante. Los modelos de análisis de Determinantes en salud como el de Dahlgren y Whitehead⁹ entre otros, explican cómo las desigualdades sociales en salud están relacionadas con las interacciones entre diferentes niveles, desde el individual a las comunidades, que incluyen lo político, y sus condiciones. La OMS define que los determinantes sociales en salud son *“el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”* (OMS, 1998). Las malas condiciones de vivienda, vestimenta, trabajo, educación y medio ambiente en las que se desarrolla una población, van a determinar condiciones de salud deficientes que generalmente se suman a la poca disponibilidad de recursos para el acceso a la atención en salud y a las prácticas de cuidado.

Se entiende por equipo de salud a un conjunto de actores de diferentes disciplinas que interactúan constructivamente para analizar y comprender la realidad que afrontan a diario.

El Médico General y/o Familiar se integra desde su perfil y competencias profesionales, al trabajo con otros en el abordaje en salud. En este sentido, el trabajo interdisciplinario presenta la posibilidad de comprender lo humano en toda su complejidad. La práctica interdisciplinaria *“enriquece y complementa a todas las disciplinas intervinientes, pues no sólo promueve un intercambio de saberes sino que también brinda la posibilidad de diseñar intervenciones adecuadas a los problemas a resolver, donde cada disciplina tendrá, según la circunstancia, un liderazgo transitorio que irá mudando según varíen las dimensiones o fenómenos a abordar.”*¹⁰. En algunas instancias de la práctica, se borra el límite de las disciplinas dando lugar momentos de trans-disciplina.

El EAPSC adhiere a una concepción de APS integrada, que incluye en el concepto de salud, al ser como sujeto, a la comunidad y sus determinantes sociales. El reto del EAPSC es ampliar el espacio de encuentro y la complementariedad del sistema oficial de salud y el sistema comunal, logrando el reconocimiento mutuo de sus valores. *“...a través del trabajo comunitario, se busca ampliar el campo de relación actual entre los servicios de salud y la comunidad, permitiendo así un conocimiento mutuo y compartir intereses comunes, esto promueve que los servicios organicen su atención en base a las necesidades identificadas en las comunidades de su ámbito, difundan, promocionen sus servicios y vinculen su acción con otras instituciones locales en busca de soluciones conjuntas. La comunidad por su parte*

⁹ Moiso A, Determinantes de la salud, Barragan H, Fundamentos de la salud pública, La plata Edulp,2007,p 161-189.

¹⁰. Dávila, A., “Comprender íntegramente al ser humano”, en Revista de Atención primaria de la salud, Año 4, Número 7, abril de 2007.

*organiza su demanda y empieza a compartir responsabilidades en la solución de sus problemas y necesidades identificadas”.*¹¹

Por último, el EAPSC, desde el primer nivel de atención, funciona como un nexo entre la comunidad y el Hospital, desempeñando una función importante en la continuidad de la atención, de la comunicación y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. En este sentido, en la Ciudad de Buenos Aires, hay desarrollado un sistema de información que incluye al primer nivel de atención de manera sistemática.

El Sistema de información de Atención Primaria de la Salud de la CABA tiene sus orígenes en el año 1998 a partir de la creación del Plan médicos de Cabecera, pero que luego se extiende y adecúa al trabajo en los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Es un sistema que incluye a todos los profesionales del equipo de salud en un mismo registro con el objetivo de generar estadísticas del trabajo en salud, e información de la población a la que se atiende. El SI-APS tiene un módulo para el trabajo en Centros de salud (SICeSAC) con nominalización de la población, registros, de prestadores, de prestaciones individuales que incluye además datos de ámbito de la consulta, de motivo de consulta o intervención codificado según CIE10 denominado “Listado de Categorías de Problemas, Motivos o Diagnósticos de Consulta, Atención o Derivación en Atención Primaria de la Salud” (LIC-APS); registro de prácticas realizadas, entrega de medicamentos, prestaciones grupales, vacunas aplicadas. También se registran, daciones, generalmente en el marco de algún programa como por ejemplo entrega de Anticonceptivos Orales, del programa de Salud sexual y reproductiva y planillas con registros específicos según tipo de programas. El SICeSAC dispone de soporte material y técnico con una base de datos informatizada que permite la construcción de tablas estadísticas para las Estadísticas de Población, Estadísticas de Gestión, Estadísticas de Morbilidad, y a la vez, construcción de indicadores sociodemográficos; de utilización (consultas, prácticas, prestaciones etc), de cobertura y de calidad.

Materiales y métodos

Se realiza un estudio descriptivo cuantitativo de tipo transversal, retrospectivo, en el periodo del 1 junio del 2014 al 31 mayo del 2015 de las actividades realizadas por el EAPSC, a partir del análisis de los registros confeccionados por los integrantes del equipo. Si bien esta

¹¹Metodología para el trabajo comunitario en salud, Ministerio de salud dirección regional Cajamarca,1993-1997.

investigación tiene un enfoque cuantitativo incorpora una mirada cualitativa ya que involucra una problematización de los registros en relación al modelo de atención en un contexto de acción comunitaria.

Los datos fueron obtenidos de las minutas confeccionadas como registro de cada visita al barrio. Las minutas son la reseña escrita donde se relata la reunión del equipo previa a la salida a terreno, la crónica de lo realizado durante el trabajo en el asentamiento, y donde se consignan los temas pendientes a trabajar o resolver por el equipo¹².

Se identificaron en esos registros los datos cuantificables y se indexaron utilizando el SICeSAC versión 5ta. Para la indexación se realizó un trabajo de traducción que consistió en identificar en lo registrado, las dimensiones definidas en el SICeSAC. La referida traducción implica una construcción cognitiva que da cuenta de un proceso histórico de trabajo, e involucra el conocimiento del campo tanto territorial como teórico, para lograr una producción lógica, desde lo simple a lo complejo, desde lo abstracto a lo concreto. En este sentido la construcción de categorías involucra conceptos que no se encuentran de forma arbitraria si no que establecen una correspondencia entre sí y tienen consonancia con la realidad. Permite reconocer entidades, diferenciarlas y clasificarlas desde un punto de vista más práctico ya que nace del desarrollo de conocimiento del quehacer vivencial, y desde las experiencias singulares a la interpretación general.

Los datos identificados se volcaron a las planillas de registros del SICeSAC individuales y grupales¹³. Se reconocieron las dimensiones de SICeSAC: Datos de identificación de los consultantes (DNI, apellido y nombre y domicilio); Fechas de las actividades; Prestadores (integrantes del equipo de salud); Tipo de prestación (individuales y grupales); Prácticas realizadas; Ámbito de realización de la prestación; Diagnóstico/motivo de consulta/problema de salud y Daciones.

Para el registro de los “Diagnostico/motivo de consulta/problema de salud”, se utilizó el “Listado de Categorías de Problemas, Motivos o Diagnósticos de Consulta, Atención o Derivación en Atención Primaria de la Salud” (LIC-APS) que es una ampliación basada en la CIE10 de la “Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP)” de OPS-OMS.

¹² Ver ANEXO A. Modelo de minuta utilizado.

¹³ Ver ANEXO B. Planillas de registro.

Para las dimensiones: “prestadores”, “prestaciones individuales”, “prestaciones grupales”, “ámbitos” y “daciones” las categorías definidas en el SICEsAC han resultado insuficientes para describir lo realizado, por lo que se definió una ampliación de las mismas respetando la lógica y organización del SICEsAC¹⁴.

Se definió al “**EAPSC**” como un **prestador singular**, considerando que el tipo de tarea que realiza en el ámbito comunitario trasciende a las disciplinas de sus integrantes y a la vez las integra.

Para los “**tipos de prestación individuales**” que realiza el EAPSC se definieron categorías que dan cuenta del modelo de trabajo centrado en las personas con criterio de clínica ampliada, facilitando el acceso a los cuidados y para sostener la integralidad y longitudinalidad en la atención:

- a. *Asesoramiento*: Proceso mediante el cual se brinda apoyo e información para que el asesorado tenga mayor comprensión del tema y lo ayude a tomar decisiones más eficientes. Ejemplo: asesoramiento sobre acceso a anticoncepción hormonal de emergencia.
- b. *Consejería*: Es una consulta educativa que permite el abordaje individual de problemáticas de salud y promueve aprendizajes personales en el consultante, en torno al autocuidado de su salud. El abordaje es multidimensional y su finalidad es lograr el crecimiento, desarrollo y despliegue de las potencialidades del interesado y la reflexión para tomar decisiones. Requiere de profesionales entrenados con diferentes técnicas y estrategias para realizarla. Ejemplos: en reducción de riesgos y daños en consumo problemático de sustancias; en salud sexual y reproductiva; en tabaquismo.
- c. *Pautas*: Información brindada por el profesional al consultante sobre un tema de interés demandado, se refiere a dar reglas o determinar el modo de realizar una acción. Generalmente el lenguaje es indicativo, pero también requiere de un acuerdo entre ambos. Ejemplo: pautas de alarma y de acción a madre de un niño que sufre convulsiones febriles a repetición.
- d. *Gestión*: Es un proceso donde se asumen y ejercen responsabilidades que implican llevar a cabo ciertas diligencias, manejo de recursos, planificación y coordinación de actividades para alcanzar los objetivos propuestos en la atención del paciente.

¹⁴ Ver ANEXO C. Dimensiones y Categorías del SICEsAC con la adaptación propuesta para el presente trabajo.

- e. *Interconsulta*: Proceso interactivo esencialmente verbal entre profesionales para conocer los problemas del paciente, la complejidad y gravedad de la situación que en el marco del conocimiento facilita la reformulación de estrategias de intervención.
- f. *Derivación asistida*: El profesional de la salud acompaña y promueve a que el paciente establezca un vínculo con el profesional o institución de referencia. Para ello lo presenta y se asegura de la continuidad y longitudinalidad de su atención.
- g. *Examen físico*: Exploración que realiza el médico u otro integrante del equipo de salud valiéndose de sus sentidos o instrumentos no invasivos, con el fin de reconocer si muestra parámetros normales, alteraciones físicas o signos de enfermedad. En el SICEsAC se contempla dentro de la consulta médica integral, pero en el ámbito comunitario, siendo el Equipo interdisciplinario de APSC el interviniente, es necesario realizar esta diferenciación, ya que no se trata exclusivamente de una consulta médica.
- h. *Dación*: están contempladas en SICEsAC, referidas a insumos de programas de salud (como leche y algunos medicamentos). Se agregan otro tipo de daciones no contempladas, que tienen que ver con donaciones (ropa y calzado, entre otros).

Para poder registrar el **ámbito de la prestación**, se agregó un ítem a los citados por el SICEsAC: “espacio público”.

También se definieron “**características de los encuentros**” que son particulares de la modalidad de las intervenciones realizadas (“visita domiciliaria programada”, “demanda espontánea”, “acción comunitaria”, “otros”), y que dan cuenta del tipo de vinculación del equipo con la comunidad. Para ello se utilizó la variable “observaciones” de la planilla de registro del SICEsAC, ya que el mismo no contempla estas dimensiones.

En cuanto al análisis de los datos:

Para analizar la información de las prestaciones individuales, se definieron las siguientes categorías de agrupamiento:

1. **Apuntalamiento o acompañamiento en salud**. Tomando la definición de Bennet “ayudar a los pacientes a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participantes activos en su cuidado, a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos”. Esto incluye prestaciones reconocidas en el SICEsAC para distintas especialidades, como asesoramiento y consejería con ampliación de sus definiciones operativas; y las nuevas categorías definidas para el EAPCS.

2. **Facilitación al acceso:** Se la define como el hacer posible la provisión o contacto con los servicios de salud (u otros) a quienes presentan obstáculos de diferente índole: barreras institucionales, culturales, económicos etc.; con el objetivo de lograr mayor igualdad de oportunidades y acortar la brecha de inequidades. Involucra un papel más activo por parte del equipo de salud. Incluye la “Interconsulta”, “Gestión” y “Derivación asistida”.
3. **Prestaciones relacionadas con inmunizaciones:** Son aquellas relacionadas a asesoramiento sobre vacunatorios, indicaciones de inmunizaciones y estado del carnet de vacunación; y la inoculación propiamente dicha reconocida como práctica de enfermería en el SICeSAC.
4. **Entrevista:** se la define como un acto comunicativo entre dos o más personas en donde existen diferentes roles, un entrevistador que guía la entrevista y un entrevistado. Se dialoga bajo ciertas pautas sobre un problema o tema en particular con el propósito de obtener información para tomar decisiones o realizar intervenciones y donde ambas partes generalmente se benefician. Es una categoría reconocida en el SICeSAC como tal para diferentes especialidades. Se agrega el concepto de “entrevista con informante clave” en el caso de entrevistas realizadas a promotores de salud y delegados barriales.
5. **Examen físico**
6. **Dación.**

Para realizar el análisis de los “motivos de consulta, diagnósticos o problemas” de salud de las personas atendidas, se definieron 5 categorías de agrupamiento¹⁵ que son diferentes de las propuestas por el LIC-APS (CIE10), a saber:

- **Consultas sobre problemas de salud por nosología:** agrupadas según enfermedad o síntoma asociado a una determinada dolencia respetando en este caso lo establecido por el CIE10 y tomando los apartados del I al XIV más el XVIII y el XIX del SICeSAC.
- **Determinantes sociales que aumentan la vulnerabilidad:** Extraído del apartado XXI del SICeSAC, denominados en el mismo como “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”. Con esta reagrupación, se pretende visibilizar a las problemáticas de esta índole y diferenciarlas de otros motivos de consulta que considera el SICeSAC en este apartado, tales como “controles de salud”.

¹⁵ Ídem en Anexo C.

- **Necesidad de programar visita para controles de salud:** Incluye visitas programadas con un profesional de la salud que tienen como objetivo realizar intervenciones de promoción de la salud, prevención primaria y detectar posibles patologías que requieran de seguimiento, tratamiento y/o rehabilitación. Corresponden al control de adulto, de niño, oftalmológico, odontológico, ginecológico de rutina y turnos de laboratorio (siempre que dichos laboratorios fueran pedidos durante control de salud); codificadas en el SICeSAC dentro del apartado XXI (“Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”).
- **Necesidad de atención en temas relacionados con SSyR:** Comprenden consultas sobre uso y acceso de métodos anticonceptivos, embarazo y puerperio, derechos sexuales y reproductivos. También codificados en el SICeSAC en el apartado XXI, pero enunciados como prestaciones del equipo de salud y no como motivos de consulta (8200: Consejo y asesoramiento general sobre anticoncepción. 8217: Asesoramiento de la importancia del control periódico en el embarazo y el puerperio).
- **Motivos de consulta relacionados con inmunizaciones:** Se decide abrir a 3 motivos de consulta relacionados a las inmunizaciones (código 811 del apartado XXI del SICeSAC):
 - i. Inoculación.
 - ii. Consultas por el carnet de vacuna y/o estado de inmunización; Efectos adversos de las vacunas; Acceso a vacunatorios.
 - iii. Otros: ejemplo, organización de campaña de vacunación.

Para el registro y análisis de las **prestaciones grupales**, se tomaron las categorías definidas por el SICeSAC. En este sentido, se definió al trabajo que se realiza inmediatamente antes de la salida a terreno como “grupo operativo” (por estar centrados en una tarea y los miembros del grupo están vinculados entre sí por mecanismos de asunción y adjudicación de roles).

Para el procesamiento se utilizó una base de datos informatizada, con soporte Excel, diseñada con la misma estructura que las tablas de SICeSAC en su versión informatizada. El estudio se realizó mediante conteo numérico por variables y medidas de proporción.

Resultados:

Durante el periodo estudiado (un año), se realizaron 41 salidas al asentamiento, con frecuencia semanal (martes por la mañana). Se llevaron a cabo 336 intervenciones individuales (un promedio de 8.2 por salida); y 9 actividades grupales en terreno.

Las 336 intervenciones individuales corresponden a un total de 118 personas distintas; en su mayoría (70,3%) del sexo femenino, con un promedio de edad de 29,6 años. La frecuencia de la intervención por persona fue muy variable, con una máxima de 30 consultas en un año en el caso de dos familias en atención por problemas complejos.

Con respecto a las “características de los encuentros”: 208 fueron visitas domiciliarias planificadas por el equipo para el seguimiento de familias (25 de las mismas no pudieron concretarse por estar la familia ausente en domicilio); 101 fueron “demandas espontáneas” es decir, encuentros que no estaban planificados por el equipo; mientras que 21 encuentros fueron acordados para abordar distintas “acciones comunitarias”. Además se realizaron: tres intervenciones telefónicas, dos visitas a establecimientos (escuela Rep. De Ecuador y CGP N° 15), y una internación en el Hospital Tornú.

Con respecto al lugar físico (“ámbito”) donde se produjo el encuentro, 210 fueron en domicilio, 86 en espacio público y 31 en espacios de organizaciones barriales.

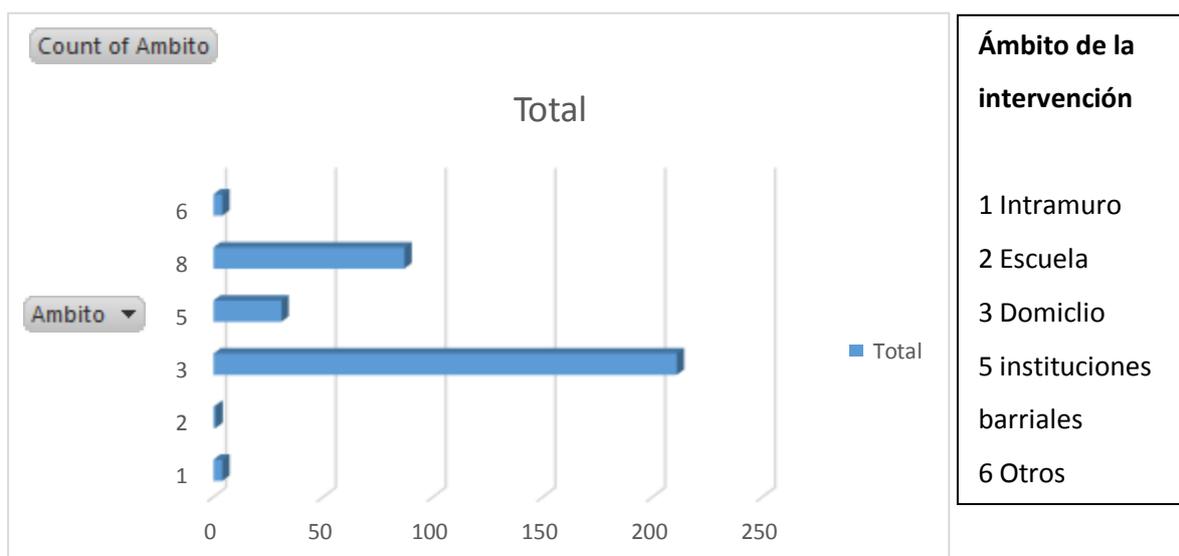


Gráfico 1. Cantidad de consultas según el ámbito de realización.

Nota: no se realizaron intervenciones en comedores (cat.4) ni traslados (cat. 7).

La distribución de las consultas por sector del barrio fue de 86 consultas (27%) en el Sector 1; 135 (42%) en el Sector 2 y 100 consultas (31%) en el Sector 3.

Motivos de consulta individual/diagnósticos/o problemas

Se identificaron 447 Motivos de consulta/diagnósticos o problemas de salud para los 336 encuentros individuales: Del 100% de los motivos, el 32% fueron por Consultas por problemas de salud por patologías; el 29% por Determinantes sociales que aumentan la

vulnerabilidad en salud; el 18% por Necesidad de programar visitas para controles de salud; mientras que el 13% fueron por Necesidad de atención en temas relacionados a la salud sexual y/o reproductiva y un 8% por motivos de consulta relacionados con inmunizaciones.



Gráfico 2. Motivos de consulta o problemas por categoría. N° Total: 447

1) CONSULTAS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD POR PATOLOGÍAS: 144 del total (32 %).

- a) **Causas externas:** Representa el 20% de esta categoría, siendo a su vez el principal desencadenante LA VIOLENCIA (58,6% del total de las causas externas).
- b) **Patología Respiratoria:** Comprende el 14,6% de este grupo, e incluye distintas afecciones tales como asma, bronquiolitis y catarro de vía aérea superior. El porcentaje ascendería a un 18% si tenemos en cuenta los casos de tuberculosis, agrupados en la categoría de “infecciosas” según el SICeSAC.
- c) **Alteraciones mentales y del comportamiento:** Suman el 11,8% del grupo. En el 94% de estos casos el motivo de consulta fue interpretado como “angustia”.
- d) **Causas hematológicas:** Se constituye como la cuarta causa (10,4%), siendo el principal motivo de consulta (93,3%) la anemia.
- e) **Otras:** **Neurológicas** 8,3% (ACV, cefalea, Parkinson, convulsiones); **Infecciosas** 8,3% (TBC, vih, conjuntivitis, ectoparasitosis); **Sistema osteo-articulo-muscular (SOAM)** 6,2% (artrosis y lumbalgia); **Gastrointestinal** 5,6% (hernias, eventraciones y problemas dentarios); **Dolor no especificado** 5,6%; **Cardiovasculares** 3,5% (varices, HTA, soplos cardíacos); **Endocrinológicas y metabólicas** 3,5% (telarca, DBT); **Dermatológicas** 1,4% (impétigo, forúnculos); **Genitourinarias** 0,7% (cólico renal).

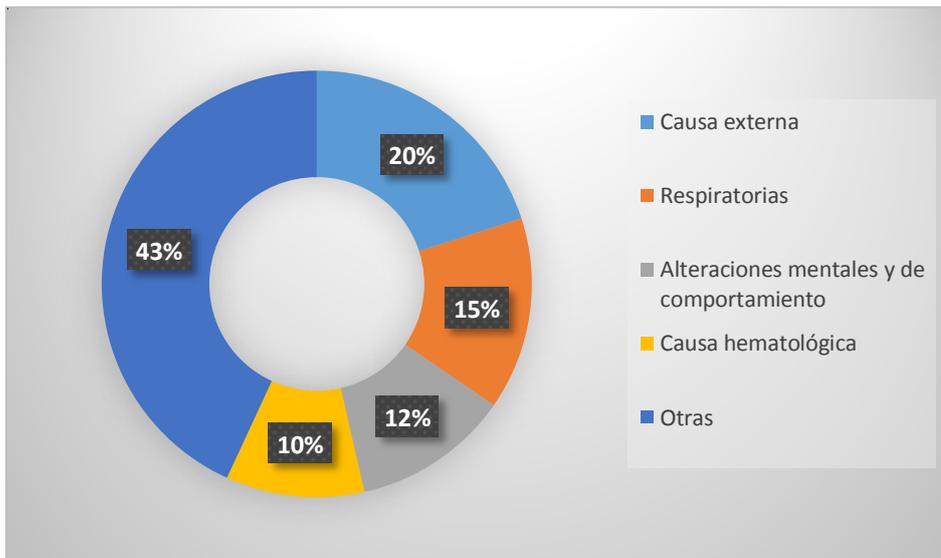


Gráfico 3. Porcentaje de consultas por tipo de patología. N: 144

2) DETERMINANTES SOCIALES QUE AUMENTAN LA VULNERABILIDAD: 128 del total (29%).

- a) **Dificultad en el acceso a servicios de salud u otras instituciones:** Representan un 36,7% de este grupo y reflejan en mayor medida (44,7%) dificultades para acceder a medicación o insumos para tratamientos; seguido a su vez por dificultad para acceder a prestaciones sociales y pensiones no contributivas (38,3%); y en menor medida por dificultades en trámites de documentación y dificultades en acceso a instituciones adecuadas, tales como geriátricos y centros de primera infancia.
- b) **Dificultades en la crianza o en el acompañamiento al desarrollo infantil saludable:** Abarcan un 16,4% y la mayoría (52,4%) tienen que ver con dificultades en el aprendizaje. El resto, con dificultades en la crianza en general.
- c) **Desempleo:** Comprende un 14,1% y las demandas surgidas se deben sobre todo a dificultades para adquirir insumos materiales tales como ropa, calzado, colchón e incluso alimentos.
- d) **Salud ambiental (ambiente físico):** También representa al 14,1% y los principales motivos de consulta estuvieron relacionados con roedores, manejo de basura y agua estancada.
- e) **Otros: Ambiente social** 6,3% (debidos en su totalidad a conflictos vecinales); **Malas condiciones de trabajo** 5,5% (necesidad de armado de botiquín y charlas de primeros auxilios en el lugar de trabajo); **Consumo problemático de sustancias** 4% (alcohol

sobre todo); **Problemas relacionados con falta de espacios recreativos y culturales** 2,4%; y **Problemas relacionados con la falta de educación adecuada** 0,8%.

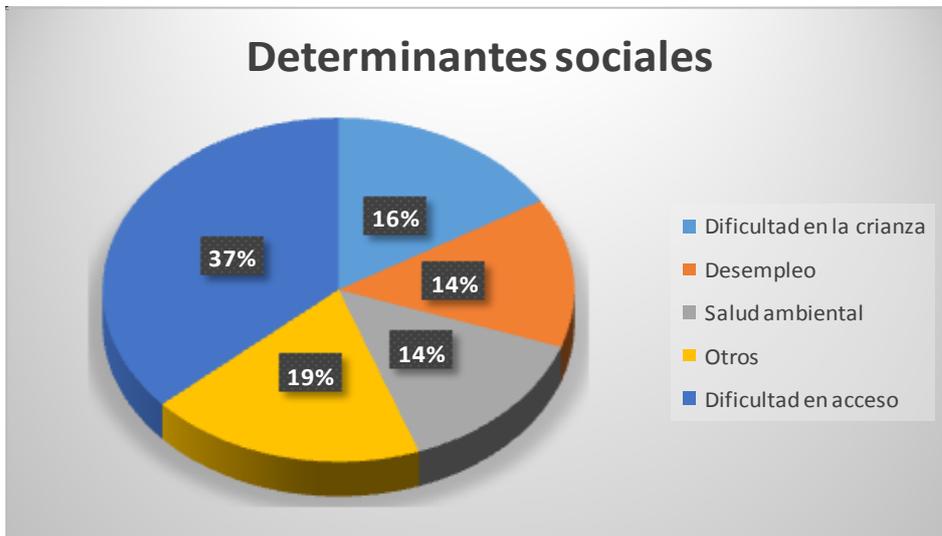


Gráfico5. Porcentaje de consultas por determinantes sociales que aumentan la vulnerabilidad a la salud. N: 128

3) NECESIDAD DE PROGRAMAR VISITA PARA CONTROLES DE SALUD: 79 (18%).

Se considera dentro de esta categoría al control de salud del adulto (38%), al control de salud pediátrico (27,8%), a la necesidad de turno para realizar apto físico (20,2%); y a la necesidad de turno para realizar otros controles de rutina (14%) tales como odontológicos, oftalmológicos y de exámenes de rutina de laboratorio.

4) NECESIDAD DE ATENCIÓN EN TEMAS RELACIONADOS CON SSyR: 60 (13%).

Dentro de este grupo se pueden diferenciar las consultas relacionadas a embarazo, parto y puerperio (41,7%); las relacionadas a métodos anticonceptivos (40%); y otras (18,3%) de distintas causas (amenorrea, solicitud de turnos para control ginecológico y pedidos de material informativo acerca de la temática).

5) MOTIVOS DE CONSULTA RELACIONADOS CON INMUNIZACIONES: 36 (8%).

Corresponde a 16 consultas sobre carnet de vacunas, vacunatorios o efectos adversos de las vacunas; 15 solicitudes de vacunación y 5 consultas para planificación de campañas de vacunación dentro del asentamiento

Prestaciones Individuales

Con respecto al tipo de prestaciones individuales realizadas por el equipo, se registraron 391 prestaciones. Teniendo en cuenta las categorías construidas y sus definiciones operativas del 100 % de las prestaciones realizadas, el 37% fueron para “Apuntalamiento en

temáticas relacionadas a la salud”, un 35% para “Facilitar el acceso a la salud”; un 11% fueron Daciones; un 8% fueron Entrevistas, un 5% por prestaciones relacionadas con inmunizaciones y un 4% para Examen físico por problemas específicos de salud:



Gráfico 6. Porcentaje de categoría de prestaciones realizadas por el EAPSC. N: 391

1. **APUNTALAMIENTO EN TEMÁTICAS RELACIONADAS A LA SALUD:** 145 (37%). Y a su vez se las puede diferenciar en **Asesoramiento** con respecto a derechos del paciente y el acceso a las distintas instituciones (60,7%); **Pautas** relacionadas a temas de interés con respecto a la salud (31,7%), **Consejerías** de distinto tipo: SSyR, reducción de riesgos y daños en consumo problemático de sustancias, entre otras, (7,6%).
2. **FACILITACIÓN AL ACCESO:** 137 (35%). Esto a su vez llevó al equipo a realizar ciertas acciones tales como **Gestión de turnos** con médicos de cabecera y otras especialidades (70%), **Gestión de tramites** tales como prestaciones sociales, DNI, partidas de nacimiento, certificados de discapacidad (11,7%), **Gestión de estudios** de laboratorio o de imágenes (4,4%), **Gestión de medicación e insumos** (3%); y acciones que requieren de la intervención de otro profesional, tales como **Interconsulta** (7,3%) y **Derivación asistida** (3,6%).
3. **DACIONES:** 43 (11 %). Corresponde a **Medicación y otros insumos** para tratamientos (48,8%); **Vestimenta y calzado** (28%); **Folletería** y material de lectura (11,6%) y **Leche** (11,6%).
4. **ENTREVISTAS:** 32 (8%). Se realizaron entrevistas de diferentes modalidades, en su mayoría (84,3%) con informante clave. Otras, con grupos familiares y con institución escolar.

5. **PRESTACIONES RELACIONADAS CON INMUNIZACIONES:** 19 (5%). Corresponde a Vacunación de 14 personas, y 5 Controles de carnet.
6. **EXAMEN FÍSICO POR PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD:** 15 (4%). Tienen que ver en su mayoría (53,3%) con Patología respiratoria, seguidos a su vez por lesiones de Causa externa (26,7%).

Prestaciones grupales

Con respecto a las prestaciones grupales se realizaron:

- 3 asambleas de vecinos para planificar distintas actividades barriales (16 personas); de las que surgió una intervención para salud ambiental: organizar una desratización.
- 2 talleres: uno sobre estrategias para la Salud ambiental y otro de Primeros auxilios para trabajadores de una cooperativa barrial (17 personas).
- 1 campaña de vacunación donde se vacunaron 100 personas (que no están incluidas en las prestaciones individuales analizadas).
- 1 grupo operativo con 3 referentes comunitarios para la organización de actividades de salud ambiental.
- 1 grupo focal (o foro, según el SICeSAC) con el Departamento de Salud ambiental para identificar problemas de salud.
- 21 Encuestas para la evaluación la desratización (21 domicilios).

Organización de trabajo:

Se llevaron a cabo 39 reuniones (o “grupos operativos”) previos a las salidas, que insumieron un total de 43 horas. Se abordaron temas relacionados al seguimiento de familias; abordaje de problemáticas frecuentes, tales como salud ambiental y más específicamente el tema de roedores; planificación de actividades comunitarias, como un Cursos para formación de promotores de salud, Campañas de vacunación, Campaña de métodos anticonceptivos, Desratización, entre otros.

Asistieron a las reuniones los integrantes del Equipo de APS Comunitaria del Hospital Tornú, residentes que han rotado por dicho espacio formativo; y cuando fue necesario para el abordaje de ciertos temas, actores de otras instituciones tales como el Hospital Álvarez, la Cruz Roja, programa Acceso a la Justicia, el Departamento de Salud Ambiental de la jurisdicción, Delegados y Promotores del asentamiento.

Discusión

Durante el período analizado, se realizaron 41 salidas, semanales. Solo se suspendieron en caso de lluvia, paro de trabajadores o feriados. Los sectores 2 y 3 fueron donde más consultas se registraron. La menor cantidad de consultas en el sector 1 puede deberse a su difícil acceso (zona que suele inundarse) y a las características de la población que habita allí (población recientemente instalada o que reside parcialmente en la zona y luego retorna al conurbano).

Con respecto al tipo de atención, las visitas domiciliarias son planificadas previamente por los integrantes del equipo, y no siempre la gente puede ser avisada con anterioridad. Aun así son pocas las veces que no se encontraron personas en el domicilio (12% de las visitas). Esto puede deberse a que la mayoría de las personas saben que el equipo asiste al asentamiento los martes a la mañana. Las demandas espontáneas ocurren en la vía pública, esto puede ir en detrimento de derechos del paciente, tales como la confidencialidad y la privacidad; y no registrarse el “verdadero” motivo de consulta (expresado por ejemplo como necesidad de control de salud). Muchas de estas personas son atendidas luego en el hospital, pero detectar el motivo de consulta “real” excede el alcance de este trabajo.

La población con la que el EAPSC tuvo contacto corresponde en su mayoría a mujeres, probablemente porque en esa franja horaria (martes de 11-13 horas) muchos hombres se encuentran trabajando. A su vez las mismas corresponden a mujeres en edad fértil y de hecho un porcentaje importante de consultas estuvo relacionado con temas relacionados a la SSyR, (tales como embarazo, puerperio y métodos anticonceptivos). Hay que tener en cuenta que las mujeres tienen muy presente este tema ya que el equipo de salud del Hospital Álvarez suele realizar campañas mensuales en el asentamiento con esta temática.

De los motivos de consultas las causas externas son las más frecuentes dentro de la clasificación por aparatos que propone el SICEsAC, y a su vez, la violencia es su principal desencadenante. Este tema tan complejo requiere de la expresión máxima del trabajo transdisciplinario; y justifica en gran medida la cantidad de visitas en un año al mismo grupo familiar, es decir el seguimiento, o mejor dicho, el “acompañamiento” por parte del equipo. Este tipo de intervenciones, a su vez, hizo que fuera necesaria la planificación de varias horas de reuniones (o “grupos operativos”), incluso con actores de otras instituciones, para conseguir un abordaje más integral del problema.

En cuanto a los problemas respiratorios como consulta frecuente se considera que epidemiológicamente se condice con uno de los motivos más frecuentes de consulta y que además las condiciones de humedad y hacinamiento, perpetúan el no mejoramiento de las condiciones respiratorias. Si bien el equipo de salud solo atiende urgencias en el asentamiento, los exámenes físicos que mayoritariamente se realizaron corresponden a patologías respiratorias.

Es llamativo también el porcentaje de demandas que fueron interpretados como “angustia”. Esto podría deberse al trabajo territorial del equipo, que cuenta con 10 años de actividades periódicas en el asentamiento, facilitando la construcción de un vínculo con los vecinos y haciendo posible, de esta manera, que se expresen como motivos de consulta sentimientos que no suelen verbalizarse en el tiempo finito de una consulta en el ámbito hospitalario.

Los determinantes sociales que aumentan la vulnerabilidad, son el segundo grupo de consultas más frecuente. Fue necesario reagruparlos bajo esta denominación, ya que en el SICeSAC se los menciona como “otros factores que influyen en el estado de salud”. La gran cantidad de consultas relacionados al desarrollo infantil saludable; tales como crianza, alimentación, cuidados; puede deberse a la cantidad de niños que hay en La Carbonilla, y a que muchas de las consultoras sean las mamás con las que contacta el equipo. Se considera importante este hecho ya que *“Los niños nacidos en familias de bajos recursos son más propensos a tener bajo peso al nacer, comer menos alimentos nutritivos y tener dificultades sociales a lo largo de sus vidas”*¹⁶. Por otro lado también dentro de la necesidad de solicitar de programar visitas médicas para controles de salud aparecen los controles pediátricos en gran número, que pueden ir de la mano de este determinante.

Con respecto a las Dificultades en el acceso a servicios de salud y otras instituciones, se puede decir que fue la consulta más frecuente. Son muchas las barreras que influyen en este determinante: ausencia de recursos materiales (desde ropa y calzado, hasta dinero para movilizarse); rigidez en la organización de las instituciones (dificultades para el acceso a turnos, horarios reducidos, sobrecarga de servicios de atención tales como los de urgencias); además de barreras culturales que dificultan aún más la situación (muchos son inmigrantes recientemente instalados). Este hecho no menor, se podría relacionar con la cantidad de prestaciones orientadas a “facilitar el acceso” en una primera instancia. Es por eso que una estrategia de abordaje es facilitar turnos con médicos de cabecera, con el fin de generar un

¹⁶ Moiso A. Determinantes de la salud. Barragan H. Fundamentos de la salud pública, La plata Edulp,2007,p 161-189.

nexo entre las actividades intra y extramurales y posibilitar el seguimiento de las personas y la continuidad en su atención. Pero también se relaciona con las prestaciones agrupadas bajo el título de “apuntalamiento en salud”, en un segundo momento; ya que el objetivo final es que la persona logre gradualmente mayor autonomía en el proceso del cuidado de su salud.

Los “Determinantes relacionados a la salud ambiental” son los que tienen más impacto a nivel comunitario, y los que motivaron más acciones colectivas por parte del equipo; como el taller de salud ambiental y la planificación de la desratización, que requirió de reuniones con delegados barriales y otras organizaciones.

Los motivos de consulta relacionados al desempleo pueden relacionarse con diferentes tipos de prestaciones como prestaciones y gestión de trámites para prestaciones sociales. *“Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.”*¹⁷

La red de articulación con referentes y organizaciones barriales que sostiene el equipo, permite construir trabajo con y en la misma comunidad, y se ve reflejado en los motivos de consulta, y en las prestaciones a nivel individual y colectivo. La red está integrada por promotoras de salud, que tienen un rol importante, ya que fueron portavoz de motivos de consulta relacionados con violencia y consumo problemático de sustancias. Al ser referenciadas de forma indirecta por las promotoras, posibilitó el abordaje inicial de temas tan complejos que se encontraban silenciados.

Con la presidenta de la comisión directiva de delegados y con la coordinadora de la cooperativa de limpieza, se trataron diversos temas de interés comunitario como vacunación, salud ambiental, problemas relacionados con el acceso a espacio recreativo, problemas relacionados con factores de riesgo ocupacional.

Con la representante de una guardería de un partido político se abordó el tema de controles de salud de niños. Con el PAEByT¹⁸ se trabajó en diversas reuniones la planificación de un taller de salud ambiental; con el ministerio de defensa la necesidad de controles odontológicos; con el Servicio Social Zonal N°15 problemas relacionados con la crianza, y con las maestras de la escuela Rep. De Ecuador problemas de aprendizaje.

¹⁷ Moiso A. Determinantes de la salud. Barragan H. Fundamentos de la salud pública, La Plata Edulp, 2007, p 161-189.

¹⁸ Programa de alfabetización, Educación Básica y Trabajo, dependiente de la Dirección del Área de adulto y del adolescente, del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires.

En casi todos los casos la prestación inicial para abordar dichos problemas fue la entrevista con informante clave. La misma sirvió como herramienta de diálogo y permitió abordar estas problemáticas con el propósito de obtener la mayor información posible del entrevistado y de esta forma poder tomar decisiones o realizar intervenciones, siendo ambas partes beneficiadas en el intercambio.

Las prestaciones relacionadas con inmunizaciones se contabilizan como “individual” en el caso de vacunación a miembros de la cooperativa de limpieza del barrio, pero este porcentaje sería mucho mayor si se consideran a todas las personas vacunadas en la campaña de vacunación realizada en el asentamiento (población no nominalizada y por lo tanto considerada como “actividad grupal comunitaria”).

Conclusiones, recomendaciones, propuestas

El problema planteado inicialmente pudo ser abordado, no sin algunas dificultades.

El sistema de información utilizado institucionalmente para la gestión en el primer nivel de atención resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad de las intervenciones del equipo de salud en la atención y acompañamiento de la problemática de las personas en contexto comunitario y con perspectiva de determinantes sociales. Fue necesario abordar la metodología del presente trabajo con una propuesta de adaptación del sistema de información utilizado para el primer nivel de atención, de modo de dar cuenta de la singularidad del trabajo comunitario.

De todos modos, se logró objetivar las demandas y prestaciones del EAPSC en La Carbonilla durante el periodo de un año, valiéndose del sistema de registro vigente y realizando las modificaciones mencionadas para optimizar el análisis de los datos. La recolección de datos retrospectiva dificultó la tarea, y pudo haber llevado a ciertos sesgos, ya que dependió de la interpretación realizada por un integrante del EAPSC que extrajo los datos de las minutas para ser indexados según la codificación propuesta para motivos de consulta, prácticas y prestaciones. Se recomienda realizar en un periodo de tiempo similar el mismo análisis, pero esta vez, de manera prospectiva, para comparar los resultados obtenidos.

Con respecto a los motivos de consulta, se puede decir que es compleja la interpretación de algunos de ellos en el ámbito comunitario; y por ende su codificación. La propuesta de construcción de categorías en este sentido, intenta visualizar motivos de consulta agrupados en el SICeSAC en un conjunto muy amplio, ambiguo y con poca relación entre sí (Ver

apartado XXI del SICeSAC 5ta edición “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”). Se trató de utilizar el sistema vigente, pero a la vez, de dar cuenta de la complejidad del proceso de enfermedad-salud-atención que caracteriza al ámbito comunitario. Resultó ser un desafío plasmar en datos estadísticos la vulnerabilidad social y la angustia que acarrea este tipo de circunstancias, ya que vivencias dolorosas pueden fácilmente ser codificables como psicopatologías; llevando incluso, a prestaciones orientadas a la enfermedad. A. Stolkiner lo define como “**hegemonía discursiva**” entendida como el “conjunto complejo de las diversas normas e imposiciones que operan contra lo aleatorio, lo centrífugo y lo marginal, indican los temas aceptables e, indisolublemente, las maneras tolerables de tratarlos e instituyen la jerarquía de las legitimidades”. No hay que perder de vista que el análisis de datos del trabajo del EAPSC en La Carbonilla, es una construcción de conocimiento, y que teniendo muy en cuenta este precepto se trató de objetivar lo más fehacientemente posible las dolencias del otro y el modo de abordaje del equipo. No obstante se logró cuantificar las demandas en el periodo estipulado, dejando en evidencia la gran cantidad de consultas por temas como violencia, angustia y determinantes sociales de la salud, sobre todo los referidos a la dificultad en el acceso a instituciones de salud y otras (el motivo que más se repitió), a dificultades en la crianza, al desempleo y a problemáticas de salud ambiental.

De esta manera, se revaloriza la minuta como herramienta de comunicación tanto dentro como fuera del equipo, y se constituye como el elemento de excelencia para el pasaje posterior al sistema de información, sin perder las características narrativas que la caracterizan.

En cuanto a las prestaciones realizadas en el ámbito comunitario también fue necesario aportar nuevos conceptos a los mencionados por el SICeSAC. Si bien algunas definiciones son similares, lo que cambia es el objetivo final de la intervención. Para dimensionar esto, es necesario tener en claro desde qué enfoque o marco una institución de salud trabaja con la comunidad. Es conocida la función de “vigilar y controlar”, nada fuera de vigencia si se tiene en cuenta que se continúa realizando “vigilancia epidemiológica” y “controles de salud” sistemáticamente.

En el caso de la actividad comunitaria es muy fino el límite. ¿Cómo hacer para no caer en el intervencionismo cuando muchas de las prestaciones son en el domicilio del otro? ¿Cómo garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas cuando se abordan motivos de

consulta en espacios públicos? ¿Hasta dónde intervenir o no? Una definición que surge como respuesta a alguna de estas preguntas, y que define la primera prestación del EAPSC (en términos de cantidad), es el “**acompañamiento**” o “**apuntalamiento en temas de salud**”; cuyo fin último es que la persona logre gradualmente mayor autonomía en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Por otro lado, la gran cantidad de motivos de consulta relacionados a “dificultad en el acceso a instituciones de salud y otras”, se condice con la segunda prestación más frecuente del EAPSC: “**facilitar el acceso**”. Es sabido que, “mientras el gasto en salud se incrementa exponencialmente y algunos sectores padecen un exceso de aplicación de tecnologías médicas, una parte importante de la humanidad no tiene acceso a servicios médicos y medicamentos, aunque no queda exenta de conocer su existencia y por lo tanto saber de qué carece”¹⁹.

Se propone así una modificación en las prestaciones, no sólo en su denominación, sino en el sentido amplio de su definición; así como también que se tenga en cuenta a los equipos interdisciplinarios como “prestador” para evitar la perpetuación de modelos fragmentados de atención por especialidades.

Volviendo a la relación entre motivos de consulta y prestaciones, se considera que ambas se correlacionan, no obstante, resulta insuficiente este dato para evaluar a las acciones del EAPSC. Muchos de los motivos de consulta **son** porque existe una **oferta previa** del sistema (ejemplo motivos relacionados con SSyR y campañas de métodos anticonceptivos que se venían realizando). Las personas son el objeto de estudio de las instituciones de salud. En él se fundan sus prácticas, aún las preventivas y poblacionales. Es por este motivo, que uno de los desafíos del EAPSC es lograr que el objeto de las prácticas comunitarias no sea el conjunto de individuos que habitan en una comunidad, sino la singularidad de cada una de las personas con las que contacta. En los procesos de medicalización se produce un **choque** entre objeto e intervenciones. A diferencia de esto, el tener en cuenta la singularidad de las personas permite construir **vínculo, espacios de encuentro** donde se trata de estar disponible para poder acompañar el proceso de salud enfermedad atención de cada una de las personas con las que se hizo contacto.

¹⁹ Alicia I. Stolkiner “La construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad” Moynihan et. al. (2002).

Para cumplir objetivos como “evaluar al EAPSC” o “correlacionar motivos de consulta con prestaciones”, se propone otro tipo de trabajo, con enfoque cualitativo y destinado a evaluar calidad en la atención, satisfacción de los usuarios, entre otros.

Para concluir se puede afirmar que es necesario comenzar a **alojar** dentro del sistema de salud, a equipos transdisciplinarios con un enfoque de clínica ampliada, donde se reconoce al otro como sujeto con capacidad de innovación, como sujeto de derechos y no como un simple espectador de su propio proceso de salud-enfermedad-atención. Este “alojar” deberá ir acompañado de cambios en los modelos de gestión, donde se hace imprescindible trascender modelos centrados en la enfermedad, para pasar a modelos de cuidado, todo esto acompañado de cambios en estructuras rígidas como los sistemas de información que continúan generando una “medicalización de la vida” a través de la hegemonía discursiva.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y la Salud Colectiva

El presente trabajo aporta información relevante sobre los problemas del proceso de salud-enfermedad-atención en una población urbana en contextos de vulnerabilidad.

Aporta datos objetivables acerca del trabajo comunitario en la atención en salud desde un modelo centrado en las personas como sujetos singulares y contextualizados, que incluyen acciones individuales, grupales y comunitarias de atención, promoción y prevención sin fragmentarlas por niveles, sino integrándolas en las intervenciones.

Propone la inclusión en los sistemas de registros institucionales (sistema de estadísticas en salud) del equipo de salud comunitaria, aportando categorías para el registro del trabajo y para su análisis. Genera información que visibiliza la complejidad del trabajo en el primer nivel de atención, identificando los problemas de salud y sus determinantes, incluyendo las cuestiones referidas al acceso al sistema.

Identifica, objetivizándolas, categorías y modos de práctica habituales, y a la vez necesarias en el territorio. Estas categorías pueden servir de insumo para la definición de competencias del médico General y Familiar en este contexto y aportan referencias para su aprendizaje o adquisición.

Deja abierta preguntas que estimulan nuevas investigaciones, por ejemplo, sobre el padecimiento subjetivo y su abordaje en el primer nivel de atención. Por último, la información producida en el presente trabajo es un insumo para la gestión local y para la visibilización del trabajo comunitario dentro de la institución de salud.

Bibliografía

Ayre R. El Concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos, en Czeresnia, D y Machado de Freitas, C (organizadores) Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial. Buenos Aires 2005. 135-151

Barbiero J, Chervin D, Feito V, et al. Trabajo de investigación descubriendo la carbonilla ,2013. Disponible en <http://www.famg.org.ar/index.php/trabajos-cientificos-2013> , Consultada el 12 de febrero de 2015.

Caja de herramientas comunitarias, Capitulo 3 evaluar las necesidades de la comunidad, sección 15 metodos cualitativos para evaluar asuntos comunitarios, Disponible <http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/valoracion/valorar-las-necesidades-y-recursos-comunitarios/metodo-cualitativo/principal>, Consultada el 10 de enero 2015.

Carvalho J, Franca Junior I, Junqueira Calazans G, et al. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud nuevas perspectivas y desafíos. Promoción de la salud concepto reflexiones tendencias.

Clasificación internacional de enfermedades , 10ma edición. Disponible en http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

Solitario R, Garbus P, Stolkiner, A. Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. UBA. Buenos Aires. 2008. Volumen XV.

Dávila A, Comprender íntegramente al ser humano, en Revista de Atención primaria de la salud, Año 4, Número 7, abril de 2007

Ferrera Herrerra I; Barroto Zaldivar, T; Sanchez Cartaya, M; Álvarez Vázquez, J. La Participación de la Comunidad en Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana. Mayo-junio 2001. 17(3): 269.

IriartC, Waitzkin H, Breil J, Medicina social latinoamericana aportes y desafíos. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>. Consultada el 03 de junio de 2015.

Marco de referencia para la formación de residencias médicas. Especialidad Medicina General y/o Familiar. Diciembre 2010.

Menéndez E, La enfermedad y la curación, Que es medicina tradicional. Revista Alteridades, Vol 4, Nu 7, año 1994, p 71-83

Metodología para el trabajo comunitario en salud, Ministerio de Salud Dirección Regional Cajamarca, 1993-1997

Michelena L, El estatus legal de los Nuevos Asentamientos Urbanos: El caso de 'La Carbonilla. Ciudad de Buenos Aires, 2012 (En línea). Trabajo presentado en VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012, La Plata, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2093/ev.2093.pdf. Consultada el 8 de enero de 2015

Moiso A, Determinantes de la salud, Barragan H, Fundamentos de la salud pública, La plata Edulp, 2007, p 161-189

OMS, Alma-Ata 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata. Ginebra. Septiembre 1978

OPS-OMS. La renovación de la atención primaria en la salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la salud, Organización mundial de la salud .Washington ,DC,2007

Pita Fernández, S., Investigación en Atención Primaria C.S. Cambre. A Coruña: CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 41-

Programa docente de la residencia de medicina general. Dirección de capacitación profesional y técnica. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2013.

SICeSAC, Síntesis 2011. Dirección General de Desarrollo y Planeamiento sanitario, Departamento de Estadísticas en Salud. Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2012/cesac_informe_anual_2012.pdf

Sistema de Información de Centros de Salud y Acción Comunitaria. 5ta edición. Departamento de Estadísticas de la Salud. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <http://xa.yimg.com/kq/groups/22293817/103670871/name/SICESAC+5ta+edición.doc>.

Solitario R, Garbus P, Stolkiner, A. Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. UBA. Buenos Aires. 2008. Volumen XV.

Stolkiner, A. La interdisciplina, entre la epistemología y las prácticas. Campo Psi. 1999. Disponible en <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner1.htm>.

Stolkiner A, Medicalización de la vida sufrimiento subjetivo y prácticas de salud mental. Compilador Lerner H, Los sufrimientos -10 psicoanalistas-10 enfoques, Editorial psicolibro. Colección FUNDEP, marzo 2013, p 211-239.

Zurro M., Investigación en atención primaria, en Argimón Pallás J. M. y Jiménez Villa J., Eds., *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*, Doyma, Barcelona, 1991.

Wagner de Sousa Campos G, La clínica del sujeto por una clínica reformulada y ampliada, 1996-1997. Disponible en <http://www.alames.org/documentos/sujeto.pdf>. Páginas 9 . Consultado el 20 de marzo del 201

Anexo A: Estructura de la Minuta

Minuta La Carbonilla

Fecha:

Participantes:

Reunión de equipo: Participantes, temas a tratar, lugar y horas destinadas.

Actividad extramuro: Se describen las actividades realizadas (visitas domiciliarias, demandas espontáneas, actividades grupales y/o comunitarias).

Pendientes: Se resaltan los temas pendientes y se asigna un encargado para el cumplimiento de los mismos.

Anexo C: Adaptación de categorías del SICEsAC

Categorías	SICEsAC	Adaptación propuesta
Prestador	Médico, Psicólogo, Psicopedagogo, Lic. Ciencias Educación, Trabajador Social, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo, Odontólogo, Nutricionista, Antropólogo, Sociólogo, Terapeuta ocupacional, Musicoterapeuta, Obstétrica, Enfermero/a, Farmacéutico, Prescripto externo, Dador.	IDEM y se agrega "Equipo de APS Comunitaria" EAPSC
Tipo de Prestación	Definidas según el prestador. Para las disciplinas que integran el EAPSC: Médico: Consulta externa por especialidad, Prestación médica. Trabajador social: Entrevista de Admisión a programas/proyectos, Entrevista de 1ª vez, Entrevista ulterior, Entrevista a terceros, Interconsulta, Supervisión, Asesoramiento/consejería, Prestación múltiple. Enfermero: Prestación de Enfermería, Entrevista/Admisión de Enfermería.	Se agregan nuevas prestaciones, Pautas, Derivación asistida, Gestión. Examen físico Prestaciones relacionadas con inmunizaciones: asesoramiento sobre vacunatorios, estado de la vacunación, inoculación, otros. Se amplian definiciones operativas de: Asesoramiento, Consejería, Entrevista, Interconsulta y Dación Se incluye al EAPSC y al MGyF como prestadores de todas estas prestaciones
Prácticas	Definidas según el prestador	No varían.
Daciones	Métodos anticonceptivos en el marco del "Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable". Entrega de leche. Entrega de Medicamentos en el marco de Programas	Se incluye al prestador EAPSC como "dador". Se agregan las daciones: medicación fuera de programas, insumos y donaciones como ropa y calzado.
Ámbito	Intramural (en el propio CESAC), Escuela, Domicilio, Comedores comunitarios, Instituciones barriales, Otras, Traslado.	Se agrega el ítem: Espacio público.
Observaciones	Se registran: Semana de gestación en embarazadas consultantes; Peso y talla, en el caso previsto por el Programa de Vigilancia Nutricional, Fecha de citación, Tipo de receptor en la entrega de leche, Firma del receptor: en entrega de leche, Datos de la escuela en el caso de	Se agrega Características de la prestación individual comunitaria: Visita domiciliaria planificada, Demanda espontánea, Acción comunitaria, Otros.

	prestaciones bajo programa Salud Escolar.	
Diagnóstico/ Motivo de consulta/ Problema	<p>i. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</p> <p>ii. Tumores</p> <p>iii. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos</p> <p>iv. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</p> <p>v. Trastornos mentales y del comportamiento</p> <p>vi. Enfermedades del sistema nervioso</p> <p>vii. Enfermedades del ojo y sus anexos</p> <p>viii. Enfermedades del oído y de la hipófisis mastoides</p> <p>ix. Enfermedades del sistema circulatorio</p> <p>x. Enfermedades del sistema respiratorio</p> <p>xi. Enfermedades del sistema digestivo</p> <p>xii. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</p> <p>xiii. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</p> <p>xiv. Enfermedades del sistema genitourinario</p> <p>xv. Embarazo, parto y puerperio</p> <p>xvi. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</p> <p>xvii. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</p> <p>xviii. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificables en otra parte</p> <p>xix. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas</p> <p>xxi. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud</p>	<p>Se agrupan en 5 categorías:</p> <p>1. Consultas sobre problemas de salud por patología: tomando los apartados del I al XIV más el XVIII y el XIX.</p> <p>2. Determinantes sociales que aumentan la vulnerabilidad: Extraído del apartado XXI. Incluye: El acceso a servicios de salud y otras instituciones, El desarrollo infantil saludable, El trabajo y las condiciones laborales, El ambiente físico y social, Las adicciones, La educación.</p> <p>3. Necesidad de programar visita para controles de salud: Corresponden al control de adulto, de niño, oftalmológico, odontológico, ginecológico de rutina y turnos de laboratorio codificadas en el SICeSAC dentro del apartado XXI.</p> <p>4. Necesidad de atención en temas relacionados con SSyR: Comprenden consultas sobre uso y acceso de métodos anticonceptivos, embarazo y puerperio, derechos sexuales y reproductivos. También codificados en el SICeSAC en el apartado XXI.</p> <p>5. Motivos de consulta relacionados con inmunizaciones: Se decide abrir a 3 motivos de consulta relacionados a las inmunizaciones (código 811 del apartado XXI del SICeSAC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultas por el carnet de vacuna y/o estado de inmunización; - Efectos adversos de las vacunas; - Acceso a vacunatorios. - Otros.

Anexo D: Variables cargadas en la base de datos

Variables	Ejemplo
Prestador	EAPSC
Fecha	17-03-2015
DNI	10.222.333
Apellido y nombre	Juan Pérez
Domicilio	Sector 1, casa 21
Ámbito	3 (Domicilio)
Motivo de consulta (se pueden cargar hasta 3 motivos)	Lesión en mano derecha Dificultad en el acceso a la medicación
Código LIC-APS	0757- Z 744
Prestación (se pueden cargar hasta dos prestaciones)	Asesoramiento sobre acceso
Dación	Medicación analgésica
Tipo de atención	Demanda espontanea