

Evaluación de procesos desencadenados por el curso MAPEC. Nuevas prácticas en prevención y atención de enfermedades no transmisibles.

Participan de la investigación:

Área de investigación: Marina Ridao, Romina Pighin, Grisel Adissi.

Área de Fortalecimiento de las Competencias de los Equipos de Salud: Cintia LHopital, Ariadna Pou, Denise Chervin.

Agradecimientos: Equipos de salud y autoridades de las UGJ de las provincias de Misiones, Santiago del Estero, Rio Negro, Santa Fe y Santa Cruz. Lic. Mariana Carroli, Lic. Florencia Tufró, Med. Anahí Sánchez.

Coordinación General del Programa Redes: Dr. Gabriel González

Programa Redes, Ministerio de Salud de la Nación

Av. Julio A. Roca 781 - 3º Piso

011 5368 5522

ridaomarina@gmail.com

Trabajo de investigación cuali- cuantitativo (inédito).

Gestión/ Administración de los servicios de salud

Septiembre de 2016.

EVALUACIÓN DE PROCESOS DESENCADENADOS POR EL CURSO MAPEC. NUEVAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

RIDAO, Marina; PIGHIN, Romina; ADISSI, Grisel

Programa Redes, Ministerio de Salud de la Nación

Av. Julio A. Roca 781 - 3º Piso

011 5368 5522

ridaomarina@gmail.com

Trabajo de investigación con enfoque cuali-cuantitativo

Gestión/ Administración de los servicios de salud

Introducción. La presente ponencia presenta la evaluación del curso Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante: Curso MAPEC) desarrollado por el Programa Redes y dirigido a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención.

El objetivo general es describir las transformaciones de las prácticas de los equipos de salud que participan del curso MAPEC, en caso de haber existido, analizando sus dinámicas, las redes intervinientes, los obstáculos encontrados y los factores habilitantes.

Materiales y métodos: Exploratorio y longitudinal a través de un abordaje cuali-cuantitativo, siguiendo tres fases: (1) descripción de características iniciales de participantes y contextos locales mediante un cuestionario administrado al inicio del curso; (2) análisis de impacto inmediato del curso mediante un cuestionario similar, al finalizar el curso; (3) descripción y análisis de exposiciones grupales y propuestas de trabajo presentados para la aprobación del curso. (4) seguimiento posterior y alcances de las propuestas y procesos desencadenados por el curso MAPEC.

Resultados: La investigación ha permitido conocer los contextos locales que anteceden o preceden al curso, registrándose diversas situaciones de partida, así como diferentes modos de apropiación del curso entre los equipos. Según el vínculo entre lo previamente existente y lo propuesto, el curso ha funcionado como reafirmación; catalizador; potenciador; acontecimiento; o como muestra de una posibilidad.

Discusión y conclusiones: La investigación muestra la relevancia de generar instancias evaluativas de programas sanitarios y promover abordajes integrales que pongan en diálogo perspectivas y técnicas metodológicas, contribuyendo a la toma de decisiones.

Evaluación de Curso MAPEC, Prevención y Atención de Personas con ECNT, Programa Redes

SopORTE técnico: Proyector y pantalla

Glosario

APS: Atención Primaria de la Salud

CAPS: centros de atención primaria de la salud. Por extensión, establecimientos de primer nivel

DMT2: Diabetes Mellitus Tipo 2

ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles

GPC: guías de práctica clínica

HC: historia/s clínica/s

HTA: hipertensión arterial

MAC: métodos anticonceptivos

MAPEC: Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNA: primer nivel de atención

R/CR: referencia y contrarreferencia

RCVG: riesgo cardiovascular global

S/D: sin datos

SNA: segundo nivel de atención

SUM: salón de usos múltiples

TA: tensión arterial

UGJ: Unidad de Gestión Jurisdiccional

Introducción

La presente ponencia alcanza la evaluación del curso Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante: Curso MAPEC) desarrollado por el Programa Redes y dirigido a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención.

En primer lugar, se relatan las características y el desarrollo del curso de capacitación. La segunda parte presenta la metodología de evaluación utilizada, detallando el diseño del estudio, las técnicas, la muestra y las fuentes utilizadas. La tercera parte refiere a los contextos locales en los que se inscribe el curso MAPEC, incluyendo referencias a las dinámicas, saberes y prácticas preexistentes. La cuarta parte describe y categoriza los tipos de transformaciones desencadenados en los equipos de salud participantes del curso. La quinta parte señala las características de aquellas transformaciones que han logrado sostenerse a lo largo del tiempo. Por último, se incluyen reflexiones finales y se sugiere una serie de recomendaciones, tanto para el diseño y la ejecución a futuro del curso MAPEC como para la orientación del Programa Redes.

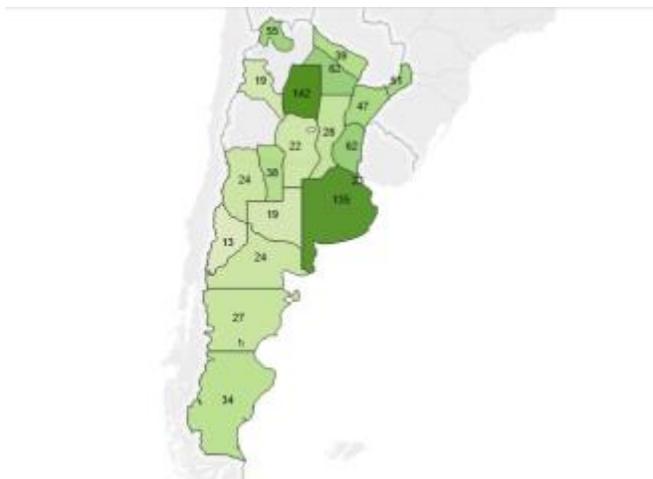
Acerca del curso MAPEC

El curso *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles –modelo MAPEC*, está orientado a la promoción y difusión de dicho modelo de gestión y atención para su implementación en el sistema de salud, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud impulsada desde el Ministerio de Salud de la Nación.

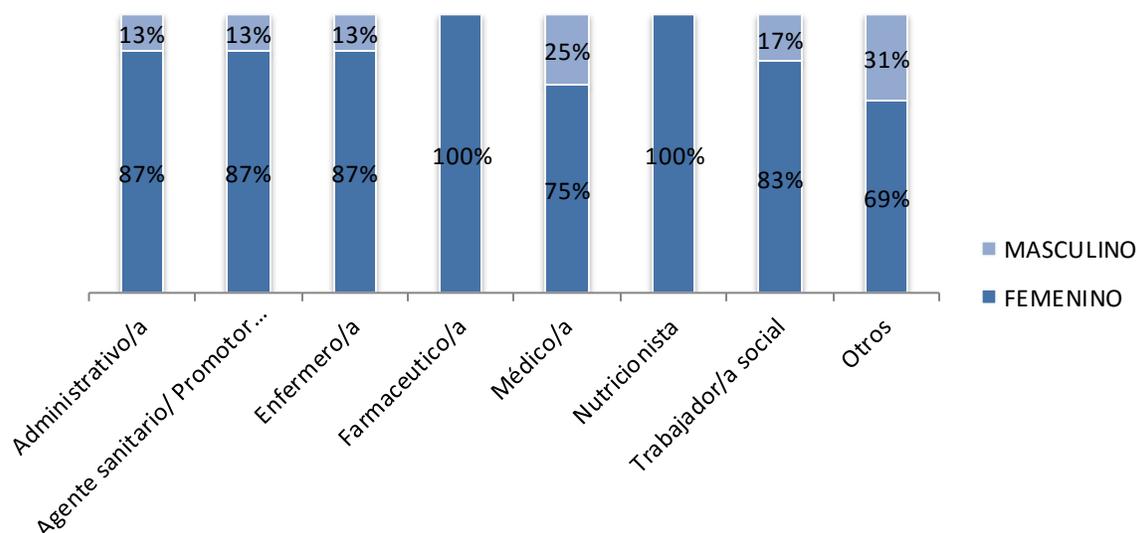
El Objetivo General del curso es compartir un marco teórico y ofrecer herramientas a los equipos de salud para promover transformaciones en el modelo de gestión y atención de personas con enfermedades crónicas, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud.

Los contenidos del curso se organizan en unidades temáticas que incluyen una introducción al modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) y sus componentes, a saber:

En relación a la participación por provincia, se destaca la presencia de cursantes en las provincias de Buenos Aires y Santiago del Estero, principalmente mujeres (85%) con perfiles heterogéneos (profesionales y no profesionales de la salud). Si bien la presencia femenina es generalizada, en el caso de profesionales médicos, la brecha se acorta (75% mujeres y 25% varones).



Distribución según sexo y perfil profesional de los participantes



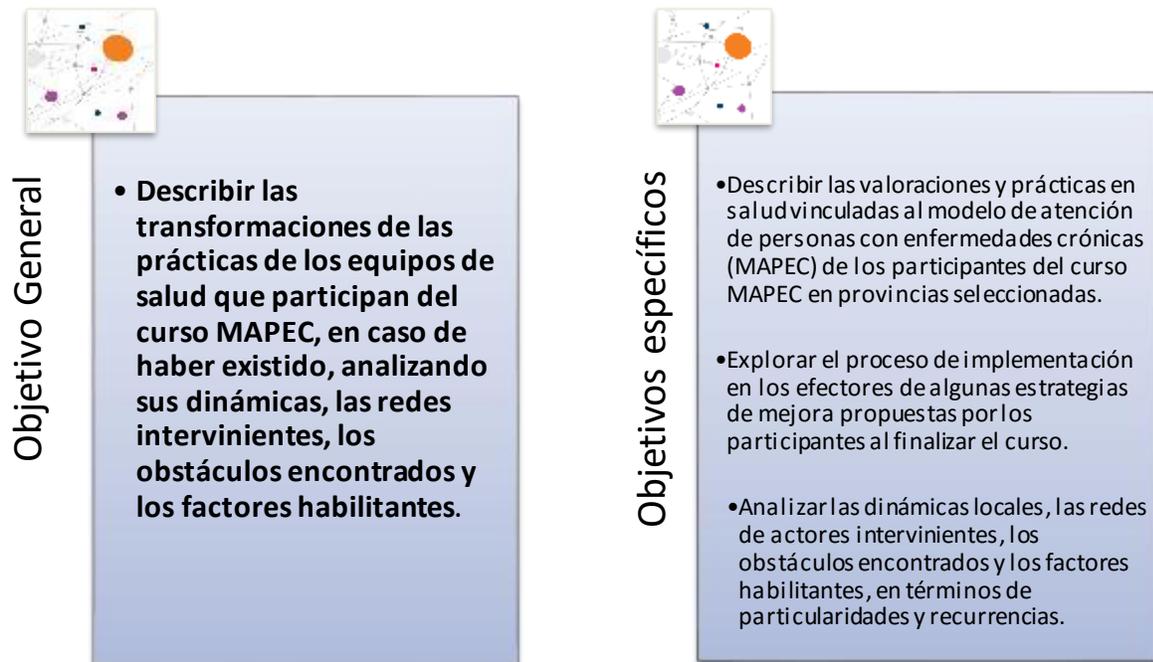
Diseño de la evaluación de los procesos desencadenados por el curso MAPEC

El presente estudio se origina en función de valorar la relación entre los objetivos propuestos por el curso MAPEC y lo sucedido con las prácticas de los equipos de salud que participaron del mismo.

Su diseño es exploratorio y longitudinal. A través de un abordaje cuali-cuantitativo se describen las condiciones iniciales de cada uno de los contextos locales. Luego, desde un abordaje

cuantitativo se describen y analizan las relaciones entre las realidades previas de los equipos y los procesos de transformación desencadenados por el curso, así como las modalidades asumidas por aquellas propuestas que han logrado sostenerse en el tiempo.

La evaluación tiene los siguientes objetivos:



Abordaje metodológico

La presente investigación responde a un formato evaluativo. Según Niremborg *et al* (2000; 2003), la evaluación es aquella actividad que tiene por objeto contribuir a la efectividad de programas y políticas de gobierno investigando sus procesos de implementación, a fin de realizar recomendaciones que permitan reforzar la direccionalidad esperada.

Al elucidar obstáculos y facilitadores, la evaluación brinda información sobre las condiciones reales en que se desarrollan las propuestas, releva el accionar concreto, y señala qué estrategias pueden resultar convenientes o viables sugiriendo modos de fortalecimiento, profundización, ampliación o continuidad. En tanto actividad programada de reflexión, la evaluación se lleva a

cabo mediante procedimientos sistemáticos de construcción y análisis de datos con fines comparativos.

El interés del presente estudio es comparar situaciones respecto de sí mismas en el tiempo. De tal modo, la primera etapa consiste en la descripción y análisis de un punto de partida o situación inicial —“línea de base”— utilizada como parámetro desde el cual valorar los efectos posteriores. A su vez se trata de una evaluación interna al Programa Redes¹, realizada a nivel operativo, es decir, ubicando el foco en el trabajo cotidiano de los equipos de salud y sus circunstancias. Finalmente, admite ser clasificada simultáneamente como una evaluación *ex post* al tomar como referencia el curso MAPEC (previamente dictado), y una evaluación con foco en procesos en tanto busca analizar la ejecución de las propuestas presentadas para su aprobación final. El interés evaluativo está así puesto en la efectividad del curso para desencadenar procesos, al tiempo que en la institucionalización y afianzamiento de los procesos desencadenados.

Para el diagnóstico de la situación inicial se apela a una triangulación de técnicas y fuentes desde un enfoque cuanti-cualitativo; para la etapa siguiente el abordaje propuesto es netamente cualitativo. La línea de base es reconstruida mediante el relato de los actores², de los documentos por ellos presentados, y de la cuantificación de las respuestas recibidas en la encuesta que acompañó el desarrollo del curso. Los datos restantes fueron recabados a través de entrevistas en profundidad, y analizados inductivamente mediante la conceptualización de patrones emergentes.

Los patrones emergentes posibilitan la recuperación de valoraciones, condiciones y prácticas recurrentes, conexiones frecuentes entre ellas, y las experiencias y perspectivas de los propios equipos (qué resulta para ellos significativo y qué no, qué causa atribuyen a determinados efectos). Es decir, los procesos sociales reales y situados que acompañan toda implementación.

A fin de evaluar los procesos desencadenados por el curso MAPEC, un abordaje cualitativo posee la virtud de construir información que tome en cuenta las distintas realidades locales, y

¹ El hecho de que esta evaluación sea realizada por el propio Programa señala el compromiso por aplicar las recomendaciones y la aplicabilidad probable de estas, al tiempo que condiciona el modo en que los actores locales perciban su propósito.

² Recogidos tanto a través de entrevistas semiestructuradas como de los audios correspondientes a la presentación grupal de proyectos durante la última jornada del curso.

de ser sensible a las distintas circunstancias y efectos imprevistos o no contemplados inicialmente, que condicionan el éxito de las propuestas.

Cronograma de trabajo de campo :



Resultados

Los contenidos del curso MAPEC son procesados y apropiados por los equipos de salud en el marco de sus realidades y rutinas cotidianas. En este sentido, el curso se inscribe en condiciones locales y dinámicas de trabajo -que involucran saberes y prácticas- preexistentes, y a su vez facilitan o dificultan la concreción de proyectos vinculados al modelo MAPEC. De este modo, nos referiremos a continuación a las condiciones que atraviesan -y desbordan- las dimensiones propuestas en el modelo MAPEC, distinguiendo las particularidades que asumen a nivel local.

Expectativas relacionadas con el curso MAPEC

Alrededor del curso MAPEC se configuran experiencias particulares y expectativas en torno a la participación, valoración de la propuesta general, y condiciones para llevar el proyecto final. En términos generales, el curso MAPEC es “bien recibido”, como instancia de encuentro, aprendizaje y puesta en común de saberes, experiencias y estrategias de trabajo llevadas adelante por referentes y/o equipos heterogéneos de centros de salud, y en el que se facilitan instancias de debate y reflexión conjunta.

Ahora bien, en relación a la convocatoria al curso, encontramos gran heterogeneidad en las modalidades y alcances de la misma. En este sentido, si bien se trató de una convocatoria abierta, en la práctica fue absorbida por las lógicas de intervención local, generan expectativas y particulares.

Entre las diferentes variantes, ubicamos por un lado, la modalidad de convocatoria general, a través de una comunicación formal o informal a los integrantes de los diferentes centros de salud. Bajo esta modalidad, los/las responsables de los centros de salud, supervisores u otros referentes de la mesogestión, adoptaron a su vez diferentes estrategias de convocatoria, al interior de los equipos de acuerdo a diferentes criterios:

según postulación voluntaria–los/las motivados-, búsqueda de representatividad de las áreas (administrativa, médica, enfermería), de acuerdo a la orientación de tarea (actividades comunitarias) o de la población destinataria (integrantes del equipo orientado a población adulta con ECNT), según vínculos interpersonales – “los buenos” y “los malos” dentro de los equipos-, priorizando a quien no ha participado previamente de capacitaciones similares, o bien como modo de inducción en APS (tanto para principiantes, no profesionales, o integrantes con perfil internalista).

La diversidad de estrategias genera expectativas y alcances diferentes en relación a la participación y generación de proyectos vinculados al MAPEC.

Cuando la selección resulta arbitraria, atendiendo a alguno de los criterios mencionados, emerge la expectativa de poder revisar dicha práctica. Una de las expectativas generales es poder participar al resto del equipo de futuras capacitaciones, como forma de asegurar la igualdad en el acceso a la formación, a la vez que manifiesta las dificultades que en muchos casos, tienen quienes acceden a los dispositivos de capacitación, para generar espacios de encuentro que permitan compartir estas experiencias con el resto del equipo de salud.

La participación de profesionales no médicos de la salud como parte de la convocatoria (ej.: farmacéutica), fue vivido como oportunidad de incluirla como miembro del equipo de salud y comenzar a trabajar de manera articulada con el equipo médico, algo que no se había podido general previamente, por la propia dinámica interna. De igual modo, la inclusión de

participantes del área administrativa, promueve un efecto importante, al incorporar como destinatarios a quienes a diario realizan acciones auxiliares de las que muchas veces no logran apropiarse o comprender el sentido más amplio en el que se inscriben dicha acciones. Esto último se encuentra íntimamente relacionado con la dinámica propia de los espacios de trabajo y el grado en que se comparte y circula la información entre los integrantes de todo el equipo de salud (médico y no médico, profesionales y no profesionales, de las diferentes áreas de trabajo).

Entre las opciones de autoselección, la postulación voluntaria o la definición interna de los participantes se relaciona con otros factores, tales como la posibilidad de viajar y de facilidades (con quien viajar, pago de viático) para realizar el traslado (en el caso de ser un requisito), disponer del tiempo para ausentarse del lugar de trabajo (en general, no hay reemplazos).

Asimismo, pueden surgir efectos no deseados vinculados a la convocatoria cuando la selección se centra en la orientación del equipo de salud. En este sentido, convocar sólo a quienes trabajan con población adulta con ECNT, puede reforzar el aislamiento del equipo en lugar de favorecer su articulación al interior de los equipos de salud.

La modalidad presencial con *encuentros* despierta gran interés. Hay una necesidad inmensa del cara a cara, de estar en contacto con otros que se encuentran a la par y que entienden las problemáticas propias de trabajar en APS, así como de referentes de provinciales y nacionales, como una de sentirse más acompañados (o menos solos). En el mismo sentido se valora que los/las docentes cuenten con cierta cercanía y recorrido en APS además de formación universitaria apropiada. Sin embargo, la modalidad presencial junto con el requisito de elaborar un proyecto final plantea ciertas dificultades relacionadas con, por un lado, la disponibilidad de tiempo, para viajar –más aún cuando las distancias con más largas-, y para organizar la rutina laboral y familiar para reunirse con los/las compañeros/as a elaborar el proyecto final:

nos turnamos entre nosotras para ver quién va al curso, quien cuida a los hijos y quien cubre la atención a la gente.

Por otro lado, también emergen dificultades para la obtención de autorizaciones y recursos necesarios –cuando se requiere viajar- para poder asistir al curso.

En relación a la elaboración del trabajo final, encontramos experiencias dispares en torno al armado de proyectos, por lo que en algunos casos resultó una actividad a la que estaban acostumbrados -sobre todo aquellos equipos que participan regularmente de capacitaciones y presentan proyectos en forma periódica-, mientras que en otros casos la propuesta resultó un gran desafío o bien una tarea tediosa, insumiendo gran cantidad de tiempo extra, para poder cumplir con los requisitos de aprobación del curso: *“fue como hacer una tesis para nosotras”*. Esto último se acentúa con los obstáculos asociados a la inexperiencia en algunos casos en torno al manejo de las herramientas informáticas y barreras para acceder a internet.

Relación entre lo existente y lo propuesto

Los 20 proyectos seleccionados presentaban, según su formulación escrita inicial, aspectos comunes. Estos aspectos también eran compartidos con la totalidad de propuestas presentadas para las 5 provincias. Entre ellos se encontraba la falta de precisión respecto de la propuesta.

En nuestro trabajo de campo hemos encontrado que aquello se debía a la falta de experiencia de buena parte de los participantes en el armado de proyectos, destreza que no era trabajada desde el curso MAPEC. Lo anterior vuelve difícil de clasificar u ordenar las propuestas según el tipo de componente al que apuntan o el tipo de transformación que promueven.

Al mismo tiempo, las propuestas poseían un énfasis en lo vinculado con el automanejo, y cierto sesgo normativo centrado en la patología. Según hemos podido relevar, esto en varios casos se condecía más con lo que los equipos comprendieron que se solicitaba para la aprobación que con una orientación presente en la forma de trabajo.

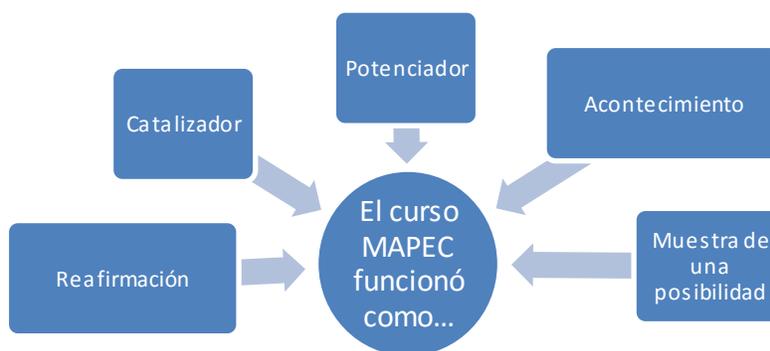
Al recorrer los establecimientos encontramos que las propuestas eran básicamente de dos tipos: aquellas que implicaban la realización de talleres, charlas u otras actividades comunitarias, y aquellas que se centraban en la reorganización interna. En algunos CAPS las propuestas eran combinadas. Tal como mencionaremos abajo, cuando el primer tipo de propuestas involucraba actividades novedosas raramente lograba sostenerse. Lo contrario sucedía con el segundo tipo de actividades.

Por otro lado, en base a los proyectos inicialmente presentados para la aprobación del curso hemos bosquejado una tipología respecto del vínculo existente entre las acciones previas de cada uno de los CAPS y las transformaciones propuestas.

Las posibles modalidades que podía asumir este vínculo entre el primer resultado del curso (entendido a la vez como trabajo escrito e intencionalidad de cambio) y la realidad previa del establecimiento y/o el equipo fueron analizadas en aquel momento en base a la construcción de cinco categorías. Al mismo tiempo, se advertía que dichas categorías no eran excluyentes, en la medida en que diferentes protagonistas podían ubicar la acción deseada en diversos sentidos. Pese a ello, mostraban formas en que el curso había funcionado a nivel local, sentando bases sobre las cuales describir y analizar las propuestas desencadenadas al tiempo que arrojando elementos para la comprensión y mejoramiento de las orientaciones del curso.

El primer seguimiento en campo, es decir el nuevo contacto que tuvo lugar transcurridos entre cuatro y cinco meses de la finalización del curso, permitió corroborar la vigencia de aquella tipología inicial, expandir aquellas categorías iniciales desplegando más sus distintas manifestaciones, y profundizar la comprensión de sus implicancias.

Relaciones entre la realidad previa y la transformación producida



El curso MAPEC como reafirmación

En un primer momento había llamado la atención desde los organizadores del curso el hecho de que algunos equipos propusieran acciones que ya venían desarrollando. En aras de evitar suponer a priori que este era un gesto inocuo, o bien motivado por la intención de no invertir

demasiado compromiso con los contenidos del curso, nuestra intención fue profundizar en el análisis de los significados que esto podía guardar para los participantes.

Inicialmente entendimos que la finalidad de este gesto podía estar vinculada con la corroboración de que lo que estaban haciendo es correcto, imbuyéndolos de más fuerza y convicción como para seguir adelante. En términos de redes intersubjetivas, aquello contribuía a consolidar el trabajo previo de los equipos.

El seguimiento en terreno confirmó que cuando los proyectos mencionaban acciones que ya se venían llevando a cabo, lejos de consistir en facilitar el proceso de aprobación, se estaba poniendo en juego un modo específico en que el curso se mostraba como eficaz. La mayor parte de las veces esto sucedía cuando alguno de los participantes (o bien, todos) ya tenía conocimiento previo de la estrategia de APS. Lo cual vuelve necesario una aclaración: en casi todos los casos, el MAPEC fue asimilado con un curso sobre aquella estrategia. Mientras que para algunos era algo novedoso, para buena parte implicaba refrescar contenidos, o revisar qué tan coherentes venían siendo sus prácticas con aquello que ya tenían internalizado como parámetro de un buen funcionamiento, sobre todo en el primer nivel de atención³. Al mismo tiempo, esto permitía legitimar ciertas puntos de vista —precisamente, los de quienes traían una formación previa en APS— ante el resto de los miembros del equipo, o bien ante las autoridades de la mesogestión.

Así por ejemplo en un CAPS comentaron haber visualizado que una actividad que venían desarrollando de consejería sobre alimentación saludable se había vuelto rutinaria, y que el curso había permitido recordar ellos mismos el sentido último que los motivaba a desarrollarla y sostenerla en el tiempo:

La consejería la pusimos como estrategia porque es algo que hacemos, es como reafirmarlo, ponerlo en valor.

En otro CAPS, la alta estimación del curso aparecía asociada con la revitalización del deseo por trabajar en determinada línea, al tiempo que del gusto por hacerlo.

³ Cabe advertir que en dos casos de los que se tomó contacto se trataba de profesionales que por razones relativas al mercado laboral se encontraban insertos en el segundo nivel de atención, aunque contaban con formación previa en APS. En otros dos casos se trataba de una modalidad provincial que tampoco se corresponde con el primer nivel: los SAMCos (Sistema para la Atención Médica de la Comunidad) en Santa Fe.

-Yo creo que estas capacitaciones ayudan a reforzar algunas cosas que uno ya tiene pero que cuesta implementar o te achancha... No sabés como implementar. (...) Un montón de cosas que a lo mejor uno las tiene pero que hace mucho que no las lee. (...) En Atención Primaria uno está como estancado, hace falta como que alguien empuje: salgamos a prevenir... Salgamos a recaptar.

(...)

-Lo que nosotros veíamos que habían un montón de cosas que el sistema de Salud en el que yo me formé las tenemos articuladas. Esto de favorecer el turno anticipado, los pacientes de riesgo, de permitir que tengan un acceso más fácil y no que hagan la misma cola que hacen todos los pacientes. (...) Es algo que ya venía haciendo antes de hacer el curso. (...) Lo que hicimos con el MAPEC fue reforzar esto. Tratar, con la secretaria y las personas que hacen los turnos, agilizar esto. Si la persona te dice que es diabética, que todo el equipo esté involucrado en esto de facilitar la accesibilidad. Uno por ahí lo tiene incorporado y piensa que el otro, como vos se lo dijiste, lo va a hacer... pero no. Esto de realmente sentarnos como equipo, si es de crónico, no importa el día que venga, incluso la agente sanitaria que a veces sale a visitar. Y les dice, necesitás un turno, vení mañana y les deja el turno dado. Como equipo, reformular y reforzarlo esto para que todos tengamos el mismo discurso.

Junto con lo anterior, a la par que se refuerza el sentido de prácticas previas para los propios miembros del equipo, disponer de renovados elementos de argumentación para legitimar las acciones ante los demás no es menor como ganancia a partir del curso.

Nosotros cada vez que hacemos una cosa y tenemos que cerrar el inventario por dos horas para hacer el taller, nos entra el sentimiento de culpa digamos. Es una cosa, entonces estas cosas como que reafirman que está bien, es parte de la medicina, es parte del servicio hacer esto. (...) El curso es como que te da un poco mas de solidez como para decir no estoy tan

errada, no es que voy a perder tiempo con la gente, no es algo descabellado ni tampoco es una locura mía...

En el marco de la valoración generalizada de lo asistencial y el carácter subalterno o periférico de las acciones de prevención y promoción, el curso MAPEC opera confirmando que es correcto suspender la atención para realizar otras tareas en la línea de lo educativo, o mismo en lo vinculado con el seguimiento domiciliario. Esto permite imbuir de más fuerzas a lo que se venía realizando, o bien definir destinarle aún más tiempo, o sumar más miembros del equipo para ellas. También otorga nuevos argumentos para defenderlas ante quienes las critican, y más seguridad acerca de la necesidad de defenderlas. Vale decir: el curso funciona respaldando todas estas acciones.

Ahora con el tema del proyecto, juno se puso más firme en decir "tenemos que hacer algo con eso!"

El curso MAPEC como potenciador

Inicialmente habíamos descrito cómo en algunos casos los equipos manifestaban que el curso MAPEC les había permitido visualizar modos de expandir estrategias que ya estaban llevando adelante, pero de manera acotada o rudimentaria.

De esta manera, el curso operaba optimizando algo que previamente se hacía (por ejemplo, los registros), visualizando posibilidades de ampliación (como ser de HTA a ECNT en su conjunto), o dotando de un nuevo sentido a algo que ya está en curso al articularlo con otras posibilidades. Dentro de esto último ubicamos tanto al entretrejo de los contenidos con acciones que se venían realizando para el caso de problemáticas agudas o atención en otros grupos etarios, como a la articulación con otros efectores o instituciones para extender acciones que previamente se realizaban o dotarlas de nuevos sentidos.

Señalábamos también que, en términos de redes, esta dinámica permite visualizar la construcción de nuevos vínculos y la potencialidad del trabajo en red que puede desencadenar

el curso. Comprender a la potenciación como un efecto posible del curso MAPEC nos lleva a visualizar otro modo en que lo nuevo se entrelaza con la continuidad de acciones previas.

El seguimiento en terreno confirmó aquello entrevisto inicialmente en la línea de base, al tiempo que nos permitió conocer nuevos casos. Así por ejemplo en Santa Fe nos comentaban que el proyecto presentado retoma una actividad que realizaban a demanda, esta vez formulándola en base a una planificación sistemática que se propone reconfigurar la oferta. En esa área no hay otros CAPS, y hay barrios que tienen al hospital pequeño cuyo equipo participó del curso como único efector posible, pero que se encuentran a una distancia considerable (cinco kilómetros, por ejemplo) y no existen medios de transporte públicos. Antes del curso el municipio había solicitado que fueran en algunas ocasiones a uno de esos barrios a hacer control de TA. Luego esa acción se había discontinuado, aunque la nueva autoridad del establecimiento tenía la idea de reestructurar el sistema asistencial, descentralizando la atención médica. En ese marco, el proyecto presentado para el curso MAPEC consistió en proponer un modo sistemático de realizar controles y atención básica en ese barrio, y en otro que queda a similar distancia pero en otra dirección geográfica. Así *“se puso en proyecto algo que antes estaba en ideas”*.

En otros casos, el curso permitió visualizar el modo compartimentado en que se brinda la atención, dado que esta se organiza en función de la disponibilidad de profesionales en lugar de centrándola en las necesidades de los usuarios. De tal modo, puede suceder que —tal como lo comentaban respecto de un CAPS en Santiago del Estero— los electrocardiogramas se realicen durante la mañana, pero la enfermera que revisa los pies trabaja sólo de tarde, debiendo la persona con diabetes acudir a controlarse en dos momentos distintos. Al valorar como inapropiado algo que se tenía naturalizado, como en ese caso, se sientan las bases para una reorganización interna, que permita un abordaje más integral y al mismo tiempo, trabaje en pos de favorecer el acceso.

Otro ejemplo de potenciación de acciones previas lo muestra la propuesta de un CAPS en Misiones. Allí siempre se habían realizado huertas, y se estaba trabajando en el momento de realizar el curso, junto con el INTA, en proyectos vinculados con el desarrollo de estas. El curso

posibilitó articular esta acción previa con contenidos específicos referidos a nutrición para la

prevención de enfermedades crónicas y sus complicaciones. Esta articulación, por otra parte, permitió al equipo visualizar un modo de proponer transformaciones sustentables, en la medida en que las huertas tienen una historia ya instituida, y probablemente continúen desarrollándose al margen de la intervención del equipo de salud.

El curso MAPEC como catalizador

Catalizar una reacción química significa aumentar la velocidad de la reacción (e incluso hacerla viable), sin influir en su resultado final. Esto mismo cabe aplicar cuando, según los relatos, los equipos traen una idea que vienen madurando, una percepción que vienen compartiendo, pero aún no ha existido una instancia que funcione como señal de largada. Esto había aparecido como motivación inicialmente en varios de los proyectos, sea a modo de sistematización de acciones que venían realizando de manera esporádica, o como instancia que permite renovar el compromiso compartido por cumplimentar objetivos previamente propuestos. Asimismo, siendo que en varios casos los CAPS de origen de los participantes vienen ya trabajando bajo Programa Redes, en ocasiones esta reacción implica refloatar estrategias o acciones que con el correr del tiempo han ido cayendo en desuso. O reordenar datos que se han ido recogiendo, pero no se ha encontrado tiempo para una lectura sistemática de ellos.

En varios casos los participantes del curso pudieron ubicar acciones que se habían realizado anteriormente pero no habían logrado sostenerse en el tiempo. Reactivarlas fue uno de los efectos del curso. Esto fue relatado en CAPS de distintas provincias, por ejemplo, en relación con el seguimiento domiciliario, la captación y recaptación. Cabe advertir, a fin de lo que retomaremos más abajo, que esto no atañe únicamente a la atención de personas con enfermedades crónicas, sino que también la falta de actualización puede corresponderse con la atención materno-infantil: modificaciones en el contexto (sobre todo en lo vinculado con factores climáticos o condiciones de trabajo) pueden interponerse en las rutinas, y una vez que algo habitual se interrumpe resulta difícil encontrar un punto de partida desde el cual recuperarlo.

Respecto de las prácticas antiguas que habían caído en desuso, esto sucede en muchos casos respecto de los censos poblacionales, algo que suele encontrarse desactualizado. Retomar algo que se hacía antes y se había dejado de hacer es entonces uno de los modos en que opera el curso como catalizador.

Así en un CAPS de Río Negro el curso les permitió reconocer, entre otras cosas, que estaban manejando un padrón de pacientes crónicos desactualizado (incluyendo un número importante de fallecidos). A partir de aquel reconocimiento enseguida comenzaron a actualizarlo, observando gracias a eso que en ocasiones la farmacéutica cuando alguien iba a retirar medicación y por algún motivo (generalmente, vinculado con el conocimiento mutuo ya que se trata de un lugar pequeño) sospechaba que podía no tener los controles al día, solicitaba acercar los últimos chequeos realizados. Fue así que decidieron que esa acción, espontánea y discrecional, bien podía convertirse en un control universal y de rutina para todo aquel que retire medicación crónica.

En su función catalizadora, el curso deja una fuerte huella en cuanto a motivación de los participantes. En términos de redes esta dinámica refuerza acuerdos previos, solidificando vínculos y acciones colectivas.

El curso MAPEC como acontecimiento

En filosofía el concepto de acontecimiento se ha utilizado en referencia a una circunstancia excepcional, que modifica el curso histórico. Algunos equipos han manifestado que el curso les ha llevado a mirar su realidad con nuevos ojos, y que incluso no cabría denominar sus proyectos como “planes de mejora”, sino como inclusión de algo por completo novedoso.

Según el caso, esto puede corresponder al trabajo en ECNT, al trabajo programado y en equipo, o incluso a visualizar la posibilidad de hacer algo distinto con lo que ya se tiene (en lugar de esperar que mejoren situaciones edilicias o se incorporen nuevos recursos humanos antes de decidir un proceso de cambio). Muchas veces el carácter de acontecimiento no viene definido por los contenidos del curso únicamente, sino también por el encuentro con equipos de CAPS que se encuentran ya realizando estas acciones.

Sin embargo, también desde una mirada externa es posible encontrar líneas de continuidad en algunos de estos casos, sobre todo respecto del conocimiento de las realidades locales que los equipos demuestran, o de la capacidad de trabajo colectivo cuando se presenta una meta clara a alcanzar.

En términos de redes, esta dinámica también permite visualizar de manera nítida el rol del reconocimiento, el conocimiento, la colaboración, la cooperación y la asociación en la innovación a nivel de la oferta sanitaria.

Resulta significativo observar que los proyectos que proponían acciones más discontinuas respecto de lo que venían realizando anteriormente fueron los que en general no llegaron a ser implementados. No obstante, cabe advertir que al mismo tiempo lo “acontecimental” sí ha aparecido en relación con la generación de nuevas redes en el marco del curso. Dada la intención de diferenciar ese efecto, lo abordaremos más abajo, mencionando el efecto del MAPEC como dispositivo en tanto plataforma de encuentro.

El curso MAPEC como muestra de una posibilidad

Si bien escasos, hay equipos que plantearon en nuestro primer abordaje —correspondiente a la línea de base— que mientras los ejes del MAPEC les resultaron interesantes, a fin de llevarlos a la práctica sería preciso modificar situaciones previas, lo cual no está a su alcance. Esto sucede sobre todo en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos (sea porque entienden que necesitan nuevos trabajadores, o porque necesitarían que los actuales se desliguen de tareas que actualmente no tienen en quién delegar). En términos de redes, estos equipos parecían inicialmente mostrar una débil comprensión de la sinergia que se desprende de un trabajo conjunto organizado.

Sin embargo, en el seguimiento en terreno hemos comprendido el interés que reviste esta categoría, en la medida en que permite explorar qué sucedió en aquellos casos donde el curso no se derivó en una propuesta de acción. Al mismo tiempo es preciso recordar que esta categorización no es excluyente: dado que las experiencias reales en general tienen diversos componentes, esto puede corresponder a una parte de la propuesta pero no así a su totalidad.

Tal como mencionaremos luego, en general los proyectos no se han efectivizado como tales, pero sí muchas veces han desencadenado una serie de pequeñas acciones.

Al realizar los proyectos, varios equipos daban por descontado recursos que luego no estuvieron. En algunos casos, como hemos mencionado, porque habían entendido que la aprobación de los proyectos derivaba en algún tipo de financiamiento. En otros casos, porque se partió de entender que la realidad previa del establecimiento iba a prolongarse en el tiempo, pero esto no sucedió. En otros, porque no resultó correcto el cálculo de cuánto tiempo podían distraerse recursos abocados a otras tareas, sustrayéndose de aquellas (sobre todo, recursos humanos: médicos generales de la atención pediátrica, agentes sanitarios de tareas administrativas para abocarse a promoción y prevención, etcétera).

La demanda de los médicos generalistas por parte de la atención pediátrica fue una realidad palpable sobre todo en la medida en que comenzó el invierno y con él, las IRAs. En otros casos se había considerado, al momento de armar el proyecto, que se iba a contar con agentes sanitarios que estaban afectados a otras tareas.

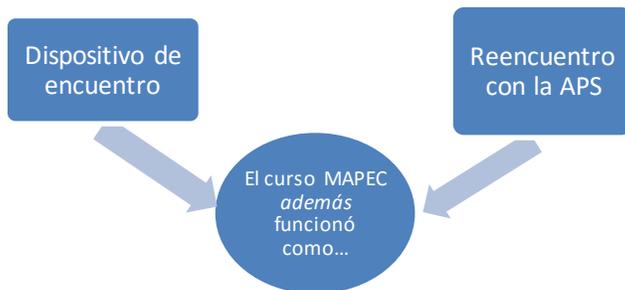
También en algunos casos se pensó que se iba a poder generar alguna acción distinta de la demanda espontánea, pero ante los primeros intentos de dejar esto de lado aparecieron inmediatamente las trabas. Cambiar la estructura del trabajo cotidiano finalmente generó demasiadas resistencias, tanto por parte de directivos, como de colegas, y de la misma población. La equivalencia entre asistencia y trabajo (“si no se atiende, no se está trabajando”) genera críticas y enconos.

En otras situaciones al momento de armar el proyecto se contaba con algún espacio que luego no estuvo, sea porque se debió refaccionarlo o porque el acuerdo que implicaba su utilización no siguió vigente. Así sucedió por ejemplo en un barrio donde se estaban realizando tareas en un predio a cargo de la vecinal al momento del curso, pero luego sucedió en reiteradas ocasiones que el lugar no estaba en condiciones porque se había realizado algún evento, o porque no había agua. Al momento de realizar la entrevista de seguimiento se estaba conversando con la comuna para equipar una pequeña salita en un club local. No obstante, al momento de armar proyecto daban por descontado el apoyo de la comuna, y eso estaba resultando finalmente bastante más costoso de lo esperado.

Nuevas categorías transversales emergentes

Si bien se vinculan con las mencionadas anteriormente, y de hecho su potencia está en que son transversales a ellas, creímos conveniente desglosar a modo de nuevas categorías otros modos en que el curso MAPEC ha operado a nivel local. Esto permite valorar el efecto del curso de modo más apropiado, al tiempo que corroborar la importancia del mismo y del modo en que fuera planteado.

Estas nuevas categorías resultan además centrales para pensar el efecto multiplicador del curso MAPEC más allá de sus intenciones originales.



El curso MAPEC como reencuentro con la APS

Tal como se mencionó arriba el curso MAPEC tiende a ser visto, al tiempo que como un curso centrado en el abordaje de personas con enfermedad crónica, como un curso que trabaja sobre los contenidos de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Esto tiene una serie de consecuencias: permite legitimar algunas propuestas, permite socializar a nuevos integrantes del equipo en este tipo de contenidos (sobre todo en casos donde se elegía para participar del curso a quienes no sólo tenían inserción reciente en el CAPS sino que también provenían del ámbito hospitalario), o permite reencontrarse con formaciones y acreditaciones previas, rejerarquizándolas (tal como sucedió en los casos donde los participantes habían sido formados por el Programa Médicos Comunitarios). Para quienes con o sin formación previa en APS se encontraban insertos en el segundo nivel de atención, el curso había operado a su vez como un remanso que les permitió reconectarse con perspectivas

ligadas a la **recuperación de un sentido estratégico en las rutinas de atención, distinto de la mera atención reactiva.**

Respecto de la legitimación, tal vez resulte significativo mencionar que en una provincia que se propone como orientación general el trabajo en salud desde una perspectiva de APS, el curso permitió a un equipo de salud optimizar su destreza argumentativa, ganando una vieja disputa ante las autoridades de la mesogestión: la necesidad de contar con un coordinador de agentes de salud. Al mismo tiempo, en dirección recíproca, una supervisora relataba que para ella resultó un alivio que los equipos tomen contacto con esos contenidos reforzando sus planteos habituales: le permitió fundamentar sus exigencias como algo relativo a la rigurosidad de una estrategia sanitaria –desligándolas de una eventual asociación con sus características de personalidad.

El curso MAPEC como dispositivo de encuentro

La cursada, la disrupción que asistir a un espacio diferente marca respecto de las actividades más rutinarias, tiende a funcionar como evento que marca una discontinuidad con las prácticas cotidianas. Al tiempo que se configura como instancia que reúne a distintos trabajadores independientemente de su profesión, se convierte en una motivación que activa miradas más optimistas sobre la propia realidad. En consecuencia, el mero participar del curso pone en marcha un dinamismo transformador.

Junto con lo anterior, y más allá de los contenidos propuestos, impacta la modalidad del curso como plataforma de interacción. El MAPEC tiene como una de las dimensiones de funcionamiento el ser una plataforma de encuentro entre miembros del equipo en un espacio formativo, distinto al laboral. Asimismo, también es plataforma de encuentro distintos equipos.

Por un lado, al interpelar de manera conjunta a la totalidad del equipo de salud, sienta nuevas bases para el trabajo conjunto. En los casos en que desde el nivel provincial la convocatoria *ad hoc* consistió en integrar un administrativo, un agente, un enfermero y un profesional, el curso logró desplegar su mayor potencial. En tal sentido, sobresale como logro fundamental del curso algo inédito: haber incluido a personal administrativo junto con el resto de los trabajadores.

La inclusión de administrativos (y/o de secretarios, donde el rol es diferenciado) permitió dotar de sentido a tareas que anteriormente, dado que no se comprendía su finalidad, tendían a no considerarse prioritarias. Por ejemplo, fijarse de articular la entrega de turnos para asistencia con el retiro de medicación, o completar datos en la carátula de los pacientes. En dos de los establecimientos contactados durante el seguimiento, aquella novedad había también abarcado la inclusión de profesionales farmacéuticas, visualizando por primera vez la posibilidad de trabajar de manera articulada entre dispensa de medicación y asistencia. El curso MAPEC imbuyó a los distintos miembros del equipo de un mismo horizonte, contribuyendo a que todos ellos se sintieran parte de una tarea conjunta.

En cuanto al encuentro entre equipos, el curso opera como instancia de puesta en común de distintas realidades. De tal manera, surge como valor agregado el interés en replicar experiencias exitosas de otros, o por comprenderse a sí mismos y su situación particular en contraste con otros centros de salud. Por otro lado, al entrar en contacto con equipos de distintos establecimientos, esto se ha convertido en ocasiones en oportunidad para la articulación o el desarrollo de estrategias conjuntas.

Por ejemplo, en el caso de Río Negro, la convocatoria llegó a través de la Dirección de Atención Primaria a una enfermera que trabajaba en el Programa de Salud Escolar, generando una articulación entre CAPS y este programa al tiempo que abriendo la perspectiva sobre la fecundidad de poner en marcha un abordaje familiar a partir de la detección de obesidad o HTA infantil.

También en esa provincia la convocatoria al curso llegó fortuitamente a un hospital que no se encontraba bajo Programa, el proyecto implicó el diseño de una estrategia conjunta para toda un área programática. Asimismo, resulta interesante mencionar que aquello sentó las bases de una experiencia en la que, a partir de la participación en el curso, se desató un proceso ampliado de consulta que entretejió diversos equipos y profesionales. Dado que la ambición fue armar una ficha de uso común en un territorio amplio, algo que al momento de presentar el proyecto se visualizaba de modo vago y por ello mismo se suponía sencillo, se fue luego considerando que definir qué sería necesario consignar en ella y bajo qué formato era algo que

correspondía a todos los posibles implicados. ¿Qué información debía reunirse y de qué manera? ¿Qué dato resulta indispensable y cuál, accesorio? ¿Qué datos era necesario actualizar, con qué frecuencia? ¿Era posible que ese carnet opere no sólo como medio de comunicación entre profesionales sino también entre equipo de salud, paciente y familia? Cada respuesta dada al armado del carnet, según fueron entendiendo, implicaba contribuir a unificar la asistencia en el área —algo sin precedentes. De tal manera, **se dio impulso a un amplio proceso participativo** que una de sus gestoras comentaba de esta forma:

-Hay que bajarlo a cada uno de los que están involucrados. (...)El que no tiene tanta voluntad hay que insistirle: “lo que leímos el otro día”. Es como el lobby, y vas tratando de convencer que está bueno, que es interesante, que hace falta que cumplas con una parte de esto. “A vos te corresponde esta tareíta nada más, ¿vos crees que la podrías hacer?”. Igual es todo lento... es más bien despacio. Porque si tratamos de hacerlo rápido, en dos o tres meses, como que lo vamos a soltar porque va a resultar muy pesado (...) Comenzamos con los cartones en las hojas, a probar... algunos que venían, “esto está mal” (...) Así fue como se van conquistando las voluntades. Estamos viendo que no es una cosa tan complicada. Primero vas con uno, después con otro... es como vender un producto nuevo.

Conclusiones. Transformaciones que logran sostenerse en el tiempo.

¿Qué es lo que convierte en efectivo el paso por el MAPEC? ¿Qué es lo que coadyuva para que realizar un curso se plasme en la reorganización del modelo de atención? El curso MAPEC partió de suponer que el armado de un proyecto promovía esta aplicación de los contenidos en clave de transformación de las prácticas. Nos interesa profundizar esta idea, observando con mayor detalle de qué modos aquello es más efectivo y qué tipo de sinergias alientan y sostienen los procesos de mejora.

En este apartado nos proponemos tematizar aquellas dinámicas que permiten comprender mejor la combinatoria entre las categorías arriba mencionadas. ¿Cómo es posible que el curso EVALUACIÓN DE PROCESOS DESENCADENADOS POR EL CURSO MAPEC. NUEVAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD. 24 RIDAO, PIGHIN, ADISSI

opere a un mismo tiempo como potenciación y como muestra de posibilidad?, es una de las preguntas que puede haber aparecido. Nos interesa señalar que la eficacia del curso puede ser alta, aún cuando no vaya en la direccionalidad inicialmente propuesta. En otras palabras: aún cuando los proyectos no se hayan podido implementar, el curso pudo haber operado transformando el modelo de atención.

Según los resultados de campo, el formato de proyecto suele resultar algo artificioso. En primer lugar, porque muchas veces no cuentan los participantes con experiencia previa en este tipo de formatos -llegando incluso un equipo a equiparar el ejercicio de proyectar con el armado de una tesis, en relación con el esfuerzo percibido. Esto lleva a que las herramientas con las que cuentan sean menores, y que los proyectos no sean tan consistentes internamente (en relación con la coherencia entre diagnóstico, objetivos, acciones e indicadores para el monitoreo).

Por otra parte, esta discontinuidad para con sus formas de trabajo lleva a que el armado de un proyecto sea percibido como la exigencia de un curso para su aprobación, más que como algo útil para el moldeado de las prácticas cotidianas.

Las rutinas de los equipos se encuentran generalmente organizadas de manera espontánea. De hecho, por ejemplo, las cuestiones climáticas resultan centrales en aquella estructuración: varios equipos comentaron que el momento de reunirse y reflexionar sobre sus prácticas es cuando llueve. Las transformaciones que perduran son las que resultan útiles para resolver distintos retos cotidianos (y no únicamente aquellos vinculados con la atención de personas con ECNT). Junto con lo anterior, se encuentra la necesidad de que las modificaciones se amalgamen con aquella espontaneidad, más que las que se plantean un encuadre más formalizado. Estas últimas confieren a las dinámicas de los equipos una rigidez que tiende a resultarles desalentadora.

Integración con otras problemáticas y poblaciones

En este marco, lo propuesto se sostiene en la medida en que logra rutinizarse, incorporándose a la práctica cotidiana. En la medida en que es percibido como un esfuerzo extra, se vive como una sobrecarga que difícilmente se prolongue en el tiempo.

Las modificaciones instauradas a partir del curso MAPEC perviven en la medida en que logran articularse con otras temáticas y poblaciones, más que cuando se trata de pensar la atención a pacientes crónicos como objeto en sí misma.. Las propuestas son tanto más sustentables en cuanto incorporan acciones percibidas como útiles para el trabajo diario en su conjunto. El grado en que se pongan en práctica los conocimientos depende de la percepción de su utilidad para las necesidades rutinarias. De esta funcionalidad es que se desprenden en buena medida las apropiaciones del curso, sea que se hayan puesto en práctica acciones inscriptas en los proyectos presentados o no.

Lo anterior se deriva a su vez del hecho de que prácticamente no existen equipos que únicamente tomen por destinatarios a adultos con ECNT. Los cuidados destinados a la población materno-infantil, aquella que es percibida como más apremiante y urgente, son en general realizados por los mismos trabajadores (agentes, enfermeros, médicos generalistas). Es por ello que acciones que incluyan como destinatarios a niños y adultos con ECNT, o a embarazadas y adultos con ECNT, son en general las más perdurables.

Hay múltiples puntos de contacto posibles. Una conexión posible entre temáticas y poblaciones radicaliza lo entendido por integralidad y APS, reforzando los contenidos del curso al considerar que una correcta apropiación del MAPEC implica trabajar en prevención primaria y secundaria de las ECNT junto con la atención de las personas ya diagnosticadas. Esto lleva a entender que el trabajo con población infantil se vuelve oportunidad de profundizar la estrategia, dándole al mismo tiempo una orientación familiar.

Los mismos equipos trabajan cotidianamente en prevención de enfermedades producidas por vectores, en salud sexual y reproductiva, en inmunizaciones, en tratamiento directamente observado para la TBC. La captación cruzada entre adultos y niños (captar al niño a través del padre, captar al padre a través del niño) suele ser una estrategia que rinde buenos logros. O también realizar prácticas conjuntas, como un PAP a una mujer que viene para controlar su diabetes o un control de diabetes a la mujer que vino a realizarse un PAP. O promover que quienes asisten a un taller sobre DBT se vacunen contra la gripe.

En la atención primaria hay como un contacto un poco mas intimo con la gente y la enfermera que le pone una vacuna a la nena de 11 años mientras tanto habla con la madre de otra cosa.

La imbricación entre pacientes agudos y crónicos también se produce al recuperar el repertorio de estrategias que habían resultado efectivas previamente. Así lo un CAPS de Santa Fe, donde para convocar a talleres a personas crónicas se las invitaba de forma personalizada *casa por casa*, algo que se había mostrado efectivo con las mujeres embarazadas. Y en un CAPS de Santiago del Estero, donde extendieron hacia los pacientes crónicos un carnet que ya se estaba utilizando para los niños sanos.

Al mismo tiempo, la efectividad de ciertas acciones queda demostrada al ponerse a disposición de diversas situaciones. Así, los dispositivos varios que mejoran la comunicación al interior del equipo de salud (cuadernos, carteleras, pizarrones, carátulas, señalizaciones, utilización de nuevas tecnologías), con otros equipos y con los usuarios y sus grupos familiares (carnet de paciente) se perciben como herramienta eficaz al utilizarse para más poblaciones, dado que — como especificábamos arriba — es un mismo equipo el que trabaja en diferentes problemáticas. Junto con aquellos dispositivos que mejoran la comunicación, las acciones extramurales también se visualizan como más potentes cuando logran abarcar distintas problemáticas y poblaciones. Esto claramente sucede en lo relativo a empadronamiento, captación y recaptación. No obstante, el mayor logro del curso MAPEC parece haber sido la visualización de la importancia de los procesos de comunicación a fin de optimizar las tareas desarrolladas.

También en cuanto a lo extramural, vale señalar que las convocatorias comunitarias también logran más adhesión cuando reúnen intereses de distintas poblaciones. Así, en Misiones relataron la experiencia de una plaza saludable para personas con enfermedades crónicas (algo que en otros lugares dijeron no ganar demasiado adhesión) gracias a que hay juegos para niños y música, por lo cual los adultos pueden encontrar ahí un espacio de recreación simultáneo para los más pequeños.

Finalmente, también el curso operó facilitando acciones para otras poblaciones, lo cual lejos de desdibujar su sentido contribuyó a percibirlo como hito fundamental de la experiencia. Tal fue el caso por ejemplo de Santiago del Estero, donde CAPS que coincidieron en el curso comenzaron a trabajar conjuntamente a partir de entonces (y por la coincidencia también del momento estacional) en la problemática del dengue.

Acciones concretas y espontáneas, más que proyectos y planificaciones

“Si bien los proyectos así armaditos, no se han implementado digamos como proyecto, si se vienen haciendo acciones aisladas que se han ido mejorando en el transcurso del tiempo, a través de la instancia de capacitación del curso de MAPEC”. Esta frase, recogida en Santa Cruz, resuena con muchas otras recogidas durante el seguimiento en terreno. Abordar una situación en términos de proyecto, es decir, utilizando indicadores de monitoreo y evaluación, o siguiendo un cronograma preestablecido, tiende a resultar disruptivo con la modalidad de trabajo. Es por eso que deben diferenciarse, a fin del análisis, la implementación de los proyectos presentados respecto de la implementación de mejoras en los procesos de atención.

Los equipos poseen dinámicas de trabajo previas. Algunos incluyen espacios prefijados de reunión periódica, otros no. Algunos trabajan bajo el formato de proyectos, otros no. En algunos los miembros del equipo son pocos y se encuentran a diario (en ocasiones, por ejemplo, compartiendo el almuerzo). En otros, no —esto difiere por ejemplo en gran medida donde existen muchas modalidades de designación a tiempo parcial. Pero lo que mayormente coinciden, aún en los distintos formatos, es que la cotidianeidad de los CAPS suele incluir bastantes imponderables, es decir, situaciones que exceden lo planificado y a las que es necesario atender. Esto remite tanto a las demandas de la población como a las propias condiciones de trabajo y organización del sistema sanitario.

En consecuencia, a los equipos les suele resultar más útil plasmar una nueva perspectiva de trabajo, como la que ofrece el curso MAPEC, a través de acciones concretas y perdurables que se integran a sus rutinas, que a través de proyectos específicos y diferenciados. Mucho más en

aquellos casos donde los CAPS son pequeños, las personas coinciden a diario, y el ritmo de reflexión compartida y acuerdo sobre las tareas es habitualmente más espontáneo.

En general uno de los efectos del MAPEC es mejorar los sistemas de registro. Por ejemplo, anotando las visitas domiciliarias, o las consejerías. Dado que se confía a priori en la bondad de esta acción, no se visualiza utilidad en evaluarla o mensurar su impacto —algo que demandaría dejar de lado otras actividades en función del ejercicio. En un CAPS la acción había sido armar una carátula para las historias clínicas conteniendo la información principal. Esto permitía no tener que revisar todo el historial para conocer los datos más relevantes del paciente, agilizando la atención. Tampoco se consideraba necesario evaluar esto periódicamente dado que se daba por descontado su utilidad. Lo mismo sucedía en aquellos CAPS en que se habían confeccionado carnets para los pacientes. En otro CAPS, donde los agentes de salud se desempeñan a contraturno y con poca interacción con el resto del equipo de salud, la innovación consistió en incorporar una supervisora de agentes y armar un grupo de *whatsapp* para trabajar sobre la comunicación. Estas también fueron acciones concretas, desprovistas en su ejecución del revestimiento planteado por el formato de proyecto.

Aquello que puede percibirse en general en los establecimientos es de algún modo confirmado por la experiencia realizada desde el Programa SUMAR en Santiago del Estero. Allí, según nos han relatado, se han implementado mesas de trabajo, en las que se acuerdan acciones. Los equipos participantes encontraron provechoso producir pequeños cambios e “ir viendo si funciona o no” (una sensación que se va compartiendo a diario), en contraposición con una instancia pre-planeada de evaluación.

En aquel caso, las propuestas presentadas para el MAPEC habían quedado subsumidas en las dinámicas instauradas por dicha mesa de gestión.

Lo anterior converge con el hecho de que los equipos valoran fuertemente lo práctico, aquello que tiene un efecto directo en la mejora de las acciones cotidianas y optimiza las rutinas en su conjunto. De tal manera, en muchos casos las reorganizaciones promovidas desde el MAPEC consisten en revisiones puntuales y concretas del modo de organizar el trabajo, y se logran a

partir de visualizar una dificultad en el marco del curso. Por ejemplo, que la agenda de turnos la lleve una administrativa que trabaja por la mañana y la médica por la tarde, por lo que las personas no pueden retirarse de la consulta médica con un turno programado. O entregar un turno a la gente que se acerca a pedir una receta.

Conclusiones

Hemos descrito los contextos locales que exceden al curso, condicionando la apropiación de sus contenidos y la puesta en marcha de iniciativas por parte de los participantes. Posteriormente, hemos descrito los vínculos entre las realidades preexistentes y las propuestas de transformación presentadas por los equipos para la aprobación del curso. Finalmente, hemos analizado qué tipo de modificaciones se han producido con mayor frecuencia, y cuáles han tenido más éxito en institucionalizarse –contribuyendo efectivamente a una transformación en el modelo de atención. Es posible concluir que el curso no sólo alcanza el objetivo propuesto en términos de su aporte a aquella transformación, sino que además lo trasciende, dado que posee efectos que exceden lo buscado.

Sin embargo, es preciso diferenciar las transformaciones producidas en las prácticas cotidianas de los equipos, de un lado, y el cumplimiento de los proyectos tal como fueron presentados para la aprobación del curso, del otro. Si bien la confección de propuestas ha mostrado poseer un efecto transformador, este no se deriva de la aplicación de lo planteado en forma escrita. El éxito del curso no se deduce de la ejecución de los proyectos tal como fueron pensados: los contenidos se han aplicado de manera más bien espontánea a las rutinas.

El ejercicio de armar una propuesta por equipo muchas veces implica procesos de entendimiento mutuo, negociación y acuerdo que son los que desencadenan la transformación. Llama a ponerse de acuerdo respecto de qué situación cotidiana cabría ser modificada, de acuerdo con los principios vistos en el curso y/o desde una perspectiva ampliada de APS. En ocasiones los proyectos escritos son vistos como una formalidad necesaria, pero a pesar de ello el trabajo de consenso sobre la propia realidad puede surtir su efecto. De hecho los proyectos escritos tenían un sesgo hacia las actividades de automanejo, mientras que las transformaciones

que resultaron más sustentables fueron las vinculadas con modificaciones del accionar cotidiano de los equipos, sobre todo en lo relativo a la instalación de nuevas instancias de puesta en común y unificación de criterios. Con mayor frecuencia esto se concreta y sostiene en la medida en que se han puesto en foco procesos comunicativos internos a los equipos de salud. En estos casos tiende a resultar clara para los equipos la relación entre esfuerzo invertido por el equipo en la transformación y beneficios derivados del cambio.

Las modificaciones se desencadenan a partir de la visualización, gracias al curso, de aspectos que pueden ser mejorados. Las transformaciones efectivamente introducidas tienen más que ver con nuevas acciones o elementos que se incorporan a la práctica diaria de los equipos, y que no necesariamente requieren monitoreo y evaluación periódicos. En este sentido, resulta más útil integrar acciones y poblaciones antes que priorizar unas sobre otras.

Junto con lo anterior, el curso MAPEC muestra un importante efecto revigorizante. En este sentido, la reafirmación de líneas de trabajo previas no debería ser considerada un aporte menor, en la medida en que permite revitalizar líneas de acción que, de seguir inercialmente, tenderían probablemente a desactivarse al erosionarse su legitimidad y/o sentido. El MAPEC contribuye muchas veces a reforzar y comunicar el sentido de acciones que se venían llevando a cabo, sobre todo en tanto el MAPEC representa una actualización respecto de contenidos propios de la estrategia de APS. Una función clave del curso es reforzar el sentido de lo que se está haciendo, así como subrayar la legitimidad y pertinencia de ciertas acciones ante sí mismos y ante los demás (entre ellos, población usuaria, autoridades locales y ministeriales). Este punto ha sido muy valorado por los participantes.

El curso MAPEC no opera en el vacío, sino en el marco de continuidades de mediano y largo plazo en cada uno de los contextos locales. En ellos algunos datos salientes subrayan la escasez de recursos disponibles en función de las tareas que se desearía llevar adelante. Estos contextos no siempre han logrado ser incorporados al diagnóstico de situación del cual parten los proyectos. Cuando se ha logrado, las propuestas han ganado en viabilidad. Pero sobre todo, las propuestas se han mostrado tanto más potentes en la medida en que lograron articular algo innovador con algo que ya se venía haciendo, o bien articulando la oferta hacia personas adultas con enfermedad crónica y otras poblaciones o problemáticas. De tal manera, los diagnósticos

podrían ganar aún más fuerza si incorporaran las estrategias que los equipos ya vienen desarrollando para abordar desde la APS en temáticas distintas a la atención de la persona adulta con ECNT. Mientras lo que aparece sin conexión con lo restante resulta disruptivo y es visto como una sobrecarga, en la medida en que las innovaciones se retroalimentan por implicar a distintos segmentos de usuarios logran sostenerse en el tiempo. Al mismo tiempo, este tipo de tareas logra capitalizar saberes previos del equipo, recuperando su accionar previo ya que quienes han asistido al curso, orientado hacia adultos con enfermedades crónicas, y quienes realizan este tipo de prácticas habitualmente son los mismos trabajadores. En tal sentido podría resultar de utilidad, en lugar de contraponer los elementos del MAPEC a la atención de agudos para presentarlos, anclarlos en buenas prácticas de seguimiento de población a cargo (que pueden incluir controles periódicos y seguimiento de patologías agudas tanto como la atención materno-infantil).

Finalmente, un logro clave del curso MAPEC ha sido incluir entre sus destinatarios a todo el equipo de salud. De tal manera, ha servido para unificar perspectivas, al tiempo que ha permitido ganar sentido en la tarea de quienes habitualmente no son interpelados por las capacitaciones, como farmacéuticos y administrativos. Dado que el MAPEC tiene como elemento central reforzar el sentido de las acciones desde una perspectiva de APS, aquello permite multiplicar los efectos del curso hacia áreas insospechadas, contribuyendo a optimizar el trabajo de equipos de salud del primer nivel de atención a lo largo de todo el país.

Bibliografía

- Barr V y cols. (2003) *The Expanded Chronic Care Model. Hospital Quarterly*. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Vol 7. N° 1.
- Enriquez, E. (2002) *La Institución y las Organizaciones en la Educación y la Formación*. Formación de Formadores. Serie Los Documentos. Facultad de Filosofía y Letras UBA. Ediciones Novedades Educativas
- González, Gabriel (coord.). *REDES, otra manera de pensar la salud. Primeros logros de los proyectos provinciales*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar + Redes, 2013.
- González, G. (2015) *Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT: para el equipo de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. REDES. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- Merhy, E.E.; Macruz Feuerwerker, L.C.; BurgCeccim, R. *Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud* Salud Colectiva, vol. 2, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 147-160, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/731/73120204.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Redes (2014). *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Buenos Aires
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Redes (2015). *Curso Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles modelo MAPEC. Programa y orientaciones para el equipo docente*. Buenos Aires
- Nirenberg, Olga; Brawerman, Josette y Ruiz, Violeta (2000) *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Nirenberg, Olga; Brawerman, Josette y Ruiz, Violeta (2003) *Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud (2002) *Boletín Epidemiológico*, Vol. 23 No. 4. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2008) *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente.

Organización Panamericana de la Salud (2012) *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*, Washington, D.C. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17794&Itemid

Stolkiner y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken

Tejada de Rivero, D. (2003): "Alma-Ata: 25 años después" en *Perspectivas de Salud*, Vol 8 (2).

Anexo

Propuestas seleccionadas

Provincia	Nombre del proyecto y/o establecimiento
Misiones	“Bailemos juntos por una buena salud” (Jardín América)
	“Mejor alimentación para prevenir DBT-HTA” (Jardín América)
	“Sedentarismo Cero” -CAPS Ruiz de Montoya
	“Prevención de DBT-HTA” - CAPS Ruiz de Montoya
	“Acción por la vida” -Montecarlo
Río Negro	CAPS “El 30”
	CAPS “Puente 83”
	Hospital y dos CAPS de Campo Grande
Santa Cruz	“Taller de apoyo para personas con DBT” - Hospital Zonal Caleta Olivia
	“Estrategias para abordar personas con ECNT” - CAPS 1 de Río Gallegos
	“Optimización de recursos existentes” -CAPS 1 de Río Gallegos
	“Estrategias de mejora para personas con ECNT” -CAPS 1 de Río Gallegos
	“El todo es más que la suma de las partes”- CAPS 1 de Río Gallegos
Santa Fe	“Un nuevo enfoque en DBT en Cayastá”
	“Nominalización de los pacientes con ECNT y búsqueda activa de los pacientes con RCVG elevado del Centro de Salud Las Malvinas”
	“Prevención secundaria del Síndrome Metabólico”
Santiago	US “El Deán”

del Estero
UPA 18 (“aeropuerto”)
UPA 21 “La Católica”
UPA 23
UPA 24