

“Promotoras de Salud en La Carolina Rural. Relatos de un proceso comunitario”

Autoras: Mabel Rivero, Marta Alegre, Aldana Schen, Celia Benítez, Elvira Alegre, Reina Aguirre y Adriana D' Addario

Participantes: Federico Labanti, Edith Laiker

RESUMEN

Este año se cumplen 20 años de vida del Centro Comunitario de Salud del Centro Ecuménico de Educación Popular (CEDEPO). En este relato de experiencia se narra la historia de la salita, sus orígenes, su conformación y como a través de un proceso de participación y organización vecinal se constituyó un espacio del barrio y para el barrio cuyos protagonistas fueron las Promotoras de Salud, mujeres empoderadas que fueron capaces de construir en su comunidad y salir al barrio transformándose en referentes del mismo y que, después de dos décadas, continúa trabajando bajo la lógica de la promoción y educación para la salud.

De donde partimos: la identificación del problema

En el año 1989 la ONG CEDEPO (Centro Ecuménico de Educación Popular), se instalaba en la localidad de La Carolina Rural, partido de Florencio Varela, zona rural de quintas y ladrilleras. Esta organización trabajaba desde hacia años en la Educación Popular y su llegada con la intención de poner una escuela de alfabetización, sin embargo nos visitaban en las casas y nos preguntaban que opinión teníamos o si veíamos otras necesidades. Esto abrió la puerta para que algunas familias dijeran que nuestra comunidad necesitaba una salita.

En octubre de 1995 se hizo la primer reunión donde participaron vecinos de las familias que desde siempre vivían en la zona, la idea era arreglar las instalaciones del lugar que ponía a disposición CEDEPO, para ello se organizaron carreras de sortija para juntar fondos para materiales y así se empezó a trabajar por grupos los fines de semana.

Los educadores de CEDEPO, nos ofrecieron capacitación y entre todos acordamos que habría un grupo de vecinas que nos formaríamos en salud, los primeros aprendizajes fueron: diagnósticos, enfermedades respiratorias, primeros auxilios, curaciones y esterilización, planificación familiar.

Formalmente el Centro Comunitario de Salud abre sus puertas el 23 de marzo de 1996, fruto del trabajo y el esfuerzo de toda la comunidad y se orientaría a partir de entonces a la Atención Primaria de la Salud (APS).

Contexto donde se desarrolla

El Municipio de Florencio Varela, perteneciente a la provincia de Buenos Aires, se encuentra ubicado a 24 Km. al sur de la Capital Federal, formando parte del área metropolitana de Buenos Aires. Limita al Norte con el Municipio de Quilmes; al Este con el de Berazategui; al Oeste con los de Almirante Brown, Presidente Perón y San Vicente, y al Sur con el Partido de La Plata.

El área total del distrito es de 190 km². En ella se distinguen cinco zonas: la urbana, que representa el 36% (68 km².); la semi-urbana, con el 1,5% (3 km²); la industrial, con el 5% (9km².); la complementaria, con el 34% (65km².) y la rural, con el 23,5%(45km².)

El Centro Comunitario de Salud, se encuentra en la calle Malal Hue y La Trilla, zona rural conocida popularmente como “La Carolina Rural”, que corresponde a los sectores Carolina 5, 6, 8 y 9.

En aquel momento los habitantes de la Carolina Rural teníamos que ir a atendernos a 10 km y las calles eran intransitables.

Actores y participación

Participaron y actualmente participan vecinos, productores familiares, agentes comunitarios, médicos, enfermeras, educadores de CEDEPO, organizaciones del campo popular, municipio, unidades académicas, Cooperativa APF .

Ocasionalmente se contó con el apoyo de organismos de la cooperación internacional para mejorar y ampliar instalaciones, equipar los consultorios y provisión de insumos.

La articulación con el Estado (Municipio, Provincia, Nación) y sus gobiernos, atravesó diferentes momentos a lo largo de su historia. En el presente hay una mayor articulación y reconocimiento por parte del estado municipal.

Actualmente, el Centro Comunitario de Salud, es sostenido por la comunidad y CEDEPO, con el aporte voluntario de sus miembros y de los vecinos, y económicamente con donaciones, rifas y alcancías.

Objetivos y acciones

Con los años construimos este objetivo general:

“Construir junto con la comunidad organizada, un modelo de salud que parta de concepción integral, con una valorización de la identidad y cultura rural y de la mujer aportando a la creación de una línea política en salud para el campo”.

Marco Teórico

Para la confección del marco teórico se tomó como eje central de la discusión el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) y su articulación con lo que implica el abordaje territorial. A su vez, considerando la especificidad del trabajo desarrollado por el equipo de salud nos vemos en la necesidad de profundizar conceptualmente, elementos que nos permitan pensar contextualmente al sujeto como garante de derechos. Para esto tomaremos como referencia autores como Testa, Sousa Campos, Stolkirner, Asses y Marchiori Buss.

En primer lugar, APS es un concepto polisémico que no puede ser considerado de la misma manera en cualquier país y circunstancia. Testa (2006) considera que en la mayoría de los casos es utilizado como un concepto totalizante, dando lugar a un aislamiento conceptual que permite que ciertos organismos internacionales y países centrales propagandizen políticas de desarrollo basadas en paquete de prestaciones que permitan sacar a los países del subdesarrollo sanitario.

Asses considera que: “[...]una noción abarcadora de la APS sería compatible con el enfoque de derechos en políticas públicas al actuar como garantía de acceso al sistema de salud y asegurar la coordinación y continuidad del cuidado. Por otra parte, el valor del enfoque de derechos radica, principalmente, en la capacidad de guiar con estándares y principios consensuados internacionalmente la actuación de los estados democráticos en situaciones concretas.”

De esta manera, la relación entre APS y enfoque de derecho se da en tres niveles diferentes: *a nivel macrosocial*, se establece las reglas que inciden en el cumplimiento del derecho a la salud, *a nivel intermedio*, se da por medio de la implementación de mecanismos operativos para la participación social, la intersectorialidad entre otros; y *a nivel microsocia*, se relaciona por la interacción entre los equipos de salud y la población. Este último nivel, constituye un relevante campo de intervención porque es a través de las relaciones entre el equipo y la comunidad que se puede transformar la lógica de usuarios como pacientes asistidos en sujetos de derechos.

En principio, nuestra concepción de APS comprende la necesidad de repensar las bases ontológicas en la que se sustenta el objeto de práctica del equipo de salud. La biomedicina, como forma de conocimiento, ha constituido a partir de la enfermedad el rotulo con el que se caratula a los pacientes, dejando de lado, como consecuencia, cualquier otra dimensión de ese sujeto singular y su contexto en cuestión.

Frente a esta limitación del modelo dominante, consideramos relevante repensar la práctica a partir del concepto de *clínica ampliada*, el cual propone como objeto de conocimiento, una clínica que sea “resultante de una síntesis dialéctica entre el sujeto y su dolencia”. El proceso de salud enfermedad depende de las disciplinas y los profesionales de la salud, pero,

además, dependen independientemente, de la voluntad de vivir de las personas afectados. Por esto la ciudadanía activa y el protagonismo influyen a la “reproducción social” y se parte del reconocimiento del paciente como sujeto de derecho.

La interdisciplina es otro concepto esencial en el desafío de “ampliar la clínica”. Este, concepto refiere a la metodología de trabajo, el cual requiere de una actitud de cooperación constante que rompa frente la lógica hegemónica de la competencia profesional individual y corporativista con que frecuentemente oficia (Stolkirner). Implica además un constructo teórico que tome la capacidad de integrar saberes que, además no son disciplinarios, es decir, que no se estructuran como conocimiento científico -por ejemplo, promotoras de salud, artistas, educadores populares-.

Adherimos al concepto de promoción de salud, el cual Marichiori Bus, conceptualiza desde una perspectiva multidimensional, cuyo modelo de intervención es participativo y considera como objetivo a la población en su ambiente total. Cabe diferenciarse del concepto preventivista de la enfermedad, que conceptualiza la salud como ausencia de enfermedad a partir de modelos de intervención médica, cuya población objeto son grupos de alto riesgo o con patologías específicas. Las estrategias son diversas y complementarias intentando abordajes que permitan la capacitación para un cambio de los individuos en su situación y su ambiente.

Partiendo de una idea de salud integral, que implica la compleja interacción de numerosos determinantes (políticos, sociales, económicos, ambientales, biológicos y sanitarios), nos parece apropiada la definición de salud “*estar bien, sentirse bien, estar alegre, contento, poder hacer las cosas que uno tiene ganas*” (definición de salud realizada por promotoras de salud de CEDEPO en el año 2002), entendiéndola como un derecho fundamental de todas las personas.

A partir de este concepto, se nos hace difícil trabajar desde modelos rígidos, biologicistas, basados en sistemas que hacen eje en la enfermedad.

La APS no comprende solamente los aspectos curativos, sino también las actividades de prevención y promoción. Y realiza un giro, más que interesante, en cuanto a la población,

ubicándola en un rol activo, fomentando su participación tanto en la planificación como en la ejecución de las acciones de salud. A nivel organizativo, la APS, usa como pilar los equipos interdisciplinarios, una de las bases de nuestro equipo.

“La APS debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud. La salud, entendida como un derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía...”

"La APS, implica el 'cuidado de la salud', noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de 'atención'. Mientras que la 'atención' o 'asistencia' es vertical, asimétrica y no participativa en su sentido social, el cuidado implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial." (Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004).

Métodos

“Nuestro aporte al proceso estaba basado en que éramos vecinas y teníamos las mismas condiciones de vida. La idea fue educar, íbamos a la casa de la gente, con la balanza y el pedimetro porque la gente no se acercaba. No estaban acostumbrados al control de salud”.

“La comunidad nos recibió bien, nos teníamos que presentar y contarles que estábamos aprendiendo... cada una hacia un acompañamiento a las familias que tenían chicos con bajo peso y con las que tenían mas afinidad y se trataba de ir a charlar, a veces todas las tardes hasta que la situación de esa familia cambiaba”.

“En esos primeros tiempos hicimos muchos talleres de cocina, compartiendo las recetas, aprovechando lo que se tenía, lo que se sabía... era una reunión social pero se transmitían los saberes”.

“Seguíamos de cerca las familias que tenían mas riesgo (muchos hijos, algún integrante enfermo, la casa muy chiquita, pegados al arroyo). Debíamos ponernos en la situación de esa familia para entender muchas veces ese contexto... sin juzgar”.

“Ser vecino/a es la oportunidad para esto porque nos conocemos, vivimos lo mismo”.

Todo se plasma en las planificaciones que luego se concretan en las prácticas que desarrollamos.

Para contar con datos propios de la población realizamos dos diagnósticos participativos comunitarios, uno en el año 2001 y otro en el 2007. Estos nos permitieron hacer análisis de realidad de nuestra comunidad.

Prácticas de prevención y promoción

- Charlas de salud bucal en la sala de espera y en terreno (por ejemplo en casas de algunas vecinas),
- Visitas domiciliarias para entrega de material informativo, o para captación de personas que no se atienden en el CCS,
- Articulación con la escuela rural de adultos (que funciona en el CCS),
- Confección de material educativo por parte de las promotoras (láminas, folletos de salud, etc.).
- Trabajo con el grupo de adolescentes (con quienes se realizan actividades deportivas, diversos talleres, se estimulan momentos reflexivos donde se trabaja sobre diversas cuestiones como por ejemplo los derechos, la discriminación o temáticas de la actualidad),
- Jornadas de la mujer
- Talleres sobre diversas temáticas (dengue, anticoncepción, embarazo adolescente, plantas medicinales, etc)
- Promoción de la lectura (con biblioteca del centro de salud),
- Capacitación de promotoras (en nuestro Centro de Salud y en otras organizaciones populares).
- Elaboración de notas para el periódico "El Campero".

- Organización de actividades recreativas para niños/as y jóvenes (campeonato de futbol, día del niño/a).

Prácticas asistenciales

- Atención odontológica (centrada en niños; embarazadas y adultos con enfermedades crónicas, ej diabetes);

- Atención quincenal de acupuntura

- Atención medica (controles de salud de niños y adultos, controles de embarazo y puerperales, consultas relacionadas con salud sexual y reproductiva – colocación de DIU, atención de interurrencias, etc),

- Atención psicológica,

- Visitas domiciliarias a pacientes que no pueden acercarse al centro de salud (sobre todo dirigida a ancianos).

- Atención de promotoras de salud.

- Otras: entrega de leche, entrega de medicaciones de pacientes con enfermedades crónicas, entrega de anticonceptivos, “ropero comunitario” (bolsa de ropa presente en la sala de espera, nutrida por donaciones y de la que las y los vecinos pueden donar o tomar prendas de vestir).

- Apoyo en los trámites para la gestión de jubilaciones (a cargo de la psicóloga del CCS y de una vecina).

Logros

La experiencia tiene muchos logros pero decidimos en lugar de hacer una descripción, transcribir lo que cada una ha expresado desde su rol de promotoras de salud:

“Desde que esta comunidad tuvo promotoras muchísimos vecinos no tuvieron que salir corriendo al hospital sin necesidad, a riesgo de agarrarse otra cosa peor”

“Este espacio acercó distancias”

“nos permitió conocernos aunque viviéramos a unas cuadras”

“podimos ver otras realidades”

“para mi esta comunidad evolucionó”

“es un punto de encuentro... a veces tener un mate, alguien que escuche tus preocupaciones, ese también era nuestro rol”

Limitaciones

El individualismo y las políticas clientelares que lo fomentan son factores que juegan en contra de los procesos de participación.

El machismo especialmente en nuestra zona se manifiesta en tensiones y desvalorizaciones respecto de nuestro rol en la promoción de salud y/o representación de la experiencia.

Conclusiones y propuestas

Hoy, “La Salita”, continúa siendo un espacio central en la comunidad, un punto de encuentro a través de las diferentes actividades que ofrece, la planificación con la comunidad, y el trabajo intersectorial con otras organizaciones del territorio. Esta dinámica propone una práctica cuyo posicionamiento epistemológico corre su eje del discurso dominante en salud e intenta construir una práctica centrada en el sujeto y su relación con el contexto socio histórico en el que vive.

“La gente viene sana para estar sana” esto nos da orgullo de ser parte de esta experiencia.

Consideramos de carácter necesario la sistematización de este tipo de prácticas que permitan brindar elementos para pensar y repensar, teoría y práctica desde una perspectiva en salud colectiva.

Bibliografía

- Marchiori Bus P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Promoción de la salud. Concepto, reflexiones, tendencias. 2006. Buenos Aires. Lugar Editorial

- Sousa Campo G. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. 2001. Buenos Aires. Lugar Editorial

- Testa M. Atención ¿primaria o primitiva? De la salud. En: pensar en salud. 2001. Buenos Aires. Lugar Editorial

- Stolkiner A. De interdisciplinas e indisciplinas. En: El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. 1987. Bs As: Ed. Nueva Visión.

- Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva 2009; 5(1):27-47.