

# “ACEDIENDO AL BARRIO”

## RELATO DE EXPERIENCIA ACERCA DE LA RELEVANCIA DE UN DISPOSITIVO TERRITORIAL COMO FORMA DE GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD A LA SALUD DE LA COMUNIDAD



**LUGAR DE REALIZACIÓN:** C.A.P.S TROCHA, DEPENDIENTE DEL MUNICIPIO DE MERCEDES (B).

**FECHA:** MARZO A MAYO 2017.

**TIPO DE TRABAJO:** RELATO DE EXPERIENCIA.

**CATEGORÍA TEMÁTICA:** GESTION CON ENFOQUE CUALITATIVO.

**TRABAJO INÉDITO**

### AUTORES

DONADIO, Alejandra. DNI: 16.196.748. Promotora de Salud.

GUALLIANONI, María Eugenia. DNI: 27.191.299. Médica Generalista.

LATRONICO, María Luz. DNI: 32.686.697. Licenciada en Trabajo Social.

MORELLO, Paola. DNI: 22.624.474. Promotora de Salud.

NEWELL, Ruth. DNI: 26.076.484. Licenciada en Enfermería.

QUEVEDO, Mariángeles. DNI: 32.034506. Médica Generalista.

TORRE, Verónica. DNI: 22.135.871. Administrativa del CAPS.

### DOMICILIO

CAPS “TROCHA”, CALLE 46 S/N ENTRE 15 Y 17, MERCEDES C.P.: 6600 (Bs.As.), TE: 2324-15415897.

### CONTACTO

Quevedo, Mariángeles. Calle 104 n°340, Mercedes (6600), Bs. As. TE: 1169961801.  
Mail: [mariangeles.quevedo@gmail.com](mailto:mariangeles.quevedo@gmail.com).

“Accediendo al barrio”
Relato de experiencia acerca de la relevancia de un dispositivo territorial como forma de garantizar la accesibilidad a la salud de la comunidad.
DONADIO, Alejandra; GUALLIANONI, María Eugenia; LATRONICO, María Luz; MORELLO, Paola; NEWELL, Ruth; <u>QUEVEDO, Mariángeles</u> ; TORRE, Verónica.
DOMICILIO: CAPS “TROCHA”, CALLE 46 S/N ENTRE 15 Y 17, MERCEDES C.P.: 6600 (Bs.As.), TE: 2324-15415897.  CONTACTO: Quevedo, Mariángeles. Calle 104 n°340, Mercedes (6600), Bs. As. TE: 1169961801. Mail: <a href="mailto:mariangeles.quevedo@gmail.com">mariangeles.quevedo@gmail.com</a> .
<b>Tipo de trabajo:</b> Relato de experiencia
<b>Categoría temática:</b> Gestión / administración de servicios de salud
<b>Introducción:</b> relataremos un proyecto de inmunización en territorio.  <b>Objetivos:</b> completar el esquema nacional de vacunación, según actualizaciones y reflexionar a través de dichos dispositivos y de manera interdisciplinaria para garantizar la accesibilidad a la salud.  <b>Materiales y métodos:</b> El proyecto fue realizado en marzo, abril y mayo 2017, en el Municipio de Mercedes, en los barrios que pertenecen al área programática del Centro de salud de forma interdisciplinaria.  <b>Resultados:</b> Los domicilios visitados fueron 230. El total de inmunizados fue de 32. De manera interdisciplinaria y en equipo, evidenciamos diversas situaciones en torno a la salud socioambiental, para trabajar a futuro.  <b>Discusión:</b> Amplia predisposición del equipo interdisciplinario con sentido de pertenencia y empatía. La experiencia relatada proporciona un aprendizaje y transformación en la manera de posicionarse del equipo de salud en relación a la comunidad y a los sujetos que trasciende los límites del consultorio.  <b>Propuestas:</b> Crear espacios sostenibles, interdisciplinariamente e intersectorialmente
<b>Palabras claves:</b> interdisciplina, accesibilidad, equipo de salud, comunidad, territorio, gestión
<b>Soporte técnico:</b> proyector – pantalla



*“No se trata de hacer ventanas, sino de perforar muros”*

*M. Testa.*

## **INTRODUCCIÓN Y ENCUADRE INSTITUCIONAL**

En el presente trabajo se intenta relatar una experiencia acerca de un proyecto de inmunizaciones realizada en el primer nivel de atención dependiente del Municipio de Mercedes, y reflexionar acerca de como la misma repercute y permite acortar la brecha entre la comunidad y el acceso a la salud.

La ciudad de Mercedes se encuentra localizada en la provincia de Buenos Aires, dentro de la Pampa húmeda. Su superficie es de 1050 km<sup>2</sup>. Es la cabecera del distrito (partido) de Mercedes, así como del distrito judicial. Situada a 100 km al oeste de la Capital Federal y a 152 km de La plata, limita al norte con la localidad de San Andrés de Giles, al sur con navarro, con lujan al este y Suipacha al oeste. Pertenece junto a otros partidos (Alberti, Bragado, Chivilcoy, Lobos, Navarro, Roque Pérez, Saladillo, Suipacha y Veinticinco de Mayo) a la Región Sanitaria X.

Según el censo realizado en el año 2010, la ciudad cuenta con una población de 63.284 habitantes (INDEC, 2010) representado en un incremento de un 5,7 % respecto al anterior.

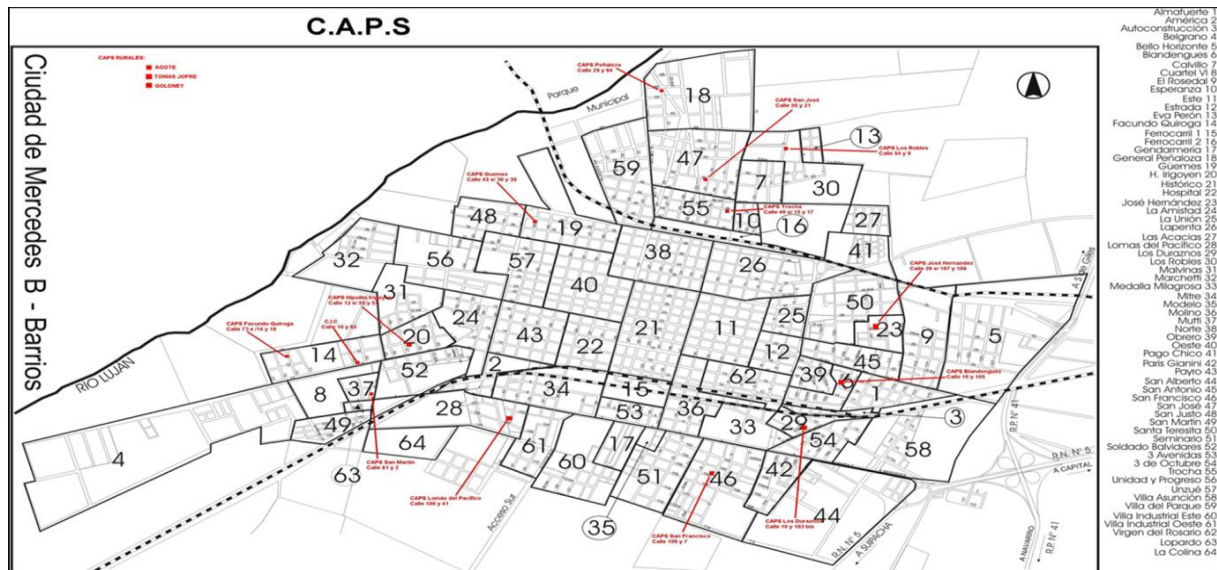
La extensión del partido comprende una región urbana y una región rural. La Región Urbana corresponde concretamente al radio de la ciudad de Mercedes, y puede subdividirse en: zona céntrica, zona de barrios urbanos y zona de barrios suburbanos conformada por 63 barrios. Por su parte, la región Rural se encuentra conformada por 14 cuarteles que se dividen en zonas de chacras y zonas de campo y pequeñas localidades.

La ciudad posee como vías de acceso los ferrocarriles General Sarmiento, General San Martín (para pasajeros y carga), General Belgrano (carga), las rutas Nacional nº 5, Ruta Provincial nº 41 y 42. Cuenta además, con aeródromo Provincial.

El Municipio cuenta, en el primer nivel de atención de la salud, con 17 Centros de Atención Primaria de la Salud (desde ahora denominado CAPS) y un Centro Integrador Comunitario (CIC), y en el segundo nivel con el Hospital General Zonal de Agudos “Blas L. Dubarry”. A partir del año 2015 se conformó la secretaria de salud dependiente del municipio que está subdividida en diversas áreas tales como la dirección de adultos mayores, de deportes, de discapacidad, de bromatología y veterinaria y de APS nucleando la



misma al primer nivel de atención en articulación permanente con los demás niveles conforme hace a la salud de la población.



Luego de un diagnóstico de situación llevado adelante por la secretaria de salud en su comienzo, se procedió a realizar una regionalización del casco urbano de la ciudad de Mercedes y de la zona rural, a fin de referenciar a la población según sus características y necesidades, en los 17 CAPS, el centro de educativo terapéutico integral de Mercedes (CETIM) y el CIC que se encuentran inmersos en los barrios. Quedo conforme así, la región norte con los CAPS Trocha, Peñaloza, Los Robles y San José. Por su parte la región oeste con el CAPS Guemes, Lomas del Pacífico, Hipólito Irigoyen, Facundo Quiroga, San Martín y el CIC. Respecto a la región este, están allí los CAPS Blandengues, Los Duraznos, San Antonio y San Francisco. Así mismo quedo una región rural que nuclea a los CAPS de las siguientes localidades: Agote, Gowland, Altamira y Tomás Jofré.

## FUNDAMENTACIÓN

Lo que aquí se espera es reflexionar acerca de la importancia de los dispositivos comunitarios de manera tal que nos permita optimizar estrategias de intervención desde una perspectiva de planificación estratégica- y por ende de gestión -, en el equipo de salud que llevo adelante dicho dispositivo, y de manera indirecta generando aportes en la secretaria de salud del municipio de Mercedes.



Pensar desde una perspectiva en relación a la promoción de la salud incluye **elaborar políticas públicas que refuercen la salud**, que construyan una **intersectorialidad** para propiciar la participación comunitaria real y el desarrollo de las habilidades personales es decir que se centren en aquellas cuestiones referidas a garantizar la accesibilidad de los recursos en salud para abarcar el universo de población en relación a garantizar la salud integral.

La gestión como parte de la planificación transita por los distintos momentos de las estrategias de intervención: inserción, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación como momentos en continua relación, ya que para el logro de los objetivos es necesario adaptar las estrategias con renovados desafíos de conocer para intervenir

Laura Massa (Massa, 2012), retomando a Matus plantea que dado que, “la planificación, en tanto proceso que “precede y preside la acción”, es necesario pensar la trayectoria de acción desde donde se parte hacia donde queremos llegar, y en donde será, en conjunto con actores del territorio. No se estipula que los horizontes de la planificación sean correctos y/o definitivos sino que serán tomadas con una visión a futuro y que su valor radica en que también contribuye a reconocer y corregir errores.

## **MOMENTO DESCRIPTIVO**

### **Objetivos**

El objetivo general de dicha experiencia fue completar el esquema nacional de vacunación, actualizando según las nuevas incorporaciones del mismo. Priorizando pacientes con factores de riesgo y con movilidad reducida. A su vez, contribuir a la gestión de manera de disminuir la demanda en nuestros CAPS producto del inicio de clases y del requisito de la asignación universal por hijo (de ahora en adelante A.U.H).

Como objetivos específicos señalamos la intención de actuar como estado presente en la prevención y promoción de la salud así como también reflexionar acerca de nuestras prácticas a través de dichos dispositivos, y, bajo el enfoque que pretendemos realizar acá, articular con la comunidad potenciando a la misma y acortando la brecha de manera tal que se visibilice el espacio de la sala en el barrio y la predisposición para trabajar en conjunto.



## MARCO TEÓRICO

### 1. APS y Accesibilidad (Cassano, P; Castillo, D; Contrera, M Et Al., 2016)

La Conferencia de Alma Ata (UNICEF-OMS, 1978) definió la **Atención Primaria de la Salud (APS)** como: la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En el marco de la Declaración del Milenio (ONU, 2000), se elaboró una estrategia para propiciar los cuidados básicos de salud para todos los ciudadanos.

Considerando que disfrutar el máximo grado de salud que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideas políticas o condición económica o social, siendo esto responsabilidad y deber del Estado conjuntamente con la participación ciudadana.

La accesibilidad se define en primera instancia como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, e implica idealmente la ausencia de barreras a la atención de la salud.

Los autores, citando a Stolkiner (2011) y a Donabedian (1973) manifiestan en que se encuentran distintas barreras para lograr la accesibilidad en la población, las que son caracterizadas como:

- Geográficas o espaciales, si se entiende que la imposibilidad de acercar los servicios a la población se relacionan con la distancia y el tiempo que conlleva utilizarlos. Erróneamente esta concepción, también lleva a pensar que son los usuarios (quienes tienen la capacidad de desplazarse) los “responsables” de llegar al sistema (estático y expectante, más o menos amigable para acogerlos); lo que favorece que la responsabilidad de actuar sea delegada o depositada imaginariamente en los usuarios, quedando en la oscuridad la capacidad activa del sistema de salud.
- Económicas, que aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero.
- Administrativas, que expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, muy vinculadas en definitiva con las geográficas o espaciales.





- Culturales, centradas en que las diferencias culturales entre el personal de los servicios y la población, también podrían ser una barrera al acceso.

La cultural, se redefine además, como barrera simbólica en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras o bien contribuir a la formación de las mismas. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que los sujetos también son constructores de accesibilidad y esto es, a su vez, producto de una multiplicidad de situaciones.

Frente a esto último, definen a la accesibilidad como el *“encuentro/desencuentro entre los sujetos y los servicios.”*

## 2. Gestión territorial (TOBAR, 2014)

Si territorio es espacio, entonces, territorio usado es sentido. El autor, parafraseando a Julio Cortazar quién decía: “un puente es una persona cruzando un puente”, sostiene que, un territorio es una persona que piensa, que vive, que actúa un territorio. En otras palabras, si el territorio no es vivido y representado como tal, entonces no hay territorio. La dilución del territorio se manifiesta a nivel de las representaciones. En el plano inmediato, el territorio es considerado como un accidente en el transcurso de las personas, más que como condición efectiva de su existencia.

Para el geógrafo brasileño Milton Santos, según lo que propone el autor, el territorio retorna al asumir nuevos sentidos. La información construye puentes en el espacio (Santos, 1994). Por eso afirma que el territorio, hoy, puede ser formado de lugares contiguos y de lugares en red. Llama horizontales a los primeros (que se conectan espacialmente) y verticales a los segundos (que se conectan por flujos de información).

Para entender el concepto de gestión territorial, el autor menciona a Milton Santos el cual, convoca a recrear el territorio horizontal. A buscar soluciones cohesivas o inclusivas a partir de la contigüidad. Este retorno del territorio trae nueva luz sobre la gestión social. Este territorio horizontal, que es solidario por su esencia banal, combinado (o atravesado) por territorios verticales capaces de captar información, conocimiento y recursos; permiten redefinir los problemas sociales y las respuestas a ellos. Redes horizontales que identifican las necesidades (muchas veces no sentidas) y recurren a redes verticales para captar recursos que potencien las respuestas. En virtud de ello, se postula aquí que es posible



pensar y practicar una gestión que recupere los sentidos del territorio. Se trata de promover, la toma de decisiones a nivel político y técnico-político que vincule al espacio con la responsabilidad, la identidad, la solidaridad y la integración social de quienes lo habitan.

La transformación social pasa hoy por la gestión territorial.

En la innovación social radica nuestra mayor esperanza de que se produzca un cambio social capaz de generar una sociedad que incluya a más personas, que distribuya progresivamente el ingreso y genere mayor calidad de vida. Y, en gestión social la innovación surge en las márgenes. La dinámica innovativa avanza desde la periferia hacia el centro del sistema. Procede desde lo micro a lo macro, de lo local a lo regional, desde las personas con rostro y corazón, hacia las instituciones con estructuras y organigramas. Se registran pocas novedades en materia de programas sociales, y sin embargo aparecen permanentemente nuevos protagonistas para actuar en el sector.

Es de esperarse, entonces, que la transformación social surja de desplegar respuestas a las necesidades de la población por y desde el territorio horizontal.

### Gestión territorial en salud

Cabe preguntarse si es legítimo hablar de “gestión territorial en salud”. No porque entendamos que no se produce salud desde el territorio, sino porque parece haber una tensión entre el abordaje territorial y cualquier gestión sectorial. El territorio es indisociable, no puede ser parcializado. No puede ser sectorializado. Por naturaleza, el territorio horizontal es integral. Es ese carácter holista el que hace a la gestión territorial solidaria e integral. En conclusión, hacer gestión territorial implica una forma de gestión social no fragmentada, que busca satisfacer todas las necesidades humanas del habitante de ese territorio. Un habitante que, entonces, al tener sus principales necesidades cubiertas, pasa a ser integrado y comienza a tornarse ciudadano. Postulamos aquí que es posible contemplar el desarrollo de una gestión territorial en salud, pero la misma debe satisfacer cuatro condiciones básicas. En primer lugar, promover un abordaje poblacional. En segundo lugar, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado. En tercer lugar, avanzar hacia un abordaje integral. En cuarto lugar, promover la regulación de la oferta.





## Abordaje integral

Asumir un abordaje integral requiere no solo trabajar desde la promoción y la prevención sino fundamentalmente incorporar en el equipo de salud la definición de quienes son los responsables primarios por los resultados de salud de la población residente. Esto introduce grandes desafíos de coordinación y funcionamiento en red porque a menudo los servicios locales se limitan al primer nivel de atención y se percibe que para brindar respuesta integral hace falta disponer de servicios de alta complejidad.

Son los municipios quienes detentan hoy las mejores oportunidades para construir modelos de gestión territorial en salud. No son los únicos actores de la gestión territorial, pero si pueden ser los más importantes. Son llamados constituir la piedra angular del nuevo modelo de gestión territorial en salud. Pero esto exige tanto un esfuerzo por avanzar hacia estrategias saludables como hacia abordajes horizontales.

## Municipio saludable

- Posicionar a la promoción de la salud en un lugar destacado
- Establecer alianzas y pactos que promueve un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables. Aunque el fin es la salud, el camino es la política
- Incorporar lógicas de acción participativas

Es posible e indispensable agregar a estas condiciones otras vinculadas con el abordaje horizontal como el asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo. Los servicios de Atención Primaria de la Salud no deben ser salas de primeros auxilios sino servicios con atención programada. Deben desplegar acciones extramuros, esto es salir a buscar a la población y realizar acciones y controles preventivos y gestionando la derivación a los servicios provinciales cada vez que haga falta. Es mucho más conveniente que los municipios se centren en acciones colectivas que en brindar prestaciones médicas de complejidad creciente.



## CONTEXTUALIZACION

### Ubicación en tiempo y espacio.

La dirección de Atención Primaria de la Salud (APS) depende de la secretaría de salud del Municipio de Mercedes y regionaliza a través de distintas zonas para brindar atención y acceso a la salud a toda la ciudad. Dentro de la zona norte, se encuentra el CAPS TROCHA situado en el barrio del mismo nombre, en la calle 46 entre 15 y 17.

El proyecto de inmunización fue realizado, en nuestro caso y según lo que intentaremos relatar aquí, en el barrio ESPERANZA y en el barrio TROCHA bajo una idea original de la dirección de APS.

El Barrio Esperanza, tiene una población estimada según el último relevamiento realizado por el equipo de salud en el año 2015 de 567 habitantes. Está conformado por calles de tierra la mayor parte, las casas son en su mayoría de material, y cuentan con todos los servicios disponibles en el barrio tales como gas, agua corriente, electricidad, red cloacal y recolección de residuos. A partir del último relevamiento realizado por el equipo de salud, se pudo visualizar un gran porcentaje de personas con empleo formal y con estudios terciarios y universitarios. A su vez, encontramos población de países limítrofes, en su mayoría de Paraguay. En este barrio, hay mayor porcentaje de población infantojuvenil, por lo que se evidencia mayor concurrencia al centro de salud. El mismo dispone, de una sociedad de fomento llamada “Barrio Esperanza” y la “Plaza de salud” con fines recreativos. A pocas cuadras del mismo se encuentra el CAPS TROCHA, el acceso no presenta dificultad, con una distancia máxima al barrio de 5 cuadras.

El Barrio Trocha tiene una población estimada según el último relevamiento realizado por el equipo de salud en el año 2015 de 486 habitantes. En su mayoría presenta calles de asfalto, las casas son en su mayoría de material y cuentan con todos los servicios al igual que el barrio mencionado anteriormente. La población en su mayoría presenta empleo formal y se evidencia un mayor número de población de adultos mayores, encontrando que dichas personas acceden en pocas oportunidades al centro de salud, quizás desconociendo la existencia del mismo y sus fines. Dentro del barrio contamos con las siguientes instituciones: Jardín de Infantes N°902, 1 Iglesia evangélica y la Sociedad de Fomento denominada “Trocha”.

A continuación, se adjunta el mapa de dicha zona norte:





El C.A.P.S TROCHA:

Se encuentra ubicado en la zona norte dentro del barrio trocha, en la ciudad de Mercedes situado en la calle 46 entre 15 y 17. Creado por la sociedad de fomento de dicho barrio en el año 2003. De acuerdo a su infraestructura cuenta con una sala de espera, una administración, una sala de enfermería, 2 baños y 2 consultorios. Su horario de apertura es de lunes a sábado de 8 a 14 horas.



En el mismo contamos con atención de diferentes especialidades: medicina general, nutrición, psicología, espacio de orientación familiar, ecografías, trabajo social, ginecología, y enfermería así como también promotoras de salud que trabajan en el barrio.

### **Planificación y ejecución**

El proyecto de relevamiento para inmunizaciones fue estrategia de la dirección de APS correspondiente a la secretaría de salud del municipio para todas las regiones del mismo. Este, fue realizado durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2017 en lo que respecta a este CAPS, y se realizó en los barrios que pertenecen al área programática del mismo.

#### Los objetivos del mismo eran:

- Completar esquema nacional de vacunación.
- Informar y actualizar las modificaciones del Calendario.
- Identificar pacientes con factores de riesgo para reforzar vacunación.
- Disminuir la demanda de vacunatorios de nuestra ciudad, debido al comienzo de clases y el requisito para completar la libreta de A.U.H.
- Acercarnos al domicilio de aquellos pacientes con movilidad reducida
- Actuar como estado presente en la prevención y promoción de la salud.
- En lo que respecta al territorio: fortalecer el contacto con los referentes de Barrio, convocatoria, promoción y difusión de la campaña.
- Confeccionar un registro cuantitativo para generar datos que nos permitan obtener estadísticas de las acciones en busca de poder trabajar los casos problema.

#### Población objetivo

- Niños 2 meses a 11 años
- Embarazadas
- Adultos
- Mayores de 65 años



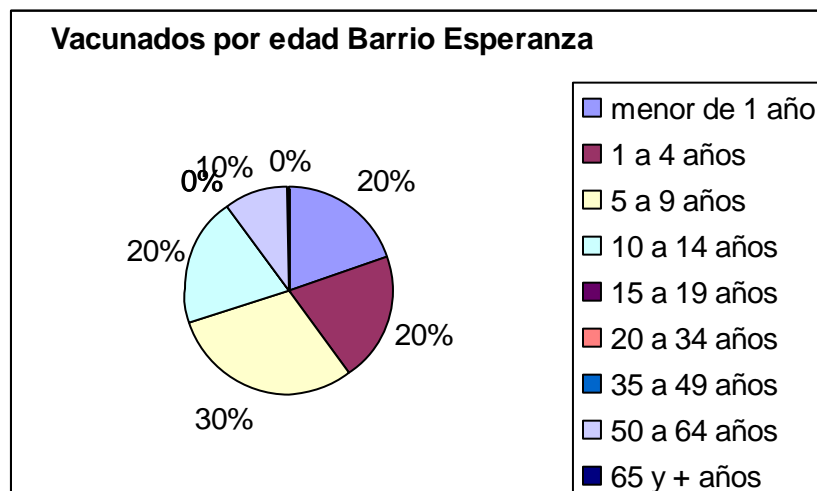
Se procedió a recorrer ambos barrios con heladera portátil y las suficientes vacunas con una refrigeración oportuna de 2 horas los días martes de 9 a 11 horas y viernes de 14 a 16 horas.

Dicho proyecto fue llevado adelante dentro del CAPS por la enfermera del mismo, la promotora de salud, la licenciada en psicología, y la licenciada en trabajo social, acompañadas a su vez por las estudiantes de la licenciatura en trabajo social pertenecientes a la Universidad Nacional de Lujan que se encontraban haciendo su práctica pre-profesional.

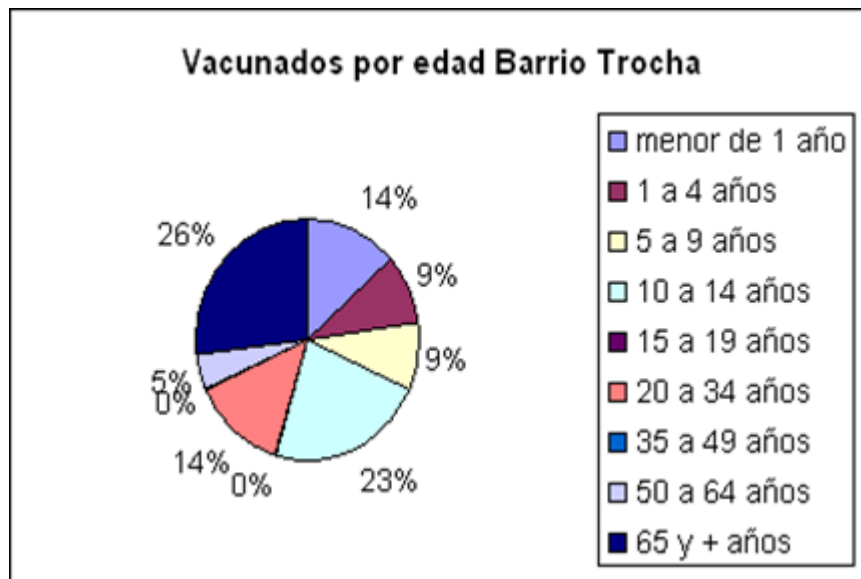
La idea de realizarlo en distintos días y horarios fue para de poder cubrir a los niños que concurrían a la escuela y además a la comunidad que trabaja.

Según los datos recolectados por las estudiantes de trabajo social en su práctica pre-profesional para este proyecto, los domicilios visitados en el Barrio Esperanza fueron 17 mientras que en el Barrio Trocha fue de 113. El total de inmunizados fue de 10 y 22 respectivamente. A continuación se muestran los gráficos de inmunizados en cada barrio según rango etario:

1. Total absoluto de personas inmunizadas en el Barrio Esperanza según rango etario, (N: 10):



2. Total de personas inmunizadas en el Barrio Trocha según rango etario, (N: 22):



Del total de domicilios visitados, en su mayoría en el Barrio Esperanza conocían el CAPS y asistían al mismo, no sucediendo lo mismo respecto al Barrio Trocha, en el cual la mayor parte de la población no conocía el CAPS ni asistía al mismo, ni siquiera conociendo su localización, servicios y función. Coincidentemente con dicha situación, muchos domicilios se mostraron reticentes a atendernos y mostrarnos la libreta sanitaria. Uno de los fundamentos que encontramos a esto, es que varias personas de esta población tienen cobertura social y accede al sistema de salud privado. Frente a estas situaciones, el equipo dio a conocer los horarios y servicios de la sala y se mostró receptivo y predispuesto para cambiar esta situación y brindar información pertinente vinculada a la salud de toda la población de manera equitativa.

Nos encontramos con que la mayoría de la comunidad presentaba el carnet de vacunación completo, excepto los menores de 6 años que fueron los más vulnerables en dicho aspecto, encontrándose varios carnets incompletos en este grupo etario. Esto nos hace reflexionar como equipo de salud respecto a la accesibilidad a la salud ya que pudimos evidenciar que en este aspecto la población adulta logra acceder y tiene información respecto a las inmunizaciones, pero en el caso de los niños no sucede lo mismo.

Destacamos que, al acercarnos a cada domicilio y sin necesidad siquiera de formular preguntas, de manera interdisciplinaria y en equipo, pudimos evidenciar diversas situaciones en torno a la salud socioambiental, por las cuales trabajar a futuro en conjunto con la comunidad planificando diferentes estrategias de intervención frente a dichos problemas.



Dicha cuestión, nos contextualiza frente a la población, focalizando la atención de la misma no como objetos sino como sujetos activos de derecho en cuestiones vinculadas a la salud. Es así como, escuchamos, visibilizamos y contextualizamos, pudiendo trabajar desde otra perspectiva en conjunto acortando la brecha entre los efectores de salud y la población.

De esta manera también, pudimos instalar otras acciones vinculadas a la promoción de la salud de manera indirecta y sin intención formal tales como el descacharreo frente al dengue entre otras, lo cual evidencia la importancia de estos dispositivos fuera del centro de salud.

## **MOMENTO EXPLICATIVO**

Consideramos importante destacar los siguientes determinantes y condicionantes que influyeron en la realización del proyecto, los cuales nos van a permitir reflexionar y analizar acerca de nuestras prácticas.

### **1. Condicionantes:**

- Falta de información en la comunidad de los horarios y de la existencia y servicios del CAPS en su barrio.
- Escasa difusión de los servicios ofrecidos en el primer nivel por parte del municipio.
- Iniciativa propuesta por la secretaria de salud, de la cual el equipo de salud accedió a realizarlo, pero destacamos como aspecto negativo la falta de organización, planificación y tiempo para que dichas acciones sean gestionadas desde el CAPS.
- La falta de sostenibilidad frente a diversos problemas emergentes que aparecieron y disolvieron dicho proyecto.
- La falta de convicción dentro de los diferentes actores intervinientes en el primer nivel de atención frente a la estrategia de APS, por lo cual no se logró que todos los CAPS de las distintas zonas realizaran el proyecto.





## 2. Determinantes:

- Disponibilidad de un equipo interdisciplinario que lleve adelante el proyecto de manera que se visibilicen distintas situaciones en la visita.
- El equipo logro generar un sentido de pertenencia y empatía con la población, acortando la brecha con la misma.
- Cumplimiento e Implementación del calendario nacional de inmunizaciones resaltando la importancia del mismo.
- Amplia predisposición del equipo que conforma el CAPS Trocha enmarcado dentro de la estrategia de APS que a pesar de tener distintas miradas, hizo prevalecer al proyecto y su realización con gratos resultados, sobre todo desde el aprendizaje y reflexión.
- Disponibilidad del recurso material como las vacunas por parte de la secretaria de salud así como también de respuestas por parte de la misma frente a situaciones problemas detectadas a partir de dicho dispositivo.
- Disponibilidad de folletería que se repartió en la comunidad abordando la prevención y la promoción de la salud de manera indirecta.
- La A.U.H es un factor positivo en dicho proyecto ya que la inmunización debe estar completa para garantizar la permanencia bajo dicho programa.

### Importancia para los autores

Este trabajo nos sirve para reflexionar y analizar de manera de planificar y diseñar diferentes estrategias de intervención a futuro aprovechando las diversas miradas que el equipo presenta de forma interdisciplinaria.

Destacamos la posibilidad que nos dio dicho proyecto de poder acercarnos a la comunidad, acortando la brecha entre el barrio y la accesibilidad a la salud.

De esta forma, aprendimos a escuchar y visualizar desde otra perspectiva a la población trabajando desde la contra- hegemonía complementando en conjunto con la comunidad el intercambio de saberes y experiencias adquiridas que nos enriquecen gratamente.



Si bien fue la secretaría de salud quien propuso el proyecto, el equipo lo consideró prioritario y se sumó a la propuesta.

### **Importancia para la comunidad**

Se destaca la importancia de que el equipo de salud se traslade al barrio y garantice la accesibilidad a la salud de manera equitativa. Trabajar de esta manera, nos permite contextualizar e identificar a la comunidad como sujetos de derecho los cuales deben definir y participar activamente en los proyectos comunitarios.

## **SÍNTESIS: CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS**

### **Conclusión**

Como equipo consolidado, pudimos objetivar un montón de situaciones particulares dentro de la comunidad que accede a la sala, y desde otra perspectiva, potenciando las individualidades de cada disciplina para generar estrategias de trabajo a futuro a la medida de las necesidades de la comunidad.

Evidenciamos que muchas personas del área programática, desconocían la existencia del CAPS en el barrio.

A través de dicho proyecto, se pudo trabajar otras cuestiones vinculadas a la salud desde la promoción, tales como dengue y descacharreo.

Logramos modificar el espacio de trabajo, el cual no solo trasciende los límites del consultorio, sino del centro de salud.

Creemos además, que por ser una estrategia propuesta desde la secretaria de salud y no gestada desde el equipo, la continuidad de la misma no pudo mantenerse.

Por ultimo cabe destacar, que la experiencia relatada proporciona un aprendizaje y transformación en la manera de posicionarse del equipo de salud en relación a la comunidad y a los sujetos.



## PROPUESTAS

En base a los resultados obtenidos a partir de la reflexión de nuestras prácticas, hemos redactado una serie de propuestas para trabajar a futuro:

Partiendo desde una concepción integral de la salud:

- Incorporar a otros sectores en la planificación de este y otros proyectos en conjunto con la comunidad, teniendo en cuenta los intereses y necesidades de la comunidad, ampliando los espacios colectivamente.
- Trabajar en forma interdisciplinaria y con la secretaria de salud a la par.
- Crear espacios sostenibles que permitan la continuidad y que no sean episodios aislados.
- Conformar estrategias comunitarias de manera que las propuestas salgan “de” y “para”, la comunidad.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1-Cassano, P; Castillo, D; Contrera, M Et Al. (11 de 2016). "Jugando a las escondidas...esperando a ser encontrado".
- 2-Massa, L. (2012). microintervenciones vs. intervenciones en la totalidad social: capacidad de gestion y dimension etico- politica. *revista de trabajo social*, 5.
- 3-TOBAR, F. (03 de 2014). *Fundacion Sanatorio Guemes*. Recuperado el 2017, de WWW.FSG.ORG.AR

