

“Embarriate”. Equipo Comunitario como espacio de formación en Prevención, Promoción y Educación para la Salud de profesionales del primer nivel de atención.

BALBACHAN, Deborah L; CIOFFI, Estefanía; ESCALANTE ALBERTALI, Laura; SASSO, Enrique R; SOLAZZI, Romina A.

Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24. Martínez Castro y Laguna, B° Ramón Carrillo - Ciudad Autónoma de Buenos Aires; CP: 1407. Tel: 4637-2002

Mail de contacto: deborah.balbachan@gmail.com; Tel de contacto: 011-155-146-4242

Trabajo de Investigación con enfoque mixto.

Educación para la Salud

Introducción. Se desarrolla en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°24, en Villa Soldati, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Este trabajo plantea al dispositivo del Equipo Comunitario (EC) como una oportunidad de obtener experiencia y herramientas en el campo de la prevención de enfermedades y promoción y educación para la salud (PPEpS).

Objetivo: Describir la relación entre la formación de profesionales de salud en el Equipo comunitario del CeSAC 24 de la CABA y las herramientas adquiridas para trabajar en prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud en el Primer Nivel de atención, en el período 2006 - 2017.

Metodología: Diseño de tipo descriptivo observacional de corte transversal. Comprende dos elementos, por un lado una sistematización de experiencia y por otro una encuesta con preguntas abiertas y de opción múltiple.

Resultados: La conformación actual del equipo comunitario ha sido constante en el período comprendido en este trabajo, los profesionales de la salud del primer nivel de atención (PNA) incorporaron herramientas de PPEpS durante su formación en el EC.

Discusión: Es indispensable la generación de dispositivos comunitarios de formación para la adquisición de herramientas de PPEpS para profesionales del PNA.

Palabras claves: formación profesional, primer nivel de atención, herramientas, PPEpS.

Soporte Técnico: cañón multimedia, equipo de audio, PC.

Embarriate

Equipo Comunitario como espacio de formación en Prevención, Promoción y Educación para la Salud de profesionales del primer nivel de atención



Autores:

Balbachan, Deborah L. Médica residente de Medicina General y Familiar, CeSAC 24, Htal. Piñero, CABA.

Cioffi, Estefanía. Médica General y de Familia. Jefa de residentes de Medicina General y Familiar, CeSAC 24, Htal. Piñero, CABA.

Escalante Albertali, Laura. Médica General y de Familia. Jefa de residentes de Medicina General y Familiar, CeSAC 24, Htal. Piñero, CABA.

Sasso, Enrique R. Médico residente de Medicina General y Familiar, CeSAC 24, Htal. Piñero, CABA.

Solazzi, Romina A. Médica residente de Medicina General y Familiar, CeSAC 24, Htal. Piñero, CABA.

Lugar de realización: Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24. Martínez Castro y Laguna, B° Ramón Carrillo - Ciudad Autónoma de Buenos Aires; CP: 1407. Tel: 4637-2002

Mail de contacto: deborah.balbachan@gmail.com; **Teléfono de contacto:** 155-146-4242

Fecha de realización: enero - septiembre 2017

Tipo de trabajo: Investigación

Categoría temática: Educación para la salud

Enfoque: Mixto

Trabajo inédito.

Agradecimientos

A Pamela Dorado, Residente de Trabajo Social, Htal. Piñero - CABA.

A Julieta R. Cámara, Med. Gral y Epidemióloga del CeSAC 24, Htal. Piñero - CABA.

A los y las integrantes del Equipo Comunitario del CeSAC 24 - CABA

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 4 |
| Problema..... | 4 |
| Hipótesis..... | 4 |
| Objetivo general..... | 5 |
| Objetivo específico..... | 5 |
| Propósito..... | 5 |
| Marco teórico | |
| Salud..... | 5 |
| Atención primaria de la Salud..... | 6 |
| Primer nivel de atención..... | 7 |
| Accesibilidad..... | 7 |
| Interdisciplina..... | 8 |
| Promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud..... | 9 |
| Formación de profesionales del primer nivel de atención..... | 10 |
| Contexto de estudio..... | 11 |
| Acerca de la autoría..... | 11 |
| Metodología..... | 11 |
| Sistematización del Equipo Comunitario..... | 11 |
| Encuesta..... | 12 |
| Población..... | 12 |
| Diseño de la encuesta..... | 13 |
| Procesamiento de datos..... | 13 |
| Desarrollo | |
| Sistematización del trabajo del equipo comunitario..... | 14 |
| Historización..... | 14 |
| Objetivos del Equipo Comunitario..... | 14 |
| Organización de la tarea..... | 15 |
| Dispositivos y actividades..... | 16 |
| Resultados y análisis de encuestas..... | 22 |
| Definición de salud y tareas profesionales del PNA..... | 22 |
| Caracterización del Equipo Comunitario..... | 23 |
| Herramientas..... | 24 |
| Inserción laboral actual..... | 24 |
| Discusión..... | 25 |
| Propuestas..... | 27 |
| Palabras finales..... | 27 |
| Bibliografía..... | 28 |
| Anexos..... | 30 |

Introducción

El siguiente trabajo de investigación se desarrolla en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°24, ubicado en el barrio de Villa Soldati, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En dicho CeSAC, funciona un equipo territorial conformado de manera interdisciplinaria, que aborda actividades en el primer nivel de atención (en adelante PNA) con ejes en la accesibilidad, la intersectorialidad, la prevención de enfermedades y la promoción y educación para la salud. A este dispositivo se lo ha denominado *Equipo Comunitario* (en adelante EC) y en el presente trabajo se abordarán sus dimensiones formativas para los y las profesionales de la salud.

Desde su creación, este equipo es parte de una estrategia institucional de abordaje del territorio del área de referencia que está bajo la responsabilidad del CeSAC, por lo cual tiene una organización fundamentada en la accesibilidad a la salud integral. Este dispositivo promueve desde esta premisa teórica, la formación de profesionales en prevención de enfermedades y promoción y educación para la salud (en adelante PPEpS), al proponer un campo más amplio de intervención que excede la asistencia.

La falta de propuestas de formación en el campo de la PPEpS , posiblemente no haga más que agudizar los sentidos en contra de una concepción de salud integral. Este trabajo plantea a este dispositivo generado dentro del CeSAC como una oportunidad de obtener experiencia y herramientas en este campo, tanto desde su organización interna como en los dispositivos y actividades que despliega.

Palabras Clave: formación profesional, primer nivel de atención, herramientas, PPEpS.

Problema

¿La formación de profesionales de salud en el Equipo Comunitario del CeSAC 24 posibilita la adquisición de herramientas para trabajar en prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud en el primer nivel de atención?

Hipótesis

La formación de profesionales de la salud en el Equipo Comunitario del CeSAC 24 aporta herramientas para trabajar prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud en el primer nivel de atención.

Objetivo general

Describir la relación entre la formación de profesionales de salud en el Equipo comunitario del CeSAC 24 de la CABA y las herramientas adquiridas para trabajar en prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud en el Primer Nivel de atención, en el período 2006 - 2017.

Objetivos específicos

- Sistematizar la organización, el funcionamiento, las actividades y dispositivos del Equipo Comunitario del CeSAC 24 como escenario formativo en el año 2017.
- Relevar percepciones sobre la adquisición de herramientas para el trabajo en promoción, prevención y educación para la salud de los y las profesionales de salud que participaron durante sus residencias en el Equipo Comunitario del CeSAC 24 en el período 2006 - 2015.
- Identificar herramientas para el trabajo de promoción, prevención y educación para la salud adquiridas por los y las profesionales de salud que participaron durante sus residencias en el Equipo Comunitario del CeSAC 24 en el período 2006 - 2017.

Propósito

Aportar conocimientos sobre el impacto del Equipo Comunitario como escenario formativo en la adquisición de herramientas vinculadas a la prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud.

Marco Teórico

Salud

La definición de salud sobre la que partimos en esta investigación es la que está incorporada en la ley básica de salud de la Ciudad de Buenos N°153, que enmarca nuestra práctica en tanto trabajadores del sistema público de salud. El concepto de salud integral que se plantea allí, incluye: “la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” e incluye la participación comunitaria como medio para promover y potenciar el desarrollo de la población. Esta visión continúa la línea que inicia la OMS en 1948 que define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Si bien este antecedente representa un paso hacia la visión integral, lo cierto es que es difícil poder pensar un salto desde lo meramente enunciativo hacia la construcción de un encuadre para

nuestra práctica en el sector salud. Incluso por pensar en ese bienestar como una estructura estanca a la cual llegar, lo convierte casi en un escenario utópico, negando los procesos históricos que recorreremos para construirlo y redefinimos constantemente. Recurrimos entonces a la definición de Floreal Ferrara, 1975.:

“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...”

Al concebir la salud como esta lucha colectiva permanente, es necesario otorgarle un rol primordial a la participación comunitaria. En este encuadre, la función de los y las trabajadores de salud no puede limitarse a atender la demanda de la enfermedad, sino que “se deben abordar integralmente sus determinantes a través de estrategias de promoción de la salud con bases intersectoriales.”¹

Atención Primaria de la Salud

La formación de un Equipo Comunitario dentro del sistema sanitario, se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir inequidades en salud. El objetivo último es obtener resultados sostenibles de salud para todos.

Esta estrategia de APS surge en la reunión de la OMS en Alma Ata en 1978, donde se consensó una meta: “Salud para Todos en el año 2000” y se define a la Atención Primaria de la Salud como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Las prácticas en el Equipo están guiadas por los principios que toma la APS como el de dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Con la justicia social como eje

1 GCBA, RIEpS “Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica”. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. CABA, 2013.

rector se trabaja con planificación estratégica, promoviendo la participación comunitaria y de manera intersectorial.

La estrategia de APS pone énfasis en la promoción y la prevención, en este sentido el Equipo Comunitario surge para llevar a cabo estas tareas en el territorio. Para ello surge la necesidad de identificar actores sociales y promover la formación de redes entre los distintos sectores que determinan la salud de la población.

Primer Nivel de atención

En Argentina el sistema público de salud se organiza con base en tres niveles de atención, de acuerdo con la complejidad de las prestaciones, articulados por mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención. El primer nivel de atención (PNA) desarrolla acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia, y está integrado (en teoría) al segundo y tercer nivel de atención.

Es generalizada la confusión que se hace al homologar la APS al PNA, reduciendo a la primera a un sector del sistema de salud y no a una estrategia de la totalidad del mismo. Esto puede generar una concepción de la APS como la mera puerta de entrada al sistema y aportar a la aplicación de una APS primitiva concebida como atención periférica y de bajo costo para pobres. El PNA es un espacio propicio para llevar a cabo una profunda transformación de la atención a la salud, aplicando la estrategia de APS y la acción intersectorial que permita mejorar sustantivamente la situación de salud de la población y la calidad de vida.

Accesibilidad

La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires Nº 153 garantiza el derecho a la salud integral para todas las personas, sin excepción, sean residentes o no de la ciudad. Este concepto de salud incluye “la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” e incluye la participación comunitaria como medio para promover y potenciar el desarrollo de la población.

La ley plantea como objetivo específico del subsector público “contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable”

Según Floreal Ferrara accesibilidad es la facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud. Este concepto no se limita a la oferta de servicios y su

aprovechamiento por parte de los y las usuarias. Es desde lo relacional entre unos y otros que se favorece el encuentro o se obstaculiza. La accesibilidad puede ser entendida como la forma en la que los servicios de salud se acercan a la población, no situando a los sujetos en el rol pasivo de esperar ese encuentro, sino que entendiendo que tienen herramientas para generarlo (Comes et al., 2007). La accesibilidad entonces es determinada por "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner y Otros, 2000).

Existen distintas clasificaciones de accesibilidad, se toma la clasificación de Floreal Ferrara en "Teoría social y salud" (1985) donde se definen cinco formas: geográfica, cultural, jurídica, económica y administrativa. Además se considera como barrera para el acceso a la dimensión simbólica, en tanto el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

Interdisciplina

En palabras de Alicia Stolkiner (1987), "la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos". Las problemáticas que atraviesan a la población con la que trabaja el equipo son múltiples y de difícil solución, por lo que requieren de los aportes de sectores ajenos al sector salud (desarrollo social, espacio público, vivienda, educación, trabajo, entre otros) y dentro de este los de las distintas disciplinas y campos de especialidad del equipo de salud (medicina general, pediatría, enfermería, trabajo social, nutrición, psicología, antropología, educación, sociología, comunicación, educación para la salud, veterinaria, epidemiología, etcétera).

Adoptar una perspectiva de trabajo interdisciplinario exige un posicionamiento teórico metodológico que necesariamente implicará cambios en la manera de pensar las propias incumbencias disciplinares y la problematización de la construcción misma del conocimiento: "La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de

corrientes de pensamiento subterráneas –de época- atravesando distintos saberes disciplinarios” (Stolkiner, 2005).

La labor interdisciplinaria supone algunas condiciones sin las cuales la interdisciplina se convierte en un “como si”: a) dispositivos específicos, objetivos claros, programa de trabajo, b) continuidad temporal, c) marco conceptual común, d) diálogo, horizontalidad, e) roles flexibles, f) organización en torno a la tarea.

Promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud

La promoción de la salud es una estrategia que se dirige a promover la vida en sus múltiples dimensiones haciendo eje en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones de vida y de trabajo que subyacen a los problemas de salud (Czeresnia, 2003). A su vez, contempla el desarrollo de la capacidad de elección y utilización del conocimiento según la situación y el contexto.

Es necesario reconocer los desiguales contextos en los que se ubican los individuos con los que se trabaja, y adecuar las prácticas a las diferentes situaciones y necesidades. Esta mirada implica que no se pueden comprender ni analizar los procesos de salud–enfermedad independientemente de las condiciones de vida y del ambiente (OMS/ OPS, 1998). Según lo establecido por la Carta de Ottawa (1986), “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

En lo que respecta a cómo se ha entendido la promoción de la salud en distintos países, se ha tendido a caer en confusiones que equiparan esta estrategia a la modificación de los estilos de vida, desconociendo los cambios sociales, políticos económicos y medioambientales que lo posibilitan. Siguiendo a Restrepo (2001) “han surgido dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la promoción de la salud; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende el sector salud”.

En el campo de la salud pública y en el trabajo comunitario en particular suelen ser relevantes las acciones de prevención de las enfermedades. Para emprender acciones de prevención a nivel comunitario es fundamental contar con un buen diagnóstico de situación de salud del territorio.

El enfoque de educación para la salud desde el cual partimos, para la planificación y ejecución de los proyectos, incluye la recuperación de los saberes de la población y requiere de la participación de la misma para el abordaje de los problemas. Siguiendo a Menéndez (1988:96), “la educación para la salud aparece como un instrumento utilizable para favorecer los procesos de autoatención en la medida que dicha educación trabaje sobre la racionalidad de los conjuntos sociales, asuma la necesidad y disposición de apropiación y entienda el saber no solo referido a determinados contenidos de acción en salud, sino remitiendo dicho saber a la causalidad de los principales problemas y ligado a las especificidades de los conjuntos y a los límites económicos, políticos e ideológicos que condicionan los procesos transaccionales dentro de los cuales juega el saber (...) la educación para la salud no implica sólo saber más sobre prevención específica, sino que supone sobre todo una estrategia de saber que conduzca a un proceso creciente de autonomía sobre los procesos de salud enfermedad.” De esta manera, la educación para la salud debe recuperar los saberes de la población y apuntar a las causas estructurales de los problemas de salud y el diseño en función de estos saberes y en el contexto en el que se producen las estrategias adecuadas para el abordaje de los problemas.

Formación de Profesionales del PNA

El primer nivel de atención tiene particularidades que hacen que la promoción y prevención de la salud ocupe (o debiera ocupar) un rol central en la formación de las y los trabajadores de este nivel de atención. Dichas particularidades tienen que ver, por un lado, con la proximidad desde la práctica a lo cotidiano de la vida de las personas del área de referencia del CeSAC. Además, se agrega una perspectiva longitudinal de la atención de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, una mayor accesibilidad territorial por la cercanía y la posibilidad de pensar estrategias intersectoriales.

El informe técnico presentado en la Conferencia de México de Promoción de la Salud menciona como una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de salud “fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud”.

Por lo tanto, jerarquizar la prevención, promoción y educación para la salud implica reorientar las políticas públicas en salud, y para ello se debe disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y roles que las y los profesionales tienen

en el PNA. Para dicho desempeño profesional, es necesario adquirir conocimientos, habilidades y prácticas, a partir de las cuales se generen herramientas para la prevención, promoción y educación para la salud.

Algunos de los elementos que condicionan ésta formación, y que son interesantes remarcar, es que todavía existe confusión con los modelos médico-preventivos clásicos y una escasez de planes de promoción de la salud a medio-largo plazo, que incluyan estrategias de formación estables y duraderas.

Contexto de estudio

El equipo comunitario lleva a cabo su trabajo en el CeSAC 24, ubicado en el Barrio de Villa Soldati, el cual pertenece a la Comuna N° 8 de la CABA. Tiene como área de referencia los barrios: Ramón Carrillo (I y II), Villa Fátima, Los Piletones, Los Pinos, La Veredita, Las Palomas, 26 de julio, La Esperanza, San Francisco y Calacita.

La Comuna N° 8 se caracteriza por presentar los peores indicadores socioambientales, económicos, demográficos y sanitarios con respecto al resto de la CABA. La alta densidad poblacional, el déficit habitacional, el difícil acceso a una atención en salud, la falta de garantías de vacantes en el sistema de educación pública y los problemas vinculados al trabajo son las principales características del área del CeSAC.

Acerca de la autoría

El equipo investigador está conformado por parte de la residencia de medicina general y familiar del CeSAC 24 de CABA. La residencia integra el equipo comunitario durante todos los años de formación. A la vez, se sostiene un espacio semanal dedicado a la investigación.

Metodología

Este trabajo de investigación es de enfoque mixto y tiene un diseño de tipo descriptivo observacional de corte transversal. Comprende dos elementos metodológicos, por un lado una sistematización de experiencia y por otro una encuesta.

Sistematización de experiencia

La sistematización es un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tales dinámicas que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado (Sergio Martinic,

1984). En este trabajo se realiza una sistematización de los objetivos, modos de trabajo y los distintos dispositivos y actividades dentro del equipo comunitario en el año 2017.

Encuesta

Se realizó una encuesta anónima con preguntas abiertas y de elección múltiple.

Población

Se incluyó a los y las profesionales de las distintas disciplinas que por un período de tiempo de su residencia fueron parte del equipo comunitario y que estén egresados de las mismas. Se tomó en cuenta el año en el que lo hicieron. Se tomó como criterio de inclusión, el período de tiempo entre 2006 y mayo de 2015. Se excluyeron los años anteriores a 2006 ya que se consideró que previamente el equipo comunitario todavía no estaba consolidado como se describe posteriormente, por lo que no se podría extrapolar dicha experiencia a las de las camadas posteriores. Así mismo se excluyó los años posteriores a 2015 por entender que para una revisión completa del paso por el equipo, hace falta haber transcurrido un tiempo de 2 años de inserción laboral posterior a la residencia, para una adquirir una perspectiva mayor. Finalmente como criterio de exclusión se consideró que el transcurrir por el equipo comunitario fuera menor a 6 meses, ya que no es suficiente tiempo para adquirir las herramientas de PPEpS.

En un primer momento se realizó una lista de todos los profesionales que cumplieran los criterios mencionados, obteniendo un total de 41 personas de distintas disciplinas (20 medicina general, 4 residencia interdisciplinaria de educación y promoción para la salud, 7 veterinaria en salud pública, 3 trabajo social, 2 nutrición). Para el armado de la misma se contó con la colaboración de actuales residentes, aludiendo a las redes informales de comunicación por las que se continuaron los vínculos con sus ex-compañeros/as. También participaron informantes claves para buscar información de las camadas más antiguas. Además se recurrió a registros históricos del equipo comunitario.

Una vez obtenidos los datos de los y las profesionales, se envió por mail la encuesta través de Google Form a 33 de ellos y ellas ya que no se contó con 8 mails de las personas enlistadas. A quienes no contestaron se les envió un recordatorio a través de mensajes de texto. Finalmente se recibieron 14 respuestas anónimas.

Diseño de la encuesta

Se definieron herramientas de PPEpS enumerando aquellos recursos, habilidades, prácticas, y estrategias que se consideran necesarias por parte de este equipo para trabajar en PPEpS en el PNA. Se podrían considerar estas herramientas como tecnologías de relevancia para el maletín del y la profesional de la salud del PNA.

Estas son:

Organización de la tarea a través de dispositivos

Comunicación:

- Lenguaje interdisciplinar
- Capacidad de coordinación grupal.
- Estrategias comunicacionales en educación para la salud

Actividades territoriales e intersectorialidad:

- Identificación de referentes y actores sociales.
- Capacidad de articular con referentes barriales y actores sociales
- Reconocer el entramado político-social local para contemplarlo en las intervenciones en territorio.
- Mapeos territoriales

Organización de la tarea:

- Planificación
- Evaluación
- Trabajo en equipo/interdisciplinario

Procesamiento de datos

Las respuestas se cargaron en una matriz utilizando el programa hoja de cálculo de Google. Esto permitió analizar la información y hallar regularidades para arribar a conclusiones.

Para el análisis cuantitativo de las respuestas a las preguntas abiertas se crearon variables cualitativas a partir de la información que surgió de las respuestas. Para su operacionalización se utilizó una escala ordinal, con la finalidad analizar los conceptos expresados en las respuestas. Esto permite clasificar además de ordenar, es decir, establecer una secuencia lógica que mide la intensidad del atributo.

Desarrollo

Sistematización del Equipo Comunitario

Historización

El centro de salud desde sus inicios tuvo un arraigo territorial marcado por su historia al ser creado, al igual que la escuela contigua, en función de la relocalización de las personas que vivían en el Albergue Warnes creando el Barrio Ramón Carrillo en 1991.

El Equipo Comunitario se creó hacia el año 2003, a partir de las inquietudes de personal de planta y las residencias de Medicina General y Trabajo Social de trabajar por fuera del CeSAC.

Objetivos del Equipo Comunitario

Objetivo general:

- Facilitar la accesibilidad al sistema de salud y al acceso a derechos.
- Formar profesionales de la salud del primer nivel de atención en prevención de enfermedades, promoción y prevención para la salud integral.

Objetivos específicos:

Hacia la comunidad:

- Favorecer y acompañar los procesos organizativos a nivel local.
- Realizar acciones de educación y promoción de la salud y prevención de enfermedades con un enfoque de salud integral.

Como escenario formativo:

- Adquirir una perspectiva territorial y de contexto para el trabajo en salud integral
- Obtener herramientas de prevención, promoción y educación para la salud integral
- Desarrollar habilidades para el trabajo en equipo y la interdisciplina.
- Adquirir una perspectiva intersectorial de la articulación con la comunidad, sus instituciones y referentes
- Realizar capacitaciones desde un marco teórico de salud integral, perspectiva de derechos, de género, de clase e interculturalidad.
- Fomentar el trabajo en áreas temáticas específicas: salud sexual integral, comunicación para la salud, promoción de las lecturas, alimentación saludable, salud ambiental.

El Equipo Comunitario (EC) se compone de residentes de distintas disciplinas:

Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), Medicina General y Familiar (MGyF), Trabajo Social (TS), Enfermería General y Comunitaria (REGIC) y rotantes de Salud Mental (RSM), Terapia Ocupacional (RTO), Veterinaria y Salud Pública (RVSP), Nutrición (RN) y Pediatría (RP) y trabajadoras de planta.

Organización de la tarea

El Equipo Comunitario funciona con una frecuencia semanal de una jornada laboral (9 hs.), durante todo el año, los días jueves. La jornada de trabajo se puede dividir en tres momentos: 1. pase de inicio con realización de cronograma de actividades y distribución de tareas, 2. realización de las tareas y 3. pase de cierre con puesta en común y creación del cronograma de la próxima jornada.

La planificación, realización y sostén de las actividades y dispositivos no se atienen a este esquema de manera estática, sino que se adaptan a la dinámica de la vida institucional y el contexto social, económico y político en el cual estamos insertos.

La planificación de las distintas actividades es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario que se compone en función de la temática a abordar, y generalmente se elaboran con al menos una semana de anticipación. Como insumos para la planificación se utilizan registros de actividades anteriores y aportes bibliográficos de las distintas disciplinas. Para la realización de las actividades se prioriza que participen quienes la planificaron y se intenta mantener una conformación interdisciplinar. En todas las actividades se realizan registros de las mismas, y ese insumo sirve para evaluar las actividades y permite que surjan nuevas ideas.

La “distribución de tareas” responde a diferentes criterios. En lo que respecta a los objetivos de formación, se prioriza que haya profesionales de diferentes disciplinas en cada actividad y que algún integrante conozca la tarea y pueda compartir a los nuevos compañeros y compañeras los acuerdos establecidos previamente y los modos de llevarla adelante. Al mismo tiempo la organización del Equipo Comunitario se da en base a la división territorial del área de influencia del CeSAC, generando la conformación de dos subequipos. Este criterio busca generar un vínculo sostenido con referentes e instituciones barriales que favorezcan la articulación con el sector salud.

Estos dos subequipos se conforman según la disposición de los barrios del área de referencia del Centro de Salud, los cuales son:

- Subequipo Los Pinos, La Veredita y Carrillo: Incluye además de los barrios mencionados a La Paloma (Barrio Riestra), Barrio 26 de Junio (Gallardito) y Carrillo II (Lateral Lacarra).
- Subequipo La Esperanza: Abarca a los barrios de Los Piletones, Villa Fátima Y La Esperanza.

Las actividades y dispositivos que se llevan adelante en el equipo son varios y se desarrollan en el próximo apartado. Para esquematizarlas se dividen en actividades permanentes y ocasionales. Permanentes: columna en radio comunitaria, charlas en sala de espera, postas de salud, consultorías en salud sexual en escuela primaria y media, carteleras barriales, grupo de adolescentes, rincón de lectura, talleres sobre consumo problemático de sustancias en escuela media y bachilleratos populares, red de preservativos, acompañamientos familiares, jornada del día del niño. Ocasionales: CEPAD comunitario, talleres en espacios de educación popular, acompañamientos familiares.

Por otro lado, se planifican diferentes actividades de PPyEpS a partir de la demanda de distintos sectores, referentes barriales y organizaciones sociales. El Equipo participa de redes intersectoriales que abordan distintas problemáticas del barrio, fomentando la participación comunitaria y generando espacios de organización, como la red intersectorial Soldati, mesa intersectorial de abordaje de consumo y mesa intersectorial de salud ambiental.

Temas y ejes que se abordan en los distintos dispositivos: salud sexual integral, tuberculosis, derechos, problemáticas estacionales y enfermedades prevalentes, género, alimentación saludable, salud ambiental, consumo problemático de sustancias, tenencia responsable de animales, etc.

Se entiende que los mecanismos propios de organización interna del equipo, propician la adquisición de habilidades para el trabajo en equipo y la interdisciplina, lo cual nutre sus perspectivas y estimula su creatividad. Pensar el ejercicio de la interdisciplina como diálogo favorece la construcción de autonomía, posibilitando la mirada crítica sobre el Modelo Médico Hegemónico² y su desconexión con los problemas reales de la población vinculados al Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado.

² “Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.” (Menéndez E. L. 1988)

En este punto se relaciona con la posibilidad de incorporar una perspectiva de interculturalidad crítica en salud, que no sólo reconoce o incluye las particularidades del “otro” sino que busca develar las relaciones de poder que se ponen en juego en el encuentro³.

En muchas ocasiones, la participación en este equipo, resulta un primer acercamiento al trabajo intersectorial, posibilitando que los y las profesionales sean parte de la trama que permite fortalecer procesos de organización local.

Dispositivos y actividades

Se entiende al dispositivo como:

“un artificio técnico que combina diversos elementos con una intencionalidad específica: provocar, mediante la intervención, cambios en los procesos de salud – enfermedad – atención tendientes a la mejora de la calidad de vida de individuos o grupos, que en última instancia remiten a una intencionalidad política. Ello se realiza mediante una metodología flexible, con capacidad de redefinirse durante su implementación en función del análisis situacional de los escenarios de intervención” (RIEpS, 2008).

Se describen a continuación los dispositivos y actividades que se realizan en el EC.

Participación en radios comunitarias

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública”.

“Una de las características de la radio es la de poder entrar “a lugares inimaginables” (casas, talleres de costura, obras en construcción, negocios, etc.), es decir, brinda la posibilidad de poder compartir saberes que traspasan los muros del CeSAC, llegando a personas que tal vez nunca tuvieron contacto con el mismo. Como contrapartida, no se sabe en forma certera a cuántas personas llega, a quiénes y cómo se recibe la información” (Sintonizando Saberes, EC, 2012)

Columna radial

³ “La perspectiva de interculturalidad, en su acepción crítica, promueve la problematización de las relaciones de poder que se esgrimen entre las culturas a través del reconocimiento de un modelo occidental, blanco, masculino y heterosexual que se impone como criterio de normalidad y humanidad por sobre quienes son definidos como “otros”. En salud, este modelo halla su correlato en un modelo de atención de iguales características que hegemoniza el entendimiento, la identificación y cualificación de un problema de salud, así como de formas posibles de acción, sancionando y subalternizando otros saberes, prácticas y conocimientos, y generando, por tanto, condiciones de inequidad.” (Dakessian, Grigaitis, González, Goyos, Pierri, Repetto, 2015: p8).

Se realiza una participación quincenal alternada en Radio Sin Fronteras y en Radio FM Soldati. La primera perteneciente a la organización 6 de Agosto, de la comunidad boliviana, tiene un alcance de unos 30 Km a la redonda. La segunda pertenece a la organización social El Hormiguero. La duración de las columnas es de aproximadamente 20 a 30 min se interactúa tanto con la conductora como con los oyentes que se comunican a la radio. En ocasiones se realizan entrevistas entre miembros del equipo o coordinada con la conductora del programa y radioteatro.

Participación con spots en otras radios

En el área de referencia del CeSAC existen otras radios en locales de organizaciones social y en el Centro Educativo Carrillo. Se producen spots radiales sobre distintas temáticas para poder distribuirlos y emitirlos en las radios del área y de esta manera llegar a otros oyentes que no escuchan las radios antes mencionadas.

Charlas en Sala de Espera semanales

Uno de los objetivos de este dispositivo es “transformar el lugar y tiempo de la espera en una instancia activa de aprendizaje e intercambio para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la EpS, desde una perspectiva de salud integral y derechos” (Manual de dispositivos de EpS, RIEPS, 2013)

Para este dispositivo se planifica un tema y dinámica por mes y se repite semanalmente. Generalmente la elección de las temáticas se hace de acuerdo a las enfermedades prevalentes de la estación del año, efemérides de calendario y que surgen de la coyuntura social y problemáticas emergentes en el barrio. Se busca proponer dinámicas participativas y se concluye con la entrega de material didáctico sobre la temática.

Espacios educativos

Consultorías

Se realizan en la EMEM N°2 y en la escuela primaria N°19, ambas del D.E. 19, resultando diferentes en su implementación y organización.

En la *escuela media*, las consultorías de Salud Sexual Integral, se desarrollan en los recreos, alternando semanalmente entre los turnos tarde y mañana. Se utilizan materiales de “Experiencias para armar”, buscando a través de la recreación y el juego, preguntas disparadoras, que den apertura al desarrollo de distintas temáticas.

Se abordan cuestiones como métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión genital, sexualidad, géneros y derechos. A su vez, desde la escuela, se habilitaba el espacio y

la disponibilidad, para profundizar con algún o alguna adolescente, cuestiones puntuales que quisieran continuar dialogando o por consultas que quisieran hacer aparte.

También se realizan talleres sobre el Consumo problemático, desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños.

En la *escuela primaria*, se llevó adelante una modalidad cercana al taller, también se alternaba por semana el turno mañana y tarde. Se planificaron talleres para los últimos años de la primaria (6 y 7 grado), utilizando como soporte los materiales de “experiencias para armar”.

Talleres de salud integral

Bachillerato Popular Los Piletones: se realizaron encuentros previos para planificar los talleres y para ver los temas de interés; para ello se colocó una urna en el Bachillerato, donde las y los estudiantes ponían las dudas o temas a abordar en el taller.

Se organizaron encuentros de métodos anticonceptivos y se está planificando actualmente un taller en consumo problemático de sustancias.

Programa alfabetización, educación básica y trabajo (PAEByT) Barrio La Esperanza: durante los años 2014 y 2015 se realizaron charlas y talleres de salud integral en el espacio educativo con una frecuencia semanal, participaban de dicho espacio mujeres adultas y concurrían mismo diariamente. Durante el 2016 se cerró el PAEByT por falta de personas matriculadas.

Intercambios en otros espacios educativos frente a emergentes o a la solicitud de estos espacios: Centro educativo Carrillo, plan FINES, PAEByT Villa Fátima.

Promoción de las lecturas

Rincón de lectura

Es un espacio en donde se realizan acciones dirigidas a acercar a las personas a la lectura como práctica cotidiana y fuente de placer, teniendo en cuenta los múltiples efectos que ésta genera tanto en las dimensiones subjetiva, cognitiva, vincular como social.

Este dispositivo en particular está destinado a niños y niñas de entre 5 y 13 años del barrio La Esperanza y sus cuidadores o cuidadoras. Los objetivos generales del espacio son: favorecer el acceso de los habitantes del barrio La Esperanza al CeSAC 24, contribuir al desarrollo saludable de niños y niñas del barrio y aportar a la democratización de la lectura.

Postas de Salud

La posta de salud es un dispositivo en sí mismo que “consiste en definir un lugar,

limitado y visible (...) que permita generar un espacio donde se lleven a cabo actividades específicas, tanto asistenciales como de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud”⁴

Postas de salud trimestrales.

Estas postas son dispositivos llevados a cabo en distintos ámbitos del área de referencia del centro de salud. Los primeros antecedentes de la experiencia son del año 2006 en el asentamiento La Fábrica⁵, pero se empezaron a hacer de manera sistemática desde 2012, con una frecuencia trimestral. Se llevan a cabo en los barrios que presentan las condiciones socioambientales y de vivienda de mayor vulnerabilidad como lo son el Barrio La Esperanza incluyendo también población del Barrio Los Piletos y por otro lado en el área del barrio Los Pinos abarcando población de La Veredita, Barrio La Paloma y 26 de Junio.

Estas postas incluyen distintos puestos por donde las personas por grupo familiar/conviviente van recorriendo. Incluyen: inicio (incluye pesquisa de situaciones como embarazo sin control, sintomáticos respiratorios, acceso a DNI y a planes sociales), tensión arterial, agudeza visual, peso y talla, asesoramiento en salud sexual, asesoramiento sobre alimentación saludable, inmunizaciones, cierre con planteo de seguimiento, derivaciones y entrega de recursos de acceso a los servicios del CeSAC.

Luego los distintos subequipos territoriales realizan el seguimiento longitudinal de las personas o familias con distintas problemáticas detectadas.

Postas de vacunación

Según requerimientos de instituciones o demandas de referentes se hacen postas de inmunizaciones específicas, por ejemplo en Escuelas. No tienen una periodicidad fija.

Postas de veterinaria

Las postas de atención a animales de compañía se realizan según la demanda de referentes o ante situaciones problemáticas y suelen llevarse a cabo en comedores o instituciones barriales. No tienen una periodicidad fija.

CePAD Comunitario

Es una actividad que se organiza y se realiza conjuntamente con el equipo de salud del Cepad 24 y los/as bioquímicos/as del Hospital Piñero. Consiste en la realización del test

4 RIEPS, Guía dispositivos, pág 33

5 Este asentamiento ya no existe producto de un incendio en el año 2009

rápido de VIH, en alguna institución/organización barrial, ofreciéndose también el test de VDRL Y Hepatitis B.

El objetivo de esta actividad, es que la mayor parte de la población del área de referencia del centro de salud, acceda al testeo y a la información sobre el VIH y las distintas infecciones de transmisión genital. Se realizan entrevistas pre y post test, y se utiliza el test rápido, estando el resultado en 15 minutos, al mismo tiempo se realiza la extracción de sangre para aquellas personas que se hagan el análisis de Sífilis y Hepatitis B.

Red de preservativos

La red de distribución está formada por múltiples bocas/dispensers donde se ofrecen preservativos de forma gratuita ubicadas colocados en comercios u organizaciones de los barrios La Esperanza, Los Pinos y Carrillo. La reposición se realiza bisemanalmente.

Carteleras barriales

Se encuentran situadas en puntos estratégicos, teniendo en cuenta la organización en subequipos por barrios. Una de ellas, está en un kiosco en el barrio Los Pinos y la otra, en la pared externa de la Capilla de La Esperanza.

El contenido de las carteleras se basa en cuestiones de promoción de los espacios del centro de salud y el equipo comunitario, y prevención de las situaciones de salud emergentes. Se renuevan teniendo en consideración las temáticas y el mantenimiento de la misma. Además contiene un espacio libre para la utilización por los y las vecinas.

Grupo recreativo de Adolescentes

El espacio es sostenido por los/as profesores/as de “Barrios en Juego” (BEJ), realizándose actividades recreativas y deportivas de 10 a 11:30 hs. En dicho horario es que se suma parte del equipo, garantizando 2 personas fijas, una de cada subequipo.

La organización de las actividades es llevada a cabo por BEJ, sumándose el EC a lo planificado. En algunos encuentros, se llevan propuestas que integren lo recreativo desde una perspectiva de salud.

Acompañamientos familiares

Frente al surgimiento, ya sea durante la realización de actividades del Equipo Comunitario y en la atención cotidiana de los trabajadores y trabajadoras del CeSAC, de problemáticas que según criterio del equipo de salud requieren un seguimiento territorial longitudinal el EC toma esta tarea para acompañar la resolución de los mismos.

Jornada del Día de la niñez

Anualmente se participa en la organización de una jornada en festejo del día de la niñez con distintas organizaciones y referentes barriales con el eje del derecho a la niñez. Se planifica en varios encuentros durante los 2 meses previos a la fecha gestionando recursos y planificando diferentes actividades, juegos, exposiciones artísticas para realizar una jornada de juego para los niños y niñas del barrio.

Mesas intersectoriales

Las mesas intersectoriales son espacios que se mantiene con cierta regularidad en dónde confluyen distintos actores e instituciones barriales en torno a una temática en particular. Existen los siguientes espacios:

- Mesa intersectorial de Salud Ambiental
- Red soldati
- Mesa intersectorial de consumo problemático/adicciones

Resultados y análisis de encuestas:

Definición de salud y tareas de profesionales del PNA:

A la hora de expresar una definición de salud, cuatro personas aludieron a conceptos en línea con la definición de salud propuesta en el presente trabajo. A su vez cuatro personas elaboraron un concepto que se acerca poco a la misma, y cinco restantes en término medio.

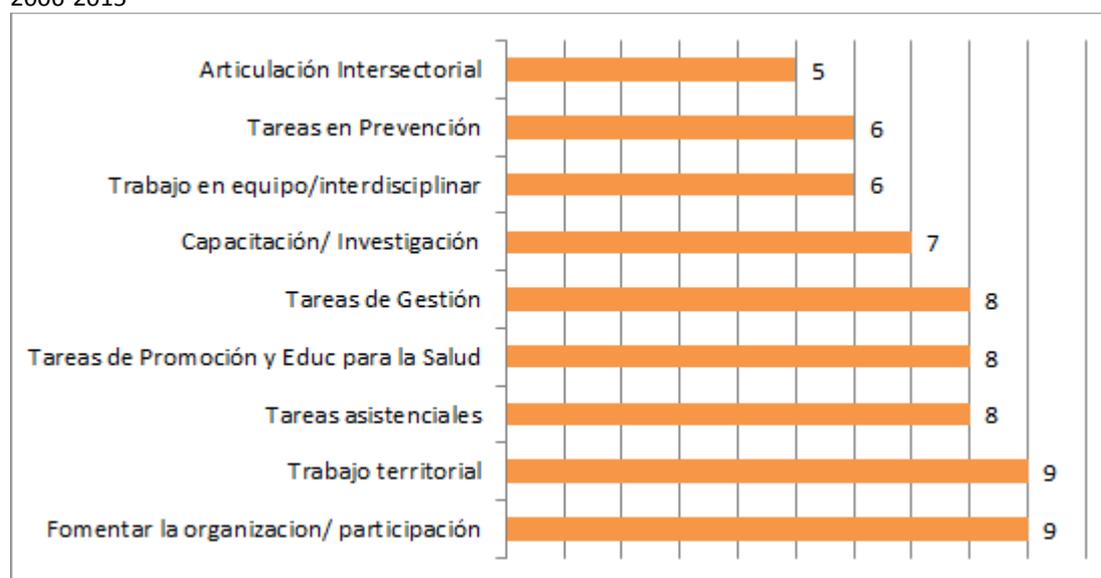
Las personas que más se acercaron lo hicieron por incluir elementos a la definición de salud como noción de proceso, participación comunitaria, perspectiva colectiva y de derechos. Aquellos que sólo incluyeron los esferas propuestas por la OMS fueron los que más se alejaron de la definición.

Por otro lado, al momento de enumerar las tareas que deben desarrollarse para abonar a la definición de salud expresada, la mayoría (9) mencionaron una moderada cantidad de tareas, y si se mira sólo aquellos que habían dado una definición de salud más integral (4) sólo la mitad respondieron muchas tareas para aportar a esa definición. Sólo una persona no mencionó ninguna de las tareas que se propusieron para construir la concepción de salud.

Resulta relevante destacar que las tareas más mencionadas fueron las vinculadas a fomentar la organización o participación y el trabajo territorial (9 menciones cada una), luego en orden de frecuencia, con igual número de menciones (8) se respondieron tareas

asistenciales, promoción y educación para la salud y tareas de gestión. A pesar de que en la formación de grado de las distintas disciplinas del campo de la salud, por lo general, no se trabaja desde una perspectiva integral de la salud, estas respuestas reflejan cierta integralidad a la hora de pensar las tareas a realizar por los y las profesionales del PNA.

Gráfico 1: Tareas que deben asumir los/as profesionales del PNA para aportar a la construcción de salud según su definición. Profesionales de la salud con residencia finalizada que pasaron por el EC durante su formación. 2006-2015



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Caracterización del Equipo Comunitario

Prácticamente todas las personas (13) llevaron a cabo los dispositivos del EC que fueron descritas en la sistematización, mostrando la estabilidad de los mismos en el tiempo. La persona que menos dispositivos practicó (7 de 15), fue la que tuvo su paso por el EC en el inicio del mismo(2006 al 2011), esto podría deberse al poco desarrollo inicial del equipo.

Es de destacar, que incluso con la variabilidad de los años en los que participaron, 4 dispositivos fueron mencionados por el total de la población encuestada. Estos fueron: radio, sala de espera, postas de salud y ateneos de formación. Todos estos dispositivos son transversales (no son tomados por ningún subequipo territorial) y permanentes con una regularidad fija.

Trece personas mencionaron haber participado de reuniones intersectoriales, sin embargo, la articulación intersectorial fue la tarea menos mencionada de las que deben cumplir los profesionales para responder a la definición de salud.

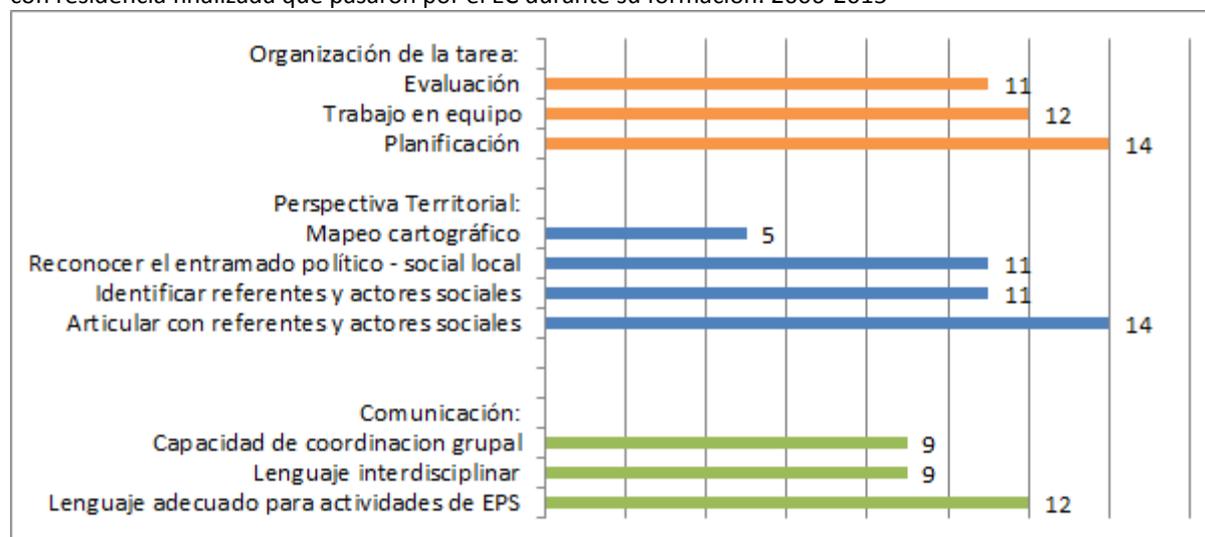
Los espacios de organización de la tarea que más se mencionaron fueron reuniones de equipo (14), registro de actividades (14), planificación interdisciplinaria (14) y evaluación de las actividades (13). Es de destacar que todas estas formas de organización de la tarea, son hacia “adentro del equipo”. En cambio, le siguen en orden de menciones las actividades “hacia afuera” del equipo: trabajo intersectorial (11), trabajo con referentes comunitarios (9) y planificación con referentes comunitarios (6).

Herramientas

Todas las personas encuestadas respondieron que en el EC adquirieron herramientas de PPEpS. Sin embargo, identificaron pocas herramientas de forma espontánea. De las identificadas inicialmente, las más mencionadas fueron en relación a la organización de la tarea: planificación, evaluación y trabajo en equipo o interdisciplinario.

Luego, al seleccionarlas de una lista de opción múltiple pudieron identificar la mayoría de las herramientas señaladas, tanto respecto a organización de la tarea, como a perspectiva territorial y comunicación. La excepción fue la herramienta de mapeo territorial que sólo la seleccionaron como adquirida 5 personas. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Herramientas en PPEpS identificadas en respuesta de opción múltiple, por profesionales de la salud con residencia finalizada que pasaron por el EC durante su formación. 2006-2015



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Inserción laboral actual

Ante la pregunta sobre las tareas que las personas encuestadas realizan actualmente, la respuesta más frecuente fue tareas asistenciales (12). Luego, las tareas más identificadas fueron las de prevención (9), trabajo territorial (9), promoción y educación para

la salud (8). Llama la atención que en la pregunta inicial sobre tareas que deben asumir los y las profesionales del PNA muchos señalaron las tareas de gestión como una parte importante de las mismas y luego fue la menos seleccionada como tareas realizadas actualmente por los profesionales que respondieron la encuesta.

Finalmente, todas las personas encuestadas consideraron que en sus trabajos actuales aplican alguna de las herramientas de PPEpS adquiridas en el EC, excepto una persona que refirió que la función en su trabajo actual es de médica asistencial. Seguramente tener percepción de utilizar las herramientas cuando la función es meramente asistencial es más complejo que si se llevan a cabo dispositivos similares a los que se realizan en el EC como talleres o charlas.

Discusión

La conformación actual del EC tal como se describió en la sistematización tiene una estructura y modo de organización que es permanente en el tiempo, esto genera que pueda ser considerado como un dispositivo de formación continua. Esta continuidad la dan principalmente los dispositivos y las actividades mismas, y en mucha menor medida las personas que participan en el EC ya que lo hacen por un período de tiempo limitado (en algunos casos menor a un año). La transmisión de un modo de organización de la tarea y el marco teórico del EC aportan en este sentido.

La tarea misma es la ordenadora del trabajo en el EC, y la metodología para llevarla adelante (organización de la tarea) es la columna vertebral de todos los dispositivos y actividades. No es casual que las herramientas que fueron identificadas espontáneamente en la encuesta fueron las vinculadas a este aspecto.

El eje del EC como escenario formativo no es el contenido o la temática específica trabajada en cada dispositivo, sino las herramientas metodológicas que requieren la realización de ese dispositivo. Esto contribuye con la incertidumbre que genera que los contenidos disciplinares, en cuanto a lo teórico, pasen a un segundo plano.

Sin embargo, es claro que cada disciplina aporta contenido específico a la hora de llevar a cabo los diversos dispositivos. En cambio, los dispositivos no son propiedad de ninguna de las disciplinas participantes sino que son propiedad de un equipo que trabaja en PPEpS en el PNA.

Como se ve reflejado en la sistematización, las actividades son motorizadas y

desarrolladas por el equipo de salud. La articulación con instituciones y organizaciones barriales suele verse limitada al uso de ciertos recursos (espacios físicos, tiempo radial) y en la mayoría de las ocasiones no se realiza planificación conjunta. En las encuestas también se ve expresada esta realidad. En esta misma línea, al preguntar por las tareas que aportan a la definición de salud la articulación intersectorial fue lo menos mencionado. Sin embargo, al identificar herramientas adquiridas todas las respuestas contuvieron las relacionadas a la intersectorialidad y a la participación comunitaria. Se podría pensar que esto tiene que ver con el marco teórico del equipo comunitario y con la voluntad constante de articulación intersectorial, aunque en la práctica la profundidad de esa articulación no sea la deseada por el equipo. Muchas veces se cuestiona por qué los vecinos y vecinas no participan. Como dice Giorgi en "La participación comunitaria en salud ¿mito o realidad?", no debemos olvidar que la comunidad tiene derecho a no participar, si no comparte nuestra propuesta, si no visualiza su sentido, si no se siente suficientemente escuchada y respetada. Ante el fracaso de una propuesta participativa el primer paso debe ser la autocrítica, el análisis de nuestras actitudes y nuestras contradicciones pensando que la ausencia de los vecinos puede no deberse a su ignorancia sino a su sabiduría.

La dificultad en la identificación de las herramientas de PPEpS adquiridas podría deberse a múltiples factores. En primer lugar, como se comentaba anteriormente las herramientas en PPEpS no están contenidas en los programas de formación de grado, ni están desarrolladas en los programas de las residencias de profesionales de la salud. Esto plantea una dificultad a la hora de transitar un proceso de *aprendizaje significativo*⁶ para lo que sería fundamental conocer los objetivos de aprendizaje al momento de insertarse al EC, tal como se plantea en el concepto de *metacognición* que "alude, entre otras cosas, al control activo y a la consecuente regulación y orquestación de estos procesos en relación con los objetos de conocimiento a los que se refieren, normalmente al servicio de alguna meta concreta u objetivo" (Flavell, 1976⁷).

No sólo no se cuenta con objetivos claros sino que incluso se desconoce la tarea a realizar. Consecuentemente no hay evaluaciones del proceso de aprendizaje por parte de las residencias o del propio EC. Finalmente, el saber en el campo de la PPEpS no siempre es ponderado en comparación con otros saberes más vinculados a lo preventivo-asistencial

6 Ausubel, D. (2000)

7 Flavell, 1976. Citado en: Aprendiendo a aprender: resolver problemas entre iguales. Lacasa, Pilar, Herrenz Ybarra, Pilar. Madrid, España, 1995.

dentro del campo de la salud y habitualmente se presume que esta falencia se salda sólo con el transcurrir por el PNA, y que con ello se garantizará la formación en PPEpS.

El trabajo durante los años de formación en las residencias permite el despliegue de diversas tareas que hacen al trabajo en el PNA, esto suele modificarse en la inserción laboral posterior como fue expresado en las respuestas de la encuesta. A pesar de ello es posible que en las tareas asistenciales se invisibilizan tareas de PPEpS. Y aún así, se podría inferir que el paso por el EC permite la adquisición de una noción de contexto social de las personas de la población a cargo. Esto sumado a las capacitaciones permanentes desde un marco teórico de salud integral, perspectiva de derechos, de género, de clase e interculturalidad, modifican la práctica asistencial.

Propuestas

- Fomentar la lectura de la sistematización del EC para la inserción de residentes y rotantes en el EC añadiendo objetivos al pasaje por el mismo que incorporen la adquisición de las herramientas de PPEpS planteadas en este trabajo.
- Incorporar la mirada de los distintos campos disciplinares en la elaboración de los objetivos de formación en el EC, tanto en objetivos comunes como en objetivos específicos por residencia o campo disciplinar.
- Elaborar un instrumento que permita evaluar la adquisición de herramientas y del paso por los distintos dispositivos durante y al finalizar el proceso de formación en el EC.
- Problematizar la falta de participación comunitaria en las actividades del EC desde una perspectiva crítica.
- Utilizar esta investigación como aporte para elaborar las competencias en PPEpS que se deben adquirir durante la formación de los profesionales de salud del PNA en general y de médicos generalistas en particular.

Palabras finales

La coaptación de nuestras disciplinas por el modelo médico hegemónico genera dificultades a la hora de construir una perspectiva de salud integral. Resulta imprescindible fomentar una visión crítica que permita poner en cuestión este paradigma aprendido. Para poder desarrollar esta perspectiva, consideramos fundamental la construcción de dispositivos comunitarios que aporten a la formación de las y los profesionales de la salud en PPEpS.

Bibliografía

- [AGUILAR IDAÑEZ](#), María José. La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad? Evaluación de experiencia en atención primaria. Ed. Diaz de santos. Castilla, España, 2014.
- AUSUBEL, David. Adquisición y retención del conocimiento, una perspectiva cognitiva. Dordrecht, Holanda, 2000.
- Argentina. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999). “Ley No. 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”. En: Boletín Oficial N° 703. Buenos Aires:s.n.
- BERDEGUÉ Julio A., Ocampo Ada y Escobar Germán. Aprendiendo para dar el siguiente paso. Sistematización de experiencias locales para la reducción de la pobreza rural. 2000.
- BURSZTYN, Ivani y col. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. Rev. salud pública. 12 (1): 77-88, 2010
- CZERESNIA, Dina. “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. En: Promoción de la Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2003
- FERRARA, Floreal. Entorno al concepto de Salud. Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero diciembre, 1975).
- GUTIERREZ GARCÍA, José Joaquín y col. Formación en promoción y educación para la salud, Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. España 2003
- LACASA, Pilar, Herrenz Ybarra, Pilar. Aprendiendo a aprender: resolver problemas entre iguales. Madrid, España, 1995.
- RIEpS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. “Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica”. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2013
- RIVERO, D.A.T. Alma-ata 25 años después. Revista Perspectivas de Salud, Washington, v. 8, n. 2, 2003. Disponible em: . Acesso em: 20 jul. 2012.
- ROVERE, Mario. Atención Primaria de la Salud en Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012

- TESTA, Mario. Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud. En: Pensar en Salud, Lugar Editorial. Buenos Aires, 1996.

ANEXOS

Encuesta

Presentación: Hola. (...) El objetivo de nuestro trabajo es relevar percepciones de los profesionales de salud del PNA sobre las herramientas adquiridas para el trabajo de promoción y prevención en el equipo comunitario.

1. ¿Cómo definirías Salud?
2. ¿Cuáles crees que son las tareas que deben asumir los profesionales del PNA para aportar a la construcción de esa concepción de Salud?
3. ¿Durante qué período participaste del Equipo Comunitario del CeSAC 24? (en años)
4. Durante ese período ¿Cuáles de las siguientes actividades se realizaban?
 - a. Radio
 - b. Rincón de lectura
 - c. Consultorías en SSyR
 - d. Sala de espera
 - e. Mapeos de territorio
 - f. Talleres en comedores/ escuelas
 - g. Charlas en comedores/ escuelas
 - h. Grupo de pares (mujeres, adolescentes)
 - i. Postas de salud
 - j. Controles de foco
 - k. Seguimientos familiares
 - l. Reuniones intersectoriales (basura, consumo)
 - m. Red de distribución de preservativos
 - n. Relevamientos poblacionales
 - o. Ateneos de formación/capacitaciones
 - p. Otros. Caracterizar
5. Durante tu paso por el equipo ¿Cuáles de los siguientes espacios de organización de la tarea se realizaban cotidianamente?
 - a) Reuniones de equipo
 - b) Registro de las actividades

- c) Planificación previa de las actividades en equipo interdisciplinario
- d) Planificación previa de las actividades con referentes comunitarios
- e) Evaluación de las actividades
- f) Trabajo intersectorial
- g) Trabajo conjunto con referentes comunitarios
- h) Otros..... Caracterizar.

6. ¿Considerás que en el Equipo Comunitario adquiriste herramientas de promoción y prevención de la salud? *Entendemos como herramienta las habilidades adquiridas para trabajar PyP, más allá de las actividades en concreto.*

- a) *SI*
- b) *NO*

6 b) ¿Cuál/es?

6 c.) De las siguientes herramientas ¿Cuáles identificas que adquiriste o reforzaste durante tu paso por el Equipo Comunitario?

- a) Planificación
- b) Evaluación
- c) Identificar referentes y actores sociales
- d) Articular con referentes y actores sociales
- e) Reconocer el entramado político - social local y tenerlo en cuenta en las intervenciones en el territorio
- f) Lograr un lenguaje interdisciplinar
- g) Capacidad de coordinación grupal
- h) Mapeo cartográfico
- i) Lenguaje adecuado al contexto para actividades de educación para la salud

7) Describí las funciones de tu puesto de trabajo actual y las tareas que realizás: (Si tenés más de un trabajo, en las siguientes preguntas elegir el que tenga mayor carga horaria semanal).

8) ¿Considerás que en tu trabajo actual aplicás alguna de las herramientas en Promoción y Prevención de la salud que adquiriste en el Equipo comunitario?

- c) *SI*
- d) *NO*

8.b) ¿Cuál/es?

Cuadro de variables y operacionalización:

| Eje | Pregunta | Indicadores | Variables | Tiene ? | Categoría |
|------------------------------------|---|-------------------------|--|---------|--|
| Concepción de salud | 1) ¿Cómo definirías Salud? | Percepción de Salud | Noción de proceso: 3 puntos | SI / NO | mucho: más de 10 medio: entre 9 y 5 poco: menos de 4 |
| | | | Participación: 2 punto | SI / NO | |
| | | | Perspectiva colectiva: 3 puntos | SI / NO | |
| | | | Esfera física: 1 | SI / NO | |
| | | | Esfera Mental/ Emocional:1 | SI / NO | |
| | | | Esfera Ambiental: 1 | SI / NO | |
| | | | Esfera Político - Social: 1 | SI / NO | |
| | | | Perspectiva de derechos: 2 | SI / NO | |
| | 2) ¿Cuáles crees que son las tareas que deben asumir los profesionales del PNA para aportar a la construcción de esa concepción de Salud? | Tareas laborales | Tareas asistenciales | SI / NO | 1 punto cada variable mucho: 6 o más medio: de 3 a 5 inclusive poco: de 1 a 2 |
| | | | Tareas de Promoción y educ para la Salud | SI / NO | |
| | | | Tareas en Prevención | SI / NO | |
| | | | Articulación Intersectorial | SI / NO | |
| | | | Tareas de Gestión | SI / NO | |
| | | | Capacitación/ Investigación | SI / NO | |
| | | | Fomentar la organizacion/ participación | SI / NO | |
| Trabajo territorial | | | SI / NO | | |
| Trabajo en equipo/interdisciplinar | SI / NO | | | | |
| Herramientas de PPEpS | 6.b) ¿Qué herramientas de promoción y prevención identificas | Herramientas adquiridas | Comunicación | | 2/3 |
| | | | -Estrategias comunicacionales en EPS | SI / NO | |
| | | | -Lenguaje interdisciplinar | SI / NO | |
| | | | -Coordinación de grupo | SI / NO | |
| | | | Perspectiva Territorial | | |

| | | | | | |
|-------------------|---|------------------|---|---------|-----|
| | haber adquirido en el equipo comunitario? | | - Identificación de referentes/actores sociales | SI / NO | 2/4 |
| | | | - Articulación con referentes | SI / NO | |
| | | | - Mapeo cartográfico | SI / NO | |
| | | | - Leer el contexto político local | SI / NO | |
| | | | Organización de la tarea | | |
| | | | -Planificación | SI / NO | 2/3 |
| | | | - Evaluación | SI / NO | |
| | | | -Trabajo en Equipo/interdisciplinario | SI / NO | |
| Inserción laboral | 7. Describí las funciones de tu puesto de trabajo actual y las tareas que realizás: | Tareas laborales | Tareas asistenciales | | |
| | | | Tareas de Promoción y educ para la Salud | | |
| | | | Tareas en Prevención | | |
| | | | Articulación Intersectorial | | |
| | | | Tareas de Gestión | | |
| | | | Capacitación/ Investigación | | |
| | | | Fomentar la organizacion/ participación | | |
| | | | Trabajo territorial | | |
| | | | Trabajo en equipo/interdisciplinar | | |