

RELATO DE EXPERIENCIA

POSTAS DE SALUD CON EL BARRIO

Lugar: zona cobertura del CAPS N°8 “1° de Mayo”

Período: Marzo/Agosto de 2018 modalidad al aire libre

Septiembre/Mayo de 2019 en espacios cerrados.

Categoría temática: Gestión de Servicios de salud.

AUTORAS: GATICA JESICA .Y; GOTARDO MARIA DE LOS ANGELES;

IACOPONI IVANA; MOLINA IRIS I.; OLGUIN ANA DEL VALLE;

TICONA RAMOS ANALIA; VILLAFañE DAIANA A.

CAPS N° 8 1° DE MAYO

Dirección: Barrio 1° de Mayo mzna. S casa 7

San Luis. Dpto. Juan Martin de Pueyrredón.

Código Postal. 5700

NEC. 445200 INT.5011-5042

Serviciodeagentes1mayo@gmail.com

Tipo de estudio: relato de experiencia

Categoría temática: Gestión de Servicios de salud.

Palabras Clave: APS, Promoción de salud, Interdisciplina, Participación comunitaria.

Soporte técnico: Proyector, computadora, Microsoft powerpoint, parlantes.

RESUMEN:

Este relato de experiencia describe el trabajo realizado a través de las postas itinerantes de salud en la zona cobertura del CAPS Nº8 "1º de Mayo". Dicha actividad se llevó a cabo en el periodo de Marzo/Agosto de 2018 con una modalidad al aire libre; y de Septiembre/Mayo de 2019 en espacios cerrados. En un primer momento se realizó un diagnóstico situacional donde se valoraron las necesidades sentidas de la comunidad, y se priorizaron entre otros puntos, los controles de crecimiento y desarrollo de niños y control de adultos con ECNT. Como objetivo general se planteó acercar los servicios del CAPS al territorio fortaleciendo los vínculos con la comunidad.

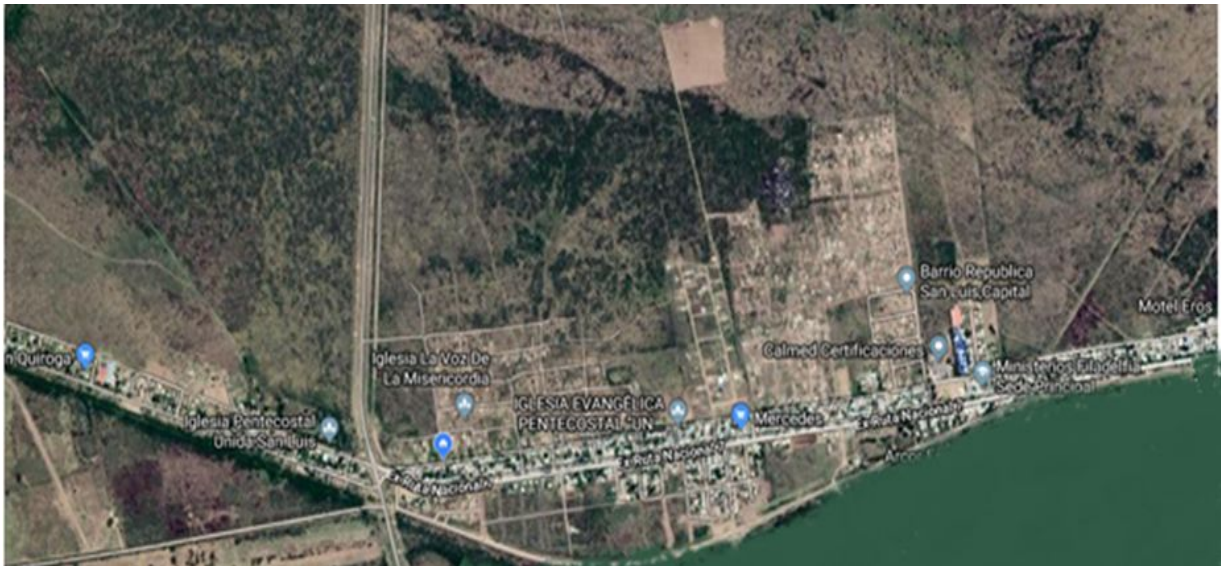
Se realizó un trabajo interdisciplinario con el equipo del CAPS, y los residentes de medicina general que fortalecieron aún más el trabajo, sumando su participación en el segundo periodo; Cabe destacar el papel importante de los referentes de la comunidad, que sin su participación esto no hubiese sido posible.

Para desarrollar el presente trabajo se utilizó marco teórico referido a Salud comunitaria, Atención Primaria de la Salud (APS), Equipos de salud en el primer nivel, trabajo en red, actores sociales, entre otros conceptos. Se realiza descripción y desarrollo de las actividades llevadas a cabo en las postas, análisis FODA y conclusión final.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud N° 8 se encuentra en el extremo Oeste de la Ciudad de San Luis, teniendo como zona de cobertura los Barrios 1º de Mayo, Barrio 9 de Julio, V Centenario, Barrio Republica, Barrio Pescadores y zona rural de alrededores.

Zona de Cobertura CAPS N° 8 1º DE MAYO



Las primeras familias se asentaron en el Barrio 1º de Mayo hace más de 30 años, luego en el Barrio 9 de Julio, V Centenario y en la actualidad en los Barrios La República y Barrio Pescadores. La característica de esta zona es el constante crecimiento poblacional, ya que día a día se siguen asentando familias de alta vulnerabilidad.

En un primer momento al surgir como un asentamiento cada barrio estaba desprotegido de servicios básicos de saneamiento; agua potable, electricidad, transporte público, cloacas o forma segura de eliminación de excretas, seguridad policial, Salud y Educación; por lo que en 1987 se crea el CAPS N° 8 1º de Mayo, la Escuela N° 423 Brigadier Juan Manuel de Rosas y un destacamento policial.

Las familias recién llegadas provenían de provincias limítrofes a San Luis (Mendoza, San Juan y La Rioja) y también de países vecinos como Chile, Bolivia y Perú, motivados por la fuente laboral que significaba la promoción industrial otorgado por el Gobierno Nacional en esa

época con todo lo que eso implicaba, aumento de fuente de trabajo en áreas construcción, empleo doméstico y otros.

Con respecto a las características de la zona, el Barrio 1° de Mayo y B° 9 de Julio ambos cuentan con servicios sanitarios, transporte público, y la estructura de las viviendas son de material. En cuanto al último asentamiento, el Barrio República, el más vulnerable de la zona, tiene una gran cantidad de familias asentadas (más de 500 familias censadas en Formulario 1 de Agentes Sanitarios), cuyas viviendas son de nylon y madera, con piso de tierra, y no cuentan con servicios esenciales. El agua y la electricidad provienen de conexiones clandestinas. Como resultado del censo de viviendas y familias se caracteriza por ser una población joven, con un máximo de nivel educativo alcanzado de primario completo, y mayormente de secundario incompleto, empleo en negro y planes sociales.

Debido a lo mencionado previamente, como servicio de Agentes Sanitarios surge la iniciativa de llevar a cabo tareas, acciones, propuestas de promoción y prevención de la salud para y con la comunidad con el objetivo de empoderar a la misma en acciones de autocuidado.

Dicha propuesta fue consensuada con el equipo de salud, con el que se trabajó de manera interdisciplinaria para brindar una atención integral a las personas en el momento de la implementación de las postas en la zona.

MARCO TEÓRICO

Desarrollo histórico El concepto de salud, como todo concepto, ha adquirido distintos sentidos y significados a lo largo de la historia de la humanidad. No existe una única definición de salud y no puede explicarse ni entenderse sin tener en cuenta el momento histórico y social en el que se considere. Dicho en otras palabras, la salud es una construcción sociocultural, relativa a cada momento histórico, a las diferentes culturas y sociedades. Ahora bien, a pesar de los diferentes sentidos o significados que podemos encontrar sobre la salud, todas las culturas han compartido y comparten. Que la salud es un bien, que debe ser conservado y recuperado y que es una de las necesidades humanas más importantes.¹

ACTUALMENTE SE PUEDE AFIRMAR QUE:

“La salud es una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multi-determinado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales”.²

ALGUNAS DEFINICIONES DE SALUD:

“La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” Sigerist (1941).

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” OMS (1945). “El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”. R. Dubos (1995).

¹ Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa de Equipos Comunitarios. Módulo 1 “Salud social y comunitaria”, unidad 1 “La salud y los determinantes del proceso salud-enfermedad atención. Pobreza y condiciones de vida”: 19 - 52.

² FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El concepto de salud. Evolución histórica. Aceptaciones actuales. Módulo 1, parte 1: 4-8

“La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo del proceso salud enfermedad, se trata de un proceso incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad... La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social.” F. Ferrara.

Atención Primaria de la Salud – APS.

Atención Primaria de la Salud como estrategia organizadora de los sistemas de Salud

Surgimiento de la Atención Primaria de la Salud. La reunión de Alma Ata

En 1977 la OMS, en vista de la situación social, económica y política a nivel mundial, anuncia que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, bajo el conocido eslogan: “Salud para todos en el año 2000”. Para llegar a dicha meta era necesaria una estrategia.

En Alma Ata, capital de la Ex-Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se elaboró en 1978, un documento – declaración - que incluía como lema “Salud para todos en el año 2000” y consideraba a la Atención Primaria de la Salud (APS) como la base para alcanzar un mejor nivel de vida y salud de todas las poblaciones. La reunión fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y contó con la presencia de 134 países - entre ellos Argentina -, 67 organismos internacionales y una cantidad muy importante de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Declaración de Alma Ata Definición de Atención primaria de la Salud (APS)

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de 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 un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan

las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Funciones esencial de la APS

Algunas de las funciones de la APS fueron descritas en la Declaración de Alma Ata pero posteriores estudios y una serie de documentos avanzaron en definir las con mayor claridad. Un modelo conceptual fue el propuesto por la Dra. Barbara Starfield, quien definió cuatro atributos o funciones principales de la APS.

- 1- *Primer contacto*: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible a la población.
- 2- *Continuidad*: Observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia.
- 3- *Coordinación*: Es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.
- 4- *Integralidad*: Organización que pueda ofrecer una oferta extensa e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población.

La propuesta de la APS como estrategia organizadora plantea la necesidad de reorganizar los recursos físicos, materiales y humanos de los sistemas de salud para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de las personas, familias y grupos de manera oportuna,

integral, integrada y continúa. Así queda establecido, clásicamente, tres niveles de atención que implican una forma escalonada de organización y prestación de servicios de salud.³

NIVELES DE ATENCIÓN

1er nivel: es el más cercano a la población, el nivel del primer contacto, la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en especialidades básicas (ej: medicina general y familiar) y modalidades ambulatorias. Los efectores de salud incluyen: CAPS, postas sanitarias, salitas, etc. Se estima que se resuelven el 80% de las necesidades y problemas más frecuentes de salud.

2do nivel: Se caracteriza por acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación. Los efectores de salud incluyen: hospitales generales, zonales, entre otros. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

3er nivel: se refiere a la atención de problemas de salud que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Se caracteriza por acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial. Se reserva para la atención de problemas poco frecuentes. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

LA APS Y EL EQUIPO DE SALUD

La Atención Primaria de la Salud promueve el desarrollo de equipos de salud integrado por diferentes profesiones que trabajen colaborativamente en un territorio geográfico determinado, con una población registrada y realicen el acompañamiento de la población residente en el área territorial que les corresponde. Se pretende el equipo se constituya como eje preventivo y asistencial local en salud y posea capacidad para promover acciones de protección y cuidado, así como realizar la atención con un carácter resolutivo de acuerdo con el nivel de complejidad e integrado a redes de servicios más complejas.

³ Adaptado de: Vignolio, J y cols. "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud" Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14

El punto clave del trabajo de los equipos de salud es la práctica constante de la comunicación e intercambio experiencias y conocimientos entre los integrantes del equipo, con los usuarios y pacientes, así como también con otros trabajadores de salud y ámbitos institucionales y de la sociedad. La composición de los equipos de salud varía en su cantidad y depende de las necesidades y requerimientos de la población del área territorial de responsabilidad.

Las múltiples tareas implican actividades en el Centro de Salud, visitar a hogares, realización de actividades de promoción, prevención y asistencia en escuelas y otras instituciones, sistematizar información para comprender las asociaciones entre determinantes sociales y procesos sociales en el área. El equipo de salud necesita apropiarse del espacio, comprender las relaciones sociales de poder existentes, los límites en los cuales operan y las formas jurídicas, políticas, económicas y culturales de la población. La conexión con el territorio y la continuidad del trabajo en salud involucra especialmente el desarrollo de confianza, los vínculos, sentimientos, la subjetividad de cada uno y las particulares concepciones de tiempo y espacio de la comunidad.

Los equipos de trabajo que se conforman en los Centros de Salud no son todos iguales. Cada CS tiene particularidades en su dotación (infraestructura, equipamiento, recursos humanos) y en su dinámica. Esto significa que cada equipo de salud debe enfrentar particularidades en su conformación que muchas veces no son previsibles de antemano y a su vez deben abordar una realidad compleja y cambiante.

Se piensa que las organizaciones nacen, crecen y se desarrollan en un cierto medio o entorno social de cual dependen en muchas formas y que han intervenido en un modo decisivo en su fundación, crecimiento y desarrollo.

El medio inmediato que rodea el centro de salud es la comunidad de su área programática, se promueve la participación activa de la comunidad en el Centro de Salud, la apropiación de la organización por aquellos que son sus destinatarios y el apoderamiento por parte de la comunidad de las metas de salud propuestas en conjunta con el centro.⁴

⁴ Programa Médicos Comunitarios. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Módulo 8.

Rol del agente sanitario o promotor comunitario en salud de salud en el equipo.⁵

La importancia del Agente Sanitario y el Promotor de Salud es lograr ubicarse como integrante de un equipo para desempeñar una tarea como articulador entre la comunidad y el sistema de salud desarrollando acciones de promoción, prevención y atención de la salud-enfermedad y cuidado. Para esta tarea es importante compartir las actividades de planificación, programación y evaluación y adquirir las herramientas teóricas, metodológicas y de aplicación para ejercer la tarea en el territorio. Esencialmente es un promotor de conocimiento y divulgador de información en la comunidad. Posee un rol estratégico en la Atención Primaria de la Salud como vínculo privilegiado entre la comunidad, los servicios de salud y sociales, realizando actividades de educación para la salud que promueven el conocimiento de las leyes que garantizan el derecho a la salud.

Una de las actividades es recoger y analizar la situación de salud de una población, así como contribuir a definir necesidades y prioridades y proveer información para planificar e implementar el abordaje correspondiente mediante registros de las acciones y de las necesidades de la comunidad donde trabaja.

CAPACIDADES A DESPLEGAR EN SU TRABAJO

- Observación atenta y habilidad para recoger información.
- Promover el cambio de prácticas de protección y cuidado de las personas y el ambiente en la comunidad.
- Generar confianza al comunicar realizándolo de manera pertinente y oportuna ante diferentes personas, situaciones y contextos. Contemplar los sentimientos, propios y de los otros cuando desarrolla su tarea.
- Establecer vínculos cordiales apoyando a las personas, usuarios, pacientes y familias con un trato humanizado.
- No expresar juicios de valor, ni guiarse por percepciones personales ante situaciones que son consideradas como culturalmente aceptadas por la comunidad, tampoco desestimar las creencias de la población.

⁵ Atención Primaria de la Salud, Salud Comunitaria y Programación. MÓDULO 1. UNTREF Virtual

- Sostener el objetivo de intervención, flexibilizando alternativas y negociando el proceso.

SALUD COMUNITARIA

Tal como sucede con el concepto de Salud, no existe una definición única ni universal de Salud Comunitaria (SC). Lo que sí es claro, es que la SC va más allá de la salud de los individuos y se configura como la expresión colectiva de la salud de los mismos⁶, y como la aproximación que se debe hacer a esa realidad para construir colaborativamente las intervenciones necesarias para resolver sus problemas.

Diferentes autores, coinciden en que el término Salud Comunitaria es relativamente nuevo, dando su aparición en varias partes del mundo, en la década de los 60'. Para esta época otros términos como salud pública, medicina Comunitaria, medicina en la comunidad, medicina social, medicina preventiva, ya estaban vigentes. Los mismos eran modos de enunciar corrientes del pensamiento, movimientos sociales y/o modelos de atención en salud los cuales nutrieron y aportaron elementos a la definición de Salud Comunitaria.

El concepto de Salud Comunitaria puede tomarse como una extrapolación y forma de aplicación de la Medicina Social y/o de la Salud Colectiva ya que estas corrientes del pensamiento sanitario asumen a la salud como un proceso, el PSEA, el cual es una construcción sociohistórica, cultural y subjetiva, multi-determinado, que adquiere diferentes connotaciones y significados según los distintos contextos y grupos sociales o comunidades.

Una definición de Salud Comunitaria que se identifica con las corrientes de pensamiento y movimientos en salud mencionados, es la dice: “la noción de salud comunitaria aparece ... poniendo el acento en la participación real y consciente de la comunidad, la planificación local, descentralizada, en la real atención de las necesidades de salud de la población, en los niveles de atención, en la cobertura universal, en la integración de prácticas médico, sanitarias, sociales, ambientales, concepción social de la salud, orientación epidemiológica de las actividades, el predominio de lo general sobre la especialidad, de lo mayoritario sobre lo minoritario” (San Martín, Hernán y Pastor, Vicente, 1984:37).

⁶ Gofin J, Gofin R. “Significado y definiciones de salud comunitaria. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo”. 1st ed. Burlington: ELSEVIER MASSON; 2012. p. 3–23

Las experiencias, conocimientos, historia, que cada grupo social comparte, configuran la cultura y los congregan en comunidades. Ahora bien, para que una comunidad pueda ser considerada la base de la Salud Comunitaria, la misma debe incluir una conciencia y participación activa.⁷

La participación de la comunidad, familias, grupos sociales, para la mejora de la salud debe estar definida, determinada desde la propia comunidad y el equipo de salud - en un movimiento en dirección local->central - y no de la manera clásica “vertical” en que las acciones, intervenciones son definidas desde un nivel central (ej: gobierno o academia). Esta dirección -local->central- invoca el verdadero sentido de la participación comunitaria: reconocer en la comunidad conocimientos valiosos que contribuyan a entender mejor un problema y a encontrar soluciones al mismo. La participación comunitaria se constituye en uno de los pilares fundamentales de la SC.

Las intervenciones en SC deben partir de la participación real y consciente de las comunidades, de la planificación local basada en las reales necesidades de salud de las poblaciones, de la orientación epidemiológica de las actividades y del predominio de lo general sobre lo especializado, es decir, fundamentarse en los problemas cotidianos.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Participación comunitaria como proceso que incorpora todos los valores y costumbres de un pueblo o comunidad y que promueve la formación de ciudadanos y de sujetos activos, solidarios y responsables y con verdadero protagonismo ciudadano, necesario para lograr transformación social.

Qué se entiende por participación comunitaria en Salud Según M. J. Aguilar Idañez generar procesos de participación o promover una cultura de participación contribuye a que los sujetos sociales sean solidarios, activos, comprometidos y responsables, no sólo en la satisfacción de las necesidades comunitarias locales, sino en la asunción de un protagonismo importante como ciudadanos en la vida democrática del país. Implica promover que las

⁷ Correal-Muñoz C, Arango-Restrepo P. “Aspectos bioéticos en la salud comunitaria”. Pers bioét. 2014;18(2):194–212

personas se involucren en todo aquello que les afecta directa o indirectamente, cambiando la actitud pasiva y dependiente, por otra proactiva, interesada y consciente.

La participación comunitaria es fundamental para promover cambios en el modelo de atención, centrados en la persona, la familia y la comunidad. Representa la aceptación de que las personas y las comunidades pueden involucrarse activamente en el proceso salud - enfermedad - atención, desde la detección de necesidades y elaboración de propuestas.

Quiénes son los protagonistas de la participación comunitaria

Los actores sociales intervinientes en el proceso de participación son las personas con responsabilidades políticas, de planificación o de gestión, las que trabajan como profesionales en la práctica, y las personas y grupos de la comunidad. Los integrantes del equipo de salud, son quienes tienen la responsabilidad de reorientar sus acciones facilitando la integración de personas, grupos y organizaciones sociales, para el abordaje de situaciones o problemáticas desde la programación, ejecución y evaluación de la misma. Hasta la ejecución y evaluación.

Es importante destacar la noción de actor social. Este puede ser comprendido como un sujeto individual, colectivo (grupales u organizacional) o institucional, que tiene la capacidad de producir transformaciones o modificaciones en su contexto más inmediato, así como también en un escenario más extenso. Este concepto implica el reconocimiento de la promoción social y decisión política sobre las acciones y estrategias que tienden a constituirlo en un actor social.

Es esencial identificar quienes son los actores que “juegan las escenas” en el ámbito local (Municipio, organizaciones barriales, delegados comunal, sociedad de fomento, grupo de madres, grupo ambientalista, grupo profesionales, etc.), además de conocer que intereses, deseo y necesidades los motorizan y cuáles son sus capacidades y posibilidades de producir u obtener cambios en las condiciones de vida de la población.⁸

⁸ Salud-participación-comunitaria. Módulo7. Posgrado en Salud Social y Comunitaria.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA E INTERACCIÓN SOCIAL

Según afirman Kroeger, A. y Luna, R.⁹

"La estrategia de atención primaria de salud cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de esos servicios. El cambio fundamental implícito en APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en este proceso, y condicionarán la claridad con que se vean las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad."

Facilitar la participación de la comunidad y a su vez sumarse a ella en la construcción de la salud y este deje de ser un problema exclusivo del centro de salud, se podrá avanzar hacia el establecimiento de mejores condiciones de salud y de vida para la población.

Al mismo tiempo, se ha llamado a los equipos de profesionales a derribar las barreras culturales y profesionales que obstaculizan el contacto con la comunidad, con sus conocimientos, con sus particularidades; respetando sus estilos de vida, sus concepciones sobre la salud y, desde allí, trabajar con ellas.

SALUD Y REDES

La esencia del trabajo en red es la decisión de una o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común en procurar de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los pacientes.

Las redes pueden ser vistas como sistemas de salud, en cuyo caso puede decirse que se trata de sistemas bien definidos ya que tiene una clara finalidad, pero están abiertos en sus

⁹ KROEGER, A. Y LUNA, R.(comp.): Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud y Editorial Pax México. México, 1992.

límites, quedando el dimensionamiento y conformación última de la red a criterios de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan.

La modalidad de gestión en red constituye un importante cambio en el paradigma de la administración de sistemas, superador del anterior ya que resulta inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial.

Por otra parte para la generación de una red es imprescindible que exista un interés explícito para las instituciones y las personas que han conformarla (ideario compartido). Estos fines no reemplazan ni colisionan con los fines de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes, si no que en general los complementan, aunque introducen cambios profundos en su concepción y funcionamiento.

La interacción del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive ser más eficaces y eficientes en lo que se hace y todo ello como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes tienen sus fines la actualización, la nivelación y educación continua con sus miembros.¹⁰

Las redes son un conjunto de relaciones que "... se desarrollan espontáneamente en la búsqueda de satisfacción de necesidades de diversa índole. Conformando un tejido social no siempre visible, ni para los que participan de esas redes, ni para los actores externos del ámbito local donde los grupos poblacionales desarrollan su hábitat". (Acosta, B.:2000)¹¹

"Las redes son un "... grupo de personas miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia". (Chadi, M.:2000)¹²

"Las redes son como una estrategia, al decir de Morin (1994) la estrategia es un escenario de acción que pueden modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos,

¹⁰ 1: MARTÍNEZ NOGUEIRA, R.: citado por Aruguete G. en Redes Sociales. Una propuesta organizacional alternativa. Jornadas sobre Gestión en Organizaciones del tercer sector. Bs. As. 2001

¹¹ ¹³ ¹⁴ DORNELL, T.: Redes Sociales y participación social. Área Teoría y Metodología de la intervención profesional. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Mayo, 2005. Montevideo, Uruguay

de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Dicho de otro modo, la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre."¹³

OBJETIVO GENERAL

- Acercar los servicios del CAPS al territorio fortaleciendo los vínculos con la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promocionar actividades del CAPS.
- Conocer las necesidades de la comunidad buscando soluciones viables.
- Adquirir herramientas para abordar las diferentes problemáticas en terreno.
- Empoderar a la comunidad en el autocuidado.

EJECUCION DE LAS POSTAS

Inicialmente se comenzó con postas itinerantes en diferentes puntos estratégicos del área programática del CAPS con la intención de conocer las necesidades sentidas de la población. Estos puestos fueron armados en la intemperie con recursos que se podían movilizar en autos particulares desde el centro de salud a los lugares seleccionados para la posta (mesa, sillas, elementos para medidas antropométricas, para control de signos vitales, inmunización, métodos anticonceptivos, semillas para armado de huerta, folletería para prevención, derivaciones a servicios, actualización de censos, etc.)

Las diferentes actividades que se llevaron a cabo:

- Captación de personas con enfermedades crónicas no transmisibles y determinación de riesgo cardiovascular. (A través de una encuesta de clasificación, y tomando las medidas antropométricas y toma de tensión arterial)
- Revisión de libretas de salud para detectar falta de controles de crecimiento y desarrollo, calendarios de vacunación incompletos y derivar al servicio correspondiente, y en el caso de inmunización se completaban los esquemas.
- Consejería en métodos anticonceptivos y programación con el servicio de obstetricia para turnos de muestras de realización de papanicolau, control de embarazo, entrega de métodos, etc.
- Educación para el armado de huerta orgánica, y entrega de semillas otorgadas por el INTA.

Primera Etapa Postas al aire libre

Periodo Marzo Agosto 2018

LUGARES	CANTIDAD	Personas que asistieron
Barrio 1° de Mayo. Plazoleta	2	16
Barrio V Centenario	2	23
Barrio 9 de Julio Puerta Escuela Madre Teresa de Calcuta	1	11

Barrio 9 de Julio Manzana A	1	8
Barrio República Plaza Ara San Juan	2	16
Barrio República Barrio República Manzana 47 casa 2	2	21

De esta primera etapa se realizaron 10 postas, con una asistencia de 167 personas.

En estas postas se atendieron solo demandas espontáneas, poca capacidad de resolución dentro del CAPS, actividades eventuales, sin capacidad de seguimiento, sirvió para realizar un diagnóstico de las necesidades de la comunidad. Por lo que se decidió reorganizar y repensar la actividad 2018.

Una estrategia para dar continuidad a las actividades, ya que algunos de los profesionales no podían estar presente en terreno debido a la demanda asistencial dentro del centro de salud, fue que el servicio de Agentes Sanitario gestiono capacitación de cada servicio en temas pertinentes a la profesión, en prácticas no invasivas que dieran solución momentánea a la consulta.

Las diferentes capacitaciones fueron acerca de: topicación de flúor y técnicas de higiene dental, métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual, programación de turnos para métodos de colocación de dispositivo intrauterino (D.I.U) y dispositivo intradérmico, colocación de vacuna antigripal a grupos de riesgo, colaboración en campaña sarampión-rubeola 2018, pautas alimentarias y armado de huerta, signos de alarmas en prevención de abuso y violencia, en enfermedades respiratorias y diarreas.

A esto se le sumó que por el CAPS comenzaron a rotar residentes de 3 y 4 año de residencia de medicina general.

Se realizaron reuniones con 5 residentes y se planificó la posta desde otra perspectiva, aprovechando el recurso médico para resolver la demanda de controles de niño sano y de pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles que solicitaban los vecinos.

Segunda Etapa Postas espacios cerrados

En este segundo momento los puestos fueron armados en las casas de los vecinos o referentes barriales que nos ofrecían un espacio para brindar una atención personalizada y resguardar la privacidad de las personas.

La coordinación y gestión de estos espacios lo realizó el Servicio de Agentes Sanitarios. Se formalizaron reuniones mensuales para organizar la posta de cada mes. En dichas reuniones participaban además los referentes barriales que prestaban sus domicilios y el servicio de Enfermería el cual era requerido para complementar la otra gran demanda que eran los calendarios de vacunación incompletos. Se programaban de 2 a 3 postas semanales en distintos puntos de la zona de cobertura del CAPS.

En el comienzo de esta etapa, la gestión de turnos estuvo a cargo de los Agentes Sanitarios a través de captaciones en terreno y nominalización de pacientes crónicos que estaban sin tratamiento. Una vez en marcha, se logró el empoderamiento del paciente que requería la atención utilizando como recurso al referente barrial que prestaba su vivienda para la actividad; logrando con esto que no existan barreras para obtener el turno, ya que podían concurrir en cualquier momento al domicilio del referente para que le programe el turno.

Además de controles en terreno se hacía gestión de turnos protegidos para otras especialidades tanto como para el 1 y 2 nivel. Con el correspondiente seguimiento.

Dentro de las especialidades a las cuales se derivaron fueron odontología, psicología, trabajo social, nutricionista, fonoaudióloga, oftalmología, neuróloga, cardiología y laboratorio.

Septiembre a diciembre 2018

LUGARES	CANTIDAD	Personas que asistieron	
		Controles	Consejería
Barrio República <ul style="list-style-type: none"> ● Manzana 601 ● Manzana 201 ● Manzana 47 	22	183	83
Barrio 9 de Julio	3	23	7
Barrio 1° de Mayo Salón comunitario	3	24	12
Zona Rural Ruta 16 Pescadores y cortaderas	1	16	10

Este periodo fueron un total de 29 postas, en donde se realizaron 246 controles de niños y adultos. También se brindó educación para la salud a 122 personas.

Febrero a Mayo 2019

LUGARES	CANTIDAD	Personas que asistieron	
Barrio República <ul style="list-style-type: none">● Manzana 601● Manzana 201● Manzana 47	17	Controles 185	Consejería 97
Barrio 1° de Mayo Salón comunitario	8	78	46
Barrio 9 de Julio <ul style="list-style-type: none">● Manzana A Casa 19● Manzana A Casa 50	9	96	64

En este último periodo se concretaron 34 postas de salud, 359 controles de niño y adultos, y además educación para la salud a 207 personas.

Los resultados finales arrojaron:

- 73 Postas en un periodo de 14 meses.
- 605 Controles
- 496 Consejerías de educación para la salud.

ANALISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">● Equipo comprometido● Capacitaciones internas por servicio.● Número de agentes sanitarios del CAPS● Disponibilidad de horarios, y trabajo en equipo para planificar cada posta.● Capacidad de administración, logística y gestión.● Capacidad de gestión de turnos de segundo y tercer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none">● Conocer referentes de la comunidad● Conocer Necesidades / Demanda de la población.● Predisposición de la comunidad● Trabajo en red interinstitucional.● Respuesta favorable del equipo de salud ante la solicitud de capacitaciones por el servicio de Agentes Sanitarios.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">● Recursos para traslado de materiales.● Falta de recursos materiales● Excesiva demanda asistencial de algunos servicios, agenda ajustada de algunos profesionales	<ul style="list-style-type: none">● Condiciones climáticas● Condiciones edilicias de algunos lugares.● Falta de adherencia a los controles de las personas con ECNT.

CONCLUSION

Realizando un balance de las postas de salud; fue un proceso enriquecedor tanto del aspecto profesional, social y comunitario, donde se fortaleció el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud lo que permitió que cada actividad fuese una oportunidad de aprendizaje y de entendimiento.

Siendo para el equipo de salud una experiencia de logros y satisfacción el haber podido cumplir con una necesidad sentida por la comunidad en ese momento. Los controles de salud del niño fueron la puerta de entrada para trabajar otras temáticas con las familias.

Este proyecto al día de la fecha se está repensando desde otra perspectiva en conjunto con vecinos y vecinas con los cuales nos hemos reunido y han manifestado otras necesidades, como pautas de crianza, Infecciones de Transmisión sexual, violencia familiar, salud sexual y reproductiva entre otros, yendo más allá de la atención médica.

Se deberá armar una nueva modalidad de trabajo en conjunto con el equipo del Centro de Salud, instituciones de la zona y demás instituciones.

Para finalizar se destaca como aspecto positivo y crucial el hecho de contar con los espacios físicos cedidos por los referentes y el interés de parte de ellos de trabajar con las temáticas antes mencionadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adaptado de: Vignolio, J y colbs. "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud" Arch Med Interna 2011; XXXIII
- Atención Primaria de la Salud, Salud Comunitaria y Programación. MÓDULO 1. UNTREF Virtual
- Correal-Muñoz C, Arango-Restrepo P. "Aspectos bioéticos en la salud comunitaria". Pers bioét. 2014;18(2):194–212
- DORNELL, T.: Redes Sociales y participación social. Área Teoría y Metodología de la intervención profesional. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Mayo, 2005. Montevideo, Uruguay
- FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El concepto de salud. Evolución histórica. Apepciones actuales. Módulo 1, parte 1: 4-8
- Gofin J, Gofin R. "Significado y definiciones de salud comunitaria. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo". 1st ed. Burlington: ELSEVIER MASSON; 2012. p. 3–23
- MARTÍNEZ NOGUEIRA, R.: citado por Arugete G. en Redes Sociales. Una propuesta organizacional alternativa. Jornadas sobre Gestión en Organizaciones del tercer sector. Bs. As. 2001
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa de Equipos Comunitarios. Módulo 1 "Salud social y comunitaria", unidad 1 "La salud y los determinantes del proceso salud-enfermedad atención. Pobreza y condiciones de vida": 19 - 52.

- Programa Médicos Comunitarios. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Módulo 8.
- Salud-participación-comunitaria. Módulo7. Posgrado en Salud Social y Comunitaria.