

**CENTRO SOCIAL DE SALUD: REFLEXIONES EN TORNO A LOS PROYECTOS DESARROLLADOS CON LA COMUNIDAD.**

BARILE, Ignacio; ENRIQUEZ, Rafaela; FRANKE, Sabrina; GALLEGO, Pedro L.; GARBARINI, Matias L.; GOIN, Sebastián; LUNA, Carola; MUÑOZ, Claudia; PEREZ, Marina.

**Institución:** Centro Social de Salud. Servicio Social. Residencia de Medicina General y Familiar. H.G.A. Cosme Argerich.  
Domicilio: Cnel Salvadores 799, La Boca, CABA, CP 1167.  
Teléfono de contacto: 011 15-69247718  
E-mail de contacto: barileignacio@gmail.com

Trabajo de investigación descriptivo, observacional, con enfoque mixto.

Categoría temática: Gestión/Administración de servicios de salud

El Centro Social de Salud (CSS) es un equipo interdisciplinario que trabaja inserto en la comunidad en La Boca, CABA. Se describe el proceso de trabajo realizado por el CSS, tomando dos de los proyectos implementados en el periodo 2008-2018.

**Objetivo:** Demostrar que los procesos de trabajo implementados funcionan como un programa de intervención comunitaria en salud (PICS).

**Materiales y métodos:** se utilizaron fuentes secundarias a partir de bases de datos del CSS, documentos propios del CSS, técnicas de observación y participación en las actividades, reflexiones del equipo de salud.

**Resultados:** Diseño y descripción de un esquema de trabajo reproducible. Detección de personas con factores de riesgo cardiovascular (DPFRCV): se pesquisaron 655 personas de las cuales 67% (n=440) se definen como demanda oculta, se otorgaron derivaciones asistidas al 22% (n=97) de las mismas, 69% (n=67) concurrieron al Efecto de Salud (ES). Mujeres Saludables (MS) se realizó la búsqueda activa de 661 mujeres y la gestión de 1062 turnos protegidos. El 78% (n=515) concurrió al ES. Se realizó la toma de pap al 92% (n=475) de mujeres que concurrieron.

**Discusión y conclusiones:** Los proyectos tendrían un potencial de desarrollarse como un PICS. Ambos proyectos demuestran gestión de accesibilidad y el proyecto de MS permite estimar el posible impacto en salud. Rol clave de los promotores de salud.

**Propuesta:** replicar el esquema de trabajo en otros equipos de salud. Fortalecer y repensar el trabajo realizado en el CSS. Sostener en el tiempo los proyectos desarrollados por el CSS.

Palabras claves: programa de intervención comunitaria, promotores.

Soporte técnico: Proyector y pantalla.

# Centro Social de Salud: reflexiones en torno a los proyectos desarrollados con la comunidad

## **Autores:**

BARILE, Ignacio (Residente de Medicina General y/o Familiar. Hospital Argerich. CABA)  
ENRIQUEZ, Rafaela (Promotora de Salud. Centro Social de Salud. Hospital Argerich. CABA)  
FRANKE, Sabrina (Residente de Medicina General y/o Familiar. Hospital Argerich. CABA)  
GALLEGO, Pedro I. (Residente de Medicina General y/o Familiar. Hospital Argerich. CABA)  
GARBARINI, Matias L. (Trabajador Social. Centro Social de Salud. Hospital Argerich. CABA)  
GOIN, Sebastián (Residente de Medicina General y/o Familiar. Hospital Argerich. CABA)  
LUNA, Carola (Promotora de Salud. Centro Social de Salud. Hospital Argerich. CABA)  
MUÑOZ, Claudia (Promotora de Salud. Centro Social de Salud. Hospital Argerich. CABA)  
PEREZ, Marina (Promotora de Salud. Centro Social de Salud. Hospital Argerich. CABA)

**Institución:** Centro Social de Salud. Servicio Social. Residencia de Medicina General y Familiar. H.G.A.Dr. Cosme Argerich.

Domicilio: Cnel Salvadores 799, La Boca, CABA. CP: 1167

Teléfono de contacto: 011 15-69247718

**Correo electrónico:** [barileignacio@gmail.com](mailto:barileignacio@gmail.com)

**Fecha de realización:** Junio - Septiembre 2019

**Trabajo inédito**

**Tipo de trabajo:** Trabajo de investigación descriptivo, observacional, con enfoque mixto.

**Enfoque y categoría temática:** Gestión / Administración de servicios de salud

*Por eso cada palabra dice lo que dice y además más y otra cosa.*  
Alejandra Pizarnik, 1971.

Para la redacción del presente trabajo se utilizaron en lo posible palabras que no identifican género, y de no poder realizarlo, se utiliza la “x” en el lugar de las vocales. Se considera la construcción del lenguaje como algo dinámico, y que, el momento actual, lleva a pensar la necesidad de resaltar las desigualdades que se hacen visibles en el lenguaje. Las palabras que se utilizan influyen en la percepción de la realidad y su construcción, de allí la importancia de poder construir nuevos caminos y reflexiones que alojen más subjetividades y libertades. Si el uso de la “x” incomoda, llamamos a que esta sensación sea utilizada para reflexionar y cuestionar los usos de las palabras y el género en la vida cotidiana.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Centro Social de Salud (CSS)<sup>1</sup>, es un equipo de salud constituido por once Promotores y Promotoras de Salud (PS), dos Trabajadoras Sociales (TS), un Trabajador Social (TS) y una Médica generalista (MG). Lxs TS y la MG realizan la coordinación grupal. El equipo realiza su intervención en el área geográfica conocida como “Vuelta de Rocha” en el Barrio de la Boca, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Lxs PS se encuentran organizadxs en 4 grupos, los cuales desarrollan actividades de prevención y promoción en un área de 25 manzanas, de la zona anteriormente nombrada. La MG y lxs TS conforman el Equipo Técnico (ET) que participa de manera transversal en las acciones que llevan adelante cada uno de los grupos. A este equipo de trabajo se incorpora la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) sede Argerich, en el marco de rotaciones formativas extramurales.

El CSS es un dispositivo de atención alternativo a los instituidos en el marco de las políticas públicas de la estrategia de atención primaria de la salud. Se organiza como un instrumento dentro de la red local barrial acompañando a los recursos de la zona: comedores, escuelas, asociaciones vecinales, centros culturales y servicios sanitarios (centros de salud, hospital, programa de médicos de cabecera y centros médicos barriales). Implica una manera diferente de gestión: donde las decisiones son compartidas y las responsabilidades distribuidas, compartiendo el saber y el quehacer en pos de pensar estrategias tendientes a mejorar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de lxs

---

<sup>1</sup> CSS. MAYO 2008. (Jefa del Servicio Social: Susana Sastre - CSS: Paula Herrera (T.S.), Gabriela Eroles (T.S.), Matias Garbarini (T.S.), Estela Cereceto (M.G.) - Equipo de Promotoras/es de Salud.

vecinxs del barrio de La Boca. Tiene como objetivo acercar el sistema de salud a la vida cotidiana de la población.

Este dispositivo tiene seis proyectos de intervención, a saber: Red de referentes para la distribución de preservativo; Vacunación de adultos en domicilio; Desinsectación y desratización de espacios comunes de conventillos; Esterilización quirúrgica de animales domésticos y de la calle; Detección de personas con factores de riesgo cardiovascular (DPFRCV) y Mujeres saludables (MS). Todos tienen similares modalidades de trabajo a los analizados.

La siguiente investigación describe y analiza el proceso de trabajo realizado por el CSS, tomando dos de los proyectos implementados en el periodo 2008-2018 (Detección de personas con factores de riesgo cardiovascular y Mujeres saludables), con el objetivo de evaluar si pueden considerarse un programa de intervención comunitaria en salud (PICS).

## **2. ACERCA DE LOS AUTORES**

El equipo investigador está conformado por cuatro PS y un TS del CSS y por cuatro Residentes de Medicina General del Hospital Argerich de distintos años. No contamos con un tutor de investigación, si bien Mercedes L. Luna supervisó la presente investigación.

## **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿El trabajo realizado por el equipo del CSS puede considerarse un PICS, que facilita la accesibilidad al sistema sanitario y puede generar impacto en salud a través de los proyectos desarrollados en el barrio de La Boca, en la zona conocida como barrio chino de “Vuelta de Rocha”, en el periodo 2008 al 2018?

## **4. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El trabajo realizado por CSS se considera un PICS que, a través del entramado de redes, facilita la accesibilidad al sistema sanitario pudiendo generar impacto en salud.

## **5. PROBLEMA**

Las intervenciones realizadas por el CSS desde 2008-2018 con la población que habita en la zona geográfica conocida como barrio chino de “Vuelta de Rocha” (La Boca - CABA), puede considerarse un PICS que, a través del tejido de redes informales, genera accesibilidad al sistema sanitario, con un potencial impacto en salud.

## **6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

Objetivo General:

Demostrar que los procesos de trabajo implementados en los proyectos del CSS en la zona “Vuelta de Rocha” (Barrio de la Boca), entre 2008 y 2018 funcionan como un programa de intervención comunitaria en salud (PICS).

Objetivos Específicos:

- Definir y sistematizar etapas y metodología de trabajo de dos de los proyectos realizados por el CSS entre 2008 y 2018 (DPFRCV y MS).
- Analizar si los procesos de trabajo de los proyectos descritos podrían utilizarse como estrategias de implementación de un PICS.
- Identificar la gestión de accesibilidad en salud que generan dos de los proyectos sostenidos por el CSS (DPFRCV y MS).
- Evaluar el posible impacto en salud que generan dos de los proyecto sostenidos por el CSS (DPFRCV y MS).

## **7. MARCO TEÓRICO**

En Argentina el sistema de salud se encuentra segmentado, es decir, no existe un fondo único de recursos que permita ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. El sistema de financiamiento y atención de la salud se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial y municipal) y por tipo de cobertura (público, obras sociales y prepagas). Todxs lxs ciudadanxs tienen derecho a una cobertura básica brindada por el subsistema público, principalmente a cargo de las provincias y los municipios.<sup>1</sup>

En CABA, el sistema de salud se encuentra organizado por niveles de atención y con eje en Atención Primaria de la Salud (APS)<sup>2</sup>. La división por niveles (primer, segundo y

tercer nivel) es una concepción de tipo técnica-administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema sanitario, con eje en la prevención y promoción de la salud.<sup>3</sup> La presente investigación está enmarcada en el Primer Nivel de Atención, que abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.<sup>4</sup>

Se define como prevención al conjunto de procesos destinados a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance, a atenuar sus consecuencias y reducir los daños que provocan las acciones que desarrollan los servicios de salud. Por otra parte, se entiende por promoción de la salud, al proceso que capacita a individuos y comunidades en el ejercicio de un mayor control sobre los determinantes de su salud a fin de mejorar su impacto.<sup>5</sup>

Ya desde 1973, la OMS define equipo de salud como aquella asociación no jerarquizada de personas, de diferentes disciplinas y profesiones, con el objetivo común de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.<sup>6</sup> Concepto que ha ido evolucionando con el correr de los años, por lo que equipo es un número reducido de personas con conocimientos y/o habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, fijan sus objetivos de desempeño y acuerdan el enfoque para su consecución, por todo lo cual se reconocen a sí mismos como mutuamente responsables.<sup>7</sup>

La incorporación del concepto de Promotorxs de Salud (PS) como, aquellas personas de la comunidad, que se forman para desarrollar tareas de atención primaria, promover la participación y organización popular, fomentar acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, y generar proyectos que respondan a las necesidades de la población.

Las Residencias Médicas constituyen un sistema remunerado de capacitación en servicio de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar a los profesionales, para el ámbito intra y extra hospitalario, un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.<sup>8</sup>

En el campo de la salud, la necesidad, como concepto y modelo teórico, ha sido desarrollada para el diseño e implementación de políticas en salud. La necesidad de consultar a un servicio de salud tiene su origen en el proceso de tensión salud-enfermedad, que al no lograr retornar por sus propios medios a un estado de salud, desarrolla una compleja trama de prácticas y significados, que desembocan en la búsqueda de quienes le ayuden a solucionar aquella tensión. Esa búsqueda se traduce en una necesidad de atención.<sup>9</sup>

La demanda en salud, es la necesidad expresada por las personas, en término de solicitud de atención en un servicio de salud. En esta misma línea, desde la visión del efector, se entiende a la necesidad que no llega a expresarse como demanda, por barreras (culturales, geográficas, administrativo-burocráticas, etc) de accesibilidad pre-institucional o institucional como la demanda oculta. Otrxs autorxs, la denominan demanda potencial.<sup>10</sup>

La búsqueda activa comunitaria (BAC) es la acción proactiva del equipo de salud para la detección de personas que no han consultado o notificado al sistema de atención de la salud; ésta permite detectar las personas que por cualquier razón no han consultado al mismo.<sup>11,12</sup> La atención en domicilio (AD) tiene como objetivo acercar los recursos sociosanitarios a la comunidad, proporcionando asistencia integral de salud en el medio de vida cercano a las personas.<sup>13,14</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la AD es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.<sup>15</sup>

El concepto de accesibilidad a los servicios de salud, presenta variadas y diversas definiciones, no solo en su contenido teórico sino en la amplitud de su propio encuadre. Algunos autores acuerdan que se refiere a la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole.<sup>16</sup> Por lo tanto, si es entendida como un problema de la oferta, sería necesario eliminar las barreras (económicas, geográficas, culturales, administrativas) que pudieran interponerse entre la comunidad y el sistema de salud.<sup>17</sup> Generalmente cuando se piensa en accesibilidad se lo hace como la “posibilidad” de que las personas puedan ser

atendidas, lo que se denominaría "accesibilidad inicial", o ingreso al sistema. Existe también una "accesibilidad ampliada" que abarca todo el proceso de atención en salud.<sup>18</sup>

Desde una mirada cualitativa al definir la accesibilidad como el encuentro entre la comunidad y los servicios de salud, se incorpora una dimensión que abre la posibilidad a pensar este concepto desde otra perspectiva. El hecho de que las personas también sean constructoras de accesibilidad, da lugar a mencionar barreras de carácter simbólico como pueden ser las representaciones sociales o el imaginario social, constituyentes en sí mismo como determinantes no solo de accesibilidad sino también de demanda. Entonces podríamos decir que incluyendo las representaciones, discursos y prácticas de salud de la población y la comunidad, definimos accesibilidad como una relación entre los servicios y lxs sujetxs en la que, tanto unxs como otrxs, contendrían en sí mismxs la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.<sup>19</sup>

Una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales.<sup>20</sup> La noción de red social implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo, que posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.<sup>21</sup>

La Guía Merseyside<sup>22</sup> define el impacto en salud como los cambios en los determinantes o estado de salud, atribuidos a acciones específicas (programas, proyectos o políticas) de individuos o grupos. Define los determinantes de salud como aquellos factores conocidos que tienen potencial para producir cambios en el estado de salud, según el modelo socio-ambiental descrito por Lalonde y Labonté.<sup>23,24</sup> Es fundamental mencionar a la (in)equidad como un valor clave en las evaluaciones de impacto, entendiendo que las políticas públicas tienen un efecto desproporcionado entre los sectores más desfavorecidos. Por otro lado a la hora de realizar evaluaciones de impacto en salud, como la presente investigación, la guía menciona que podrán aparecer incertidumbres que en ocasiones dictarán la necesidad de hacer suposiciones, lo que puede dar lugar a desafíos de validez: tales suposiciones son aceptables siempre que se establezcan explícitamente.



Programa de intervención comunitaria (PICS) se define como una serie de acciones que buscan promover el desarrollo de una comunidad a través de su participación activa para la transformación de la propia realidad.<sup>25</sup> El proceso comunitario no es espontáneo, alguna de sus partes debe tomar la iniciativa, por ello lo correcto es hablar de Intervención Comunitaria. Ésto solo será posible con voluntad política (de administradorxs y población) y voluntad técnico-científica (de recursos).

La participación comunitaria es un medio y un instrumento necesario para abordar los problemas de salud desde una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado. Las personas usuarias de los servicios de salud deben adquirir dimensión de protagonistas pues sin su participación resultará técnicamente imposible resolver los problemas existentes, prevenir las enfermedades y mejorar el estado de salud. Un sistema que comparte la producción de servicios curativos y preventivos con programas de promoción de salud necesita desarrollar dispositivos de relación más complejos, flexibles y bidireccionales junto con las personas que atiende.<sup>26</sup>

Toda intervención comunitaria que se considere como tal y que adopte como fin obtener cambios beneficiosos, requiere necesariamente de una evaluación previa de las personas y del medio ambiente en el cual están inmersas. Visualizar la necesidad y llevar luego a cabo programas de intervención capaces de demostrar que las personas pueden mejorar sus habilidades para hacer frente a diferentes situaciones o condiciones sociales que se van desarrollando.<sup>27</sup> A su vez, contempla etapas de planificación; diseño de estrategia comunitaria; gestión de la estrategia comunitaria; plan de monitoreo y evaluación.<sup>28</sup> Partiendo de la metodología que describe Marchioni<sup>29</sup>, consideramos relevantes ciertos principios básicos que se tienen en cuenta a la hora de entender la intervención comunitaria: es un proceso a medio/largo plazo, que tienen su centro en una comunidad concreta, y cuyos protagonistas son: la administración local, el equipo de salud que opera en/con esa comunidad y la población.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

Trabajo de investigación descriptivo, observacional, con enfoque mixto.

## 9. MATERIALES Y MÉTODOS

Para el análisis cuantitativo de variables se utilizaron fuentes secundarias en base a los proyectos realizados en 2008-2018. Se analizaron las base de datos confeccionadas por el CSS: “Base de datos de pesquisa FRCV 2008”; “Base de datos de seguimiento de FRCV 2008”; “Base de datos de Mujeres Saludables 2009-2018”. De esos registros se construyeron nuevas bases de datos: “Base de datos de pesquisa de FRCV 2008”; “Base de datos derivación asistida de FRCV 2008” y “Base de datos pesquisa y seguimiento de Mujeres saludables 2009-2018”

Para la construcción de las Base de datos ya mencionada, se realizaron previamente matrices de operacionalización de variables: “Matriz de operacionalización de variables de Pesquisa de FRCV” (Tabla 1, Anexo), “Matriz de operacionalización de variables de seguimiento de derivación asistida de FRCV” (Tabla 2, Anexo); “Matriz de operacionalización de variables de proyecto Salud de la Mujer” (Tabla 3, Anexo).

El análisis descriptivo surge a partir de la información relevada de las bases de datos, la lectura y reflexión de documentos propios del CSS, sumado a una técnica de observación y participación en las actividades y de la reflexión de la propia práctica del equipo de salud, en relación a la bibliografía referida a la modalidad de trabajo implementada. La fuente para la elaboración de las tablas y gráficos son de elaboración propia.

### **Descripción del ámbito de estudio**

El CCS está conformado por once PS, tres licenciadxs en TS y una MG, con dependencia del Servicio Social del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (HGACA), se constituyó formalmente en 2008, mediante una disposición interna. Su objetivo es generar espacios de intercambio, de diagnóstico y de realización de acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud de los vecinos y de accesibilidad al sistema público de salud, incentivando la participación y capacitación permanente de la comunidad.<sup>30</sup> A pesar de su nombre, no es ni una institución ni un servicio, sino un equipo interdisciplinario de salud.

Su área de trabajo está ubicada geográficamente en el sur de CABA, en el barrio de La Boca, en la zona conocida como barrio chino de “Vuelta de Rocha”. Su población blanco es 2500 personas distribuidas en 25 manzanas. El equipo del CSS realiza acciones basándose en el conocimiento del territorio y con la ventaja de ser parte de la misma comunidad sobre la que interviene, lo que permite objetivar y cuantificar la gestión de accesibilidad en lo que respecta al presente trabajo.

Lxs PS del CSS son, vecinxs del barrio de La Boca (ex-beneficiarios del Plan Jefes y Jefas de Hogar) formados como PS por profesionales del Servicio Social que desarrollaron acciones en el territorio desde 1999 e incorporadxs a partir de 2007 como personal contratado del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.<sup>31</sup>

La Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) sede Hospital Argerich, se incorpora al trabajo desarrollado por el CSS en el marco de rotaciones de formación extramuros, incorporándose como parte activa del equipo de trabajo y llevando a cabo proyectos conjuntos. Dichas rotaciones se encuentran avaladas por el programa de formación y el marco de referencia nacional de las RMGyF.<sup>32,33</sup> Dentro de los objetivos de esta rotación se encuentran: a) trabajo interdisciplinario, b) adquisición de herramientas en salud comunitaria con perspectiva de promoción de la salud, c) territorialización y d) participación social generando un vínculo estrecho con la comunidad y el e) seguimiento longitudinal de personas/familias que realiza el CSS.<sup>34</sup>

## **10. ANÁLISIS DE DATOS**

### **(1) Proyecto de detección de personas con factores de riesgo cardiovascular 2008 (DPFRCV)**

Descripción de proyecto: esta experiencia de trabajo conjunta se organizó en torno a la DPFRCV en la comunidad objetivo. Participaron: el CSS, Residentes de Enfermería Comunitaria del CeSAC 15, enfermeros/as del CeSAC 9, RMGyF sede Argerich, médicos generalistas y/o de familia del CeSAC 9 y médico cardiólogo del Hospital Argerich. Este proyecto presenta como eje y actorxs fundamentales a lxs PS.

Vigencia: 2008

Objetivo del proyecto: Fortalecer el acceso de la población objetivo al sistema público de salud, a partir de la detección de personas con algún factor de riesgo cardiovascular.

Actores:

- Comunidad (Población objetivo): personas mayores de 18 años que habitan el sur de CABA, en el barrio de La Boca, en la zona conocida como barrio chino de “Vuelta de Rocha”.
- Equipo de Salud: el CSS trabajó en conjunto con Residentes de Enfermería Comunitaria del CeSAC 15 y de la RMGyF sede Argerich.
- Profesionales de salud: intervinieron Médicxs generalistas y/o de familia y enfermerxs del CeSAC 9; la RMGyF sede Argerich y un médico especialista en cardiología del Hospital Argerich. Con todos ellos se había acordado previamente la “Derivación Asistida”.

Actividades:

- Capacitación: llevada a cabo por RMGyF sede Argerich, Residencia de Enfermería del CeSAC 15 y la MG del CSS. Tema: “Riesgo cardiovascular y su pesquisa”.
- Búsqueda activa: llevada a cabo por lxs PS, quienes realizaron encuentros domiciliarios con las familias que corresponden al área de responsabilidad previamente adjudicada. En dichos encuentros, se abordaron problemáticas sobre factores de riesgo cardiovascular, su importancia y la facilidad de su detección. Mediante esta tarea se detectó a la población objetivo definida en el proyecto y se acordó una fecha y hora para una posterior visita en la que se haría efectiva la pesquisa.
- Pesquisa: realizada por la MG, RMGyF sede Argerich, PS, TS y Enfermera de CeSAC 9. Se utilizó un instrumento de recolección de datos en el cual se registraron, entre otras, las siguientes variables: tensión arterial, peso y talla, y determinaciones de colesterol y glucemia con tiras reactivas, con el fin de identificar aquella población que requeriría derivación asistida al efector.

- Registro: realizada por los PS, lo que involucró la digitalización de los datos obtenidos mediante el instrumento de recolección, para la construcción de una base de datos formato Excel.
- Derivación asistida (DA): aquellas personas a las cuales se les pesquisó un FRCV previamente conocido no controlado, o sin FRCV previamente conocido, pero con alteración de alguno de los parámetros pesquisados (TA, IMC, Glucemia/Colesterol en tiras reactivas, sedentarismo, tabaquismo); se las orientó en días y horarios establecidos a médicos/as generales o de familia del CeSAC 9 y al cardiólogo de Hospital Argerich. Esto fue posible gracias a los vínculos extra institucionales entre el equipo técnico del CSS y dichos profesionales de salud.
- Seguimiento: consistió en tres encuentros pautados previamente, en los que se relevó la concurrencia al efector de salud (ES). Esta tarea fue realizada por los/as PS y se utilizó como herramienta la “Base de datos de seguimiento de FRCV 2008”
- Monitoreo: actividad transversal e independiente de las actividades pre y post institucionales, realizado por el equipo técnico del CSS, con el fin de asegurar factibilidad.

Se analizaron las base de datos diseñadas para cada proyecto “Base de datos de pesquisa FRCV 2008” , y “Base de datos de seguimiento de FRCV 2008” se diseñaron los siguientes gráficos y sus tablas respectivas.

El siguiente gráfico describe que de un total de 655 personas pesquisadas, 440 fueron consideradas demanda oculta (Tabla A1, Anexo).

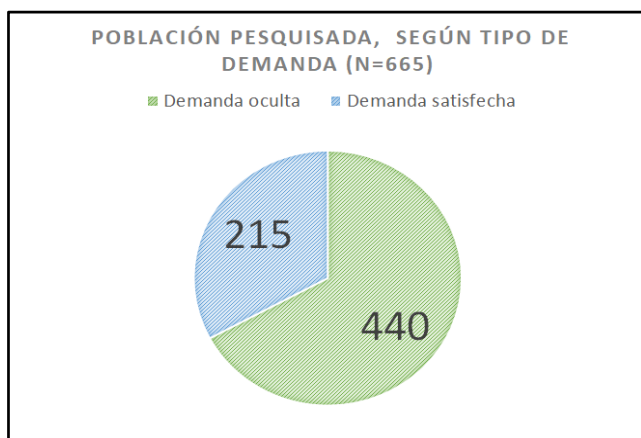


Gráfico A1: Población pesquisada, según tipo de demanda.

Se consideró demanda oculta a aquellas personas que presentaban los siguientes requisitos:

- Que consideraban NO presentar FRCV (Variables: HTA, GLUCEMIA, HIPERCOLESTEROLEMIA, “¿SEDENTARISMO?”, “¿FUMA?”) pero que de la Pesquisa surge al menos, alguno de ellos (variables: “COLESTEROL”; “GLUCEMIA”; “REGISTRO DE TA”; “IMC”).
- Personas que presentaban algún FRCV (Variables: HTA, GLUCEMIA, HIPERCOLESTEROLEMIA, “¿SEDENTARISMO?”, “¿FUMA?”) pero hacia mas de 365 días que no se controlaba (Variable “¿Fecha de última consulta?”).

El gráfico A2, muestra el número de personas a las que se les gestionó DERIVACIÓN ASISTIDA (n=97), respecto del total de personas que representaron la DEMANDA OCULTA (n=440).

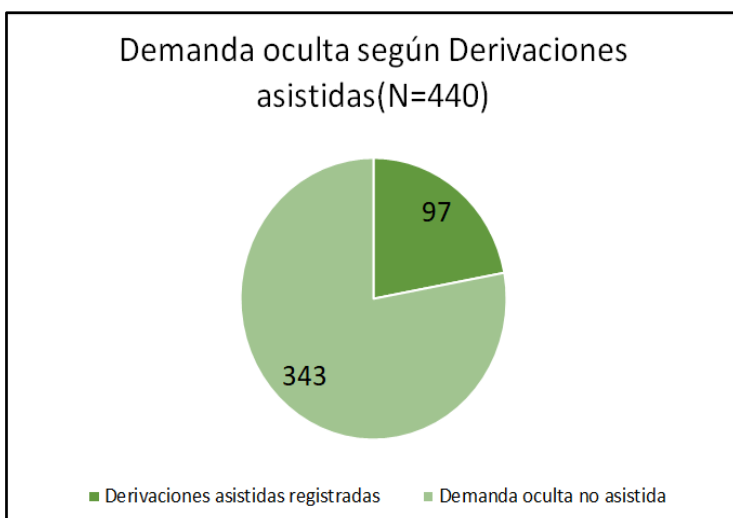


Gráfico A2: Demanda oculta según DERIVACIONES ASISTIDAS

El gráfico A3 (Tabla A3, Anexo) muestra el número total de personas que concurrieron al ES, en relación al número de personas que fueron pesquisadas y gestionada su derivación.

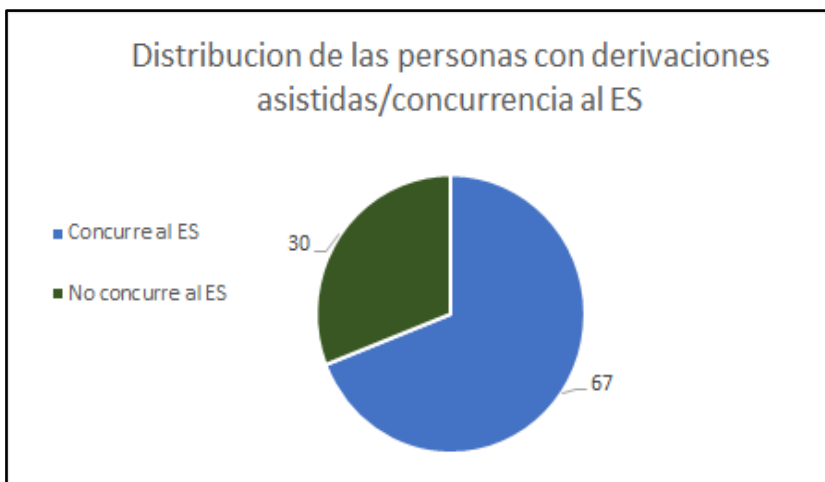


Gráfico A3: Población según derivación asistida y concurrencia al ES

La tabla A4 (Gráfico A4, Anexo) describe el número de DERIVACIONES ASISTIDAS (97) en relación al total de encuentros domiciliarios realizados por lxs PS (total 168). Del total de estos encuentros, se subdividen dos subgrupos que tuvieron un mínimo de dos concurrencias al efector de salud (grupo verde y amarillo) y dos subgrupos que no concurrieron al efector de salud (grupo rojo y azul).

Grupo de personas que concurrieron al ES:

- Grupo verde: número de personas que concurrieron tres veces al ES: este grupo estuvo representado por 30 personas. Para hacer efectivas estas tres concurrencias, se requirieron 90 encuentros domiciliarios de seguimiento (en total)
- Grupo amarillo: número de personas que concurrieron una o dos veces al ES: este grupo estuvo representado por 37 persona. Para hacer efectivas estas concurrencias se requirieron 59 encuentros domiciliarios de seguimiento.

Grupo de personas que no concurrieron al ES:

- Grupo rojo: número de personas que no concurrieron al ES. Este grupo estuvo representado por 27 personas. En este grupo se realizaron, en total 19 encuentros domiciliarios de seguimiento.
- Grupo azul: número de personas que no concurrieron al ES. Este grupo estuvo representado por 3 personas. Al pertenecer al subsector privado, no se realizaron encuentros domiciliarios posteriores.

	Grupos según número de concurrencias al ES				Total
	Concurrencias al ES: 3	Concurrencias al ES: 1 o 2	Asistencia al ES: 0 (Cero)	Subsector Medicina privada	
Derivaciones asistidas	30	37	27	3	97
Encuentros domiciliarios	90	59	19	0	168

Tabla A4: Población pesquisada según DA, , concurrencia a efector de salud y seguimientos en domicilio

## **(2) Proyecto Mujeres Saludables**<sup>2</sup>

Vigencia: 2009 a 2018

Objetivo del proyecto: Promover el cuidado y facilitar el acceso a los recursos y servicios de salud de las mujeres, entre 18 y 70 años, el sur de CABA, en el barrio de La Boca, en la zona conocida como barrio chino de “Vuelta de Rocha” desde una perspectiva territorial, feminista y de salud integral

Actores:

- Comunidad: mujeres, entre 18 y 70 años, del barrio Vuelta de Rocha- B° La Boca
- Equipo de salud: CSS, y dos ginecólogas del CeSAC N°9 y la RMGyF sede Argerich. Con todos ellos se había acordado previamente “Turnos Protegidos”.

Actividades:

- Capacitación: se planificaron una serie de encuentros que estuvieron a cargo de la MG del CSS y se convocó a profesionales del Ministerio de Salud de la Nación. A su vez la RMGyF sede Argerich realizó talleres y actividades sobre cuidados de la salud de las mujeres.
- Búsqueda activa (BAC): sostenida y desarrollada centralmente por lxs PS. La RMGyF sede Argerich participa de ésta tarea, a partir de rotaciones establecidas en 2016. Cada grupo de promotores en conjunto con lxs RMGyF realizó encuentros

<sup>2</sup> A los fines de dicha investigación se toman ciertos indicadores de naturaleza cuantitativa para poder medir accesibilidad, impacto y demanda. Pero queremos dejar en claro que dicho proyecto y las estrategias desarrolladas por el equipo del CSS tienen un abordaje con perspectiva de género y de salud integral. En el mismo se despliegan otras líneas de intervención (acceso a la educación, al trabajo, tiempo libre y recreación, sexualidad y violencias) las cuales no son contempladas en este trabajo.



domiciliarios con las mujeres que residen en su área de responsabilidad. En esta tarea y con un instrumento de recolección de datos, se detectó la población objetivo definida en el proyecto, relevando entre otras cosas, la fecha de última toma de PAP.

- Registro: realizada por los PS, incluyó la digitalización de los datos obtenidos mediante el instrumento de recolección, para la construcción de una base de datos formato Excel.
- Turnos protegidos (TP): a partir del vínculo extra institucional del equipo técnico del CSS, se estableció un acuerdo con dos ginecólogas del CeSAC N°9 pactándose la “reserva” de 2 turnos semanales matutinos para ser entregados a aquellas mujeres identificadas mediante búsqueda activa. A partir del año 2014, la RMGyF sede Argerich participa del proyecto otorgando un turno vespertino semanal con el mismo objetivo.
- Seguimiento: realizado por lxs PS de salud y consistió en tres encuentros domiciliarios donde se relevó la concurrencia al efector y la realización del PAP. Para dicha tarea se utilizó como herramienta la “Base de datos de Mujeres Saludables 2009-2018” en formato Excel. Esto permitió no solo el seguimiento sino también posibilitar el otorgamiento de nuevos turnos a quienes no concurrieron al turno, o bien habiendo concurrido no recibieron atención.
- Monitoreo: actividad transversal e independiente de las actividades pre y post institucionales, realizado por el equipo técnico del CSS. Con el fin de asegurar factibilidad.

Se analizaron las base de datos diseñadas para cada proyecto y se plasmaron los resultados en tablas y gráficos:

El gráfico B1 (Tabla B1, Anexo) muestra la población de mujeres que alcanzó el proyecto “Mujeres Saludables” (n=661), según el tiempo transcurrido desde la última toma de PAP. Donde se observa que el 61% (n=402) del total de las mujeres había realizado su último PAP hace más de un año.

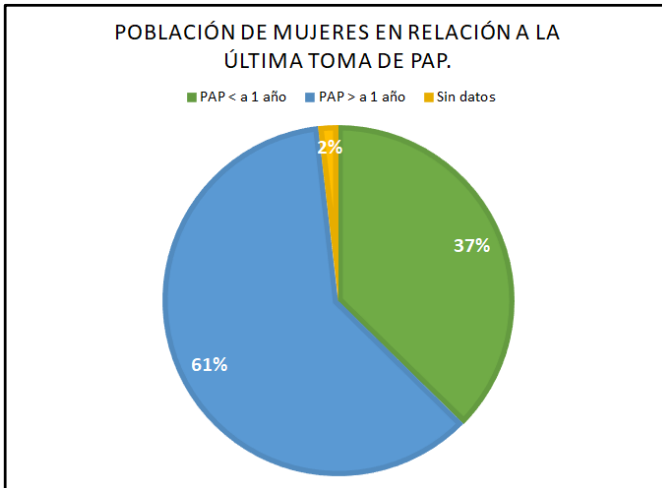


Gráfico B1: Población de mujeres en relación a la última toma de PAP.

El Gráfico B2 (Tabla B2, Anexo) muestra la población de mujeres que alcanzó el proyecto de “Mujeres Saludables” (n=661) a las cuales se les otorgó TURNOS PROTEGIDOS y el 78% concurrió al ES (n=515), durante el período 2009- 2018.

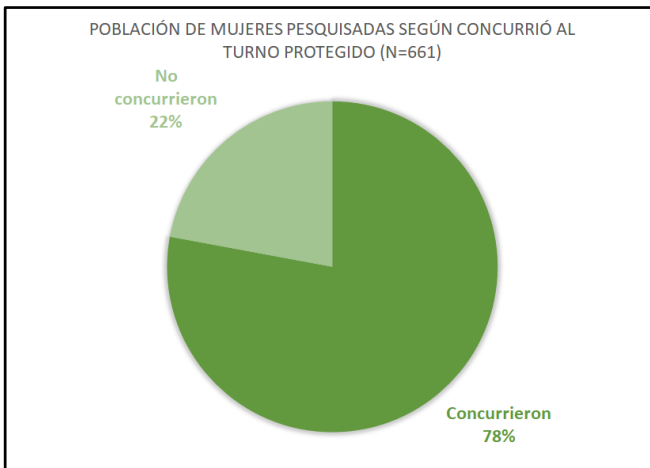


Gráfico B 2: Población de mujeres pesquisadas según concurrió al TURNO PROTEGIDO

En el gráfico B3 (Tabla B3, Anexo) se puede observar el número de mujeres a las que se les realizó PAP. Del total de mujeres (n=515) que concurrieron al ES, el 92 % (n:475) ha manifestado que se le realizó la toma del PAP.

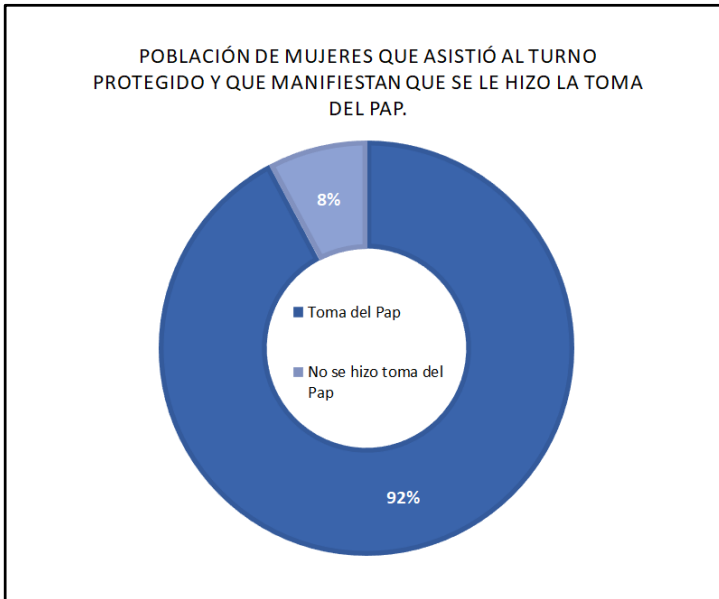


Gráfico B3: Población de mujeres que asistió al turno protegido y manifiesta que se le realizó toma del Pap.

Continuando con la descripción, el gráfico B4 (Tabla B4, Anexo) relaciona el número de turnos que fueron necesarios para lograr la concurrencia al ES. Se observa que el 69% (n: 515) de las mujeres concurrió al ES, en el primer TURNO PROTEGIDO otorgado, mientras que fue necesario más de un TURNO PROTEGIDO para la concurrencia del resto de las mujeres (31%).

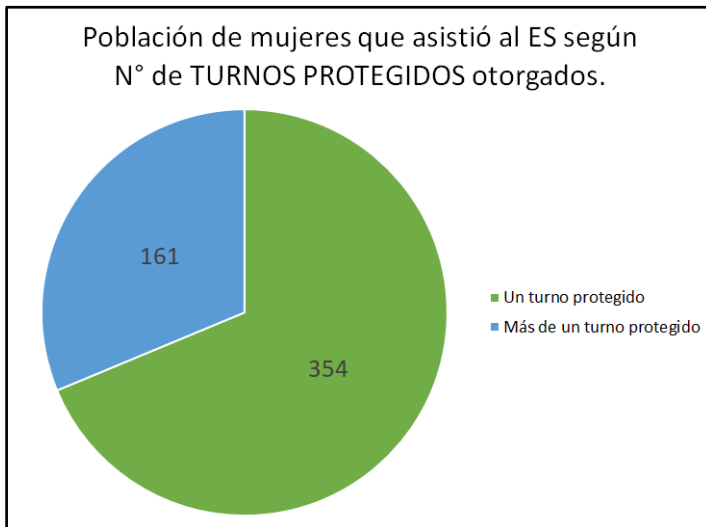


Gráfico B3: Población de mujeres que asistió al ES según N° de TURNOS PROTEGIDOS otorgados.

EL gráfico B4 (Tabla B4, Anexo) muestra el número total de mujeres mayores de 25 años (n:550) que por más de 3 años refieren no haber realizado toma de PAP (n:155).

Se hace hincapié en esta subpoblación analizada (mujeres de 25 y más años, que por 3 años refieren no haber realizado PAP) ya que representa la población que según la norma vigente (Guía del Ministerio de Salud de la Nación 2015) se beneficiaría con la toma de PAP.

Se consideró demanda oculta a aquellas mujeres mayores de 25 años cuya última toma de PAP fue mayor a 3 años de la fecha de realización de búsqueda activa. Se encuentra entonces un 28% de personas como Demanda Oculta.

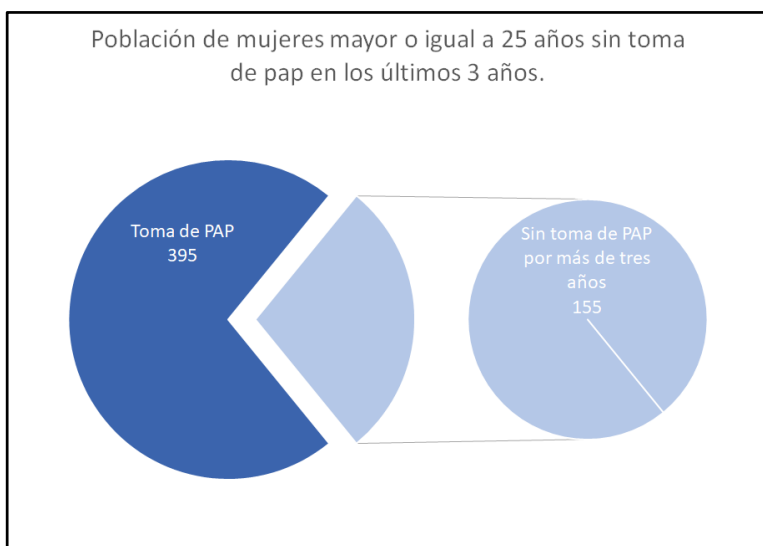
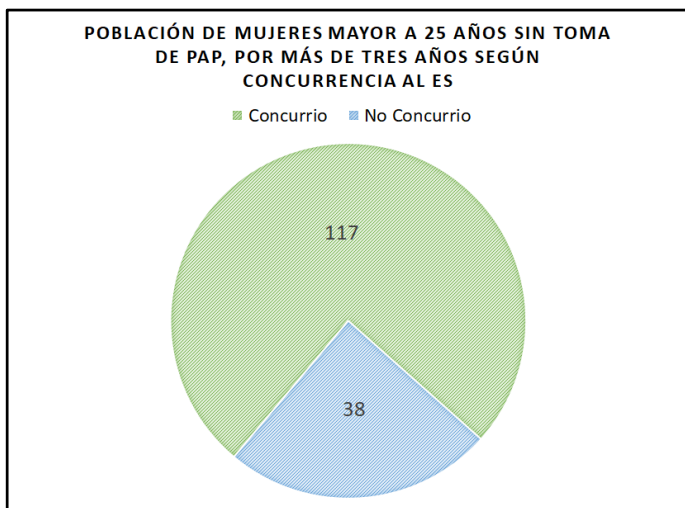


Gráfico B 4: Población de mujeres mayor o igual a 25 años sin toma de pap en los últimos 3 años.

El gráfico B5 (Tabla B5, Anexo) describe la población de mujeres mayores o iguales a 25 años, sin toma de PAP en los últimos 3 años, que concurren al ES según Turnos Protegidos otorgados por PS.



El gráfico B6 (Tabla B6, Anexo) muestra el número de Turnos Protegidos totales dispensados en el periodo de aplicación del proyecto “Mujeres Saludable” y la respuesta positiva 77% (n: 1062) de las mismas al concurrir al ES.

Se consideró en este estudio como impacto en salud aquellas mujeres mayores de 25 años sin toma de PAP por más de tres años que concurren al ES y manifestaron toma de PAP.

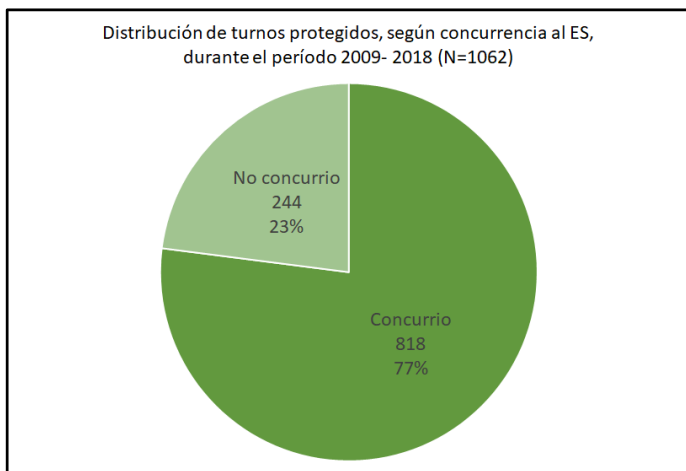


Gráfico B 6: Distribución de turnos protegidos, según concurrencia al ES, durante el período 2009- 2018

El gráfico siguiente, muestra la evolución de la DEMANDA OCULTA y su resolución en el periodo 2009-2018.

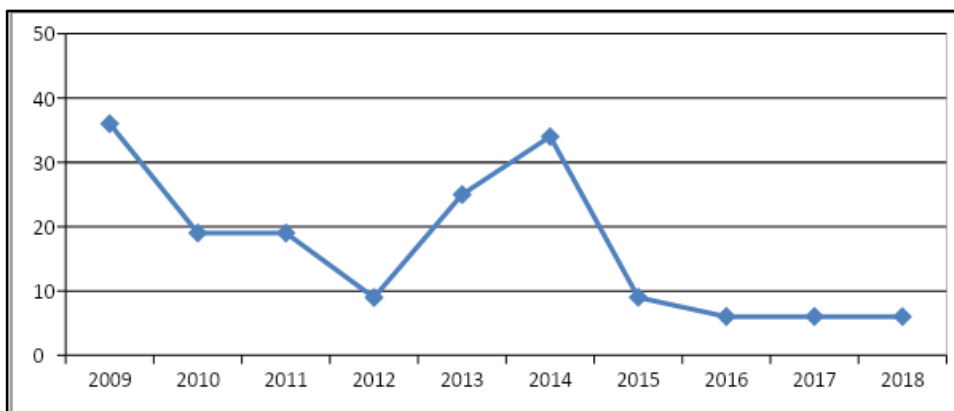


Gráfico B7: Porcentaje de mujeres pesquisadas que refieren no haber realizado toma de PAP por más de 3 años. Evolución 2009-2018.

## 11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El análisis de los datos en el marco de la construcción de la operacionalización de variables, como de las tablas y gráficos, respetaron el principio de privacidad y

confidencialidad de las personas mediante la utilización de bases de datos no nominales de los proyectos estudiados.

## **12. RESULTADOS**

Ambos proyectos plasman dentro de su objetivo general fortalecer el acceso de la población al sistema de salud. Mediante la estrategia de intervención comunitaria que implica la búsqueda activa de demanda oculta o insatisfecha. Plantean y desarrollan estrategias que fortalecen el acceso al sistema de salud de la población (derivación asistida y turnos protegidos)

Ambos proyectos incorporan en sus actividades previas al contacto con la comunidad, capacitación a lxs Promotorxs de Salud (PS) quienes son el eje fundamental en ambas propuestas de trabajo. Para esta actividad se coordinó con profesionales de diferentes disciplinas de efectores de salud a los cuales se referenciaría la potencial demanda.

Ambos proyectos utilizan registro escrito de las intervenciones de lxs PS (Búsqueda Activa, Seguimiento, Concurrencia al ES) y luego conforman bases de datos digitales.

Ambos proyectos “acuerdan” con profesionales de los efectores de salud “número de atenciones” expresados como “Turnos Protegidos” o “Derivaciones Asistidas”, en el marco de una red informal que no se encuadra en protocolos o acuerdos institucionales sino por el contrario, encuentra su origen a partir del relaciones interpersonales o laborales y permanece en el tiempo por la efectividad del proceso (alta concurrencia de las personas derivadas).

Ambos proyectos contaron con la misma estructura de coordinación y de acompañamiento transversal del Equipo Técnico del CSS.

Como principal resultado, y producto del análisis del proceso de trabajo de los proyectos presentados, se sistematizan tareas y actividades mediante el siguiente esquema (Gráfico 1):

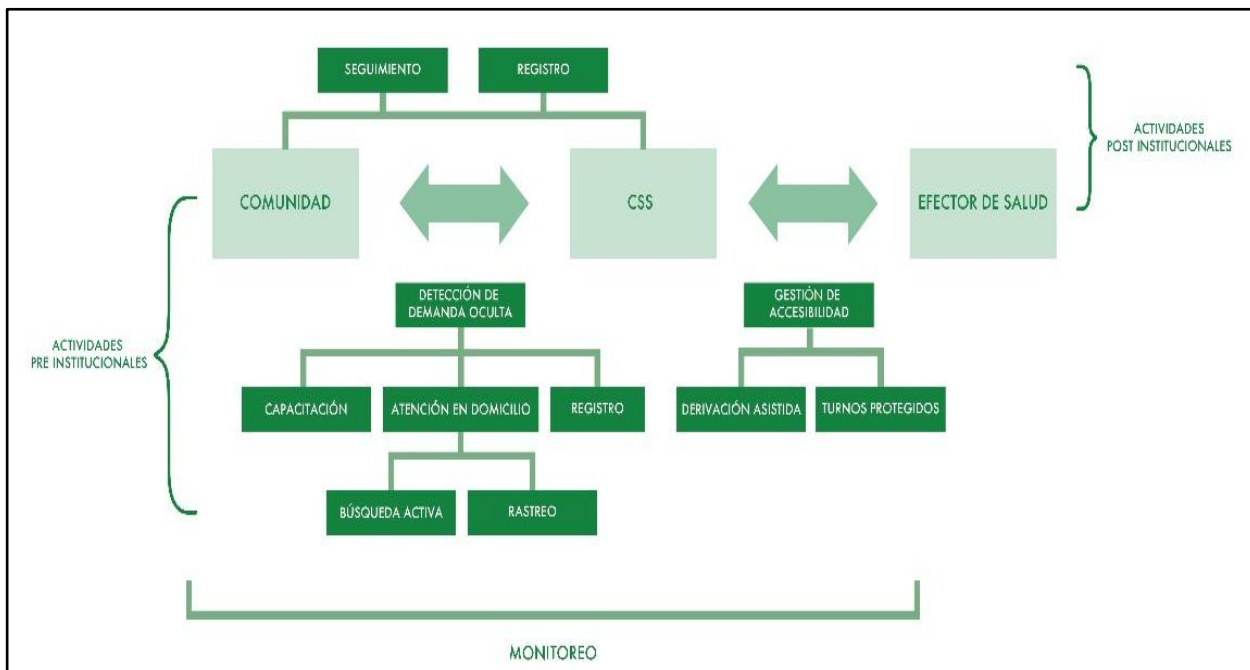


Gráfico 1: Proceso de trabajo de CSS

Este esquema de trabajo, construido por el equipo de investigación, permite identificar ACTORES, ACTIVIDADES, TAREAS y DESENLACES plausibles de ser medidos y analizados.

Con respecto a los ACTORES se identifican tres actores: la COMUNIDAD<sup>3</sup> (población objetivo), el CSS y el EFECTOR DE SALUD (ES)<sup>4</sup>. El proceso de vinculación entre ellxs, se fundamenta en el tejido y construcción de redes locales, representado por las flechas horizontales que los enlazan.

Con respecto a las ACTIVIDADES se enmarcan en dos tiempos diferentes dentro del proceso de trabajo, según el contacto o no, de la Comunidad con el Efector de Salud definiéndose como: Actividades Pre-Institucionales y Actividades Post-Institucionales.

Dentro de las Actividades Pre-institucionales se encuentran aquellas que vinculan al CSS y la Comunidad: cuyo objetivo es la Detección de la Demanda Oculta. Con este fin se desarrollan las siguientes tareas: Capacitación, Atención en domicilio (incluyendo Búsqueda Activa y Pesquisa) y Registro. La CAPACITACIÓN, es una tarea cuya gestión está a cargo del equipo técnico (o a quien ellxs deleguen esta función) y sus receptores son lxs

<sup>3</sup> COMUNIDAD: población residente del área geográfica delimitada por Av. Regimiento de Patricios del 1 al 1900; Av. Martín García del 200 al 1100 y Avenida Pedro de Mendoza del 1 al 1200, conocido como "Vuelta de Rocha", La Boca, Ciudad de Bs.As. Comprende un total de 25 manzanas, en donde se estima una población de 2500 personas.

<sup>4</sup> EFECTOR: CeSAC 9 y otros servicios del Hospital Argerich.

PS. Con respecto a la ATENCIÓN EN DOMICILIO, es una tarea desarrollada por lxs PS que, haciendo uso de la estrategia de BÚSQUEDA ACTIVA y PESQUISA, intervienen directamente sobre la comunidad, a través del trabajo georreferenciado. Finalizando esta primera etapa, el REGISTRO que llevan a cabo lxs PS, implica dejar constancia en bases de datos de formato Excel de las tareas sistematizadas necesarias para toma de decisiones futuras.

Otra Actividad Pre-Institucional es producto del vínculo entre el CSS y el ES: GESTIÓN DE ACCESIBILIDAD. Dicha actividad implica el tejido de acuerdos entre el CSS, bajo la responsabilidad del Equipo Técnico, con lxs profesionales de los distintos ES del área. De concretarse dicho acuerdo, la forma en la que se implementa es mediante la administración de Turnos Protegidos y Derivación Asistida. Ambas tareas son desarrolladas por lxs promotores de salud.

Las Actividades Post-Institucionales se encuentran centralizadas en las tarea de: SEGUIMIENTO y REGISTRO. Ambas tareas son sostenidas por lxs PS. La primera (seguimiento) implican acompañamiento sobre aquellas personas de la Comunidad a las que se gestionó accesibilidad al ES. Y la segunda, el registro en base de datos de los desenlaces posibles de la intervención realizada.

La actividad denominada MONITOREO engloba aquellas tareas realizadas por el Equipo Técnico del CSS, de manera transversal e independiente a las actividades pre y post institucionales, con el objetivo de garantizar la factibilidad de cada proyecto.

### **Proyecto de detección de personas con factores de riesgo cardiovascular (DPFRCV)**

Con respecto a la BÚSQUEDA ACTIVA en este proyecto se pesquisaron 655 personas en domicilio, determinando un total de 440 personas como DEMANDA OCULTA (67%). Se gestionaron DERIVACIONES ASISTIDAS al 22% (n=97) del total de personas detectadas como DEMANDA OCULTA (n=440). De ellas, un 69% (n=67) concurrieron al ES. Se desprende del análisis, que 2 de cada 3 personas que se gestionó derivación asistida concurrieron al efector de salud.

Para facilitar la concurrencia y persistencia en el ES, lxs PS realizaron 168 encuentros domiciliarios. Al profundizar el análisis vemos que este promedio esconde una



disparidad ya que 30 personas recibieron 3 encuentros domiciliarios (Grupo Verde), 37 personas (Grupo amarillo) recibieron entre 1-2 encuentros domiciliarios, mientras que el Grupo Rojo representado por 27 personas que nunca asistieron al ES, solo 1 de cada dos o tres personas recibió encuentro domiciliario de seguimiento (es decir no todas las personas tuvieron encuentro de seguimiento). Del total de personas detectadas como DEMANDA OCULTA (n=440) un 15% concurren al ES (n=67).

En relación al proyecto DPFRCV, se observa que sobre el total de la demanda oculta detectada se pudo gestionar derivación asistida a un 22%. De aquellas personas a las que se pudo realizar la derivación asistida 2 de cada 3 concurren al ES.

### **Proyecto de Mujeres Saludables**

En el proyecto MS se obtuvieron datos mediante búsqueda activa de 661 mujeres. Del total de mujeres, se detectó que el 61% no había realizado toma de PAP en el último año. Se implementó la estrategia de Turnos Protegidos (pautados con lxs profesionales del efector de salud) al total de las mujeres más allá de la fecha de última PAP.

De las 661 mujeres que recibieron Turnos Protegidos, el 78% (n=515) concurren al ES. Al 31% (n=161) del total de las mujeres que asistió al ES se le brindó más de un turno protegido. El 92% (n=475) del total de mujeres que concurren al ES, expreso haberse realizado la toma de Pap en esa consulta.

En relación al subgrupo de mujeres mayores de 25 años, que por más de tres años refirieron no haber realizado la toma de PAP (n=155), el 75% (117) concurren al ES y se realizaron la toma de PAP.

En el período de 2009-2018, los turnos gestionados y acordados en el CeSAC N° 9 administrados por el CSS destinados a este proyecto, alcanzó a un total de 1062. El promedio anual es de 106 turnos, profundizando este análisis, por semana se reservaron entre 2 y 3 turnos. Del total de turnos protegidos se observó una concurrencia del 77% en 10 años.

### **13. DISCUSIÓN**

En cuanto al proceso de trabajo realizado, es importante destacar el desenlace obtenido: generar accesibilidad e impacto en salud. La accesibilidad al ES, es una condición que garantizan ambos proyectos, y por ende el proceso de trabajo analizado. El impacto en salud sólo podría corroborarse en uno de los proyectos (Proyecto mujeres saludables 2009-2018).

Respecto de la DO en el proyecto MS, no se pudo cuantificar debido a una deficiencia en las fuentes primarias (cuyo instrumento de recolección no estaba diseñado para la detección la DO), que se arrastra en el análisis de datos. Sin embargo, se puede estimar entre valores mínimos y máximos, estos rondan entre los 515 (correspondiente a mujeres que no realizaron toma de PAP en el último año) y 177 (correspondiente a mujeres mayores de 25 años sin toma de PAP en los últimos tres años).

Más allá de no poder determinar el valor exacto de la demanda oculta en este proyecto, si se puede concluir que la totalidad de la demanda oculta fue vehiculizada a través de turnos protegidos, siendo esto la representación de la gestión de accesibilidad. Esta accesibilidad al sistema de salud fue lograda con el primer turno dispensado por lxs PS, lo que interpretamos como una necesidad sentida que se resolvió con la gestión realizada. Y también, un conocimiento previo del CSS sobre la comunidad y sus necesidades (evaluación previa).

En relación al proyecto Mujeres Saludables, se podría concluir que generó impacto en salud en el subgrupo representado por mujeres mayores de 25 años sin toma de PAP en los últimos 3 años. A la hora de su cuantificación, se puede establecer una posible subestimación del impacto en salud por la construcción de los registros y análisis de datos en aquellas situaciones de indicación de toma de PAP (mujeres mayores de 25 años con un sólo PAP en los últimos tres años y sin dos PAP negativos consecutivos previos).

Mediante el trabajo sostenido durante estos 10 años sobre una misma población, delimitada en un territorio determinado, con un registro adecuado y monitoreo constante, se podría estimar en los últimos años (2015-2018) una disminución en el

número de mujeres sin toma de PAP por más de tres años (ver Gráfico B6). En este trabajo la disminución de mujeres sin toma de PAP podría considerarse como un impacto en salud, desde una estrategia de carácter preventivo y promocional -como la descrita en este trabajo- que identifica demanda oculta que disminuirían barreras accesibilidad.

En el proyecto de DPFRCV, se pudo estimar la demanda oculta. La misma, superó las posibilidades de gestión de accesibilidad, es decir, no se pudo cubrir el 100%. Dicha diferencia se explica, principalmente, por la falta de recursos, sostén y articulación institucional expresada en la baja capacidad de derivaciones asistidas.

No obstante, la alta concurrencia al ES, respondería a la necesidad sentida y la estrategia de seguimiento. Sumado a esto, analizando el nivel de concurrencia al ES en función de la cantidad de encuentros domiciliarios de seguimiento, observamos que los grupos que concurrieron al ES (grupo verde y amarillo) fueron aquellos a los que se le realizaron la mayor cantidad de seguimientos.

No se podría definir el impacto en salud en el proyecto DPFRCV por la ausencia de datos en relación a la intervención realizada por el ES, ante el déficit de registro de la derivación realizada entre el efector y el CSS.

Respecto del esquema de trabajo del CSS, el mismo presenta, dentro de sus elementos, parte de la estructura que conforma un PICS: presenta los tres protagonistas (la administración local: los efectores de salud; el equipo de salud: el CSS y la comunidad); sus proyectos (así como el seguimiento longitudinal de pacientes) tienen una temporalidad a mediano y largo plazo y presenta la participación como punto fundamental en el desarrollo del mismo. Además, presenta otras características propias de un PICS: sus tareas y actividades son estipuladas y realizadas en base a una planificación previa, con registro y monitoreo continuo de las tareas. La comunidad por su parte, reconoce la tarea del CSS validando sus prácticas dentro del territorio. Y está basado en el entretendido de redes con la población e instituciones como medio para generar accesibilidad y un posible impacto en salud.

Respecto de las evaluaciones previas que establecen los PICS, podemos concluir que si bien no constituyeron en sí una instancia dentro del esquema descrito, forma parte

del diagnóstico el trabajo desarrollado por lxs PS durante más de diez años en el territorio. Respecto de este punto, cabe mencionar que al mismo tiempo que lxs PS forman parte del equipo de salud, son parte de la comunidad, son el barrio y viven en él: conocen su realidad y sus problemáticas y también las padecen.

En contrapartida, se pueden observar ciertos puntos que presentan los PICS que no están presentes en las estructuras de trabajo de los proyectos analizados. El más importante, la ausencia de un sostén y articulación institucional efectivo: que no permite prescindir de la buena voluntad o de las relaciones interpersonales de las partes intervinientes, no otorga recursos necesarios para su implementación (RRHH, insumos, tecnología apropiada, etc.) y no permite formalizar una red de cuidados y asistencia. Queda explicitado entonces la fragilidad de los proyectos desarrollados, donde si bien los vínculos y estrategias permiten generar resultados, no garantizan viabilidad en el tiempo.

Merece especial atención distinguir en el análisis de los procesos de trabajo, el rol esencial que tuvieron las redes. Fue característico, en la gesta y la ejecución de ambos proyectos, la presencia de vínculos interpersonales, extra-institucionales y comunitarios que constituyeron la base no tangible, sin la cual no hubiese sido posible llevarlos a cabo.

Los acuerdos entre profesionales de diferentes disciplinas son esenciales para sostener dispositivos tales como turnos protegidos, derivaciones asistidas, etc., los mismos no responden a marcos institucionales, sino que se logran a partir de relaciones interpersonales o laborales en función de compartir y conocer actividades propias de los equipos de salud, de la comunidad o efector de salud, y coinciden fundamentalmente en la importancia de sostener intervenciones comunitarias de carácter preventivo y promocional. El trabajo interdisciplinario entre profesionales y el equipo del CSS permite un proceso de aprendizaje e intercambio de saberes mutuo.

“La noción de red parece ser inseparable de la noción de relaciones. En cierto modo, las redes son relaciones que toman la (imaginaria) forma de redes. Una red, o un conjunto de relaciones, no es un hecho a priori, sino que, por ser redes, son tejidas.”<sup>35</sup> En este concepto se centra el eje esencial del trabajo del CSS: las relaciones. El vínculo de lxs PS con la comunidad (formando parte de ella) se ha ido construyendo a través del

encuentro en la vida cotidiana, se basa en el conocimiento y reconocimiento de lxs vecinxs, lo que les otorga un rol central en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. La red construida por lxs PS, a lo largo de años en la comunidad, facilita la inserción del CSS en ella y permite conocerla en profundidad.

#### **14. CONCLUSIÓN**

Al analizar la descripción de los proyectos realizados por el CSS, concluimos que se encuentra una dinámica de trabajo organizado en actividades y tareas persiguiendo un orden determinado, responsables a cargo y una gestión de los recursos para su aprovechamiento, buscando acercar el sistema de salud a la cotidianeidad del barrio. Aunque esto no se encuentra formalmente protocolizado ni forma parte de la red institucional, sino que surge a partir de la construcción informal de acuerdos entre las partes intervinientes en el desarrollo diario de los proyectos en el territorio, es una estrategia que se sostiene en el tiempo. Cabe destacar la importancia del reconocimiento de lxs PS como agentes sanitarios y trabajadores del estado y del CCS como una entidad autónoma pero no autárquica que se incluye dentro de la institución del Hospital Argerich.

Consideramos que los proyectos llevados a cabo por el CSS tendrían un potencial de desarrollarse como un Programa de Intervención Comunitaria en Salud, avalado por la continuidad de las estrategias de los proyectos a lo largo del tiempo, la vinculación con la población, y pudiendo cumplir varios de sus requisitos, a pesar de no contar con un sostén institucional que lo avale, lo acompañe, lo aloje y lo financie.

Por último, concluimos que el tejido de redes no es una situación aleatoria, por el contrario, su intencionalidad es la base de todo el trabajo desarrollado, y es una decisión propia, del ES, elegir esta forma de construcción donde la comunidad no es objeto de estudio sino parte de las acciones en salud.

Pero ¿quién teje las redes? No queda más alternativa que responder: lxs actores que la constituyen. Por lo tanto, el tejido no es independiente de lxs tejedores.<sup>36</sup>

## **15. PROPUESTAS y RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL**

La relevancia que tendría considerar los proyectos que realiza el CSS como un PICS, garantizaría la continuidad y el sostenimiento de su trabajo, por ende, resultaría en un impacto positivo sobre la salud de la población a un relativo bajo costo.

Considerarlo un PICS, le permitiría funcionar como nexo fundamental entre la comunidad y los efectores del primer y segundo nivel de atención, articulando los servicios de ambos sectores y dando cuenta del impacto de sus intervenciones.

La condición de potencial PICS, y su transformación en éste permitiría, incluso, utilizar los recursos en salud de forma más eficiente: horas de atención, tecnología apropiada, medicación, etc., es decir, fortalecer la prevención primaria y secundaria. Se debería continuar y sostener las intervenciones territoriales de prevención y promoción de la salud que buscan garantizar derechos y brindar oportunidades.

El esquema de trabajo diseñado por el equipo investigador es una herramienta que permitiría potenciar las intervenciones y volver efectivas y fluidas las articulaciones entre los niveles de atención, produciendo mejoras en la accesibilidad e impacto en la salud de la comunidad. Por otro lado, este esquema es potencialmente replicable en otros proyectos, comunidades y equipos de salud.

Se propone actualización constante, por parte del CSS, sobre los recursos y protocolos existentes en el CeSAC y HGACA, con el fin de mejorar la oferta a la comunidad.

La presencia de la RMGyF sede Argerich contribuiría a reforzar y formalizar la articulación entre estos actores profundizando su rol activo dentro de la comunidad, haciendo del CSS un escenario formativo en cuanto a intervenciones comunitarias, gestión e investigación se refiera. Además aportaría al sostén longitudinal de proyectos desarrollados e investigaciones que de ellos surjan.

El análisis y reflexión de este proceso de trabajo, nos permite problematizar las intervenciones al interior del equipo del CSS, y proponer entonces cómo continuar el trabajo diario, repensando las estrategias y modos de abordaje hasta ahora llevados adelante por el equipo interdisciplinario. Es así que nos interpelan los formas de registrar,

las maneras de transmitir contenidos de educación para la salud y la importancia de la capacitación constante al equipo de salud.

La comunicación de los resultados de estas experiencias a los efectores de salud y a sus equipos, permitiría sensibilizar sobre la importancia de lxs PS, de ponderar su trabajo como actorxs fundamental del primer nivel de atención en torno a la estrategia de APS. A su vez, la comunicación de estos resultados hacia adentro del equipo de salud (CSS) fortalece y reivindica la tarea central que desarrollan lxs PS.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. In *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
2. Ley N° 2070. “Programa Jefe/as de Hogar”. Legislatura de Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, (24 de agosto de 2006.)
3. Ley N°153. “Ley básica de salud de la caba”. Legislatura de Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, (25 de febrero de 1999)
4. del Valle García, Noemí (2017). Curso en Salud Comunitaria: Salud y Sociedad. *Ministerio de Salud*.
5. Conferencia internacional para la promoción de la salud (1986). Carta de Ottawa. *Organización Mundial de la Salud*.
6. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea (1999). 21, Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1993). La disciplina de los equipos. *Harvard business review*, 118-128
8. Ley N° 22.127. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. *Ministerio de la Salud Argentina* (2015). Resolución 1993/2015
9. Yepes-Delgado, C. E., de Jesús Giraldo-Pineda, Á., Botero-Jaramillo, N., & Guevara-Farías, J. C. (2018). En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*.
10. Spadafora, S. G. (2018). Salud y servicios de salud.
11. Lopez Casas, Juan Gomez (2011). Instructivo para la búsqueda activa en la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunas. *Instituto Nacional de la Salud*. Bogotá.
12. Roldán, J. C., Acuña, C., & Ríos, P. (2017). Método de búsqueda activa comunitaria para la captación de gestantes y puérperas en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e53.



13. Esteban, J. M., Ramírez, D., & Sánchez, F. (2005). Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Primaria. *Ed IM & C Organización Médica Colegial de España-Ministerio de Sanidad y Consumo 2005*
14. Arnedo, C. F. (2006). Modelos de organización de la atención domiciliaria. *Jano: Medicina y humanidades*, (1612), 47.
15. Aguirreche, J., Granadillo, B., & Lobo, O. (2009). Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. *Médico de familia*, 17(2), 21-26.
16. Hamilton, G. (2001). Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. *Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani. 2001, Buenos Aires*, 37.
17. Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.
18. Mauro, M., Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2006). LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA EXPERIENCIA CON ADULTOS MAYORES DE 59 AÑOS. In *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
19. idem 17
20. García, M. R. (2003). Redes: una aproximación al concepto. *Sistema de Información Cultural, CONACULTA*.
21. Dabas, E., & Perrone, N. (1999). Redes en salud. *Córdoba, Argentina, Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba*, 3.
22. Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K. The Merseyside guidelines for health impact assessment. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory; 1998.
23. Hernández, F., & Jorge, L. (2003). Evaluación de Resultados e Impactos de un Modelo de Salud Mental basado en la Comunidad en Localidades de Bogotá, DC. *Revista de salud pública*, 5, 272-283.

24. Castro G & Chaves P (1994). Metodología de Evaluación de Impacto de los Proyectos Sociales. Bogotá *UNESCO*, p. 11-28
25. Boto Ma Victoria (2016). La nueva política de participación ciudadana. España; Aragón: *Dirección General de Participación Ciudadana*.
26. Giraudo N & Chiarpenello J. (Mar-Abr 2006.) Intervenciones comunitarias. *Evid. actual. práct. ambul.* 9(2);48-49.
27. idem 27
28. Programa para la convivencia ciudadana (2015) Guía para el diseño de planes de intervención comunitaria: Diagnóstico y gestión. *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional*.
29. Marchioni, M. (2002). Organización y desarrollo de la comunidad: la intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales. In *Programas de animación sociocultural* (pp. 455-482). Servicio de Publicaciones.
30. Disposición interna 171/HGACA/2008. "Promotores de Salud". Hospital General de Agudos Dr Cosme Argerich (26 de Mayo de 2008)
31. Ley N° 2070. "Programa Jefe/as de Hogar". Legislatura de Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, (24 de agosto de 2006.)
32. Silberman, P., Calbano, A. G., Godoy, A. C., Zamora, A. C., Perrotta, M. C., & de León, R. C. F. P. (2016). Análisis del programa de becas en Medicina Familiar y General según Estratos Sociosanitarios de la República Argentina. *Revista de Salud Pública*, 20(1), 17-24
33. R.M. 1073/2015. Marco de referencia para la formación en Residencias en Medicina General y/o Familiar. *Ministerio de Salud y Desarrollo Social*.
34. Documento interno. Objetivos Rotación Promotores de Salud. Residencia Medicina General y Familiar sede Hospital General de Agudos Dr Cosme Argerich (2014)
35. Mires, F. (1999). La sociedad de las redes (o las redes de la sociedad).
36. idem 35

ANEXOS TABLA 1: Matriz de operacionalización de variables de Pesquisa de FRCV 2008 .

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	ESCALA DE MEDICIÓN
Código	Número único e irrepitible corresponde a una persona	1 A 1000
¿Fecha de última consulta?	Hace referencia al tiempo desde la última consulta	1= menos de 1 año 2= más de 1 año 999= Sin datos
HTA	Hace referencia si la persona se reconoce si es Hipertenso.	1= SI 2= NO 999= Sin datos
Hipercolesterolemia	Hace referencia si la persona reconoce ser Hipercolesterolémico	1= SI 2= NO 999= SIN DATOS
DBT	Hace referencia si la persona se reconoce si es Diabético	1=SI 2=NO 999=SIN DATOS
¿Fuma?	Hace referencia a si la persona tabaquista o lo que es lo mismo de dejar de fumar hace menos de 6 meses	1= SI 2= NO 999= SIN DATOS
¿Sedentarismo?	Hace referencia a si la persona realiza algún tipo de actividad física 3 veces por semana en forma regular	1= SI 2= NO 999= SIN DATOS
Colesterolemia	Intervención según valor del colesterol, sea mayor o igual a 200.	1= Requiere intervención 2= No requiere una intervención 999= Sin datos
Glucemia	Intervención según valor de glucemia, sea mayor o igual a 110.	1= Requiere intervención 2= No requiere intervención 999= Sin datos
Registro de T.A	Intervención según valor de tensión	1= Requiere intervención

	arterial, según sea mayor o igual 140 /90 mmHg	2= No requiere intervención 999= SIN DATOS
. I M C	Intervención según índice de masa corporal si el valor es mayor o igual 30.	1= Paciente requiere intervención 2= No requiere intervención

ANEXO Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables de seguimiento de derivación asistida de FRCV 2008

Variables	Definición	Escala de medición
Código	Número único e irrepitible de persona	1-1000
Pesquisa	Fecha de la pesquisa realizada por el CSS y otros	dia/mes/año 999: sin datos
Motivo de derivación asistida	Motivo por el cual se deriva a la persona al ES	1= frcv 2= cps mujer 5= na 3= demanda 999= sin datos
1° Visita de seguimiento en domicilio	Fecha del 1° Seguimiento de la persona	dia/mes/año 2= no se realizó 999: sin datos
Registro de concurrencia al E.S	Resultado de la intervención indicada originada en la pesquisa	1= concurrio 2= no concurrio 3= no se realizó 5= no aplica 999= sin datos
2° Visita de Seguimiento en domicilio	Fecha del 2° Seguimiento de la persona	dia/mes/año 2= no se realizó 999: sin datos
Registro de 2° visita de	Resultado de la intervención indicada originada en la pesquisa	1= concurrio 2= no concurrio

Seguimiento		5= no corresponde
		999= sin datos
3° Visita de Seguimiento en domicilio	Fecha del 3° Seguimiento de la persona	dia/mes/año
		2= no se realizó
		999: sin datos
Registro de 3° visita de Seguimiento	Resultado de la intervención indicada originada en la pesquisa	1= concurrio
		2= no concurrio
		5= no corresponde
		999= sin datos

ANEXO TABLA 3: Matriz de operacionalización de variables de proyecto Salud de la Mujer 2009-2018.

Variables	Definición	Escala de medición
Código	Número único e irrepitible que corresponde a la persona que accedió a la pesquisa.	1 a 1000
Año	Año, en que se realizó la pesquisa .	01/01/2008 al 31/12/2018
Edad	Edad en años que presentó la persona al momento de la pesquisa.	18 a 70 años
N° de años de ultimo Pap	Años de la última toma de pap, al momento de la pesquisa.	1=<1 año
		2=>1 año
		999=sin datos
1° Turno protegido otorgado	Concurrencia al turno protegido otorgado.	1= concurrio
		2= no concurrio
		999=sd
2° turno protegido otorgado	Concurrencia al turno protegido otorgado.	1= concurrio
		2= no concurrio
		999=sd
3° turno protegido	Concurrencia al turno protegido otorgado.	1= concurrio
		2= no concurrio

otorgado		999=sin datos
Pap	PAP realizado en alguno de los 3 turnos protegido otorgado.	1= pap realizado
		2= pap no realizado
		999= sin datos
Observaciones	Registro de comentarios realizados por el CSS.	texto

ANEXO Tabla A 1: Población pesquisada, según tipo de demanda

Tipo de demanda	N°	%
Demanda oculta	440	67
Demanda satisfecha	215	33
Total	655	100

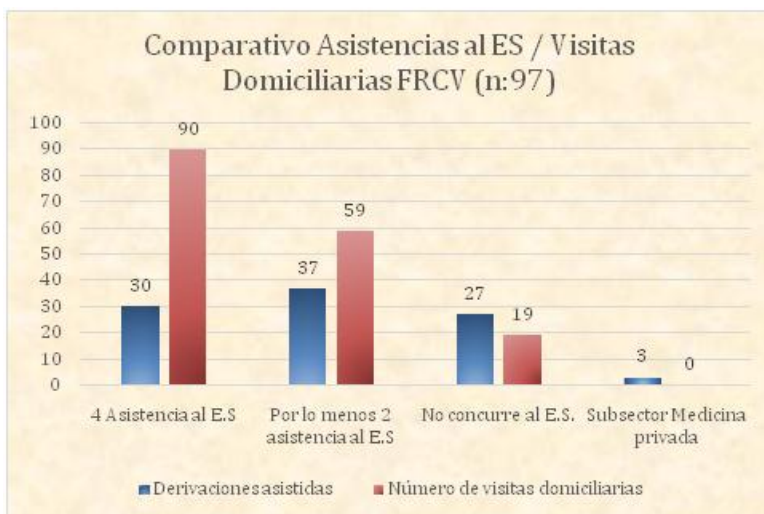
ANEXO Tabla A2: Demanda oculta según derivaciones asistidas

Tipo demanda	n°
Derivaciones asistidas registradas	97
Demanda oculta no asistida	343
Total demanda oculta	440

ANEXO Tabla A3: Población según derivación asistida y concurrencia al E.S

Asistencia a control de salud	N° Personas
Concurrió a control de salud	67
No concurrió a control de salud	30
Total	97

ANEXO Gráfico A4: Población pesquisada según derivación asistida, y concurrencia a efector de salud



ANEXO Tabla B1: Población de mujeres en relación a la última toma de PAP.

Toma de PAP	n°	%
PAP < a 1 año	247	37
PAP > a 1 año	402	61
Sin datos	12	2
Total	661	100

ANEXO Tabla B2: Población de mujeres que asistió al turno protegido y que manifiestan que se le hizo la toma del Pap

Turnos protegidos según asistencia	n°	%
Concurrieron	515	78
No concurrieron	146	22
Total	661	100

ANEXO Tabla B3: Población de mujeres que asistió al turno protegido y que manifiestan que se le hizo la toma del Pap.

Pap	nº	%
Toma del Pap	475	92
No se hizo toma del Pap	40	8
Total	515	100

ANEXO Tabla B4: Población de mujeres que asistió al ES según N° de TURNOS PROTEGIDOS otorgados.

Turnos protegidos otorgados	N° Mujeres	%
Un turno protegido	354	69
Más de un turno protegido	161	31
Total	515	100

ANEXO Tabla B5: Población de mujeres mayor o igual a 25 años sin toma de pap en los últimos 3 años

Población según toma de PAP	nº	%
Toma de PAP	395	28
Sin toma de PAP por más de tres años	155	72
Población Total	550	100



ANEXO Tabla B6: Población de mujeres mayor a 25 años sin toma de PAP, por más de tres años según concurrencia al EF.

Concurrencia a ES	nº	%
Concurrio	117	75
No Concurrio	38	25
Población Total	155	100

Tabla B7: Distribución de TURNOS PROTEGIDOS, según concurrencia al ES, durante el período 2009- 2018

Turnos protegidos según concurrencia al ES	nº	%
Concurrio	818	77
No concurrio	244	23
Total	1062	100