

Como Sapos de Otro Pozo.

Autores

- Natalia Paulina Villordo Quastler (Médica Generalista), nataliavillordo@yahoo.com.ar
- Marcia Noelia Carrizo (Médica Generalista)
- Marcela Gómez (Enfermera, y coordinadora del Serv. de Salud Comunitaria)
- María Victoria Heredia (Médica Generalista)
- Manuel Krol (Médico Generalista, y coordinador del Serv. de Salud Comunitaria)
- Julieta Relli (Trabajadora Social)
- María José Tirao (Obstétrica)

Servicio de Salud Comunitaria. Hospital Sub Zonal Especializado “Dr. José Ingenieros”. La Plata. Provincia de Buenos Aires.

Introducción

El presente trabajo consiste en la sistematización de la experiencia realizada a lo largo de dos años para estructurar un espacio laboral coherente con el paradigma de la Atención Primaria de Salud (APS). El principal objetivo es elaborar una reflexión teórica conjunta entre los propios integrantes del Equipo sobre nuestras prácticas; de tal manera que esta sistematización sea una nueva fuente que nos permita sostener la relación dialéctica práctica-teoría-práctica, contribuyendo de este modo a la formación de profesionales reflexivos y críticos, capaces de dirigir autónomamente el compromiso de trabajo con la comunidad. Al defender el esfuerzo permanente de reflexión sobre nuestras prácticas, no estamos pretendiendo llevar a cabo un juego a nivel meramente intelectual. Por el contrario, estamos convencidos de que la reflexión, si es verdadera reflexión, conduce a la práctica. Queremos también difundir una experiencia atípica, centrada en la idea de que la salud es una construcción histórica colectiva, en la cual se ponen en tensión diversos saberes, y se expresan complejas relaciones de saber-poder. Esta concepción no es nueva, y posiblemente nuestro aporte consista no tanto en la propuesta teórica sino en el proceso de problematización para llevar adelante una práctica coherente con el paradigma que, al menos en nuestro país, se encuentra limitado –de un modo casi irritante- al discurso teórico. Atípica también porque, si bien el Servicio de Salud Comunitaria tuvo su punto de partida en una necesidad sentida de la población ante la carencia de atención sanitaria, hubo otra necesidad, sentida por los propios integrantes del Servicio, que nos determina: la necesidad de un espacio de trabajo digno y liberador. En efecto, la propuesta de crear consultorios externos en el hospital de pacientes internados crónicos José Ingenieros, realizada por el Ministerio de Salud -respondiendo a la demanda de la población de la localidad de Romero- en noviembre de 2006 a tres médicos y dos enfermeros, con un sostén económico dudoso, absoluto desconocimiento de las necesidades del área, pocos elementos (dos camillas y un armario), y prácticamente sin medicamentos, fue una más entre tantas otras enmarcadas en la tremenda precariedad laboral a la cual estamos acostumbrados quienes desarrollamos nuestra actividad en APS. La diferencia con otras experiencias consistió, por un lado, en la decisión política de no aceptar estas condiciones laborales como “normales” por parte de quienes asumimos el trabajo. Por otro, en la conformación de la Reunión de Equipo, un espacio de encuentro semanal incorporado al horario laboral. Estamos acostumbrados a oír hablar sobre la importancia del trabajo interdisciplinario en APS, una construcción teórica difícil de llevar a la práctica en un sistema en el cual la presión asistencial ante la cantidad de pacientes, y el multiempleo (determinado por los bajos salarios y la precariedad laboral) generan respuestas individuales y aislamiento dentro de los consultorios. La Reunión de Equipo, un espacio interdisciplinario, fundamental para la solidez del grupo y para la toma de decisiones consensuadas, es una construcción a veces difícil, que nos obliga a incorporar actitudes de participación, escucha y respeto por la opinión y el conocimiento del otro. Aquí

confrontamos problemas y aportamos desde las distintas miradas. El debate sostenido, propuesto -y en ocasiones defendido- por nosotros, fue tomado con el tiempo por la dirección del hospital como parte de las condiciones requeridas para poder desarrollar una práctica comprometida y coherente con la propuesta de transformación que propugna la APS. El Servicio de Salud Comunitaria cuestiona desde su propia construcción horizontal la inamovilidad de las estructuras. Lo hace también por su praxis comunitaria que intenta ser coherente con una mirada política que pretende transformar la realidad. Y que involucrándonos a nosotros mismos como integrantes de esta realidad, también nos modifica e interpela.

Situación inicial y Caracterización del Área.

El Hospital “Dr. José Ingenieros” ubicado en 161 y 514 (Romero, La Plata) es una institución especializada en la atención de jóvenes internados con discapacidad mental, que abrió sus puertas en noviembre de 1956. Actualmente se encuentran internados 60 pacientes discapacitados, la mayoría de 12 a 25 años, bajo la responsabilidad de un equipo terapéutico conformado por psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes terapéuticos y docentes. En agosto del 2006, se realizó un Operativo Sanitario del Programa “Salud en Movimiento” en el barrio Las Rosas. Ante la necesidad evidente de reforzar la estructura sanitaria local, las autoridades políticas tomaron entonces la decisión de sumar al área de internación del José Ingenieros, consultorios externos centrados en la atención de la comunidad. El hospital aportó la estructura edilicia, que consistió en una pequeña casita de madera que existía en el predio, y que fue reacondicionada para cumplir función de consultorios. El Seguro Público de Salud (SPS) se comprometió a solventar a dos médicos generalistas y una pediatra. En pocos meses de trabajo (mientras atendíamos los primeros pacientes) quedaron establecidos los consultorios en el hospital. Estos se armaron en “la casita”, que incluye la recepción, los tres consultorios y un pequeño espacio multiuso. Los mismos integrantes del grupo de trabajo acordamos incorporar dentro del horario laboral un espacio de reunión semanal, este espacio de encuentro se convirtió en poco meses en una verdadera Reunión de Equipo, que permitió plantearnos problemáticas, objetivos de trabajo, debates estructurales, formas internas de organización y dinámicas para abordar el trabajo asistencial y extra-asistencial. Desde mediados del 2007 el equipo fue creciendo, comenzaron a participar trabajadores del hospital de distintas áreas, junto a profesionales y militantes sociales atraídos por la experiencia, actualmente el Equipo está conformado por 3 enfermeros, 2 trabajadoras sociales, 2 promotoras de salud, 6 médicos generalistas, 3 psicólogos, 1 licenciada en obstetricia y rotantes y estudiantes de diversas disciplinas. La propia dinámica de crecimiento nos permitió plantearnos la creación de un Servicio de Salud Comunitaria en el hospital, en lugar de los consultorios propuestos inicialmente. Definimos como área programática la comprendida entre las calles 155 a 173

y de 504 a 520. A medida que se empezó a conocer en la zona el trabajo realizado (con atención programada, acceso a programas provinciales, talleres, etc.) el área de influencia se fue ampliando. Así, atendemos en la práctica población proveniente de los barrios “Las Rosas”, “Altos del Sol”, “Santa Ana”, “La Granja” y Gorina. La población del área, según los datos obtenidos del Censo del INDEC (2001) es de 16.563 personas, con un porcentaje reconocido de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de 43,3% del total.

Problemas

- Déficit en la respuesta por parte del Estado a las necesidades relacionadas con la salud en los barrios La Rosas y Altos del Sol (Melchor Romero, La Plata).
- Falta de sistematización de las experiencias de construcción colectiva en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Objetivo General

- Sistematizar la experiencia realizada al constituir un Servicio de Salud Comunitaria en el Hospital “José Ingenieros”, implementando la estrategia de Atención Primaria de Salud en los barrios La Rosas y Altos del Sol (Melchor Romero, La Plata).

Objetivos Específicos

Del Servicio:

- Incorporar como elemento indispensable de la práctica de los profesionales que trabajan en APS, los tiempos destinados a trabajos extramuros para tareas de promoción, investigación, docencia y prevención en salud.
- Lograr condiciones laborales dignas, con remuneración económica acorde al trabajo realizado, para todos los integrantes del Servicio.
- Crear redes entre instituciones y vecinos que permitan relacionarnos y organizarnos ante los problemas sociales y sanitarios del área.
- Responder con atención adecuada y continua a los problemas de salud en los consultorios; con espacios de interconsulta, normatización y debate entre los profesionales ante los tratamientos implementados.
- Asegurar la provisión del 100% de los medicamentos requeridos por los pacientes atendidos.
- Crear espacios de formación para todos los integrantes del equipo, tanto interdisciplinarios como por disciplina específica.
- Constituir un espacio para estudiantes de pre y postgrado, donde la APS deje de observarse como una práctica utópica, y pase a ser una estrategia concreta y posible en condiciones adecuadas de trabajo.

- Disminuir las barreras de accesibilidad para la elección y uso correcto de métodos anticonceptivos.

De la sistematización:

- Evaluar si la conformación de un equipo multidisciplinario nos permite un abordaje integral de las problemáticas planteadas.
- Evaluar el impacto de la Reunión de Equipo dentro del horario laboral.
- Cuantificar el impacto de los distintos Programas Nacionales y Provinciales en la provisión de medicamentos utilizados.
- Cuantificar controles de salud en población infantil y adulta en la población del área, prácticas preventivas.
- Intensificar la detección y tratamiento oportuno de patologías prevalentes.

Fundamentación

Una de las principales motivaciones para realizar el presente trabajo es la convicción de visualizar la salud como una construcción histórico-social resultante y dependiente de las acciones que realizan a favor o en contra los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones. Como construcción social, la salud implica pensar en lo diverso, en la percepción que cada persona, grupo o comunidad tiene en función de una determinada concepción o ideal de salud. La multicausalidad y complejidad de los problemas de salud lleva a la necesidad de enfrentarlos mediante el uso adecuado de diferentes intervenciones sociales, políticas, profesionales y organizativas comunitarias que desafíen las propuestas del sistema hegemónico vigente. Para ello es sin embargo imprescindible poder reconocernos a nosotros mismos, a los integrantes de equipos de salud como trabajadores y como integrantes partícipes de esta realidad que pretendemos modificar en y en consecuencia, como sujetos pasibles de generar y también sufrir los mecanismos de opresión, o liberación en los cuales nosotros mismos participamos. Es insoslayable destacar la importancia del trabajo planificado y llevado a cabo a raíz de necesidades sentidas por la comunidad. Aunando esfuerzos, saberes, sentimientos y generando estrategias de intervención transformadoras. Es necesario, eso sí, saber qué pretendemos decir cada uno de nosotros cuando hablamos de transformar, un concepto ligado a la idea del cambio. Pero el sentido de este cambio está profundamente relacionado con la mirada ideológica y política naturalizada (pero pasible también de ser pensada y modificada) por cada uno de nosotros a lo largo de su vida. La transformación no es necesariamente sinónimo de liberación, y de hecho la práctica habitual en APS consigue muchas veces emparchar situaciones de opresión sin modificarlas. Y de este modo, las perpetúa. Los ejemplos son múltiples y evidentes: Se realizan “controles de salud”, para detectar problemas. Salimos a los comedores, realizamos profundos “análisis de situación”.

Pero una vez detectados, los problemas no nos llevan habitualmente a pensar propuestas transformadoras. Así, darle leche a los chicos desnutridos es la respuesta incorporada de los “Centros de Salud” ante una situación que evidencia la falta de la necesidad más básica, la falta del alimento. Vale la pena pensar hasta qué punto cambia algo (o hasta qué punto perpetúa la exclusión) este litro de leche incorporado a los Centros de Atención Primaria como única respuesta brindada (con saludables excepciones) al problema social detectado. Nos parece importante plantear, que no creemos que la APS sea un grupo de actividades de salud, o un nivel de atención, o una estrategia para la organización de servicios, sino que representa una propuesta ideológica y política que permea a todo el sistema de atención a la salud, y que ha permitido el avance -o al menos poner en debate- el modelo Salud/ Enfermedad/ Atención en diferentes países.

Marco teórico

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una construcción propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 como estrategia para lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000. Sin duda la estrategia de APS se encuentra en etapa discursiva desde entonces, su operacionalización real depende de decisiones político-sanitarias que se enfrentan a determinados intereses hegemónicos que la gran mayoría de los Estados no están dispuestos a afrontar. La efectiva instrumentación de la Atención Primaria requiere que las políticas de salud, asuman la promoción de la salud y la prevención como funciones esenciales y no sólo como actividades marginales. En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, se definió que la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma...”¹, no concerniendo exclusivamente al sector sanitario. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La misma ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de políticas de salud, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de lograr un cambio de paradigma que preconice la salud y no la enfermedad. Una de las definiciones de participación social (PS) en la cual nos basamos es la brindada por Muller (1979), quien la define como “el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones. El grupo estipula sus relaciones en función del problema, al cual busca solución mediante un

¹ *Carta Ottawa para la promoción de la salud. Canadá. 1986.*

proyecto de desarrollo de mejoras o cambio de la situación”². Una de las características de la participación comunitaria es que busca mejorar la calidad de vida de los miembros de la comunidad en función de valores que le son propios, para que la mejora pueda ser sostenible en el tiempo. En los modos habituales de enseñar y aprender contenidos disciplinares específicos aprendemos y enseñamos también formas de dominación, de desvalorización de saberes y personas, de perpetuación de relaciones de poder. En oposición, nuestro enfoque de trabajo se enmarca en los fundamentos de la educación popular. Entendemos a ésta como el proceso sistemático e intencionado de comprensión de la práctica social para transformarla de manera consciente, en función de procesos organizativos concretos. La concepción de la misma implica una radicalizada pedagogía que enfrenta en todos los aspectos al adoctrinamiento del sistema.

La misma permitirá y ayudará a asumir el papel de sujetos activos, críticos y creadores en la construcción de la historia. En palabras de Freire: “Nadie educa a nadie, nadie se educa a sí mismo; las personas se educan entre sí mediatizadas por el mundo”.

Con respecto al trabajo interdisciplinario conceptualizamos que una disciplina es un campo de conocimiento hipotético que se establece alrededor de un recorte específico de un objeto del conocimiento, que lo transforma en su objeto y que está autorizado o legitimado social, legal y cognoscitivamente. Al decir hipotético, decimos que dicho conocimiento es posible, que no tiene carácter único ni absoluto, es un recorte en tanto estudia un aspecto de la realidad.

Es imprescindible instrumentar la interrelación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar nuestra práctica. Sin embargo, no alcanza con la sola participación de distintas disciplinas para que sus acciones resulten eficaces. Es fundamental que constituyan un equipo, esto significa diversidad de funciones organizadas, una tarea, para lograr un objetivo. El hacer, la tarea, ocupan un lugar fundante en la concepción del sujeto, y en consecuencia en la elaboración de un criterio de salud en términos de adaptabilidad activa de la realidad. Según E. Pichon Riviére, “El sujeto es “sano” en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a su vez a él mismo”³.

La sistematización surgió en América Latina en los años setenta y desde organizaciones que trabajan en el ámbito de la educación popular. Se empieza a vincular la sistematización con otras metodologías como técnicas de diagnóstico comunitario, planificación

² Menéndez Eduardo L., *Participación Local en Salud: las representaciones y las prácticas. Participación Social ¿Para qué?* Eduardo L. Menéndez-Hugo G. Spinelli. Editorial Lugar. 2006.

³ Pichón-Riviére, E., “Aportaciones a la didáctica de la psicología social”, en *el Proceso Grupal*, Ed. Nueva Visión, 1975.

participativa, etc. Ello permitió el desarrollo de adaptaciones y nuevas experiencias de sistematización en diferentes ámbitos.

Se pueden identificar una serie de características comunes a todo ejercicio de sistematización, antes de subrayarlas, cabe señalar que a toda sistematización le antecede una práctica. Una vez acontecida la misma, la sistematización es un proceso participativo que permite ordenar lo acontecido, recuperar así la memoria histórica, interpretarla, aprender nuevos conocimientos y compartirlos con otras personas. m

En la perspectiva dialéctica se pretende conocer el proceso social desde adentro, como personas participantes en él, que estamos implicadas y comprometidas en la construcción de alternativas diferentes. El proceso social no sólo se compone de acciones medibles, cuantificables y cualificables, sino que es una manera de vivir en la historia. Nuestra práctica particular forma parte de la práctica social e histórica de la humanidad.

Considerando que nos estamos refiriendo a una intervención que tiene objetivos transformadores, esta dimensión subjetiva del conocer desde la práctica no sólo es importante para reflexionar e interpretar, sino sobre todo para comprometerse con la transformación.

Materiales y Métodos

Estudio cuali-cuantitativo:

La posibilidad de contar con la aplicación de los métodos cualitativos y cuantitativos nos permite realizar una triangulación, es decir combinar ambos métodos para obtener el desarrollo de nuevos conocimientos.

Componente cualitativo: Investigación-Acción.

Incluimos la observación participante, análisis de textos bibliográficos, entrevista en profundidad, las historias de vida, registros escritos de las reuniones de equipo (cuadernos de novedades, volúmenes 1, 2 y 3) que llevamos en cada reunión, donde se vuelcan los temas tratados y las decisiones que de la reunión surgen. Registro de actividades extramuros, relatoría de talleres, fotos y cuadernillos que surgen de los talleres (escritos por los participantes, o en ocasiones por los coordinadores), registro de pacientes analfabetos, y registros del archivo cronológico.

Componente cuantitativo. Descriptivo de Corte Transversal.

Relevamiento de historias clínicas pediátricas y de controles prenatales. Bases de datos: padrón de beneficiarios, listados y organización de medicación, listado de DIU colocados, papanicolau (Pap) realizados, bases de datos propias sobre pacientes incluidos en Programas Provinciales y Nacionales. Registro de controles de pacientes crónicos; cuaderno de controles de pacientes hipertensos y diabéticos; cuaderno de pacientes con enfermedad de Chagas.

Actividades desarrolladas

Organización de la actividad Asistencial en los consultorios

1. Demanda espontánea y programada

Los consultorios funcionan de lunes a viernes entre las 8 y 17 horas, desarrollándose allí las prácticas habituales en Atención Primaria. Coexisten dos modalidades de atención en forma simultánea: la consulta programada y la consulta espontánea.

También se realizan visitas domiciliarias a algunos pacientes cuando el Equipo entiende que así lo requieren. El objetivo es realizar el seguimiento del paciente y su familia, para facilitar la adherencia al tratamiento, la atención en consultorio, o conocer más íntimamente la realidad de las familias de mayor riesgo. Existe un registro de historias clínicas únicas, donde cada miembro del equipo escribe la evolución, permitiendo un trabajo interdisciplinario más eficiente.

2. Ficheros cronológicos

Contamos con ficheros cronológico de controles prenatales desde enero de 2008, vacunas en menores de 16 años y de niños/as desnutridos desde octubre del mismo año (actualmente se encuentran en seguimiento 40 niños/as). De esta manera si no hubo concurrencia al control (se entregan turnos programados en el control previo), o no vinieron a vacunarse se llama por teléfono o se realiza una visita domiciliaria para reprogramar el encuentro.

3. Medicamentos

Un punto que consideramos parte esencial de la asistencia, es la provisión del total de medicamentos requeridos por las personas asistidas en el Servicio, en tanto estos partan de una prescripción racional. Esto lleva un arduo trabajo de gestión, que es facilitado ya que la dirección del hospital, lo considera esencial.

Se realiza un pedido semestral de medicamentos, que se licitan a través del Ministerio. Otras fuentes son los Programas Provinciales (fundamentalmente el PROSSER, y Prodiaba). El Remediar aporta una cantidad escasa, que fluctúa mucho en los distintos meses, dificultando la organización.

4. Salud reproductiva y procreación responsable.

Desde la creación del Servicio de Salud Comunitaria implementamos el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PROSSER). Las personas que consultan solicitando un método anticonceptivo son atendidas en demanda espontánea, por médicos y/o enfermeros capacitados, que realizan asesoramiento sobre los métodos que provee el programa, siempre en un marco de respeto por la persona, y con la confidencialidad y

privacidad que toda consulta requiere. Se confecciona la historia clínica y se sugiere un control de salud posterior. En cada consulta por otro motivo o cuando concurren al Servicio para retirar el método elegido (anticonceptivos orales, preservativos, colocación de DIU etc.) sistemáticamente se refuerza el asesoramiento, abriendo el espacio para consultar acerca de dudas y dificultades sobre el método. Esto apunta básicamente a mejorar la eficacia/efectividad de los métodos.

5. Los abogados y el Consultorio Jurídico.

La articulación con la O.N.G “Observatorio del trabajo, pobreza y exclusión”, permitió organizar un Consultorio Jurídico gratuito que funciona en “la casita” una vez por semana. Los ejes de trabajo son los derechos laborales y la seguridad social. Los abogados dan respuestas a cuestiones de indocumentación, problemas de vivienda y tierra, violencia familiar y pensiones.

Organización de actividades de Promoción en APS

1. Talleres creativos y rincón de lectura

Este proyecto consiste en un Taller Semanal de Lectura coordinado por la psicóloga y una médica que convoca a chicos del barrio e integra a jóvenes discapacitados que se hallan internados, se realiza en uno de los comedores del barrio. La lectura permite a los niños inventar nuevos mundos, crear otras maneras de acercarse a otros, y conocerse a través de sus creaciones, ya sean dibujos o escritos. Posibilita que puedan pensarse a sí mismos y construir su identidad. Abre el campo de lo imaginario, permite ver otras realidades. Para los jóvenes internados tiene como objetivo primordial la integración social como fundamento básico en su rehabilitación.

2. Talleres para mujeres embarazadas

Desde el comienzo de nuestra actividad en los consultorios se realizaron controles de embarazo. Se empezó a pensar la posibilidad de dictar un curso de preparación para el embarazo y el parto a partir de marzo de 2008, tomó fuerza la idea de generar un espacio interdisciplinario para realizar una actividad tan importante para el cuidado del embarazo como es la promoción de salud. El grupo interdisciplinario que coordina los encuentros de “Preparación para el Parto” está formado por la profesora de educación física, la psicóloga, la licenciada en obstetricia y una médica generalista.

El objetivo fundamental de los talleres es potenciar los recursos de salud de cada una de los participantes, para el enriquecimiento personal y del grupo. Se realizan encuentros semanales de aproximadamente dos horas y media de duración, que contempla la realización de actividad física y el desarrollo de un tema diferente en cada uno de los

encuentros: nutrición, parto, cuidados del recién nacido, lactancia, puerperio y anticoncepción.

3. El taller de alfabetización

Con el trabajo en el barrio se comenzó a observar un elevado número de personas con dificultad para leer y escribir o con nulos conocimientos sobre el lenguaje escrito. Es entonces cuando se plantea la necesidad de generar un taller de alfabetización destinado a adultos. Dado que el lenguaje escrito es utilizado, prácticamente, en todos los ámbitos, desde los cotidianos a los más formales, su conocimiento y uso supone para los participantes un avance en su inclusión social y no marginación, aumentando la autoestima y confianza en sí mismos, "desculpabilizándose" del hecho de "no saber" y viéndose como seres con derechos. El taller comenzó en la tercera semana de septiembre de 2008. Participan del equipo la enfermera y dos maestras. Consta de dos encuentros semanales, cada uno de dos horas de duración y participan actualmente 5 mujeres.

4. Taller de pautas alimentarias y ejercicio

El grupo está conformado por personas con diferentes patologías como obesidad, diabetes e hipertensión y coordinado por la enfermera y una promotora de salud desde marzo de 2008. Consta de dos encuentros semanales, de dos horas de duración cada uno. Actualmente participan ocho personas.

Organización de actividades de educación en APS

Es difícil definir el límite entre las actividades de promoción, y aquellas dedicadas a la formación del recurso humano en APS. Está claro para nosotros que todas las actividades en las cuales participamos, incluso como coordinadores, son instancias de aprendizaje personal y profesional. Sin embargo, hay espacios que están claramente destinados a poner en juego y debate los conocimientos formales que traemos incorporados desde nuestra formación de grado como enfermeros, médicos, obstétricas, etc., revisarlos, repensar lo que sabemos y el modo en que incorporamos esa información a nuestra práctica. Son espacios de formación interna, que incluyen además del debate y la socialización conceptual -características de la Reunión de Equipo-, actividades de aprendizaje sobre el uso racional de medicamentos; lectura crítica de evidencia; normatización de prácticas y debate de casos clínicos o situaciones problemáticas. A partir del marzo del 2008 decidimos organizar, dentro del horario laboral, un espacio semanal de 4 horas para la formación interna, en la cual participa todo el Equipo, según la temática la formación es conjunta o por disciplinas. Hay otros espacios, en los cuales estamos participando sin inocencia ideológica (el Seminario de Educación Popular y Salud dictado durante el 3er trimestre de 2008; el Curso de Formación de Promotores de Salud junto al

Proyecto de Extensión Universitaria de la UNLP “Derecho a tener Derechos”, durante 2008/2009; la propia incorporación de estudiantes de grado y postgrado en las actividades de consultorio y extramuros que realizamos son ejemplos claros) que tienen el objetivo de incorporar otras formas de aprender y enseñar para el afuera, de difundir lo que pensamos mientras también nosotros seguimos aprendiendo.

Organización de actividades de investigación en APS

1. Análisis de Situación de Salud

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una herramienta en APS, que tiene como propósito identificar las características sociales, psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución. El objetivo de este proyecto es realizar un ASIS en forma participativa desde las organizaciones sociales, instituciones educativas, de salud y la comunidad de los barrios Las Rosas y Altos del Sol, sitios donde viven la mayoría de las personas que concurren al Servicio, con el fin de planificar e implementar estrategias de intervención en función de la problemática priorizada, comenzó a llevarse a cabo a partir de junio de 2009 y está en etapa de planificación, definición de objetivos, diseño metodológico, etc. Se realizará junto a un grupo de de estudiantes y graduados de diferentes disciplinas, ingenieros ambientales, biotecnólogos y bioquímicos de la UNLP

2. Abordaje integral del Chagas urbano. Investigación-Acción colaborativa.

Se comenzó a trabajar la investigación en Atención Primaria, con un proyecto a cargo de la Dra. Mariana Sanmartino, Investigadora Asistente del CONICET. Es una experiencia de investigación-acción colaborativa (entre investigadores y miembros del Equipo de Salud) que permite poner en marcha e instalar un proceso de trabajo y abordaje integral frente a la problemática del Chagas urbano. En el contexto de esta experiencia, entendemos por “abordaje integral” al trabajo interdisciplinario que permita contemplar, encarar y contextualizar la problemática del Chagas urbano tanto desde los aspectos biomédicos como desde los aspectos psicosociales. En este momento los propios integrantes del Servicio están siendo entrevistados para trabajar las propias concepciones culturales y mitos que tenemos sobre esta enfermedad. Posteriormente, en el marco de esta investigación-acción, nos integraremos en las entrevistas que se hagan en la comunidad.

3. Investigación en vacunas

Otra de las cuestiones que nos planteamos fue la importancia de la vacunación en niños, embarazadas y adultos como una de las más importantes herramientas en la estrategia de APS que podría mejorar los indicadores de salud de la comunidad.

Por eso mismo, dos de los enfermeros se capacitaron en vacunación, realizando el Curso del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) durante el año 2007, esto permitió comenzar a vacunar en nuestro Servicio desde Abril de 2008.

Nuestro interés va más allá, no sólo queremos vacunar, sino también medir el impacto de nuestra acción. Para poder evaluarlo nos propusimos la tarea de cuantificar la cobertura vacunal de la población pediátrica del área, antes del Abril de 2008, y realizar un análisis comparativo de los datos de coberturas que obtendremos en Abril de 2010.

Desde el mes de Mayo de 2008, se realiza la recolección de datos, en distintos comedores del barrio, donde se explicita el motivo de nuestra investigación, y solicitando la colaboración de los vecinos facilitándonos las libretas o carnets de vacunas.

Resultados

Desde el inicio de las actividades del Servicio de Salud Comunitaria hasta el 31 de diciembre de 2008 contamos con un total de 3036 historias clínicas, de las cuales 1194 corresponden adultos y 1842 a niños (menores de 14 años). Como se dijo anteriormente contemplamos en nuestra modalidad asistencial la posibilidad de que un profesional médico atienda un consultorio de demanda espontánea y otro que atienda exclusivamente las consultas programadas con turno anticipado. Esta modalidad nos permite así dar una respuesta a la demanda por patologías agudas que se presenta con variaciones estacionales, sin dejar de lado el enfoque puesto en la salud integral, al mantener las consultas programadas. Hemos retomado la organización del cronograma de trabajo cuantas veces fue necesario para evaluar y proponer de qué manera responder al aumento del número de consultas, debido al deficitario sistema sanitario del área. Esto genera una búsqueda constante de alternativas que nos permitan continuar brindando una atención digna, personalizada y con recursos acordes. Hemos establecido contacto para referencia y contrarreferencia con diferentes hospitales y servicios. En primer lugar esto nos permite contactar directamente a profesionales y servicios, no solo para agilizar los tiempos de espera de turnos, sino también para presentar adecuadamente los pacientes y la referencia oportunamente. Consideramos igualmente que esta construcción informal de relaciones con otros profesionales y disciplinas se generó a partir de un sistema de referencia-contrarreferencia viciado y caduco que debe mejorarse en el mediano plazo.

Cada uno de los programas que llegan al Servicio tiene un sistema de registro y planillas que necesitan ser completados para continuar recibéndolos. Esto sumado al registro en nuestras historias clínicas y planillas de consulta diaria, agrega tiempo de burocracia a la consulta y por lo tanto quita tiempo de escucha. Además la ausencia de un cargo

administrativo, trae como consecuencia que se debe hacer cargo de ello una enfermera que quita tiempo de su trabajo real y que a menudo usa sus fines de semana para cumplir con dicho rol. Todo esto es evaluado por el Equipo como negativo, pero hasta el momento no contamos con otra posibilidad. Continuamos intentando agilizar todos los aspectos en los que podamos contribuir. Existe un déficit de provisión adecuada y sostenida de medicación por parte de los Programas Provinciales y Nacionales. El pedido de medicación por programas se realiza directamente a Región Sanitaria, donde se elevan todas las notas con pedidos según los requerimientos. En este momento, aunque los mismos se realicen en tiempo y forma correcta no son entregados, debido a esta problemática a lo largo del año el Hospital ha comprado la medicación o material que debiera estar provisto por programas provinciales. Esta situación con respecto a los programas es compleja, porque los pedidos de medicación e insumos desde Hospital se realizan cada tres a seis meses y con licitación de por medio.

Salud de la mujer

Durante el período comprendido entre octubre/noviembre y diciembre de 2008 se realizaron 93 Pap. Se obtuvieron los siguientes resultados: 87 fueron clase I o II, 2 fueron clase III, una de las mujeres está en seguimiento en conjunto con el Hospital de referencia y la otra mujer se fue a vivir a Paraguay, de todas formas se le informó el resultado a través de un familiar. Existen 4 casos en los cuales no contamos con el resultado por déficit en el registro. Inferimos que no son patológicos ya que el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de referencia nos informa vía telefónica aquellos Pap clase III, IV y V.

Colocación de DIU por médicos/as generalistas: acortando barreras.

En diciembre de 2008, 420 mujeres retiraron algún método anticonceptivo (durante un período mínimo de 3 meses). El más elegido es el anticonceptivo inyectable (270 mujeres), con respecto a la colocación de DIU se lograron superar las barreras que impedían a las mujeres acceder al uso de este método, como largas esperas por turnos en el hospital, realización de prácticas innecesarias para su uso (pap, colposcopia y laboratorio), que si bien hacen al cuidado de la salud de la mujer no son imprescindibles para el uso del DIU. Esto cambia radicalmente la situación desde el momento en que el enfoque del equipo está puesto en abordar las inquietudes de la mujer que solicita el método, garantizando la decisión informada y mejorando la continuidad y uso consistente del mismo.

Cantidad de embarazadas bajo control

El relevamiento se efectuó en el mes diciembre de 2008, en ese momento se encontraban en seguimiento 43 embarazadas. La cantidad de controles prenatales realizados por embarazo son en promedio 8, encontrándose un mínimo de 5 y un máximo de 11. Del total de embarazadas (43) en seguimiento en el mes de Diciembre de 2008, 28 realizaron su primer control prenatal durante el primer trimestre del embarazo, entre las 7 y 12 semanas.

Las restantes realizaron su primer control entre las semanas 15 y 20, solo dos de ellas lo hicieron después de la semana 25.

El taller para embarazadas.

En la evaluación del primer ciclo de talleres (7 encuentros) las coordinadoras se plantearon diferentes estrategias de convocatoria, porque al parecer cuantitativamente no se había logrado masiva concurrencia (4 embarazadas en cada encuentro) de todos modos, fue sumamente enriquecedor para todo el grupo, por el espacio de intercambio y crecimiento personal y profesional que brindó. Una de las embarazadas que concurrió al primer ciclo (M... de 17 años) refirió que fue de gran utilidad todo el trabajo realizado al momento de llegar al término del embarazo, sino que el hecho de haber fortalecido en este espacio sus propias herramientas y recursos, la posicionó de otra manera en el momento de consultar en un nivel de atención de mayor complejidad, permitiéndole tomar decisiones y vivenciar la llegada de su hija de una forma diferente a la que esperaba cuando comenzaron los talleres ("quiero que el parto pase rápido y sin dolor"). El segundo ciclo de encuentros se está realizando en el espacio del hospital, (el primer ciclo se realizó en un espacio a unas 12 cuadras del mismo), lo que facilita la asistencia, pero dificulta la posibilidad de realizar actividad física. El número de participantes se mantiene (3 o 4 por cada encuentro).

La "casita" abierta a estudiantes y residentes de distintas disciplinas.

La presencia de estudiantes de medicina (actualmente concurren 3 una vez por semana), y residentes de diferentes disciplinas es evaluada como altamente positiva, ya que esto permite difundir nuestra visión de la APS, brindar un espacio de formación concreto y diferente, exige la actualización continua del equipo y nos permite socializar una experiencia de trabajo interdisciplinario real.

El rincón de lectura.

Este espacio ha tomado diversas formas desde agosto de 2007 a la fecha, dependiendo de los cambios en cuanto al espacio físico, y de los participantes. Es un espacio único que considera un doble eje: apertura hacia adentro: al integrar con los internos a gente de la comunidad y apertura hacia fuera: al integrar a los internos con los chicos del barrio, dando como resultado una intersección entre el espacio hospitalario de los chicos con discapacidad mental y el Servicio de Salud Comunitaria espacio abierto para la atención de la comunidad. Por lo tanto la lectura cualitativa puede leerse en dos direcciones:

-Para los internos que participan del taller compartir un espacio con chicos del barrio en su "casa" ha tenido efectos subjetivizadores, la posibilidad de recibir en su espacio a chicos del afuera produjo una resignificación de su espacio a partir de la mirada de reconocimiento de los otros. La dimensión del semejante y el intercambio simbólico con los "diferentes" afianza y a la vez enriquece sus procesos de construcción de identidad.

-Para los chicos del barrio la integración del “diferente” en un espacio donde el placer por la lectura es el eje que convoca al intercambio, es la posibilidad de dimensionar lo humano-semejante que enriquece en detrimento de lo deficitario que divide, de la discriminación que separa, producto del miedo y el rechazo por lo desconocido.

En este doble movimiento, las representaciones mentales acerca de los “diferentes” se ven movilizadas, se abren hacia lo nuevo, y los “sapos de otro pozo” se animan y saltan fuera de los pozos correspondientes para celebrar el encuentro.

Una plaza para todos y todas.

Como resultado del Curso de Formación de Promotores de Salud que se está desarrollando surgió, de las mismas promotoras, la necesidad de fomentar espacios verdes en el barrio, y se comenzó a gestar la idea de construir una plaza en unos terrenos lindantes al Hospital.

Este proyecto se está desarrollando actualmente con la participación de distintas organizaciones sociales, el hospital, el Centro de Prevención de Adicciones y vecinos de la zona y de otros barrios también. Se están realizando asambleas barriales semanales, para construir una plaza en la que todos participemos y nos sintamos parte, y por lo tanto contribuyamos a la realización, diseño y mantenimiento de la misma. Se han realizado varias jornadas de trabajo y ya se han colocado juegos y cancha de fútbol.

Déficit edilicio y proyecto de ampliación del Servicio.

Otra de las realidades evaluadas como negativas es el déficit edilicio, Sin embargo, a raíz de la movilización e insistencia del equipo, este año gestionamos a través de la dirección del hospital, y posteriormente el Ministerio aprobó el proyecto de construcción de una estructura edilicia más grande que cuente con un SUM, cuatro consultorios, dos baños, y una sala de espera grande. Estamos en la etapa final a pocos días de comenzar con la construcción.

Conclusiones

Uno de los principales logros de este proyecto es la constitución de un Equipo conformado por personas que han ido incorporándose a esta construcción colectiva, cada una/o con sus concepciones, historias, recorridos que fueron encontrándose, y construyendo este camino. Sabemos que los contextos socioculturales producen marcas que otorgan significatividad y sentido a los conocimientos previos. Así nos encontramos con conocimientos, sistemas de creencias e intereses diversos, diferencias que marcan distintos modos de comprender, abordar y resolver una misma situación. Las contradicciones entre diferentes experiencias, informaciones, puntos de vista pueden generar incertidumbre, pero es justamente el desequilibrio y la oposición entre esquemas diferentes lo que motoriza el aprendizaje, abre el interés por la resolución y la búsqueda de alternativas.

La Reunión de Equipo se constituyó, según lo dicho por uno de los integrantes en la evaluación del año 2008 en un “espacio para pensar, para formarnos, donde se trabaja de forma horizontal...” Este trabajo nos permitió generar espacios de trabajo de APS concretos, sostenerlos, respetarlos y buscar herramientas que los validen (como esta sistematización) para avalar nuestra práctica y socializar la experiencia en distintos espacios. La sistematización nos permitió también “poner un freno” para reflexionar sobre el crecimiento exponencial que tuvimos en tan corto tiempo y realizar un análisis cuantitativo de nuestras prácticas cotidianas en el Servicio, que nos servirá como herramientas para poder repensar y mejorar nuestra práctica. Pensamos que no es nuestro rol en la comunidad organizada suplir las carencias que existen, no somos tampoco observadores externos, pero sí nos sentimos trabajadores comprometidos partícipes de esta realidad que pretendemos transformar. No somos intermediarios entre el Estado y la comunidad sino que trabajamos cotidianamente para generar nuevas formas de construcción horizontal, dentro de un espacio digno y liberador. Cabe aclarar que “Sapos de Otro Pozo” fue pensado, discutido, escrito, vuelto a repensar, rediscutir y reescribir por todo el Equipo y nos permite analizar nuestras propias prácticas, el por qué hacemos lo que hacemos, para qué, para quiénes, bajo qué prejuicios, paradigmas y concepciones con el fin de, como dice una integrante del Equipo: “transformarnos en seres transformadores”.

Mirada desde la ventana del Hospital...

Marisa es nuestra psicóloga, compañera de camino y escribió estas palabras.

Una institución de internos tiene características iatrogénicas que a esta altura ya se saben. En este lugar, hospital, viven chicos con discapacidad mental, donde, hablando claramente, han sufrido primero el abandono social para luego ser poseídos por el discurso médico; es ciertamente el extremo de lo asistencial lo que se pone en juego.

Al otro lado, en el otro extremo, la APS hizo su aparición dentro del predio hospitalario, en el espacio diferenciado de “la casita” (así es llamado el Servicio de Salud Comunitaria). Fue intenso y resistido por la institución el surgimiento de los llamados consultorios externos. Otra vez “lo diferente”, “lo desconocido” fue difícil de incorporar. No para los chicos discapacitados, que fueron incorporando espontáneamente a los nuevos trabajadores como a la gente que entra y sale en forma permanente, generando otros circuitos vitales dentro del espacio cerrado, de rutinas estereotipadas del hospital. El mayor inconveniente estuvo dentro de cada trabajador, dentro del encierro con el que cada uno carga, el de la invisibilización de la institución que cada uno porta.

En lo personal, no hubo costo, sino la ganancia de recibir más oxígeno para mi práctica profesional, encontré en el intercambio con los nuevos trabajadores el mismo criterio de salud, miramos a través de la misma ventana, pero esta vez pude abrirla, y compartir lo saludable de no reducirnos a la atención de la enfermedad, sino en potenciar un clima permanente de creación de recursos para estar sanos.

Vemos cada día desde la ventana del hospital “la casita” (que ya tiene resonancias de “hogar” para mucha gente de la comunidad como para mí), la miro como a una criatura que crece rápido, fuerte y sana, con la frescura que trae todo lo nuevo, con el impulso de vida timoneando frente a todos los obstáculos ideológicos -estructurales -estatales –burocráticos- institucionales que aparecen, con el empuje inocente (que no es igual a ignorante) de quienes pueden asombrarse con que suceda y sucede: una práctica que nos humaniza.

Propuestas

- Tomar este trabajo de sistematización como una nueva fuente a utilizar por el Equipo para seguir problematizando sus prácticas.
- Continuar con los espacios de formación en el Servicio para mejorar nuestras intervenciones ante diferentes problemas de salud.
- Seguir capacitándonos para realizar nuevas investigaciones en el ámbito de APS.
- Investigar y hacer un análisis de la calidad de las prácticas desarrolladas en nuestro Servicio de Salud.
- Ampliar el trabajo en talleres y la participación en espacios y redes comunitarias.
- Continuar el trabajo iniciado en el ámbito universitario, y la comunidad en relación a las tareas de promoción y prevención en salud.
- Pensar nuestra participación en programas radiales que aborden la temática de la prevención y la promoción de la salud en radios comunitarias del barrio.
- Mejorar el trabajo epidemiológico en el área.
- Mejorar el registro y la normatización de las prácticas asistenciales.
- Continuar la lucha por tomar conciencia de nuestro rol de trabajadores, y de la necesidad de condiciones de trabajo dignas.
- Continuar con la formación de recurso humano en pre y post-grado como parte sustancial de nuestra práctica.

Bibliografía

- Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2):123-146.
- Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Ingrid Vargas, Maria Luisa Vázquez, Elisabet Jané. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (4):927-937, julio, 2002.
- Freire, P. (2004). *El grito manso*. México: Siglo XXI.
- Freire, P. (2002, 19701): *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Giroux, H.A. (1997): *Cruzando límites. Trabajadores culturales y políticas educativas*. Barcelona: Paidós.
- I. de la Revilla a Ahumada, D. Siles Román y L. A. López-Fernández. *La participación comunitaria en Atención Primaria* A. Martín Zurro/J. F. Cano Perez, Tercera edición Ediciones Doyma, S. A. 1994, 95-107.
- Matus C.: *Política, Planificación y Gobierno*. OPS/ILPES. Washington, DC. 1987.
- Morin, Edgar; *Introducción al Pensamiento Complejo*, Barcelona, Gedisa, 4ª reimpresión, 2001.
- *Participación Social ¿Para qué?* Eduardo L. Menéndez-Hugo G. Spinelli. Editorial Lugar. 2006.
- Pichón-Riviére, E., "Aportaciones a la didáctica de la psicología social", en el *Proceso Grupal*, Ed. Nueva Visión, 1975.
- Proyecto de Sistematización de Experiencias de Desarrollo Humano. Viendo. Sistematización. www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf.
- Reflexiones acerca de la Participación social; Cuadernos de capacitación de la residencia interdisciplinaria de Educación para la Salud. *Salud y Población* N°5, 2006.
- Svampa, Maristella, 2005: *La sociedad excluyente*. Taurus, Buenos Aires.
- Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú: "Jornada de Re- Encuentro", Lima, 8 de julio de 1993 (Documento interno).
- Vasilachis I. *Métodos cualitativos I*, Tesis N° 6. Centro Editor de América Latina, 1993.