

# **COMO SAPOS DE OTRO POZO**

## **Autores**

- Lola Castellano (Maestra, Talleres de Alfabetización)
- Marcia Noelia Carrizo (Médica Generalista)
- Adriana Colombo (Directora asociada del Hospital José Ingenieros)
- Diego Echeagaray (Enfermero)
- Adriana Escalante (Promotora de Salud)
- Delma Gaggero (Médica Pediatra)
- Julia Gatica (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)
- Karina Laurito (Profesora de Educación Física y Terapista Ocupacional)
- Marisa Lemos (Psicóloga)
- Julieta Relli (Trabajadora Social)
- Marcela Roca (Maestra, Talleres de alfabetización)
- Francisco Rodrigues da Cunna (Enfermero)
- Daniel Rotelle (Director Ejecutivo del Hospital José Ingenieros)
- Mariana Sanmartino (Bióloga, Investigadora del Conicet)
- María José Tirao (Obstétrica)
- Natalia Paulina Villordo Quastler (Médica Generalista)
- Julia Yapura (Promotora de Salud)

## 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 (Freire, 2002).

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 la asistencia. 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.

## **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.

## **Metas**

### **1- Del Servicio**

- Contribuir a la transformación de las relaciones de poder en la comunidad, buscando la emancipación de los sujetos.
- Lograr activamente llevar a la práctica el concepto teórico de Atención Primaria de Salud.
- Conformar un equipo de trabajo cuyo eje no este centrado exclusivamente en una mirada biologicista de la enfermedad, sino también en la salud como una construcción histórico-social resultante de las acciones que realizan a favor o en contra los diversos actores sociales y políticos.
- Evitar situaciones de alienación laboral generando espacios liberadores para los integrantes del equipo de salud.
- Jerarquizar espacios de promoción, prevención e investigación en un ámbito sanitario destinado a la APS.

### **2- De la Sistematización**

- Obtener un marco de referencia -de producción propia- para la implementación de APS desde el Servicio de Salud Comunitaria.
- Incorporar la sistematización como herramienta para la reflexión continua del proceso de trabajo.

## **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.

## **Objetivos Específicos**

### **1- Del Servicio:**

- Fomentar espacios de participación, organización y construcción comunitaria de la salud y prevención de la enfermedad.
- 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.
- Incluir dentro del horario laboral la Reunión de Equipo, un espacio donde se tomen decisiones y se aporte desde las distintas miradas.
- 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.
- Implementar normas consensuadas tanto en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías, como en los controles de salud por grupo etéreo.
- Utilizar los medicamentos en forma racional, incorporando espacios de normatización y formación de los profesionales con este objetivo dentro del horario laboral.
- Crear espacios de formación para todos los integrantes del equipo, tanto interdisciplinarios como por disciplina específica con el fin de mejorar la respuesta del equipo frente a situaciones complejas y tomar parte activa en tareas no convencionales de salud.
- Incorporar la educación popular como una herramienta de formación y trabajo entre los propios integrantes del equipo y en la comunidad.

- 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.

## **2- De la sistematización:**

- Evaluar si la conformación de un equipo multidisciplinario nos permite un abordaje integral de las problemáticas planteadas.
- Contribuir a reconocernos a nosotros mismos, a los integrantes del Equipo de salud, como trabajadores, y como integrantes partícipes de esta realidad que pretendemos modificar.
- 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.
- Evaluar si se crearon redes sociales en la comunidad, y su impacto.
- Cuantificar controles de salud en población infantil y adulta en la población del área.
- Quali-cuantificar el número de controles prenatales adecuados.
- Cuantificar las prácticas preventivas realizadas (Papanicolau y vacunación) y personas con cobertura de Programas Nacionales y Provinciales.
- Cuantificar el número de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en la población menor de 2 años.
- Intensificar la detección y tratamiento oportuno de patologías prevalentes.

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 –casi siempre precarizados- en primer lugar. Y como integrantes partícipes de esta realidad que pretendemos modificar en segundo (y en consecuencia, como sujetos pasibles de generar y también sufrir los mecanismos de opresión, o liberación en los cuales nosotros mismos participamos).

Con respecto al primer punto, entendemos por condiciones laborales dignas de todos los trabajadores del Servicio a aquellas que tienen en cuenta una remuneración acorde a las necesidades básicas y a la carga horaria, donde la estabilidad laboral, la seguridad social y la seguridad e higiene del ámbito laboral estén garantizadas por los organismos responsables. También que el acceso al trabajo sea a través de concursos públicos que evalúen idoneidad. Teniendo en cuenta que en los organismos públicos existen estructuras verticalistas, donde las relaciones interpersonales se ven viciadas por situaciones de poder asimétricas, entendemos que las mismas deberían ser relaciones de poder simétricas, donde la importancia de la palabra de todos los integrantes sea vista y escuchada de manera igualitaria.

Es insoslayable además 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.

La ideología es una lectura de la realidad, una interpretación del mundo que se manifiesta en la práctica cotidiana, es decir, en la manera como los grupos y personas viven y actúan. Pero es además una lectura determinada por las peculiaridades de la lucha de clases en cada sociedad concreta. La ideología refleja las complejidades propias de cada ubicación en una determinada formación social y en un determinado momento histórico. Esta comprensión implica que toda interpretación del mundo es ideológica y, por consiguiente, que no sólo hay ocultamiento y justificación en determinadas ideologías, sino en todas.

Creemos, siguiendo los pensamientos de Ignacio Martín-Baró (psicólogo social salvadoreño que fuera asesinado en la madrugada del 16 de noviembre de 1989, junto a otros 6 sacerdotes jesuitas por integrantes de las fuerzas armadas cuando irrumpieron en la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”) que los grupos y personas tienen un papel mucho más activo en la articulación concreta de la ideología que las que habitualmente se les asigna. La persona y los grupos no son ingenuos en las redes de la ideología o, por lo menos no lo son siempre ni necesariamente, sino que son o pueden llegar a ser verdaderos actores, capaces de modificar sus relaciones con el mundo a través de una toma de conciencia práxica.

Nos parece importante dejar asentado, en cuanto a los aspectos conceptuales, 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.

La APS plantea la necesidad de generar nuevas formas del ejercicio del poder: en la relación paciente-profesional: está aceptado y reconocido el poder que el profesional de salud tiene y ejerce sobre el paciente: desde el momento que el paciente “espera” que le pongan el nombre a su mal, y por lo tanto legitimen su papel de “paciente”, hasta el tener que soportar cualquier tipo de maltrato ya sea físico con estudios o tratamientos invasivos o psicológicos disfrazado de “consejos”, se transforman en amenazas veladas al no cumplir las indicaciones del profesional.

Al interior del equipo de salud: existe un poder indiscutible del médico frente al resto de los profesionales, situación que es cuestionada como lucha interprofesional (médico-trabajador social) y a veces mal entendida como lucha de clases (médico-enfermero). Un verdadero trabajo en equipo debería poner en discusión el ejercicio del poder, no en base al conocimiento de cada disciplina, sino a la complejidad del problema a resolver en forma colectiva. Al reconocer que el trabajo interdisciplinario trata de abordar problemas complejos de la realidad, el espacio que crea la APS para la creación de conocimiento es realmente privilegiado: allí se pueden hacer nuevas preguntas, crear nuevos procedimientos y nuevos métodos de trabajo grupal que resuelvan los problemas colectivos e individuales de la salud para los cuales no existen recetas.

En la población: la participación comunitaria, elemento central en la definición de la APS es esencialmente una forma del ejercicio del poder en la sociedad. La tan mentada participación no es el pretendido trabajo extramuros, donde el equipo de salud pretende “organizar” a la comunidad para que ésta participe de los eventos que les prepararon. Generalmente, la comunidad ya está organizada, y para que participe se hacen necesarias dos cosas: que los mismos trabajadores de la salud estén dispuestos a ceder parte del poder que conscientemente o no tienen, por un lado, y que la comunidad esté dispuesta a asumir colectivamente el ejercicio consciente de ese poder, a través de su participación, por el otro. Si se acepta que la participación en salud es el ejercicio del poder en la comunidad en este campo, es necesario reconocer que una vez que cualquier grupo social adquiere conciencia del poder que tiene, es ingenuo suponer que lo va a ejercer en el ámbito restringido que se le imponga, y por lo tanto se transformará rápidamente en participación de carácter político.

A nivel de las relaciones comunidad/equipo/Estado: el poder así planteado, implica la posibilidad que se generen conflictos, entre el equipo de salud, la comunidad y el Estado. No pretendemos que le corresponda al equipo de salud resolver los múltiples conflictos que aparezcan, pero en un pensamiento estratégico, no es conveniente ignorarlos.

## **Marco teórico**

## Atención Primaria de Salud

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”. La misma surgió como una respuesta social y política a las graves e injustas desigualdades entre grupos de población, tanto en relación con su nivel de salud como a la distribución de los recursos que las sociedades asignan a evitar o corregir dichas desigualdades. Fue una propuesta de equidad y justicia social. Se define como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probados y socialmente aceptables, universalmente accesibles a los individuos y sus familias en la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Pone énfasis tanto en los servicios prevención y de promoción, como en los curativos”*<sup>1</sup>.

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 estrategia de Atención Primaria requiere que las políticas de salud, y en particular las que se refieren al primer nivel de atención, asuman la promoción de la salud y la prevención como funciones esenciales y no sólo como actividades marginales. Existen hoy claras evidencias de cuáles deben ser los emprendimientos en esta dirección y deberán priorizarse en función de un profundo conocimiento de la epidemiología del escenario donde se desempeña.

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...”*<sup>2</sup>, 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.

La promoción de la salud en América Latina debe buscar la creación de condiciones que logren transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud.

El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho a la salud. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no solo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes.

El sector salud se ve afectado por la situación actual de la Región y por su estructura tradicional de funcionamiento, expresada casi exclusivamente a través de una atención médica curativa más que a la salud lo que lo ha llevado a la incapacidad de proveer

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud: Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata (URSS), 1978, Ginebra, 1978.

<sup>2</sup> Carta Ottawa para la promoción de la salud. Canadá. 1986.

coberturas adecuadas y servicios de calidad aceptables. Esta situación ha creado en el sector salud la necesidad histórica de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo e impulso de la salud. Aunque cada país organiza su sistema de salud de forma diferente, todos coinciden en la búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud. La búsqueda de la equidad, en particular, es uno de los elementos centrales de los procesos de reforma del sector salud. Una de las cuestiones fundamentales que se han debatido en torno al objetivo de equidad es la de si todos los individuos deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (enfoque Igualitarista), o si se debería definir un conjunto limitado de servicios básicos de salud de acceso gratuito para los grupos de población con menos recursos (enfoque de niveles mínimos)<sup>3</sup>. A pesar de que la igualdad en el derecho a la salud, al acceso y uso de los servicios de salud figura como principio rector de la mayoría de las reformas de los países de América Latina, sólo algunos países de la región (Chile, Costa Rica y Cuba) han alcanzado tasas universales (o casi universales) de cobertura de salud.

El concepto de equidad se relaciona con aquello que consideramos “justo” y, por tanto, su significado depende de los valores o enfoques de sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos. Dentro de este panorama, la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de la comunidad en las modificaciones de las condiciones sanitarias, conducentes a la creación de una cultura de la salud. El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas. Sin embargo, la idea de que este proceso lo pueden promover agentes ajenos a la comunidad es un concepto relativamente moderno. A partir de 1950 se comenzó a aplicar esta idea como desarrollo de las comunidades o promoción rural, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de la vida. Estos programas tuvieron por meta organizar y movilizar a las comunidades para ir en pos de objetivos determinados fuera de la comunidad, basados en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas por profesionales de la salud y del desarrollo. También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió al organismo de salud o desarrollo organizar la comunidad. Cuando inevitablemente se encontró resistencia, se hizo un esfuerzo por encontrar y convencer a las personalidades locales para de este modo movilizar a la comunidad de una manera más eficaz. Sin embargo, para fines de la década de los ´60 ya era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados. En la década de los ´70 se introdujeron nuevas estrategias para la organización y desarrollo completo e integral de las comunidades, pero aunque tuvieron resultados en algunos sectores, no se ha podido lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud.

Varios factores han influido en esta situación, entre ellos la poca comprensión de que es lo que debe incluir la participación en la salud. En lugar de promover la participación, esos modelos son, manipulados, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, o bien autoritarios, ya que dan por hecho a un usuario pasivo que esta agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera principalmente como un favor y no como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido definida y

---

<sup>3</sup> *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, jul-ago, 2002.*

puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud. Una de las definiciones de participación social (PS) es la brindada por Muller (1979), quien, define a PS 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 proyecto de desarrollo de mejoras o cambio de la situación”*<sup>4</sup>. 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. La acción colectiva no sólo está sujeta al entramado de relaciones con el entorno socioeconómico, cultural y político, sino que incorpora como aspecto importante la dimensión afectiva o emocional.

La PS también puede ser definida como *“La capacidad de las personas (como sujetos histórico-sociales) y de su comunidad de detectar, identificar y resolver en forma solidaria los distintos factores que limiten su potencialidad vital”*<sup>5</sup>. La participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados.

Es un proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo.

En el contexto actual hay que asumir la participación social en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Por esto estudiar y promover la participación social, parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hace de una manera suficiente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo comprendido en relación con una visión de bienestar definido por la propia comunidad (la salud incluida). La intencionalidad de la participación social se comprende así, necesariamente, en su propósito de transformar las relaciones sociales.

## **Educación Popular**

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<sup>6</sup>. 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. Así, se disputa, también el “lugar” del cuerpo en el aprendizaje. Desde la educación popular se combate la fragmentación, la dualidad histórica que heredamos, la negación del

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Cátedra Libre de Salud y Derechos humanos Facultad de Medicina, UBA, 2006.

<sup>6</sup> Freire, P. (2002, 19701): *Pedagogía del oprimido. Siglo XXI. Buenos Aires.*

cuerpo y la “normalización” a que nos somete el sistema. Consideramos a las personas en su integridad, con sus sentires, sus acciones, sus pensares.

El sistema tiene para los cuerpos (no las personas), un lugar en la educación, detrás de bancos fijos, en espacios que niegan la movilidad, en filas, “bien sentados”. O bien a través de especialistas en educación corporal, que van adoctrinando, corrigiendo, instruyendo a los cuerpos para reproducir la misma relación disociada, fragmentada, mercantilista de las personas<sup>7</sup>. La educación popular, en su praxis, es una filosofía de vida, de transformación social y personal, que nos desafía permanentemente a desandar aprendizajes, estructuras y subjetividades que hemos ido incorporando con la educación y el sentido común del modelo reinante. Al plantear poner el “cuerpo en juego”, abrimos la puerta a reconstruir todo lo que allí hemos alojado. Nuestro enfoque no jerarquiza los conocimientos académicos, sino que los considera como una mirada alternativa a los saberes construidos por las personas. Esta idea la llevamos a la práctica mediante la realización de talleres, partiendo de la explicitación de los saberes de los participantes e intentando ponerlos en diálogo, en un pie de igualdad, con los saberes académicos. Este es un proceso, una construcción, que nos lleva a reflexionar permanentemente sobre nuestros propios esquemas de enseñanza y aprendizaje, ya que todos y todas tenemos interiorizadas formas de enseñar y aprender en las que las ciencias académicas son valoradas como verdades y se desvaloriza cualquier otra forma de conocimiento.

Entonces la educación popular 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”*<sup>8</sup>.

La denominación de “taller” ha sido utilizada con frecuencia en los últimos años para designar aquellas propuestas de trabajo que se diferencian o se consideran alternativas a un curso o seminario. Durante la década del 80 hubo un auge de esta estrategia, cierta mistificación, a tal punto que lo que no se denominaba taller era malo, o todo lo alternativo, o diferente a una cursada normal recibía el nombre de taller. Es necesario plantear que todas las estrategias tienen limitaciones y posibilidades y que su viabilidad y productividad depende del contexto, de los objetivos y finalidades.

En líneas generales, el taller ha sido considerado como opuesto a la enseñanza de carácter expositivo. En principio podemos situarla como una estrategia de trabajo global que configura de manera particular el lugar de los sujetos, el conocimiento y el contexto con el fin de propiciar procesos de aprendizaje.

El objetivo central del taller es la producción de conocimientos sobre la práctica.

El taller surge como una estrategia metodológica con supuestos previos y propósitos particulares, entre los cuales se pueden destacar:

- La valoración de la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes.
- La promoción de la construcción de conocimientos que integra las experiencias y vivencias personales de los participantes en el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- La opción de trabajar en pequeños grupos.
- Una intencionalidad “operativa”, es decir, que los aprendizajes realizados en el taller tengan una influencia en la acción de los sujetos y contribuyan a la producción en el espacio del taller de productos (materiales).

---

<sup>7</sup> Algava, Mariano; *Jugar y Jugarse. Las técnicas y dimensión Lúdica de la Educación Popular. 1ra Edición; Rosario: Ediciones América Libre, 2006.*

<sup>8</sup> Freire, P. (1997): *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa. Siglo XXI. México.*

Una particular interacción sujeto – sujeto que promueve la labor entre pares.

La estrategia de taller apunta a la construcción colectiva de conocimientos, construcción que parte de la problematización de la realidad y/o de la práctica de los sujetos implicados en el grupo. Esta forma de trabajo parte de considerar como central la participación y el compromiso de los sujetos en el análisis de su propia realidad.

Intenta una aproximación al conocimiento que rescata fundamentalmente lo grupal, cierta forma de elaboración colectiva y participativa del conocimiento, a partir de un encuadre dinámico y movilizador del trabajo grupal.

La participación de los sujetos en el proceso de aprendizaje requiere una continuidad en el tiempo, en el espacio y una forma de organización que permita ir avanzando a medida que se va generando el conocimiento.

Este tipo de modalidad apunta a: negociar la tarea con el grupo, generar situaciones en donde se ponga en juego la reflexión sobre la práctica, intervenir aportando otras miradas para enriquecer el trabajo, señalar obstaculizadores.

Se pueden plantear una serie de condiciones necesarias para la implementación de la estrategia de taller como metodología de trabajo:

- Continuidad en el tiempo y en el espacio.
- Grupos pequeños de trabajo.
- Condiciones institucionales flexibles que permitan un trabajo de este tipo.
- Fuerte implicación y compromiso de los participantes con el trabajo a realizar.
- Clima de trabajo distendido, que permita la expresión y puesta en juego de lo que los sujetos hacen y piensan.
- Formación adecuada del grupo coordinador para la orientación y contención del trabajo del grupo.

El taller es un dispositivo metodológico que implica una planificación previa, aunque flexible y sujeta a modificaciones en función de lo que sucede en el grupo. El análisis del grupo y de su funcionamiento se plantea como un factor importante para permitir la realización de la tarea.

El diseño de un taller implica tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La tarea se organiza en función de la generación de un proceso o producto. De un "hacer" que pone el eje en resolver una situación práctica.
- Se parte de los conocimientos que ya tienen los sujetos implicados sobre la temática o problema a abordar. En general esto se denomina como "partir de" y trabajar con los conocimientos o ideas previas de los sujetos.
- El conocimiento conceptual nuevo adquiere sentido en tanto es necesario para resolver la producción. Hay conocimiento nuevo, pero en función de la tarea que se desarrolla. El transitar por el proceso de producción, debe constituirse en el espacio de aprendizaje.
- La modalidad de interacción entre los sujetos le da prioridad al trabajo en grupos (subgrupos y el grupo total) en tanto parte del supuesto de que el trabajo grupal potencia las posibilidades de aprendizaje individuales. En este sentido es bastante extendido como modalidad el trabajo en subgrupos personas y luego la socialización de las producciones de cada grupo al resto de los mismos con el fin de obtener un consenso o explicitación de las diferencias.
- En tanto el punto de partida se pone en los conocimientos previos y las potencialidades de aprendizaje en el trabajo intersubjetivo, existe un coordinador de la producción grupal, aportando los elementos conceptuales o procedimentales necesarios para la resolución de la tarea.

- Es fundamental la claridad en las pautas de trabajo y objetivos, así como el cierre de la actividad y el logro de la producción, que evidencia el cumplimiento del proceso planificado.
- Es importante implementar acciones de evaluación que permitan ajustar la propuesta durante su desarrollo.

A través de esta modalidad, se logra un acceso diferente al replanteo y reflexión conceptual. Todo esto a partir del intercambio con otros, a la fundamentación de lo propio, y a la adecuación o no, de los modelos explicativos personales con respecto a las actividades planteadas.

### **Interdisciplina y Trabajo en Equipo**

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. Cada disciplina tiene sus propios modelos. Un modelo es una construcción del investigador sobre un fragmento de la realidad, cuyos límites son convencionales; por lo tanto todo recorte es arbitrario. Ponen luz sobre ciertos aspectos y ensombrecen otros.

El problema se produce al confundir el modelo con la realidad y en suponer que el conocimiento obtenido a través del modelo es la verdad. Esta es una de las mayores dificultades de la interdisciplina, las disputas explicativas que se producen a partir de la definición de los problemas que realiza cada integrante de un equipo de salud. En este marco cada miembro piensa y cree que el cuerpo de conocimientos de su propia disciplina es el que más eficazmente explica el problema. Cada disciplina define su objeto de conocimiento y los términos de su problema y a partir de allí va a tener en cuenta un conjunto de datos que pueden ser incompatibles con los de otras disciplinas, produciéndose una lucha por plantear la legitimidad de su disciplina para abordar al problema en cuestión.

Es imprescindible instrumentar la interrelación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar nuestra práctica cotidiana.

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. La realización de la tarea, es decir el conjunto de operaciones destinadas a satisfacer necesidades y alcanzar objetivos comunes exige en primer término, que los integrantes del grupo reconozcan esas necesidades y objetivos como comunes. En la tarea el sujeto se proyecta sobre el mundo externo, sobre su contexto inmediato, con una estrategia, una direccionalidad (proyecto) en un hacer que lo modifica. El interjuego entre necesidad y satisfacción, fundante de toda .tarea, de todo aprendizaje, define al sujeto como sujeto de acción, como actor situándolo, a partir de tareas concretas, en su dimensión histórica, en su cotidianidad, en su temporalidad. 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 Rivière, *“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”*<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Pichón-Riviére, E., *“Aportaciones a la didáctica de la psicología social”, en el Proceso Grupal, Ed. Nueva Visión, 1975.*

Para que un equipo alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los miembros no trabajen en compartimentos estancos sino formando una red y construyan entre todos un saber compartido. Pero este propósito no es tan sencillo. Lo habitual es que los equipos se conformen como subgrupos integrados por profesionales de distintas especialidades, reunidos por lo general por razones afectivas y de historias laborales compartidas. La dinámica de un equipo no es la mera suma de relaciones interpersonales. En la integración interdisciplinaria, los grupos formados tanto por profesionales de la misma disciplina, como con equipos multidisciplinarios nos llevan a conceptualizar las dificultades más comunes para alcanzar dicha integración. Estas dificultades son del orden de lo disciplinar y de lo personal.

Sabemos que no son pocas ni sencillas las dificultades que atraviesa un equipo para lograr que la tarea sea interdisciplinaria, ya que ésta supone un alto grado de democratización que se ve dificultada porque los participantes actúan en medio de relaciones jerárquicas que instauran solidaridades y oposiciones específicas. Observamos que las jerarquías profesionales son sostenidas tanto por quienes sustentan lugares de poder, ya sean personas o instituciones, como por aquellos profesionales que por su modo de insertarse en su trabajo, pasan a ser facilitadores de las mismas.

Se trata de conocer entonces, cuáles son las confrontaciones y las contradicciones que plantean los integrantes de un equipo. Cuando cada miembro visualiza que existen otras perspectivas acerca de una problemática, los límites se flexibilizan.

Tener actitudes y miradas descentradas para dar lugar a otras disciplinas implica revisar distintas variables, y en última instancia, las identificaciones con los propios modelos formativos que nos han convencido de que el propio conocimiento es el que realmente vale. Una mirada no centrada es una mirada contextual que tolera la diversidad, que reconoce las diferencias. En vez de ser completa es parcial, provisoria y da pie al reconocimiento del cambio. Pero también constituye un desafío que es poner en juego los puntos de vista parciales.

El trabajo en equipo implica repensar la territorialidad de nuestra práctica, reflexionando sobre ese lugar que nos otorga el saber. También implica reflexionar sobre el uso que hacemos de ese saber, tomar conciencia de que puede ser utilizado como factor de poder y control.

Entendemos por "Equipo de Salud" al conjunto de personas con conocimientos, y/o habilidades complementarias que se comprometen a un propósito común, fijan sus objetivos de desempeño y acuerdan el enfoque para su consecución, por todo lo cual se reconocen así mismos como mutuamente responsables. Equipo y resultados están íntimamente vinculados, no existe uno sin el otro. Los resultados que se esperan del equipo de salud, no son posibles para sus miembros aisladamente. Uno de los pilares de la construcción de los equipos en organizaciones es la construcción de una misión u objetivo común a partir de las diversas miradas de los integrantes del mismo.

La función explicativa de la misma de un equipo, sector u organización es dar un sentido de dirección y acción nítido a la tarea, se espera que todos los integrantes del equipo la exterioricen y que aquellos que reciben el servicio la reconozcan.

La misión se refiere al propósito final que justifica el equipo. La misión informa la manera mediante la cual el equipo se establece frente a sus usuarios, define la actividad actual (o aquella la cual el equipo fue designado) y como desempeñarla. En este sentido la misión es un conjunto de objetivos a alcanzar que el equipo se plantea, e incluye los modos, los escenarios y los valores que ellos involucran. A partir de ella se podrá definir estrategias de acción, mientras que lo ideal sería que la comunidad sea parte del equipo de salud y que intervenga en sus decisiones y en los procesos que buscan determinados resultados. Cada equipo tiene un momento evolutivo: hay que saber apreciarlo y buscar sus ventajas sin olvidar sus desventajas. En el trabajo en

equipo hay un esfuerzo de innovación. Lo cotidiano es el “cambio” no la rutina. Eso se expresa generalmente por dos características que sobresalen por encima de las demás: respeto hacia el otro/a y generosidad.

Los equipos atraviesan diferentes momentos:

1) Nacimiento: en este momento el trato interpersonal es muy cauto, respetuoso y con interrogantes vinculados a ser aceptados y reconocidos por capacidades y expectativas.

2) Crecimiento: las personas ya tienen su ubicación en el equipo construyen relaciones de colaboración y liderazgo. El equipo define normas formales (distribución de tareas, responsabilidades) e informales (grado de autoresponsabilidad, grado de aceptación de la discrepancia, grado de cooperación y generosidad).

3) Maduración: el equipo reconoce una historia común, resultados conseguidos gracias a ser equipo. Las condiciones laborales son más agradables (se piden y devuelven favores, las normas dejan de ser tan rígidas). Mayor independencia emocional: aprecian el valor del trabajo como construcción colectiva.

Un equipo maduro es terreno ideal para que se manifiesten tensiones interpersonales que en otro clima menos relajado nadie se atrevería a expresar. Sin embargo un equipo maduro no sería aquel en donde no existieran tensiones ni discusiones, los mejores equipos tienen problemas interpersonales e intragrupal y lo que los distingue es la manera de hablarlos y tratarlos. Uno de los aspectos que surgen al estudiar la vida de los equipos es la similitud en el desempeño de roles que se observa siempre. Podemos clasificar los roles en 3 tipos:

- Relacionados con la tarea: orientador del grupo, resolutivo, técnico en procedimientos elaborador de propuestas y opositor a la marcha del grupo.
- Relacionados con la vida grupal: animador del grupo, conciliador, facilitador, observador, transigente, pasivo.
- Relacionados con las interacciones personales: mudo, sabelotodo, dominador, agresor, etc.

Según Ulloa<sup>10</sup> los roles en el equipo son:

- “Motor emocional” es el aglutinador e impulsor del grupo.
- “Pensador teórico” el que busca cambios en la organización, incorpora herramientas, compara con parámetros externos, analiza la evidencia, etc.
- “Programador o administrador” del tiempo, de los roles y de las prioridades en las tareas.
- “Realizador teórico” el grupo sobrevive en los momentos difíciles por él, es el rol del “capitán de tormentas”.
- “Gestor” administra los recursos materiales, humanos y con el exterior del equipo.

Cuando estos roles básicos de trabajo están distribuidos en el grupo, éste tiene un mayor índice de autonomía y eficacia. Cuando están concentrados en una sola persona existe una alta dependencia de un líder “figura dramática parental”. Cuando los roles están descubiertos existe un “mal pronóstico grupal”.

Borrell (1986)<sup>11</sup> realiza un encuadre de un equipo maduro en el cual explicita que en él, las personas son generosas, dar más de lo que se recibe es intrínseco a trabajar en equipo, existe respeto basado en la complementariedad de los diferentes sujetos y voluntad de decidir por consenso, sin que se evite asumir responsabilidades cuando sea necesario.

---

<sup>10-11</sup> Trabajo en Equipo. Dr Horacio Boggiano. Sexto Curso de Gestión de Centros de Atención Primaria de la Salud en el Sistema Público. 2008

El responsable del equipo está atento a una participación uniforme de todos y evita convertirse en el eje insustituible del mismo. Todos tienen un papel en el equipo, permitiendo que cada cual construya y cultive su prestigio. Se apoya la discrepancia pero se exige solidaridad en el consenso, los desacuerdos no evitan que se mantenga la unidad. Las diferencias de estilo, de maneras de comunicar se asumen como una oportunidad de enriquecer al equipo y no como una amenaza. El equipo invierte tiempo y esfuerzo labrándose un prestigio colectivo. Periódicamente hay una reflexión sobre su práctica, sobre como mejorar los procedimientos y los resultados de equipo y se examina la dinámica grupal.

## **Sistematización**

La sistematización surgió en América Latina en los años setenta y desde organizaciones que trabajan en el ámbito de la educación popular. Estas organizaciones reconocen que han realizado apuestas educativas interesantes y que, pasado el tiempo, queda poco de ellas. La inquietud surge de querer recoger y aprender de las experiencias realizadas, contando con las propias personas implicadas en ellas. Se formula como sistematización porque quiere ser fundamentalmente una recuperación de la experiencia y un análisis crítico con las personas implicadas, desde donde obtener nuevos conocimientos.

Esta metodología y forma de entender la sistematización tuvo un gran desarrollo en América Latina durante estos años y tuvo relaciones y confluencias con la metodología de Investigación Acción Participativa.

Durante los años setenta tuvo un amplio desarrollo que permitió concretar tanto el término como la metodología y herramientas a aplicar. En la década de los ochenta, condicionados por el nuevo contexto sociopolítico de los diferentes países de América Latina, se frena el desarrollo de esta propuesta tanto a nivel de los trabajadores sociales como a nivel de la Academia.

Sin embargo en los años noventa, con el surgimiento de nuevas técnicas en proyectos de cooperación (como el diagnóstico rural participativo) se comienzan a desarrollar metodologías y herramientas propias de la educación popular en estos ámbitos. Así la sistematización sale del ámbito de la educación popular y comienza a desarrollarse en el ámbito del desarrollo rural, comunitario, etc. Se empieza a vincular la sistematización con otras metodologías como técnicas de diagnóstico comunitario, planificación participativa, etc. Ello permitió el desarrollo de adaptaciones y nuevas experiencias de sistematización en diferentes ámbitos.

Definir un concepto es siempre materia compleja ya es difícil recoger en pocas palabras todos los matices que se consideran fundamentales. Por ello, nos encontramos con diferentes definiciones de sistematización que nos acercan hacia una comprensión global de esta propuesta metodológica:

- *“Registrar de manera ordenada, una experiencia que deseamos compartir con los demás, combinando el quehacer con su sustento teórico, y con énfasis en la identificación de los aprendizajes alcanzados de dicha experiencia”<sup>12</sup>.*
- *“Un proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de las experiencias de intervención en una realidad social. Ello alude a un tipo de conocimientos a partir de las experiencias de intervención, aquella*

---

<sup>12</sup> Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <http://www.iidh.ed.cr/>

que se realiza en la promoción y la educación popular, articulándose con sectores populares y buscando transformar la realidad”<sup>13</sup>.

- “Es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo”<sup>14</sup>.
- “Un proceso intencionado de creación participativa de conocimientos teóricos y prácticas, desde y acerca de las prácticas de transformación emancipadora, con el propósito de que ésta pueda de mejor manera lograr sus finalidades de contribuir al desarrollo creciente de la fuerza y de las capacidades de los sectores populares para que, conformándose como sujetos colectivos, puedan ser verdaderos protagonistas en la identificación y resolución de sus necesidades y anhelos, tanto cotidianos como históricos, superando las relaciones y mecanismos de subordinación que se oponen a esta transformación”<sup>15</sup>.
- “Es la interpretación crítica de una experiencia que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo y con ello construye nuevos conocimientos”<sup>16</sup>.

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. Sin que exista la vivencia de una experiencia no es posible realizar una sistematización. Una vez acontecida la práctica, la sistematización es un proceso participativo que permite ordenar lo acontecido, recuperar así la memoria histórica, interpretarla, aprender nuevos conocimientos y compartirlas con otras personas.

La sistematización implica tener un itinerario preestablecido para llevar a cabo un proceso sobre el que se va construyendo. El proceso es tan importante como el resultado de la misma. Constituye un proceso abierto a los aportes y el desarrollo del grupo. Nos ayuda a descubrir la lógica con la que ese proceso, así como la actividad que se sistematiza, se llevó a cabo (factores, relaciones, etc.).

En todo proceso de sistematización quiénes hayan participado en la experiencia son sujetos de la sistematización, es un proceso de interlocución entre personas en el que se negocian discursos, teorías y construcciones culturales. Lleva implícito un ejercicio de organización, en base a un orden lógico, de los hechos y los conocimientos de la experiencia. Permite llevar a cabo la interpretación crítica de la experiencia, para ello es necesario un registro ordenado de los hechos, un orden y reconstrucción del proceso vivido, un orden de los conocimientos desordenados y percepciones dispersas que surgieron en el transcurso de la experiencia. A su vez, permite revisar críticamente las prácticas concretas y comprenderlas como procesos históricos y dinámicos. La interpretación crítica supone que toda persona es sujeto de conocimiento y posee una percepción y un saber producto de su experiencia. Es necesario objetivar lo vivido: convertir la propia experiencia en objeto de estudio e interpretación teórica, a la vez

---

<sup>13</sup> Barnechea María Mercedes, Gonzalez Estela, Morgan María de la Luz. *La sistematización como producción de conocimientos. Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú. Lima, junio de 1994.*

<sup>14</sup> Jara, Oscar. *Para sistematizar experiencias. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. San José. 1998.*

<sup>15</sup> Félix Cádena. *Viendo la Sistematización [www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf](http://www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf)*

<sup>16</sup> *Proyecto de Sistematización de Experiencias de Desarrollo Humano. Viendo la Sistematización [www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf](http://www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf)*

que objeto de transformación. Implica considerarla en el marco de un determinado contexto, una interpretación crítica de una práctica inserta en una realidad y contexto específico. Todo espacio de sistematización debe mantener un equilibrio entre aspectos teóricos y prácticos. Es decir que la práctica, por su propia naturaleza, incluye conocimiento y acción; pero un conocimiento en constante transformación, a partir de la acción y de los cambios que ésta produce en la situación sobre la cual se está actuando y, a la vez, conociendo mejor.

Sin embargo, este proceso no está exento de dificultades y limitaciones:

- no todos los equipos (y no siempre) realizan el proceso de reflexión en la acción, optando muchas veces por repetir mecánicamente lo que antes les resultó bien, achacando a factores externos los posibles fracasos.
- el proceso reflexivo significa todo un esfuerzo de hacer consciente lo sabido y de cuestionarlo; esto genera inseguridad en los sujetos, que a veces optan por seguir amarrados a "lo seguro", dejando de lado la reflexión y la búsqueda creativa de nuevos caminos.

El principal beneficio que produce el ejercicio de la sistematización de experiencias es el aprendizaje y la incorporación de nuevos conocimientos conceptualizando nuestras experiencias, es decir, producir conocimiento desde la realidad, mejorando nuestra práctica. Analizando y reconociendo no sólo los fracasos sino los avances realizados y también los puntos críticos con los que nos hemos encontrado. Una de las finalidades de la adquisición de estos conocimientos es la incorporación de los mismos a nuestras prácticas para poder continuar en nuestro trabajo de transformación social. Al igual que ocurre en la mayoría de los procesos de adquisición de conocimientos, el poder compartirlos con quienes trabajan en el mismo ámbito de la experiencia sistematizada es de gran utilidad ya que su propósito es compartir y contrastar un aprendizaje, también puede reforzar la identidad del propio grupo y el sentido de pertenencia al mismo.

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. Esto no sólo se refiere a elementos externos, sin embargo; uno mismo se transforma en el proceso. De aquí derivan algunas de las dificultades para sistematizar, ya que nos confrontamos a nosotros mismos (nuestras vidas, concepciones, etc.). Lo anterior nos lleva a considerar un segundo elemento: los sujetos interpretan la práctica desde perspectivas diferentes, que tienen que ver con el mundo social y cultural al que pertenecen. Al actuar, siempre tenemos un sentido, marco teórico o contexto teórico que orienta nuestra acción, pero también la justifica y explica. No partimos de una tabla rasa, tenemos determinadas referencias teóricas desde las cuales desarrollamos nuestra práctica, aunque no sean totalmente rigurosas ni estén lo suficientemente conscientes. Aquí situamos un campo importante de la sistematización, que nos ayuda a explicitar este contexto, nuestras acciones, nuestras interpretaciones, nuestras sensaciones.

Otro elemento alude a que nuestras prácticas se desarrollan en el espacio cotidiano, en el "día a día" en que se desarrolla la vida social. Ello tiene dos implicancias fundamentales, en términos de la producción de conocimientos (y del tipo de saber que se genera):

- Por un lado, la intervención se desarrolla de manera permanente (todos los días), y la realidad va cambiando de igual forma. Por lo tanto, el conocimiento se va construyendo y reconstruyendo de manera cotidiana. *"La vida cotidiana es el espacio más inmediato en que cada una de las personas se constituyen en sujetos sociales que adquieren autonomía para decidir por sí mismos, para ser protagonistas de su propia historia, constructores de su destino. Es un espacio en el que dominan su realidad"*<sup>17</sup>.
- Es en la vida cotidiana que se traducen los procesos sociales globales, es allí donde lo general tiene su expresión particular y específica, *"lo cotidiano es la experiencia singular que cada sujeto particular tiene de los procesos generales"*<sup>18</sup>. En consecuencia, los retos que se le plantean a la sistematización, en tanto proceso de producción de conocimientos, son varios:
  - Hay que construir herramientas para que los sujetos expliciten tanto los conocimientos en que han sustentado su acción, como aquellos que se han ido produciendo en ella. Esto se realiza a partir de una reconstrucción de los supuestos iniciales, de la práctica misma y, luego, de la interpretación de su sentido, para descubrir los razonamientos que explican por qué se hicieron las cosas de esa manera, contrastar y criticar los supuestos de la acción y ordenar lo que se ha aprendido de manera que oriente una intervención futura (y para que se proyecte más allá, como un conocimiento útil a otros).
  - Estos procesos deben articular los diversos saberes que se han encontrado y que se ha ido produciendo en la práctica: aquellos del equipo (cuyas visiones individuales son distintas) y los de los sectores populares.
  - Igualmente, es necesario articular las dimensiones objetivas y subjetivas del conocimiento: las sensaciones, sentimientos, expectativas, intereses, valores, que están involucrados en la práctica. Todo ello es muy importante para reflexionar, interpretar y descubrir los sentidos que ésta tiene y, sobre todo, para comprometerse con la transformación que se persigue lograr en la realidad.
  - En la medida que las prácticas, ubicándose en el espacio de lo cotidiano, forman parte de un contexto mayor, el conocimiento producido en ellas debe entrar en diálogo y aportar hacia lo general. En palabras de Teresa Quiroz, deben contener *"gérmenes de generalización"*<sup>19</sup>, ya sea hacia la discusión de los marcos o contextos teóricos, o hacia la formulación de políticas referidas a los problemas y sujetos con los cuales se interactúa. Pero ello se realiza mediante procesos de conocimiento que, en vez de ir desde lo general a lo particular (como ha sido la vía predominante en las ciencias), siguen el trayecto contrario, aportando a lo general desde el conocimiento particular y cotidiano.

## **Investigación-Acción: Reflexión crítica sobre la práctica**

---

<sup>17</sup> Barnechea, M. Mercedes: *"La Importancia de la Sistematización en la Construcción de una Nueva Sociedad"*. En: *¿Y Cómo lo hace? Propuesta de Método de Sistematización*, op. cit., p. 34

<sup>18</sup> Palma, Diego. *"La Construcción de Prometeo. Educación para una Democracia Latinoamericana"*. CEAAL-TAREA, Lima, 1993, p. 90.

<sup>19</sup> Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú: *"Jornada de Re-Encuentro"*, Lima, 8 de julio de 1993 (Documento interno).

El concepto de investigación-acción fue acuñado por Kurt Lewin en la década del '40, y su interés en el mismo nació de la búsqueda de justicia social. Lewin (quien nació en Prusia y huyó de los Nazis a los Estados Unidos), en su trabajo con grupos en desventaja, buscaba una investigación relevante para analizar la realidad, o sea, algo útil, inmediato, y aplicable a grupos sociales. Tuvo interés en lo que anima o no a alguien para tomar acción y, en este sentido, ponía énfasis en la tensión dialéctica y el conflicto entre la experiencia inmediata y concreta y una distancia analítica de la misma. En base a esto, Lewin estableció un proceso disciplinado de investigación en la acción proponiendo una espiral de acciones en cuatro etapas:

1. Clarificar ideas y diagnosticar una situación problemática para la práctica.
2. Formular estrategias de acción para resolver el problema.
3. Poner en práctica y evaluar las estrategias de acción.
4. Nueva aclaración de la situación problemática.

El interés por la investigación-acción decayó a fines de los años '50 e incluso, no fueron pocas las críticas del mundo académico y científico por la supuesta falta de precisión y por la imposibilidad de generalizar los resultados. Durante la década del '70, la investigación cualitativa recobró una importante valoración en el ámbito de las ciencias sociales, con búsqueda de nuevos paradigmas que tenían fines orientados hacia una mayor emancipación para los grupos sociales en desventaja. Existen varios ejemplos a nivel mundial que reflejan el desarrollo de esta nueva línea en la investigación social: en India, el científico social Kaluram y la desobediencia pacífica; en Tanzania, con el proyecto de investigación social; en Colombia, con las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la investigación para la acción social; en Brasil, con Paulo Freire y la resistencia civil; y en México, en las universidades que buscaban revisar el rol de la antropología hacia una descolonización (Borda F, 2001).

Como referencia para el análisis de algunos de los diferentes matices de la Investigación-Acción, transcribimos algunas conceptualizaciones de relevantes investigadores en este campo:

- La investigación en acción es una práctica social reflexiva donde no cabe hacer distinciones entre la práctica que se investiga y el proceso de investigación de esta práctica (Kurt Lewin, 1946).
- La investigación en acción es un proceso a través del cual los prácticos intentan estudiar sus problemas científicamente a fin de guiar, corregir y evaluar sus decisiones y acciones (Stephen Corey, 1953).
- La investigación en acción se centra sobre situaciones sociales y educativas que son percibidas como problemáticas, susceptibles de cambio y necesitadas de alternativas operativas (John Elliott, 1985).
- La Investigación-Acción constituye un proceso disciplinado de interrogación conducido por y para las personas tomando la acción, lo cual tiene como fin una transformación de actitudes y comportamientos (Richard Sagord, 2000).

La Investigación-Acción no puede pensarse como un método (en términos meramente técnicos) sino como una práctica sistemática para construir conocimientos y formas de conocer en la que se puede emplear distintos métodos, cuantitativos y cualitativos, para lograr los fines propuestos. Y, en función de los fines que se persiga, puede trabajarse desde diferentes paradigmas, los que determinarán, junto a los propósitos y el objeto de estudio, los métodos y los recursos a utilizar.

A pesar de las diferentes clasificaciones de paradigmas, también se puede encontrar cierto paralelismo en las mismas. Por ejemplo, Habermas (1972) describe tres tipos de conocimiento:

- 1) Empírico-analítico, o la comprensión del mundo físico (con fuertes fundamentos funcionalistas y positivistas). La observación está aquí dirigida a hechos externos al investigador. La investigación es fundamentalmente experimental y cuantitativa, busca validar hipótesis, y existe un dualismo entre la verdad y la realidad que se garantiza a través del método. Las explicaciones serán causales (relación causa-efecto), y las teorías serán verificables a través de la comprobación empírica.
- 2) Hermenéutico o la comprensión de eventos histórico-contextuales, que difiere del enfoque positivista en tanto busca *comprender* los hechos y sus causas. La naturaleza del conocimiento es aquí la búsqueda del consenso, a partir de reconstrucciones individuales. Los criterios de calidad son de autenticidad, y el investigador es desde este paradigma un participante apasionado, cuyo rol es facilitar un proceso de reconstrucción de voces múltiples.
- 3) Crítico, o la exposición de condiciones de opresión y dominación, que no difiere del enfoque hermenéutico en sus elementos fundamentales de subjetividad, valores (de inclusión y formación) y metodológicos. Sin embargo, aquí su objetivo principal es la transformación de las relaciones de poder, buscando la emancipación de los sujetos. Los criterios de calidad incluyen la revelación de la verdad y el estímulo de acción social. El investigador es un activista para la justicia social y un intelectual que transforma las relaciones de poder para buscar mayor equidad en las mismas.

La investigación-acción, por su propia naturaleza, se aborda desde un paradigma hermenéutico o crítico. Partir de un paradigma, sin embargo, no significa que no puedan coexistir estrategias o métodos que tiendan a ser relacionados con otros paradigmas. En este sentido, es importante tomar en cuenta las razones por las cuales la Investigación-Acción cayó después de los '70 debido a las críticas por su informalidad, así como también su posterior fortalecimiento en el ámbito educativo a partir del desarrollo de nuevas modalidades en su aplicación y nuevos criterios de validación de los resultados. Por lo tanto, es necesario mantener algún nivel de apertura hacia la coexistencia de paradigmas, y, particularmente, de métodos y recursos técnicos. (Boggino y Rosekrans, 2004).

Los criterios de validación de los resultados de la Investigación Acción constituyen uno de los puntos más controvertidos. En virtud de que la misma busca generar cambios en los participantes, tanto de prácticas como de actitudes y/o paradigmas, los criterios de científicidad son importantes, para determinar si estos cambios se logran. No tendría que violentarse lo nuclear de la Investigación-Acción con respecto a los procesos de indagación, reflexión e interpretación de los propios actores sobre los problemas cotidianos de su propia práctica y que, a partir de ello, es posible establecer diferentes criterios de validación: descriptiva e interpretativa, a través de la línea de base y evaluación, y por medio de la triangulación de fuentes, métodos, teoría y/o de investigadores.

La validez interpretativa, evalúa el nivel de subjetividad de los investigadores. Existe subjetividad en toda investigación cualitativa y cada uno/a tiene que conocer cómo su propia subjetividad incide en la forma de percibir un hecho determinado. Por lo tanto, significa que tiene que indagar sobre los prejuicios, paradigmas y concepciones que él mismo tiene y relacionarlo con el tema investigado, a la vez que analizar cómo éstos afectan su forma de percibir. Todo esto se puede hacer mediante un análisis colectivo de los hechos.

## **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**

### **Situación inicial**

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 con el nombre de Instituto Psicopedagógico.

Hasta el año 1990 se trabajó de manera asilar. En el año 1993, la dirección política sanitaria decidió transformar los “Institutos Especializados en Discapacidad Mental”, en “Hospitales Especializados en Discapacidad”, lo que determinó cambios concretos en estructura y recursos humanos. 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, por su lado, a solventar a dos médicos generalistas y una pediatra. Los profesionales designados tomaron la decisión de compartir las cápitás, y atender a toda la población del área en horarios definidos con la dirección del hospital. Esto fue debatido con los responsables políticos del SPS,

quienes decidieron realizar una experiencia piloto, incorporando a la población en las cásitas a medida que fuese atendida.

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 (donde pusimos canastos con juguetes y bibliotecas con libros para niños, cartelera de trabajo e información de nuestras actividades de talleres); los tres consultorios y un pequeño espacio multiuso donde ubicamos los medicamentos del Programa Remediar, y se realizan prácticas de enfermería. Con el tiempo incorporamos medicamentos de otros programas provinciales, se adquirió una computadora con conexión a internet, se compraron muebles y equipo básico para la atención (pediómetro, balanzas, oído y oftalmoscopio, pico flujo metter, aparatología para control de latidos fetales, etc).

Los mismos integrantes del grupo de trabajo acordamos incorporar dentro del horario laboral un espacio de reunión semanal. Esto fue aceptado al principio con algún recelo por enfermeros, promotores y la misma dirección del hospital. Sin embargo, en pocos meses, este espacio de encuentro se convirtió 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.

Luego de diez meses de trabajo, el director del hospital, Dr Daniel Rotelle, propuso que el equipo de trabajo constituido funcionara bajo una jefatura. La propuesta fue debatida en la reunión, decidiéndose en este espacio elegir dos coordinadores (una enfermera y un médico) entre los integrantes el mismo equipo. La función de coordinación –ejercida por un período de dos años, al cabo del cual se vuelven a elegir coordinadores- implica un rol de organización y gestión, pero la toma de decisiones se sigue realizando entre todos los integrantes, en la Reunión de Equipo.

Al finalizar el año 2007 realizamos una actividad de evaluación del trabajo, redefinición de objetivos y propuestas laborales, partiendo de las problemáticas planteadas en el área y en el propio grupo de trabajo. Estas definiciones nos permitieron planificar nuevas actividades, establecer cronogramas, definir roles y prioridades, que fueron pilares de esta propuesta de sistematización.

Desde mediados del 2007 el equipo fue creciendo con la incorporación de tres médicas generalistas, una enfermera y una trabajadora social. Además comenzaron a participar trabajadores del hospital de distintas áreas, junto a profesionales y militantes sociales atraídos por la experiencia. Esto nos permitió organizar los talleres de alfabetización de adultos, cerámica, pautas alimentarias, abrir el consultorio jurídico, y ampliar la mirada del trabajo comunitario. 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 por las autoridades políticas.

Después de casi dos años de trabajo, el Equipo está conformado de la siguiente manera:

- Dirección ejecutiva del Hospital José Ingenieros: Dr. Daniel Rotelle.
- Directora asociada: Adriana Colombo.
- Coordinación del servicio de Salud Comunitaria: Marcela Gómez y Manuel Krol.
- Enfermeros: Diego Echegaray, Marcela Gómez, Francisco Rodrigues da Cunha.
- Médicos: Marcia Carrizo, Delma Gaggero, Julia Gatica, Manuel Krol, Victoria Heredia, y Natalia Villordo.
- Promotoras de Salud: Adriana Escalante, Julia Yapura.
- Trabajadora Social: Julieta Relli.
- Laboratorio (convenio con el SPS): Marta Hernández.
- Psicólogos: Marisa Lemos, Mario Bega.
- Obstétrica: María José Tirao.

- Limpieza: Eva Calderón.
- Talleres de alfabetización: Lola Castellano, Marcela Roca.
- Abogados: Marcos Gimenez y Emilio Falcon.
- Actividad Física y coordinación de talleres: Karina Laurito.
- Investigación en Chagas: Mariana Sanmartino.
- Talleres de cerámica: Mercedes Palermo y Nilda Espósito.

### **Caracterización del área programática**

En función de la situación geográfica del Hospital José Ingenieros, y teniendo en cuenta la posibilidad de atención brindada por Centros de Salud municipales y del hospital Melchor Romero, definimos como área programa 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 y actualmente asisten al Servicio pacientes que viven entre 530 a 504 y de 150 a 173. Así, atendemos en la práctica población proveniente de los barrios “Las Rosas”, “Altos del Sol”, “Santa Ana”, “La Granja” y Gorina (ver anexo). 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.

Muchos vecinos son quinteros, o se mantienen con changas, y en general las mujeres que trabajan lo hacen en casas de familia. Es habitual atender pacientes indocumentados, analfabetos funcionales y desocupados, personas que viven con planes precarios o juntando basura de las calles. Las casas en su mayoría son precarias (casillas de madera o chapa) sin agua corriente y con letrinas. Ocupan terrenos bien delimitados, con jardines prolijos que es el lugar de reunión de las familias.

Sobre todo entre los quinteros, el problema de la pertenencia del terreno determina que muchas familias tengan que abandonar sus tierras ante el reclamo de los presuntos dueños, quienes se presentan mostrando títulos de propiedad a menudo difíciles de entender para los pobladores. Este es uno de los motivos de consulta habituales del Consultorio Jurídico Gratuito que se ha organizado y funciona en el Servicio de Salud Comunitaria.

El barrio está atravesado por la vía, lo que deja libres terrenos fiscales que son ocupados día a día por nuevas familias, quienes construyen sus viviendas rápidamente sobre estos terrenos desprovistos de servicios básicos.

Existen pocos basurales (el más importante se encuentra en 514 y 159), pero a lo largo de la vía o en varias esquinas se acumula basura que no es recogida por los camiones municipales.

Funcionan en el área varios comedores (en muchos de los cuales hemos desarrollado talleres, y/o participado de reuniones) dependientes de diferentes movimientos o agrupaciones políticas: El comedor 26 de junio funcionaba en principio en 158 y 515, pero a fines del 2007 construyeron el comedor nuevo, de material, que cuenta con varios salones y un SUM en 516 y 159. El comedor Las Rosas ubicado en 514 entre 158 y 159 (construyó instalaciones nuevas durante el 2007). El comedor Los Pitufos (153 y 524); el comedor Altos del Sol (170 y 515); la Copa de Leche Los Pibes (515 entre 161 y 162); el comedor del barrio Santa Ana (156 entre 528 y 529); la Copa de Leche de 525 entre 156 y 156; El Galpón de Romero (comedor y copa de leche) en 520 y 166; y La Casa de la Mujer (comedor y copa de leche) en 515 bis y 165, son los espacios con los cuales nos hemos relacionado.

En tres de las escuelas cercanas al hospital se han desarrollado talleres: la N° 75 ubicada en 159 y 508, en Gorina. La escuela de educación media N° 516, lindera e interconectada con el hospital, donde asisten alumnos con retraso mental leve o problemas de aprendizaje. La escuela (primaria y secundaria) N° 13 funciona en 158 y

524. La escuela N° 39 y la Escuela Técnica N° 4 se encuentran ubicadas en 173 y 517. A pesar de encontrarse distante del hospital, también hemos desarrollado talleres en la escuela media N° 22, sita en 138 y 520 (La Granja), respondiendo a un pedido concreto de docentes de este centro educativo.

## **Actividades desarrolladas**

### **1- Organización de la actividad Asistencial en los consultorios**

#### **Demanda espontánea y programada**

Los consultorios funcionan de lunes a viernes entre las 8 y 17 horas (ver anexo), desarrollándose allí las prácticas habituales en Atención Primaria; y otras no tan comunes, como colocación de DIU, control de glucemias en diabéticos o control de asmáticos con pico flujo meter.

Coexisten dos modalidades de atención en forma simultánea: la consulta programada y la consulta espontánea.

Cada uno de los médicos cumple la mitad del tiempo asistencial en la modalidad de consulta programada. La misma se organiza con turnos de treinta minutos, que son dados con semanas de anticipación, no sólo para atención de los controles de salud en todos los grupos etáreos, sino también para el seguimiento de problemas crónicos severos que requieren mayor atención. De esta manera, se atienden en el consultorio pacientes con cardiopatías, diabéticos y plurimetabólicos o infecciones en el ámbito de problemáticas sociales complejas (tuberculosis, o chagas).

La demanda espontánea se organiza con un turno cada 15 minutos. Hemos estructurado para esto un sistema de priorización de atención (ver anexo) entre médicos y enfermeros, que nos facilita jerarquizar pacientes cuya demanda no debe posponerse, diferenciando de otros que pueden atenderse por consulta programada.

Esta modalidad diferenciando turnos programados y demanda, fue adoptada luego de 10 meses de atención de consulta programada, pero que en la práctica determinaba que el mismo médico terminase atendiendo la demanda. Uno de los factores fundamentales que nos ha permitido organizarnos de esta manera es ir sumando un plantel estable de profesionales, que superponen horarios de atención (permitiendo esto la interconsulta, y la división entre demanda espontánea y programada), y con carga horaria suficiente en el Servicio para cumplir con las tareas requeridas.

También se realizan visitas domiciliarias a algunos pacientes cuando el Equipo entiende que así lo requieren. Estas visitas no siempre las realiza el médico, sino también las promotoras de salud, obstétrica, enfermeros y trabajadora social. 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 (incluyendo psicólogos y enfermeros) escribe la evolución, permitiendo un trabajo interdisciplinario más eficiente.

#### **Fichero cronológico**

En relación a los Controles Prenatales, se trabaja con un fichero cronológico, lo que permite saber si alguna embarazada no concurre al control mensual y en caso de que esto ocurra, las promotoras o la obstétrica, van a buscarla. Así se logra una mayor asistencia a los controles (cercana al 100%). En el momento de la realización de los controles de puerperio el manejo es muy similar, lo que significa que no hay prácticamente ausencias a dicho control. Esta es una oportunidad para comenzar a pensar con la mujer si desea usar algún método anticonceptivo y además, reforzar la lactancia materna, sus motivaciones y técnicas, para contribuir a una lactancia exitosa

## **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.

El listado de medicamentos (ver Anexo) requerido es confeccionado por el médico coordinador y discutido por el Equipo. El control de ingresos y egresos es responsabilidad compartida entre el coordinador y uno de los enfermeros, quienes confeccionan una base de datos mensual, permitiéndonos saber de este modo la cantidad real de medicamentos requerida en las licitaciones.

## **Salud reproductiva y procreación responsable**

En nuestro país a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PROSSER, ley 25.673 en 2002), hemos visto una mayor distribución de métodos anticonceptivos en los efectores de salud, sin embargo las barreras de accesibilidad no han sido sorteadas. Creemos que se hace necesario abordar cuestiones culturales, de género y económicas que se dan en torno al uso de métodos anticonceptivos.

Desde la creación del Servicio de Salud Comunitaria implementamos el PROSSER que suministra métodos anticonceptivos, con el objetivo principal de brindar no solo los métodos, sino también asesoramiento de calidad para su uso permitiendo realizar acciones dirigidas a la atención integral de la mujer. Concibiendo a la salud reproductiva, como la posibilidad de disfrutar, procrear, decidir acerca del número de hijos, y disminuir riesgos de infecciones y embarazos no deseados.

En primer lugar, 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, 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 de los métodos.

Otro punto importante es que se realiza la colocación de Dispositivos Intrauterinos (DIU) en los consultorios, evitando las demoras y prácticas innecesarias para el uso de este método que se dan en otros ámbitos. Hemos realizado capacitación con ginecólogos para esta práctica en el Servicio. Actualmente esta práctica es realizada por todos los cinco médicos generalistas.

En los espacios de formación internos se trabajó fuertemente las temáticas de sexualidad, anticoncepción y aborto. Esto, además de profundizar los conocimientos individuales y permitirnos normatizar conductas, nos permitió desterrar prejuicios y prácticas innecesarias para la indicación de métodos anticonceptivos, mejorando la calidad de la atención en esta materia, dando como resultado mayor compromiso de todo el Equipo.

## **Psicología**

Los dos psicólogos que trabajan en el equipo pertenecen al plantel del hospital, e incorporaron horario de atención en el servicio brindando más que nada la posibilidad de realizar orientación y diagnóstico para problemas psicosociales. En nuestra población no es frecuente que se demande atención psicológica, excepto pacientes que ya realizaron tratamiento en otro lugar y desean continuarlo más cerca de sus domicilios, esto hace que la mayoría de las veces los médicos, enfermeros o promotoras sugieran u ofrezcan una entrevista con psicología, que supera la posibilidad de ser realizada inmediatamente por los tiempos acotados de los psicólogos (los dos profesionales cumplen la mayoría de su carga horaria en el hospital). Para sistematizar esto se confecciona una lista de espera y turnos programados. Los psicólogos no pueden asistir a las reuniones de equipo por superposición horaria, pero de todas formas los pacientes son presentados en otros horarios, dejando siempre registro en la historia clínica el motivo por el cual ofrecemos la evaluación o entrevista. Ellos elaboran un informe que anexan a todas las historias clínicas y seguimos la evolución de los pacientes en forma conjunta, sin un espacio de reunión y discusión formal, pero que de todos modos funciona adecuadamente, por el compromiso que los profesionales tienen con los pacientes y con el Equipo.

## **El rol de los enfermeros en el equipo de salud**

En nuestro Servicio trabajan tres enfermeros. El rol de los mismos, al igual que los roles de los otros miembros del Equipo, se va armando y desarmando, construyendo y reconstruyendo en las Reuniones de Equipo. Los espacios de formación conjunta, la capacitación permanente y el respaldo de los profesionales les otorgan capacidad de resolución ante algunos de los problemas que presenta nuestra población, agilizando así la tarea de los médicos y optimizando la respuesta a la demanda espontánea.

Uno de los ejes donde trabajan fuertemente es en la prevención, brindando asesoramiento sobre aspectos relacionados con la misma a través de talleres y prácticas diarias y fomentando el autocuidado.

Algunas responsabilidades específicas, en las cuales se manejan de un modo prácticamente autónomo son en vacunación, anticoncepción y consejería para prevención de embarazo, controles de tensión arterial, toma de glucemia y educación de pacientes diabéticos (apoyando la brindada en los consultorios médicos), y pautas alimentarias. Los enfermeros cuentan con espacios individuales en los consultorios destinados a trabajar con los pacientes estos aspectos de la prevención y el autocuidado.

La carga horaria de los mismos les da la posibilidad de establecer con los pacientes una relación de intercambio que posibilita el conocimiento profundo de su problemática no solo en lo que a la enfermedad respecta, sino también en los aspectos sociales y culturales, y brindando también apoyo y ayuda en situaciones de crisis.

Son ellos quienes coordinan y gestionan el acceso a los diferentes recursos sociales y sanitarios y llevan adelante las tareas administrativas del Servicio. A su cargo se hallan la conformación y actualización de todas las bases de datos virtuales, la organización de los archivos de historias clínicas y el archivo cronológico, la coordinación de algunos talleres (pautas alimentarias y caminatas programadas).

Tienen también un rol fundamental en la organización y control de la medicación requerida y entregada; los controles de libretas sanitarias y vacunación, entrega y seguimiento de medicamentos de los programas PROSSER y del Prodiaba (insumos y medicación para diabéticos). Organizan la administración de insumos cotidianos, y realizan visitas domiciliarias.

La elección grupal de una de las enfermeras como Coordinadora (junto a uno de los médicos) del Servicio de Salud Comunitaria pone en juego además las relaciones habituales de poder. Más allá de estas tareas los enfermeros constituyen un pilar fundamental del Equipo debido al aporte constante que realizan por sus diferentes miradas, abordajes, experiencias y sentires, dando vida a estos “Sapos de otro Pozo”.

### **Referencia a laboratorios de análisis clínicos.**

El SPS asegura el acceso gratuito a prácticas de laboratorio en forma ambulatoria a través del convenio que tiene con la Federación de Bioquímicos de la Provincia de Buenos Aires, por lo que contamos en el área programática con dos laboratorios a los que referimos a los pacientes. Esto nos asegura tener resultados en forma inmediata, lo que facilita enormemente nuestra tarea a la hora de confirmar una sospecha clínica. Incluso la bioquímica de uno de los laboratorios (Dra. Marta Hernández) ha participado en otras actividades que tienen que ver con la salud de la población. Realizó en forma conjunta con la Universidad Nacional de la Plata un estudio de contaminación de agua y presencia de metahemoglobinemia en niños del área, que se llevó a cabo en 2007 y cuyos resultados fueron expuestos como devolución a los vecinos en varios comedores de la zona. Dicho trabajo forma parte del material que utilizaremos en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para evaluar focos de contaminación medioambiental.

### **Los abogados y el Consultorio Jurídico.**

La articulación con la O.N.G “Observatorio del trabajo, pobreza y exclusión”, bajo la supervisión de la Dra. Mónica Petruccella, 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, situaciones laborales conflictivas, violencia familiar y pensiones.

Los objetivos específicos del proyecto de consultorio jurídico son los siguientes:

- Asistir a las personas que consultan en la problemática jurídica que presentan.
- Hacer conocer a la persona los derechos que posee en relación a la situación que vive.
- Vincular a la persona con las autoridades, administrativas y judiciales.
- Difundir entre las personas que consultan y el propio barrio los derechos que le asisten a los trabajadores.
- Diagnosticar y seguir los casos que se atienden. Esto significa realizar estudios enfocando el entorno ocupacional, educacional y de otras índoles, a fin de detectar el grado de inserción laboral y su respuesta.
- Detectar y requerir ayuda socio-económica en los organismos pertinentes como Ministerio de Trabajo, Aseguradora de Riesgo de Trabajo, Organismos de Previsión Social para Jubilados y Pensionados, Dirección de Migraciones, etc.

La atención se realiza una vez por semana en uno de los consultorios del Servicio de Salud Comunitaria. La relación con los demás integrantes del Equipo se establece casi siempre por charlas informales en los horarios de atención.

### **Referencia y contrarreferencia**

Establecimos un sistema de referencia-contrarreferencia con el hospital del área (H.I.G.A Alejandro Korn, en Melchor Romero), reuniéndonos con el Director Asociado, enfermero Marcelo Insaurrealde y los Jefes de los distintos Servicios, lo que nos permite agilizar la práctica de los métodos complementarios de diagnóstico (radiología, ecografía, servicio de

anatomía patológica para los PAP). En situaciones de urgencia o interconsulta articulamos los turnos telefónicamente con los servicios, a fin de evitar las largas esperas nocturnas que forman parte del paisaje hospitalario, y asegurar la contrarreferencia. También se articuló con otros hospitales (como Hospital de Niños, Casa Cuna, San Juan de Dios), que poseen otros servicios que no se encuentran en Romero, con profesionales de experiencia reconocida.

Los laboratorios y los servicios de odontología (que funcionan a pocas cuadras) fueron designados por el Seguro Público de Salud, lo que agiliza enormemente la consulta.

## **2- Organización de actividades de Promoción en APS**

### **Talleres creativos y rincón de lectura**

El Taller de Lectura como espacio creativo se instala a partir de la propuesta de la Licenciada Marisa Lemos en agosto del 2006, de generar un Rincón de Lectura para los chicos internados en el Hospital. Luego, a partir de abril 2007 es extendido a la sala de espera de nuestro Servicio, como proyecto llevado a cabo en conjunto con la Fundación LEER, quien aportó la capacitación de los narradores y realizó la donación de unos 90 libros para niños y adolescentes.

Hoy este proyecto se ha convertido 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.

Entendemos que el ámbito de atención y promoción de la salud es un espacio privilegiado para acercar a los niños a la lectura, como un modo de ayudarlos a crecer en salud.

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. La lectura y la posibilidad de escuchar narraciones orales es un modo de conectarse con la propia identidad cultural, además de ser un espacio privilegiado para el intercambio de afectos.

Para los jóvenes internados tiene como objetivo primordial la integración social como fundamento básico en su rehabilitación. Se trata de instalar un tiempo para el placer de escuchar, jugar, expresarse e incorporar elementos simbólicos que auxilien en los procesos de construcción subjetiva y puedan habilitar recursos de salud.

### **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 pero fue a partir de la incorporación de la Licenciada en Obstetricia en enero de 2008, que 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. Nos parece importante la posibilidad de dedicarse de lleno a una actividad conjunta para la mujer embarazada y su familia donde se pueda acompañar de otra forma y con otras miradas el proceso del embarazo, ya que muchas veces los encuentros con las pacientes y su familia se veía limitado por el tiempo de la consulta.

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. También se brinda

información acerca de los cambios del embarazo, y sus cuidados, asesoramiento sobre los derechos de la mujer y la familia en la atención del embarazo y el parto, siempre moviéndonos en un espacio de expresión donde además se puedan volcar miedos, deseos y expectativas.

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.

El abordaje bajo la metodología de taller, tiene como finalidad partir de las inquietudes que traen sus participantes, a diferencia de lo que sucede habitualmente en los cursos de psicoprofilaxis sustentados en una exposición informativa por parte de quienes coordinan.

En los sucesivos ciclos del taller se han incorporado alrededor de 5 embarazadas a cada uno, hasta la fecha se realizaron dos ciclos.

### **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.

Entendemos la lecto-escritura como una herramienta fundamental de apropiación de información sobre la realidad, para generar una opinión propia sobre acontecimientos y sucesos. 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 está programado para comenzar en la tercera semana de septiembre de 2008, encontrándonos ahora en la etapa de organización. Participan del equipo la enfermera, el médico generalista y dos maestras. Constará de dos encuentros semanales, cada uno de dos horas de duración, en los que se intentará generar un clima de participación y libre expresión del grupo.

Basándonos en los conceptos de Educación Popular, propuestos por el pedagogo Paulo Freire, el educador y educando participarán juntos en la construcción de este aprendizaje. Partiendo de las "palabras generadoras", extraídas del contexto cotidiano de los participantes, se fomentará la expresión y el debate sobre las mismas y se extraerán los conocimientos que permitirán el aprendizaje de la lectura y escritura, entendiendo esta como una "lectura de la realidad" que va mucho más allá del mero "descifrado de palabras".

Actualmente hay inscriptas en el taller 10 personas, la mayoría mujeres de 25 a 60 años.

### **Formación de Talleristas: la cerámica como recurso**

La propuesta de este Taller la realizaron Mercedes Palermo, psicóloga y ceramista, y Nilda Espósito, trabajadora social y ceramista, ambas habían trabajado anteriormente con los pacientes internados en el hospital. En función la motivación de conformar un espacio artístico, y aprovechando un horno de cerámica en desuso que hay en el hospital, se juntaron varias veces con nosotros para pensar esta propuesta de formación, encuentro, desarrollo artístico y posibilidad laboral. Abierto hace apenas un

mes, participan del taller semanal trabajadores y trabajadoras de este hospital, otros de hospitales afines y vecinas de la comunidad.

Quizás lo más sorprendente del espacio del Taller es la posibilidad de romper y recrear los vínculos que venimos desarrollando desde los roles establecidos.

Las prácticas artísticas permiten aflorar una subjetividad aplastada por la institucionalización. Son un equivalente de la palabra hablada, son un modo de expresión y libertad. Y para muchos, una posibilidad muy nueva de sentirse personas dignas: sujetos con creatividad, posibilidad de expresarse y aprender.

### **Talleres y aprendizaje del equipo sobre plantas medicinales**

Nos propusimos comenzar a poner en juego la relación de poderes representados por el Equipo del Servicio y los vecinos, y lo hicimos a través de una actividad que nos permitió salir al barrio. Para ello comenzamos a mediados del 2007 a debatir con los vecinos el uso que daban a las plantas medicinales, una práctica habitual en la comunidad, e ignorada desde la medicina hegemónica. Nuestra idea era acompañar este uso aprendiendo los beneficios, los riesgos y trabajar la situación de intercambio cultural.

Se organizó un grupo de trabajo interdisciplinario, donde además de varios miembros del Servicio de Salud Comunitaria y vecinos interesados en la propuesta, participaron tres docentes de las cátedras de Botánica Aplicada de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de la Plata (UNLP).

Esta actividad se desarrolló entre los meses de agosto y diciembre de 2007. Se realizaron previamente encuestas breves a los vecinos, para conocer su percepción acerca del uso de plantas medicinales para tratar diversas afecciones de salud. Posteriormente se convocó a dos talleres en los que se trabajó sobre el reconocimiento de algunas plantas y usos. Estos talleres iniciales tuvieron escasa convocatoria, algo bastante habitual en el barrio independientemente de la propuesta del taller.

Luego realizamos tres salidas al barrio junto a vecinas y docentes de la cátedra de Botánica Aplicada, en cada una de las cuales participamos entre veinte y treinta personas. Hubo una cuarta salida en el mes de marzo de 2008, con la participación de 30 estudiantes de la Cátedra y varias vecinas. Estas salidas nos permitieron reconocer que los vecinos cuentan con sus propios saberes para curarse, y utilizan muchas de las diferentes plantas que crecen en el barrio, en sus propios jardines o en las zanjas, y que forman parte de la terapéutica diaria.

### **Educación, baile y actividad física con pacientes diabéticos**

En la actividad diaria del consultorio evidenciamos que hay una infinidad de cuestiones relacionadas con el conocimiento de la diabetes, y de múltiples factores de riesgo cardiovascular, que no pueden ser resueltas en dicha instancia. Consideramos que la medicación es importante para el tratamiento de cualquier enfermedad, pero también creemos fundamental, sobre todo en enfermedades crónicas, la educación, el manejo de la alimentación, la actividad física, y las experiencias propias compartidas.

Así nace el Taller de Diabéticos coordinado por un médico, un enfermero y la profesora de educación física. El taller contaba con dos partes: una de formación e intercambio de conocimientos sobre factores de riesgo entre pacientes y los profesionales del equipo, y luego una segunda parte de actividad física propiamente dicha, en la cual participaban varios de los pacientes internados en el hospital, y que brindaba una posibilidad de intercambio y conocimiento. Con los meses, fue tomando mayor importancia este componente de actividad física. Las caminatas se alternaban con juegos de estiramiento, ejercicio y mucho baile (pedido por las participantes del taller,

todas mujeres). Estos talleres se realizaron en forma semanal durante el año 2007, con diferente grado de participación de la comunidad. Durante el año 2008 todavía no se ha retomado esta actividad propiamente dicha, debido a la dificultad de coordinación de horarios, y la falta de espacios adecuados. Además de contar con otra propuesta de actividad física que contribuye al mismo fin: fomentar el conocimiento, y la importancia de la alimentación y la actividad física regular, en el grupo que trabaja con pautas alimentarias.

### **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. Consta de dos encuentros semanales, de dos horas de duración cada uno. En el primero de ellos se trabaja sobre los hábitos alimentarios, métodos de cocción y preparación de comidas. También se habla de la relación que cada uno establece con los alimentos, con el objetivo de conocerse a sí mismo y de visualizar cuales son las pautas de alarma individuales que rompen el delgado límite entre comer y alimentarse. Transformándose así en un espacio de intercambio de ideas, opiniones y estrategias para razonar y comprender ésta diferencia.

Sobre el final del encuentro se registra y elabora una curva de peso, se realizan controles de glucemia y de presión arterial.

En el segundo encuentro se realiza una caminata grupal que no solo funciona como una actividad física de apoyo, sino que nos sirve de aprendizaje para relacionarnos con el cuerpo, aceptarlo y asimilar los cambios que en él se van dando. Actualmente participan ocho personas.

### **Institución libre de humo**

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo como la epidemia del siglo XX por ser la primera causa prevenible de enfermedad en el mundo. La mitad de los fumadores mueren por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco; por otra parte el 50% de los fallecimientos se producen en forma prematura con una pérdida aproximada de 20 años de vida. En la Argentina, el 34 % de la población adulta fuma, el 23 % de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años con predominio del sexo femenino. Cada año mueren 40.000 argentinos debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo del tabaco.

Nuestro país tiene los niveles más elevados en América Latina de exposición a humo de tabaco ajeno. Los adultos expuestos tienen alrededor de un 30 % más de riesgo de cáncer de pulmón y alrededor de un 30-40% más de enfermedad coronaria. En niños, el humo de tabaco triplica el riesgo de asma, otitis y catarros; y se asocia cuatro veces más riesgo de muerte súbita del lactante y con trastornos del comportamiento y del aprendizaje. La creación de ambientes libres de humo, el aumento de los impuestos al tabaco y las prohibiciones de la promoción del tabaco son las medidas más eficaces para reducir el consumo de tabaco. La costo-eficacia de todas estas intervenciones es equivalente a la de la vacunación infantil y la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia. Existe un elevado nivel de consenso social para la implementación de políticas públicas de ambientes libres de humo de tabaco. En nuestro país la prevalencia de consumo entre los profesionales de la salud es similar a la población general. En el caso de nuestro Servicio la prevalencia es mayor al de la población general, fuma el 35.3 % del equipo (incluyendo médicas, enfermeras y promotora de salud). En función de esta problemática planteamos en el mes de junio de este año la necesidad de desarrollar estrategias para establecernos como Institución de Salud Libre de Humo. Para llevar a cabo este proyecto comenzamos a

realizar 3 reuniones semanales de 3 hs. de duración durante el espacio destinado a formación (incluido en horario laboral) con el fin de motivar y capacitar al equipo de salud en estrategias de cesación tabáquica e implementación de ambientes libres de humo. A su vez se colocaron carteles en la sala de espera y en todos los consultorios y espacios comunes recalcando que se trata de una Institución Libre de Humo. Se colocaron también afiches en los mismos espacios donde se desarrollaron las etapas de cesación tabáquica de Prochaska para sensibilizar al equipo y a las personas que concurren al Servicio. A su vez comenzó a gestionarse a través del Hospital la compra de medicamentos utilizados en cesación para entregarlos gratuitamente a aquellas personas que lo requieran. Todas estas estrategias constituyen los primeros pasos hacia una Institución 100 % Libre de Humo.

### **3- 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.

Hay otros espacios, en los cuales estamos participando sin inocencia ideológica (el Seminario de Educación Popular y Salud; el Curso de Formación de Promotores; 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.

#### **Formación de Promotores y Promotoras de Salud Junto al Proyecto de Extensión universitaria “El derecho a tener derechos”\***

“*El derecho a tener derechos*” es un proyecto de capacitación para la promoción de derechos humanos destinado a organizaciones sociales con trabajo territorial. Desde aquí, se pretende atender problemáticas vinculadas al ejercicio de la ciudadanía a partir del fortalecimiento de los recursos humanos mediante la construcción colectiva de conocimientos. Este trabajo tiene como telón de fondo el objetivo de articular a la Universidad con los sectores excluidos, generando espacios de diálogo y aprendizaje para todos los participantes, sean éstos provenientes de los barrios populares como del ámbito universitario.

“*El derecho a tener derechos*” ha sido acreditado y subsidiado por la UNLP en las convocatorias del 2005, 2006 y 2007; también contó con el apoyo del Programa de

---

\*  
**Directora:** Lic. María Belén Fernández, Profesora Adjunta de *Comunicación y Educación*, FPyCS, UNLP.  
**Codirector:** Mgter. Esteban Rodríguez, Profesor Adjunto de Teoría Social del Estado, FPyCS, UNLP; Profesor de Estado, Poder y Sociedad, FHCE, UNLP; Profesor de *Derecho a la información y Estado, poder y Comunicación*, UNQui; Coordinador y Profesor del Seminario La criminalización de la pobreza y la protesta social, FCJyS, UNLP. Miembro del CIAJ.  
**Codirectora:** Mgter. Mariana Relli, Ayudante Diplomada de Geografía de la Población, FHCE, UNLP. Miembro de Galpón Sur.  
**Coordinadores:** Dra. Ana Dumrauf (Área Capacitación); Abog. Sofía Caravelos y Abog. Fabio Villarruel (Área Jurídica); Lic. Pablo González y Lic. Federico Langard (Área Derecho a la Ciudad); Méd. Marcelo Krol (Área Promoción Salud); Gabriel Apella (Área Comunicación Comunitaria).

Voluntariado Universitario del Ministerio de Educación de la Nación en el año 2006. Cuenta con un equipo de trabajo compuesto por militantes sociales, docentes, investigadores, estudiantes y graduados de distintas disciplinas que van desde la abogacía hasta la comunicación social, pasando por la arquitectura, la pedagogía, la sociología, la geografía, la psicología, la medicina, las artes plásticas y el diseño gráfico y visual.

La participación del Servicio de Salud Comunitaria se realiza a partir de la propuesta en 2007 de incorporar al proyecto un área sobre Derecho a la Salud, que se lleva a la práctica con la organización interdisciplinaria del “Curso de Formación de Promotores de Salud para Organizaciones Sociales”, de 12 barrios de La Plata y Berisso. Del barrio las Rosas y Altos del Sol participan 18 promotoras, integrantes del MTD Aníbal Verón, con las cuales en las semanas intermedias entre talleres trabajamos los proyectos barriales.

Las tareas que desempeñan los integrantes del grupo de Coordinación entre los que se encuentran dos médicos del Servicio de Salud Comunitaria, estudiantes y docentes del proyecto “Derecho a Tener Derechos” e integrantes de las propias Organizaciones de Desocupados se basan en coordinación en pequeños grupos; exposición y devolución teórica; observación y evaluación del proceso. Los roles no son fijos y se establecen previamente para cada taller de acuerdo a la disposición, formación y experiencia de cada integrante.

Los temas trabajados en los talleres surgen de una etapa de debate realizada en las propias organizaciones (en los comedores, asambleas y mesas regionales). Estas propuestas fueron llevadas a las jornadas en las cuales se organizaron los talleres. Los mismos funcionan con una periodicidad quincenal a lo largo de todo el año, iniciándose en abril de 2008 con la participación de 52 personas (continuando en la actualidad con un promedio de 45 promotores). Los temas trabajados hasta el momento son los siguientes: concepciones de salud y enfermedad, medio ambiente, problemas respiratorios y tabaquismo, hipertensión arterial y enfermedades relacionadas, primeros auxilios (quemaduras, ahogos, etc), salud sexual y reproductiva, y problemas de género. Están programados dos talleres más para este año: derechos en salud, y el último, donde se trabajará el rol de los promotores en los barrios.

Los registros tomados en cada uno de los talleres se utilizan luego para la confección de cartillas, material de apoyo y consulta que luego es tomado en los talleres que los propios promotores están desarrollando en sus barrios.

Este curso de formación ha llevado a pensar y desarrollar cambios concretos en las comunidades donde los promotores viven. Para dar algunos ejemplos: a partir de los debates sobre hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular, se tomó la decisión de aumentar la compra de frutas y verduras en los comedores, la prohibición de fumar durante las asambleas y llevar adelante campañas sobre el riesgo que produce el tabaquismo, la puesta en marcha de talleres sobre alimentos (en relación al riesgo nutricional en los niños), la propuesta de darle una orientación en salud a un bachillerato popular proyectado para el 2009, y la propuesta de desarrollar espacios verdes en los barrios.

### **Normatización para el uso racional de medicamentos**

Uso Racional de Medicamentos significa obtener el mejor efecto, con el menor número de fármacos, durante el período de tiempo más corto posible y con un costo razonable. El uso apropiado es, ante todo, parte esencial de la calidad de la atención de salud brindada.

El Uso No Adecuado de medicamentos tiene numerosas causas, entre ellas, formación inadecuada en farmacología de los profesionales de la salud, falta de educación continua o de información objetiva, alta carga de pacientes, carencia de política institucional sobre uso racional y problemas de financiación.

El impacto del Uso No Adecuado de medicamentos se manifiesta en la reducción de la calidad de la terapia que conduce al aumento de la morbi/mortalidad, desperdicio de recursos que conduce a reducir la disponibilidad de otros medicamentos esenciales e incrementar los costos, incremento del riesgo de efectos no deseados.

Estamos intentando que todos los prescriptores compartamos criterios para la utilización racional de los medicamentos.

En función de esto, y a partir de discrepancias que surgieron con los odontólogos sobre el uso apropiado de antibióticos, les propusimos reuniones a fin de buscar bibliografía adecuada que avale las conductas en los consultorios, y normatizar los acuerdos. No todos los odontólogos respondieron a esta convocatoria; sin embargo hemos realizado la actividad con aquellos que accedieron, y acabamos de poner por escrito la propuesta de normatización, en función de la cual se entregará medicación a los pacientes atendidos por odontología.

### **Formación de estudiantes de medicina**

La formación médica centrada en la enfermedad (la que todos nosotros incorporamos en nuestros años de Universidad) tiene como consecuencia la falta de jerarquización de las tareas relacionadas con la promoción, prevención y participación comunitaria, y el déficit de convicción sobre la importancia de la APS.

Posiblemente la formación de pregrado desalienta a quien ingresa a la facultad de Ciencias Médicas con una mínima mirada social e ideas de transformación en su actividad profesional, valorizando en cambio la idea del éxito y la recompensa económica asociados al aparataje tecnológico y la alta complejidad.

Dentro de las actividades de docencia, incorporamos rotaciones electivas de estudiantes de medicina de años superiores, quienes participan principalmente acompañando la actividad del consultorio. Estos mismos estudiantes propusieron que nos constituyamos en sede de rotación de APS del último año de la carrera, a fin de poder incorporar la rotación a su currícula, una propuesta que hicimos llegar a la facultad de medicina de la UNLP.

Por otro lado, desde hace aproximadamente seis meses un grupo de estudiantes de medicina y médicos del Servicio, se están reuniendo todas las semanas para problematizar la formación en la facultad, las condiciones laborales, los modelos de APS, y debatir sobre modelos de educación (con énfasis en las propuestas de Paulo Freire y Pichón Riviere). A su vez se debaten temas de la práctica diaria que no se abordan en el pregrado: aborto, género, etc. Este grupo, que actualmente se encuentra definiendo su nombre y perfil de organización, está articulando nuevas actividades y propuestas de formación con otros grupos de estudiantes de medicina de diferentes provincias (Ketzal en Córdoba, Síntesis en Capital Federal).

### **Formación de Residentes**

En abril de 2007 solicitamos a la Subsecretaría de Coordinación de Políticas de Salud y de Capacitación Profesional la incorporación del Servicio como sede de rotación de residentes de Medicina General. La petición fue formalmente aceptada.

En la Reunión de Equipo se tomó la decisión de organizar cuidadosamente esta actividad, incorporando por bimestre un único residente que no supliría la actividad asistencial de los médicos del Servicio, sino que acompañaría a éstos en el consultorio. Se haría énfasis en la participación de actividades extramuros y de promoción, y se incorporarían horarios de formación teórica para pensar la práctica diaria. Este

esquema, tan poco habitual para residentes que a menudo se incorporan a los servicios simplemente como mano de obra barata, comenzó a ponerse en marcha en julio de 2007, hasta el momento rotaron dos residentes-

En Agosto de 2008, tres residentes de Psicología del Hospital San Martín de la Plata, realizan una rotación de tres meses por el Hospital José Ingenieros, participando en muchas de las actividades que desarrollamos en el Servicio de Salud Comunitaria.

Para el concurso de residencias de 2008, el Servicio fue reconocido por la Subsecretaría de Capacitación Profesional como una nueva sede de residencia de Medicina General.

Esta decisión generó un arduo trabajo por parte del Equipo para poder adaptar el Programa Provincial a las necesidades locales y a la visión compartida de las actitudes y competencias que debería adquirir un Médico Generalista.

En el llamado a concurso de residencias sin embargo, el número de postulantes a las residencias de Medicina General en la provincia fue menor que la cantidad de cargos ofertados. El Servicio, cuyo ingreso en esta propuesta de formación acababa de formalizarse, no tuvo este año residentes que cubrieran los dos cargos ofrecidos.

### **Formación de los profesionales del Servicio de Salud Comunitaria**

A partir del marzo del 2008 decidimos organizar, dentro del horario laboral, un espacio semanal de 4 horas para la formación interna. El mismo, de acuerdo a las temáticas a tratar, es desarrollado en forma conjunta entre enfermeros y médicos o separados por disciplina. Los temas a desarrollar son elegidos en forma consensuada por todo el Equipo.

Dentro de las temáticas desarrolladas hasta el momento incluimos tabaquismo, lectura crítica de evidencia y búsqueda de fuentes de información, organización de un triage (priorización de atención de personas en la demanda espontánea). Los enfermeros trabajaron en su propio espacio situaciones-problema habituales (bronquiolitis, fiebre y quemaduras). También dentro de este espacio laboral fue debatido y redactado, en forma conjunta, este trabajo de sistematización, cada uno de nosotros aportando a la redacción y discusión las diferentes partes del mismo.

Con el material teórico que se utiliza para la redacción y apoyo de este trabajo, se va a incrementar el material de la biblioteca, que estamos organizando en uno de los consultorios.

### **Incorporación de habilidades**

Tres médicos generalistas tuvieron capacitación para colocación de DIU durante su residencia de Medicina General, pero luego abandonaron esta práctica en diferentes ámbitos ya que muchas veces se la considera como "exclusiva" de los especialistas en Ginecología.

Al comenzar las actividades en el Servicio se retomó esta práctica, en principio supervisada por la Dra Marcela Calcopietro, ginecóloga, y luego una de las médicas formadas en Mar del Plata para esta práctica por la Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER) comenzó a capacitar a otras médicas en servicio, ya que durante su residencia no habían tenido la debida capacitación.

La capacitación continua en servicio se realiza con la metodología de supervisión con apoyo, y con sustento de material bibliográfico que ha sido revisado (Documentos de la Organización Mundial de la Salud, de la Escuela de Salud Pública John Hopkins y normativas del Ministerio de Salud de la Nación).

Con esto se ha mejorado notablemente el acceso a este método y la calidad de la práctica realizada.

### **El Seminario de Educación Popular y Salud en la Universidad de La Plata**

El Seminario/Taller es una propuesta conjunta de la cátedra de Filosofía de la Educación (Prof. María del Carmen Cosentino) y de la cátedra de Didáctica de las Ciencias Naturales (Prof. Ana G. Dumrauf) de la UNLP, de la cual participa desde su inicio –como profesor invitado- uno de los médicos del Servicio. La invitación a participar como docentes se extendió en el último año a otras médicas del Servicio, quienes habían participado hace tres años en calidad de alumnas. La organización de este Seminario está integrado ahora a las actividades extramuros de los profesionales del Servicio.

Este espacio intenta satisfacer, en el ámbito académico, los requerimientos de numerosos estudiantes y graduados respecto de la concepción de la Educación popular y las prácticas que ella implica, así como examinar y potenciar algunas experiencias que bajo esta denominación realizan numerosas personas al interior de los movimientos sociales en áreas relacionadas con la salud.

En esta propuesta, se trata de reunir a diversos actores con diferentes experiencias y un mismo propósito: profundizar, ampliar y multiplicar los escenarios de la educación popular.

Consecuentes con esta concepción educativa aquí se parte de la práctica, presentando situaciones que comprometen la promoción de la salud, se reflexiona teóricamente sobre ella y se la reconstruye dialécticamente integrándola en el contexto concreto en la que se inscribe.

Considerando que en la salud se expresan las relaciones sociales en general, a la vez que es producida por éstas, y los vínculos personales en particular, se trata de problematizar las relaciones sociales de desigualdad y promover la generación de mejores vínculos. La propuesta es brindar herramientas de análisis y actuación para leer los emergentes relacionados con la salud de la comunidad, promover la apertura de las escuelas y de otras instituciones al trabajo sobre los problemas locales vinculados a la salud y movilizar a los diferentes actores en la generación de proyectos de superación de las dificultades. Para ello se intenta formar a los participantes en prácticas de protección y promoción de la salud y propiciar el diseño de propuestas educativas populares.

Estos son los contenidos del Seminario de Educación Popular y Salud desarrollados en el año 2008:

- La Salud como política pública. La salud de las poblaciones más vulnerables de nuestro país.
  - Concepciones hegemónicas de salud y enfermedad.
  - Reconceptualización de salud y de enfermedad.
  - Las prácticas de salud de diversas comunidades. Promoción de la salud
  - Salud sexual. Salud reproductiva. Las cuestiones de género subyacentes. Las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.
  
- Fundamentos teóricos y metodológicos de la Educación Popular, que originariamente Paulo Freire llamara Educación liberadora.
  - La concepción antropológica, epistemológica en la propuesta educativa de Paulo Freire. La concepción ético-política en la praxis educativa de Paulo Freire.
  - El método pedagógico y la intervención didáctica sustentados en la concepción teórica de la Educación Popular.
  - Educación popular y educación formal en la concepción freireana. Educación pública y educación popular.
  
- Lo grupal en la concepción de Enrique Pichón Rivière.

- El grupo como construcción colectiva. Poner el cuerpo y ponerse el cuerpo. La afectividad y el clima de trabajo. Los roles de los miembros del grupo. Roles de coordinador y observador. Vicisitudes del trabajo grupal. Analizadores grupales para intervenir en el proceso
  - El grupo comprometido con su propio aprendizaje. El juego como aliado placentero del aprendizaje. La dramatización como modo de objetivar las situaciones que se pretende problematizar. La creatividad como irrupción de lo utópico.
- El taller como modalidad pedagógica privilegiada en la Educación Popular.
    - Del dicho al hecho: pensar y organizar un taller. Saberes necesarios para evitar el espontaneísmo.
    - Construcción – deconstrucción - reconstrucción colectiva del conocimiento desde la metodología de la Educación Popular. Empleo de recursos y técnicas participativas.
    - Co-operación en la tarea de enseñar aprendiendo y de aprender enseñando. Situaciones de aprendizaje que propician la participación y la organización social. Complementariedad de los aportes de Paulo Freire y de Enrique Pichon Rivière.
- Experiencias en educación popular
    - Relatos de las experiencias aportadas por los participantes
    - Análisis crítico de las mismas desde la concepción de la educación popular

## **Biblioteca**

Se cuenta en el centro con material de consulta, que incluye libros (traídos por los profesionales), revistas y artículos científicos de las diferentes disciplinas que trabajan en el Servicio. La propuesta es que siga creciendo en cantidad de material y actualizándose periódicamente, con el aporte de todos los integrantes del Equipo, permitiendo basar nuestra práctica en conocimientos científicamente probados.

Además contamos en el Servicio con una computadora con conexión a Internet, lo que facilita la búsqueda en base de datos reconocidas para actualizarnos permanentemente permitiéndonos disponer de material y bibliografía en este soporte.

## **4- Organización de actividades de investigación en APS**

### **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.

Para abordar este trabajo desde diferentes perspectivas es imprescindible contar con un equipo multidisciplinario que aporte diferentes visiones y competencias. Para este proyecto hicimos la propuesta de trabajar en forma conjunta, y posteriormente se sumó al equipo del Servicio un grupo de estudiantes y graduados de diferentes disciplinas,

geógrafos, ingenieros ambientales, biotecnólogos y bioquímicos de la UNLP. Luego de varios encuentros se decidió colectivamente realizar el ASIS desde las organizaciones del barrio con las cuales se desarrollan actualmente distintas actividades, de forma participativa (a diferencia de la gran mayoría de los ASIS que son realizados por algunos Centros de Salud sin intervención de la comunidad). El proyecto comenzó a llevarse a cabo en julio de 2008 y tiene una proyección de un año.

### **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.

### **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 2009. 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.

### **Evaluación del trabajo realizado durante el año 2007**

La evaluación se realizó en el mes de Diciembre de 2007, a lo largo de tres reuniones, con la participación de todos los miembros del equipo. Utilizando técnicas de educación popular evaluamos lo realizado en el año, y planteamos propuestas para el 2008.

En general, la construcción fue valorada como altamente positiva, incluso por quienes al principio de año consideraban deseable un modelo más individualista de trabajo.

Se destacaron como aciertos fundamentales el espacio de reunión semanal, la distribución de responsabilidades, el apoyo y confianza brindado por la dirección del

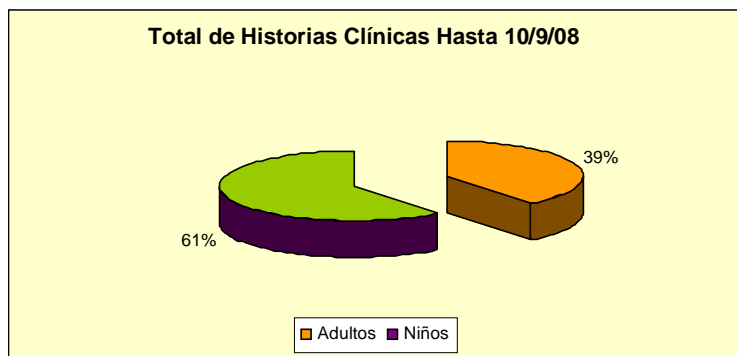
hospital, la decisión de involucrarnos desde una mirada político-sanitaria en el trabajo de APS, la buena calidad de atención brindada en los consultorios, la dinámica de trabajo en los talleres desarrollados, el tener espacios para pensar, el haber desarrollado en el ámbito laboral un espacio de crecimiento personal y de aprendizaje, la relación diferente a otros ámbitos de trabajo entre médicos, enfermeros, y otros miembros del equipo, el aprendizaje logrado con el trabajo interdisciplinario, la actividad desarrollada por la psicóloga en el Rincón de Lectura, la apertura a estudiantes y residentes, los espacios de formación, el apoyo concreto brindado por la dirección del hospital y el buen clima de trabajo que se transmite a las personas que atendemos.

Como aspectos a mejorar se consideraron la escasez de medicamentos brindados por los Programa Remediar y PROSSER, la dificultad para relacionarse de los abogados, la necesidad de seguir integrándonos con los profesionales que ya venían trabajando en el hospital, el exceso de papeleo y burocracia inherente al sistema, el poco tiempo para planificar algunos talleres, la dificultad para convocar a la gente del barrio en algunas actividades de promoción, la situación de precarización laboral y multiempleo en que nos encontramos los trabajadores de APS, el espacio físico insuficiente para desarrollar algunas actividades de promoción y la necesidad de realizar un diagnóstico de situación del área mejor sistematizado.

## **Resultados**

- **Cantidad de historias clínicas.**

Desde el inicio de las actividades del Servicio de Salud Comunitaria hasta el 10 de septiembre de 2008 contamos con un total de 3036 historias clínicas, de las cuales 1194 corresponden adultos y 1842 a niños (menores de 14 años)

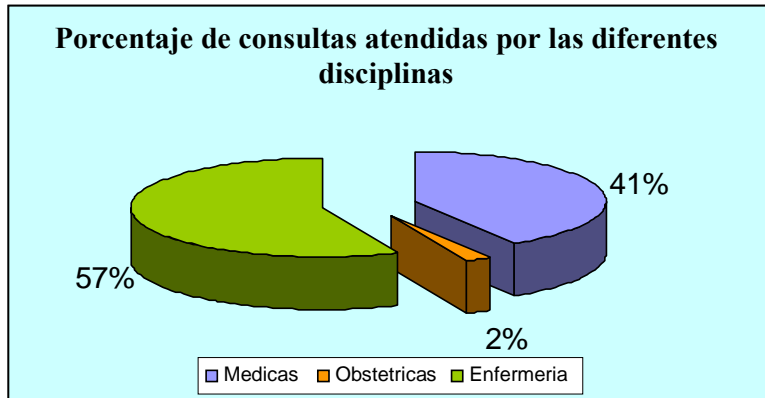


Fuente: elaboración Propia

De las 3036 historias clínicas, 1,4 % corresponden a personas indocumentadas y un 8,1 % de extranjeros. El dato del déficit de documentación nos resulta relevante para articular una tarea en conjunto con los abogados e intentar solucionar esta problemática.

- **Número total de consultas durante Julio de 2008.**

Durante el mes de Julio de 2008 se realizaron 2131 consultas, incluyendo demanda programada, espontánea médica, obstétrica y prestaciones de enfermería que se distribuyeron por disciplinas de acuerdo a siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración Propia

- **Continúa búsqueda del equilibrio entre demanda espontánea y consultas programadas.**

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. Creemos que es importante no reducir la carga horaria destinada a trabajo no asistencial para sostener el aumento de la demanda espontánea. 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, porque se requiere de todas formas mantener la calidad en la atención (apertura y correcto registro de historias clínicas, referencia oportuna, provisión de tratamiento adecuado). Se vio disminuido el número de turnos programados disponibles, y esto nos genera un conflicto a resolver porque alarga los tiempos de espera de las personas que requieren seguimiento. Así mismo se ve sobrecargado con esta modalidad el trabajo administrativo que implica apertura de historias clínicas y carga en base de datos de los beneficiarios que consultan por primera vez. Esto genera una búsqueda constante de alternativas que nos permitan continuar brindando una atención digna, personalizada y con recursos acordes.

- **Idas y vueltas de la Referencia-Contrarreferencia.**

Como se dijo anteriormente hemos establecido contacto para referencia y contrarreferencia con diferentes hospitales y servicios, no sólo con el hospital de referencia por nuestra área programática (Hospital A. Korn de Melchor Romero). 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, dejando de lado el uso de las planillas de referencia/contrarreferencia que provee el SPS ya que en contadas ocasiones eran devueltas por el profesional al que eran referidos los pacientes.

En cada historia clínica de los pacientes referidos consta la referencia y el motivo por el cual se realiza, el servicio y hospital, y si nos comunicamos previamente, para continuar luego el seguimiento en nuestro servicio. Se tomó la decisión de trabajar de este modo, porque además nos permite continuar nuestra formación al aportarnos el profesional tratante aspectos teóricos sobre la patología que fue referida y facilitar así el seguimiento de pacientes, que a veces

requieren estudios complementarios o evaluación en otro nivel de atención. Contamos con una agenda para tal fin donde están incluidos los referentes de cada especialidad, al acceso de cualquiera de los profesionales, para poder realizar el contacto por vía telefónica si se necesita y solicitar turno. 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.

Con uno de los laboratorios del SPS (Dra. Marta Hernandez) hemos establecido una fluida relación, ya que tenemos la posibilidad de comunicarnos telefónicamente para evacuar cualquier duda que se nos presente (sensibilidad, especificidad del método solicitado, pedidos de prácticas específicas, toma de muestras, etc.), y la contrarreferencia funciona también con rapidez, porque se comunican con el equipo para evaluar la sospecha clínica que motivó el pedido de prácticas, confirmar resultados o informar si hubo alguna dificultad con los pacientes referidos.

- **Ausencia de administrativa. Mucha burocracia.**

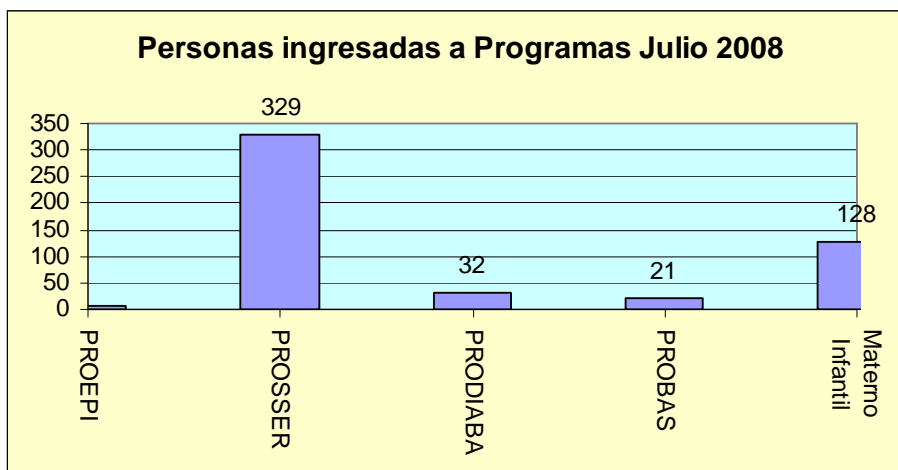
Cada uno de los programas que llegan al Servicio tiene un sistema de registro y planillas que necesitan ser completados para continuar recibiendo. Esto sumado al registro en nuestras historias clínicas y planillas de consulta diaria, agrega tiempo de burocracia a la consulta y por lo tanto quita tiempo 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, incentivando el orden de las historias clínicas y repasando en forma continua los pasos burocráticos para poder distribuir y compartir el trabajo administrativo.

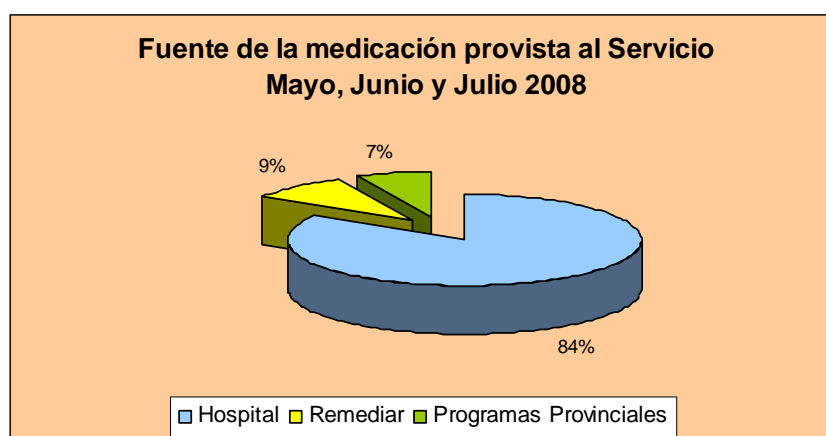
- **Número total de personas con cobertura de Programas Nacionales y Provinciales en Julio de 2008.**

Contamos con la cobertura de los siguientes programas: Programa de Prevención de Epilepsia (PROEPI), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PROSSER), Programa de Prevención de Diabetes (PRODIABA), Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil y Programa Materno Infantil de la Nación.



Fuente: Elaboración Propia

- **Porcentaje de medicación provista por las diferentes fuentes durante Mayo, Junio y Julio de 2008.**



Fuente: Elaboración Propia

El Remediar cubre mayor variedad de medicamentos. De los 55 medicamentos que figuran en el programa, son provistos al Servicio 28, pero alcanzan para cubrir sólo en promedio tres tratamientos completos por mes. Mientras que los Programas provinciales (por ejemplo, PRODIABA) cuentan con menor variedad de medicamentos pero cubren mayor cantidad de tratamientos completos.

- **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. Es el caso de espéculos y espátulas de Ayre y portaobjetos que debiera proveer el programa PROGEMA pero que no los provee en forma sostenida. El PROBAS no ha enviado medicación para tratamiento de Asma aún, a pesar de estar los pacientes correctamente ingresados al mismo y elevados todos los registros y pedidos necesarios.

PROEPI suministró medicación en escasa cantidad y solo una vez. El programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable mantiene la provisión de DIU, pero en forma discontinua la de ACO, ACI y preservativos, por lo que el hospital solicita sobrante de los mismos a otro Hospital (Hospital A.Korn) o compra los insumos. Esta situación se ha repetido varias veces.

El programa que hasta ahora ha sostenido provisión de medicamentos ha sido el PRODIABA que llega a cubrir las necesidades de los pacientes diabéticos.

El programa Materno Infantil provee leche solamente, no se han registrado entregas de medicación a través del mismo, tampoco lo hace en forma sostenida, por lo que le Hospital se encarga de solicitar sobrante de otros efectores para asegurar la leche que debe ser entregada en nuestro Servicio.

Con respecto al programa REMEDIAR ya se dijo anteriormente que la provisión es escasa.

Este año también se registró con el programa de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) algo que nos resultó ilógico, ya que se realizaron pedidos por medicación específica, (salbutamol aerosol y betametasona gotas) que fue enviada pero junto con medicación que pertenecía a un paquete ya pre-armado que no había sido solicitado, lo que originó que exista en nuestro stock medicación de más que no fue utilizada.

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, lo que lleva tiempo (aproximadamente 60 días) hasta que se realiza la compra. Otra dificultad que tenemos es que los programas provinciales requieren para su ingreso que los pacientes tengan DNI, y esto nos limita mucho, porque el 9,5 % de nuestros pacientes es de nacionalidad extranjera (8,1 %) o indocumentados (1,4 %).

- **Uso racional de medicamentos.**

Debido a la convicción del Equipo de Salud de la importancia del uso racional de medicamentos, en nuestro Servicio se comenzó a normatizar el uso de medicamentos en diferentes problemas de salud.

Como la mayor parte de los medicamentos del Servicio son provistos por el hospital, se vio la necesidad de hacer un pedido racional de los mismos, el cual está basado en las patologías prevalentes evaluadas por el Equipo de Salud y los medicamentos necesarios para resolverlas, con la intención de cubrir el 100% de los requerimientos (ver anexo).

Uno de los ejemplos de normatización es la realizada con odontología (ver Anexo). El Hospital no cuenta con dicho servicio para brindar atención a nuestra comunidad. La misma es atendida en lugares cercanos ya que el SPS cuenta con prestadores que atienden en sus consultorios privados.

Actualmente contamos con cinco odontólogos en la zona, quienes han sido invitados en múltiples oportunidades a participar en nuestra reunión de equipo con escasa respuesta.

Observamos que existía una excesiva prescripción de antibióticos y analgésicos realizada por los mismos, no siempre obedeciendo a parámetros de uso racional. A partir de este diagnóstico propusimos reuniones conjuntas para normatizar la utilización de antibioticoterapia profiláctica, hasta el momento concurrieron 2 de los 5 odontólogos. Debido a la escasa participación y bibliografía solicitada que avalara la gran mayoría de las prescripciones, planteamos una normatización desde el equipo del Servicio (ver anexo) que se utilizará para futuros encuentros con los mismos en los que se logre una práctica racional y consensuada entre las distintas disciplinas.

- **Número total de vacunas aplicadas desde el inicio de la vacunación.**

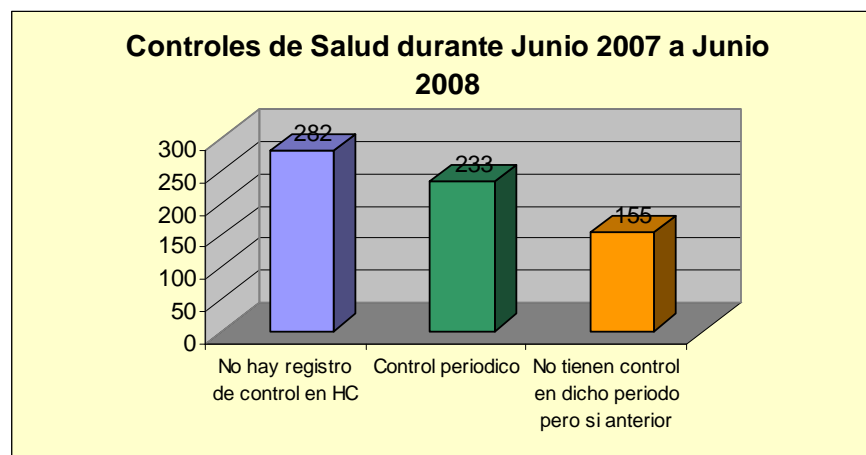
Desde el 1º junio al 29 de Agosto de 2008: se aplicaron 351 dosis de vacunas en este periodo a niños, adolescentes, adultos, ancianos y mujeres embarazadas, incluyendo todas las correspondientes al Calendario de Vacunación Nacional.

- **Cantidad de niños con Controles de Salud durante el periodo comprendido entre Junio de 2007 y Junio de 2008.**

En el momento en el cual se recolectaron los datos contábamos con un número total de 1280 Historias Clínicas (HC) de niños/as menores de 14 años, de las cuales 610 correspondían a HC abiertas para consultas odontológicas que fueron excluidas del análisis. Se incluyeron las 670 HC restantes, se evaluó la periodicidad de los controles de salud según la edad. No podemos evaluar que los mismos sean completos e integrales debido a la falta de sistematización en el registro y a la ausencia de normatización de los mismos entre la pediatra y los médicos generalistas.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- En el 42,08 % no está registrada en la HC si poseen controles de salud, fueron atendidos por demanda espontánea, desconocemos si cuentan o no con dichos controles.
- El 34,77 % tienen controles de salud periódicos en el periodo comprendido entre Junio de 2007 y Junio 2008.
- Por último el 23.13 % tuvieron algún control de salud pero no en el periodo relevado.



Fuente: Elaboración Propia

- **Controles de Salud.**

Dentro del trabajo de asistencia en los consultorios una parte prioritaria son los controles de salud adaptados a los diferentes géneros y grupos étnicos.

Nuestra forma de trabajo mediante turnos anticipados y cada 30 minutos, nos permite contar con el tiempo necesario para la realización de los controles de salud, pudiendo abarcar las diferentes áreas de los mismos, programar la frecuencia de controles adecuada a cada persona y permitir hacer promoción de la salud, prevención de enfermedades y detección oportuna de patologías. La intención es ampliar los controles más allá de lo biológico, para poder abordar las diferentes esferas de las personas.

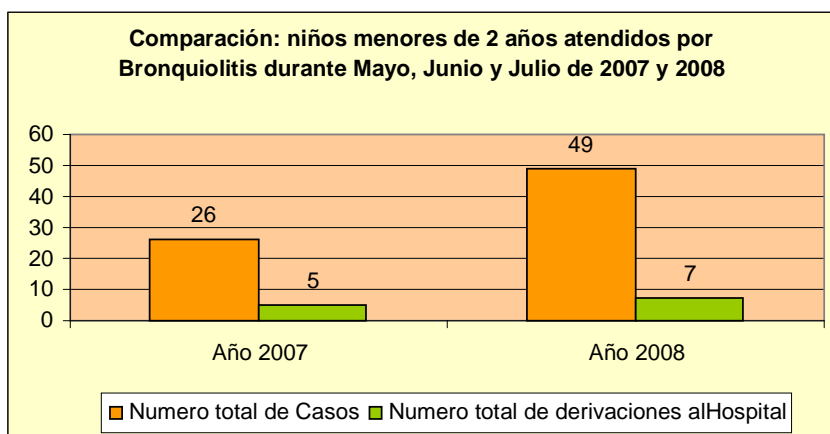
Todo esto nos permite acumular un conocimiento longitudinal de las mismas y sus familias, pudiendo responder de otra manera a las diferentes problemáticas que se planteen.

Esto, sin embargo, se ve diariamente amenazado por la sobrecarga que la demanda espontánea genera, que quita el tiempo para estos controles. En forma continua estamos re-evaluando nuestra forma de atención para poder solucionar los problemas que fueran surgiendo.

Creemos que la normatización de nuestras prácticas es esencial, de ahí que durante nuestros espacios de formación, tenemos periódicamente lugar para la sistematización de prácticas preventivas, controles de salud, etc.

- **Cantidad de niños con bronquiolitis atendidos durante Mayo, Junio y Julio de 2008.**

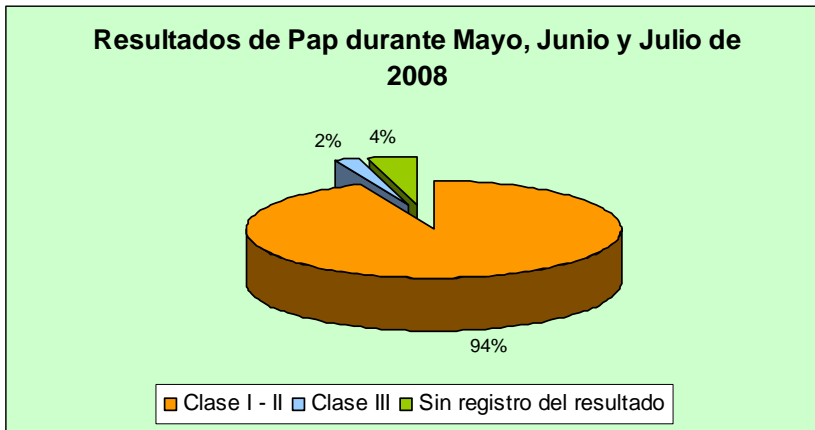
Durante este período se atendieron en la consulta 49 niños con diagnóstico de bronquiolitis, de los cuales 7 requirieron Interconsulta al Hospital de referencia debido a la gravedad del cuadro. El siguiente gráfico realiza una comparación con lo sucedido durante el mismo periodo de 2007.



Fuente: Elaboración Propia

- **Cantidad de Pap realizados durante Mayo, Junio y Julio de 2008.**

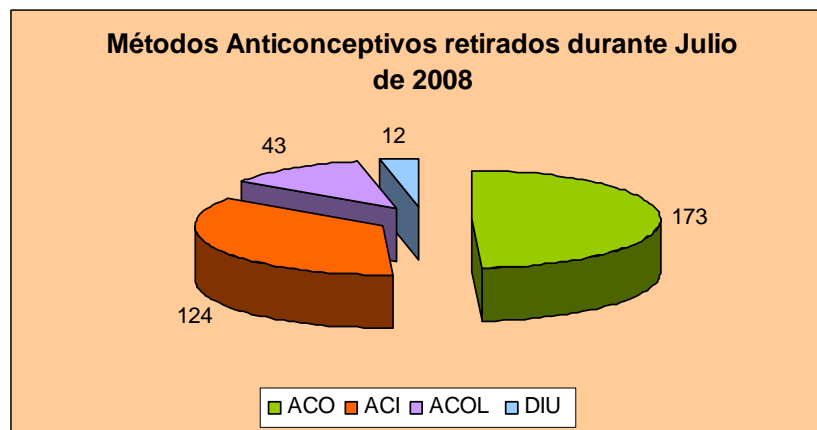
Durante este período se realizaron 93 Pap. Se obtuvieron los siguientes resultados: 87 fueron clase I o II, 2 fueron clase III, una de las mujeres está en seguimiento en conjunto con el Hospital de referencia y la otra mujer se fue a vivir a Paraguay, de todas formas se le informó el resultado a través 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



Fuente: Elaboración Propia

- **Número de mujeres que retiraron un Método Anticonceptivo durante el mes de Julio de 2008.**

Durante el mes de Julio del corriente año retiraron algún tipo de método anticonceptivo (preservativos, Anticonceptivos Orales (ACO), Anticonceptivos Inyectables (ACI), Anticonceptivos de Emergencia (ACOE), DIU un total 352 mujeres, 329 de las cuales retiraron el mismo método durante más de tres meses seguidos en el último año.



Fuente: Elaboración Propia

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

La posibilidad de colocar DIU determinó 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.

La capacitación en servicio y la provisión sostenida de DIU por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva ha permitido eliminar también la barrera “del prejuicio” por parte a veces de los equipos de salud y la población, de que la colocación de DIU es compleja y debe realizarse en otro nivel de atención.

El tiempo de espera entre la demanda del método se disminuye así considerablemente, se mantiene constante la prevalencia del uso del método (ver tendencia en resultados cuantitativos) y la demanda del método es constante.

- **Cantidad de embarazadas bajo control**

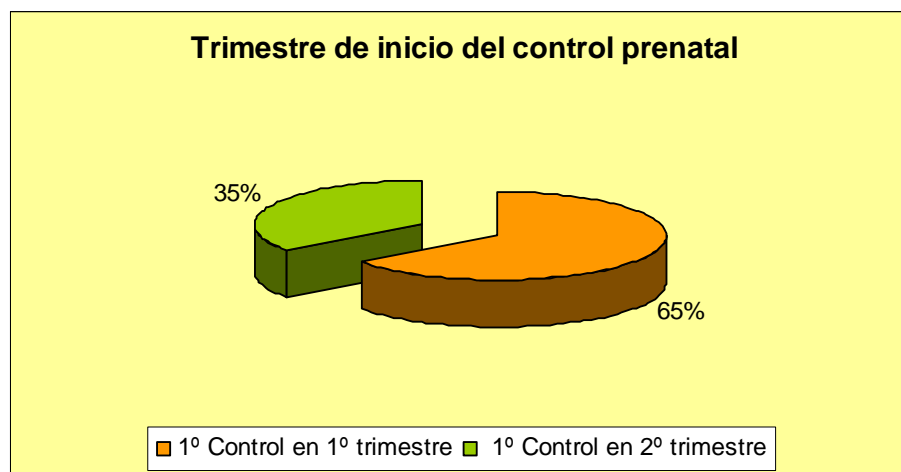
El relevamiento se efectuó en el mes de Julio de 2008, en ese momento se encontraban en seguimiento 43 embarazadas. Del total de los controles Prenatales, 32 son realizados por la obstétrica del Servicio y los 11 restantes por los médicos generalistas.

La cantidad de controles prenatales realizados por embarazo son en promedio 8, encontrándose un mínimo de 5 y un máximo de 11.

- **Porcentaje de embarazadas según edad gestacional en el primer control**

Del total de embarazadas (43) en seguimiento en el mes de Julio 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.



Fuente: Elaboración propia

- **Porcentaje de concurrencia al control de puerperio**

Todas las mujeres que tuvieron controles prenatales concurren al control de puerperio, en el cual, además de las prácticas habituales, se refuerza la lactancia materna y se consensúa la planificación familiar que desea la pareja.

- **Cuidado prenatal.**

1- Control prenatal precoz, periódico, completo, integral y de amplia cobertura. Dentro de la asistencia en APS el cuidado de la salud de la mujer incluye el control prenatal como actividad, pero conociendo que en nuestro medio muchas veces la mujer solo toma contacto con el sistema de salud en esta etapa, hemos puesto especial énfasis en llevar a cabo esta actividad con la mayor calidad posible. Esto se vio facilitado en gran medida por tener una obstétrica que tiene a cargo la mayor parte de los controles prenatales, el control del fichero cronológico y el control de la asistencia a las consultas. Como se ve en los

resultados la mayoría de los controles se realiza en forma precoz (dentro del primer trimestre del embarazo).

2- Adherencia al control prenatal y de puerperio. La posibilidad de programar las consultas hace que cada embarazada cuando concurre a la consulta se lleve su próximo turno para la siguiente visita. El tiempo promedio de la consulta es de 40 minutos, lo que permite además de realizar todas las actividades de prevención y promoción del control prenatal, estrechar un vínculo afectivo con la mujer y la familia.

3- Historia clínica perinatal. El registro en la historia clínica perinatal con el agregado de una hoja de evolución permite el registro de otros problemas que no tienen solo que ver con los riesgos del embarazo propiamente dicho, pero si con la salud de la mujer, como problemas psicosociales que se detectan en esta etapa (por el seguimiento estrecho y contacto repetido) que luego podrán ser abordados por el equipo y las redes que se han ido construyendo en el barrio. Esta modalidad nos permite también valorar las consultas espontáneas sin turno, por interurrencias durante el embarazo y por signos de alarma.

4- Fichero cronológico: nos permite mejorar la adherencia a los controles, ya que en la semana siguiente a la consulta no realizada se contacta nuevamente a la embarazada o a algún miembro de su familia ya sea en forma personal o vía telefónica para programar una nueva visita.

5- El taller para embarazadas planteado desde un abordaje interdisciplinario, desde otro lugar, dejando de lado la clásica “charla expositiva” llena de contenidos informativos nos permitió recuperar y afianzar los recursos propios de las participantes para el cuidado de la salud, el hijo y la familia.

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. Nos permitió encontrarnos en un lugar físico diferente al consultorio con la oportunidad de generar un vínculo horizontal y que nos colocó en una posición de escucha activa de inquietudes, miedos, construcciones simbólicas del hijo y la crianza, permitió en primer lugar centrarse en la percepción que cada embarazada tenía de sus estado y a partir de allí acompañar esta etapa aportando “saber científico” pero poniéndolo en el mismo plano que el de la construcción subjetiva de cada una.

Una de las embarazadas que concurrió al primer ciclo (M... de 17 años) tomó como grupo de referencia a este grupo, y no solo 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 (la clínica donde iba a tener su parto), 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”). También para las coordinadoras fue notable el cambio de actitud de M... que al comienzo de los encuentros era retraída, tímida y callada, pero en los sucesivos talleres se mostró cada vez más activa, requiriendo mayor información y contenidos que en la planificación de los encuentros no estaba prevista. Esto funcionó como excelente retroalimentación para la planificación de los ciclos posteriores.

Además las coordinadoras tomaron este espacio en lo personal para legitimar saberes propios y fomentar el vínculo de confianza entre los participantes, lo que hizo que en algunos de los encuentros simplemente se olvidaran del registro de lo realizado en el encuentro y el llenado de planillas de consultas, porque se

vivían los encuentros como un espacio donde realmente uno concurre para aprender y compartir, y se dejan de lado muchas cuestiones formales y operativas.

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. También se preparó más material (folletería, ver Anexo) que resume lo trabajado en los encuentros para entregarle a las embarazadas y sus acompañantes al final de cada uno. El número de participantes se mantiene (3 o 4 por cada encuentro).

En lo que va del ciclo también se notó la importancia de generar un espacio de contención y encuentro, ya que a través de dispositivos sensibilizadores, dos de las embarazadas que concurrieron, aunque en forma discontinua, volcaron experiencias de situaciones previas conflictivas, que no habían surgido en el consultorio. Esto para las coordinadoras es muy enriquecedor, porque de no sostener este espacio estas experiencias, vivencias y miedos tal vez no generarían demanda de ningún tipo.

- **Patologías Prevalentes**

Se evaluaron mediante el relevamiento de hojas de consulta diarias durante el período comprendido entre Mayo, Junio y Julio de 2008.

- **En niños:**

- Control Salud.
- Catarro de Vía Aérea Superior.
- Bronquiolitis.
- Diarrea.
- Desnutrición.
- Parasitosis.
- Escabiosis.

- **En adultos:**

- Control de salud.
- Planificación Familiar.
- Tabaquismo.
- Diabetes.
- Hipertensión Arterial.
- Cardiopatías.
- Escabiosis.
- Violencia Familiar.

- **Dificultad en la relación con los abogados.**

Desde que comenzó a funcionar el consultorio jurídico fue difícil establecer una relación fluida con los abogados que concurren al servicio, ya que no participan en la reunión de equipo, o lo hicieron en contadas ocasiones. Existen sólo espacios de reunión informal superpuestos a los consultorios. Sin embargo creemos que, más allá de la deficitaria relación del Equipo el acceso a asesoría jurídica gratuita en el barrio es una ventaja indiscutible y es una deuda pendiente mejorar el trabajo conjunto.

- **Precarización laboral.**

Hemos logrado desde mediados de 2007 conseguir becas hospitalarias para un médico generalista y una enfermera, una beca docente-asistencial de pos-residencia para una médica generalista y actualmente se encuentran en trámite dos cargos de planta estable para dos médicas generalistas. La cantidad de trabajadores multiempleados disminuyó con respecto al 2007.

Actualmente estamos evaluando distintos espacios de participación gremial para formar parte de una lucha colectiva con otros trabajadores y continuamos buscando alternativas para lograr un trabajo digno para todos/as.

- **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.

Una parte negativa de este aspecto es que este año no ingreso ningún Residente de Medicina General a nuestra sede, pero gracias a habernos conformado como unidad de residencia, contamos con una becaria de pos-residencia de Medicina General que permite seguir aumentando la carga horaria y mejorando nuestras actividades asistenciales y no asistenciales.

- **Convocatoria y Participación en los talleres.**

La convocatoria y participación en los talleres que se llevaron a cabo desde el comienzo fue dispar. Cada grupo de coordinación realizó un análisis de las causas de la misma y luego se realizaron análisis colectivos sistemáticos durante la reunión de equipo. Evaluamos que aquellos espacios en los cuales la convocatoria partía de nosotros y era realizada hacia la comunidad en general a través de carteles, volantes, spots radiales, boca a boca, la participación fue menor a la esperada.

Esta situación fue contrastada con aquellos talleres que surgieron a partir de una problemática planteada y convocada por organizaciones de base del barrio.

Estas realidades fueron ampliamente debatidas, evaluamos que tenemos dificultades para la realización de algunos talleres debido al déficit edilicio, falta de un salón de usos múltiples (SUM), por otro lado la presencia de los pacientes internados en el hospital que circulan libremente genera en algunas de las personas que concurren al Servicio miedo o rechazo, esta situación fue planteada abiertamente por las mismas. A su vez evaluamos que los espacios de promoción, prevención y participación comunitaria proponen un cambio de paradigma en los equipos y en la comunidad que es difícil de internalizar y vivenciar. Estos espacios rompen con la con la visualización de los Centros y Servicios de APS como compartimentos estancos, en los cuales la atención de la enfermedad constituye la actividad prioritaria o la única.

Con respecto al trabajo con las organizaciones del barrio, principalmente comedores, más allá de la amplia convocatoria que logramos en los talleres realizados junto a ellos, nos aportan la calidad y la visión de aquellos vecinos que han logrado atravesar las puertas de las casas, mirarse con otros, organizarse y luchar, generando intersticios, redes que nos demuestran que la construcción colectiva es el camino hacia la transformación.

- **El rincón de lectura.**

Este espacio ha tomado diversas formas desde agosto de 2006 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 (comedores), el hospital, el Centro de Prevención de Adicciones y vecinos de la zona y de otros barrios también.

Se están realizando asambleas barriales quincenales, para intentar una construcción de la plaza en la que todos participemos y nos sintamos parte, y por lo tanto contribuyamos a la realización, diseño y mantenimiento de la misma.

- **El Análisis de Situación de Salud.**

Durante la evaluación de 2007 uno de los asuntos a mejorar que se plantearon fue la falta de un Análisis de Situación de Salud del barrio (ASIS). A partir de esta necesidad sentida del equipo empezó a llevarse a cabo un proyecto a partir de julio de 2008 con un equipo multidisciplinario que incluye no solo a trabajadores del Equipo sino también a estudiantes y graduados de distintas disciplinas relacionadas con la salud en su concepto más amplio. Comenzaron a realizarse reuniones semanales en las cuales se fueron delineando objetivos, formas de abordaje, contextos, etc. Se decidió conjuntamente la realización del ASIS con organizaciones del barrio con las cuales se desarrollan actualmente

distintas actividades, priorizando el trabajo con aquellas promotoras/es que actualmente se encuentran participando en el curso de formación.

Durante los meses de septiembre-diciembre se recabarán datos estadísticos del barrio, utilizando fuentes secundarias de información. Realización de entrevistas a referentes barriales para conocer el crecimiento histórico y cultural de la zona. A su vez, se participará en el proyecto de construcción de la plaza lindante con el Hospital, con un doble objetivo, por un lado incrementar las relaciones del grupo con las organizaciones del barrio, ya que parte del mismo no realiza hasta el momento una tarea en la zona y por el otro comenzar a darle forma al proyecto de diagnóstico de situación participativo que se llevará a cabo a partir de marzo de 2009.

- **Déficit edilicio y proyecto de ampliación del Servicio.**

Otra de las realidades evaluadas como negativas es el déficit edilicio, contamos con tres consultorios (que con frecuencia son insuficientes en número), la cocina comparte su espacio con la enfermería, no tenemos un Salón de Usos Múltiples (SUM), este último punto es el más crucial, ya que nos impide realizar actividades de taller en un lugar propio.

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 (ver anexo). Estamos en la etapa final a pocos días de comenzar con la construcción.

### **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.*

## **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.

Esto se logró debido a la sistematización de espacios de trabajo, un ejemplo de estas prácticas lo constituye la Reunión de Equipo semanal en donde se generan instancias de debate e intercambio de experiencias donde cada uno/a puede aportar saberes desde sus vivencias específicas. 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 2007 en un “espacio para pensar, para formarnos, donde se trabaja de forma horizontal...”

Una parte esencial de este proyecto es el apoyo incondicional brindado por la dirección del hospital, que se manifiesta en diferentes gestos y niveles. Entre ellos: el respeto por las decisiones consensuadas tomadas por el Equipo, la presencia de uno o ambos directivos en la reunión, el pedido de nombramientos para miembros del Equipo, con la convicción de que los trabajadores debemos dejar de ser precarizados, el apoyo en la compra de medicamentos, el proyecto de ampliación del Servicio con la construcción de un espacio edilicio acorde, etc. Todo esto enmarcado en una relación de respeto que cruza las barreras de lo meramente laboral y nos constituye como compañeros de camino.

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”.

## **EL PICADO**

### **De “Crónicas del Angel Gris”, Alejandro Dolina**

*Cuando un grupo de amigos no enrolados en ningún equipo se reúnen para jugar, tiene lugar una emocionante ceremonia destinada a establecer quiénes integrarán los dos bandos.*

*Generalmente dos jugadores se enfrentan en un sorteo o pisada y luego cada uno de ellos elige alternadamente a sus futuros compañeros.*

*Se supone que los más diestros serán elegidos en los primeros turnos, quedando para el final los troncos.*

*Pocos han reparado en el contenido dramático de estos lances.*

*El hombre esperando ser elegido vive una situación que rara vez se da en la vida.*

*Sabrán de un modo brutal y exacto en qué medida lo aceptan o lo rechazan.*

*Sin eufemismos, conocerá su verdadera posición en el grupo.*

*A lo largo de los años muchos futbolistas advertirán su decadencia conforme su elección sea cada vez más demorada.*

*Manuel Mandeb, que casi siempre oficiaba de elector, observó que sus decisiones no siempre recaían sobre los más hábiles.*

*En un principio se creyó poseedor de vaya a saber qué sutilezas de orden técnico que le hacían preferir compañeros que reunían ciertas características.*

*Pero un día comprendió que lo que en verdad deseaba, era jugar con sus amigos más queridos.*

*Por eso elegía a los que estaban más cerca de su corazón, aunque no fueran tan capaces.*

*El criterio de Mandeb parece apenas sentimental, pero es también estratégico. Uno juega mejor con sus amigos.*

*Ellos serán generosos, lo ayudarán, lo comprenderán, lo alentarán y lo perdonarán.*

*Un equipo de hombres que se respetan y se quieren es invencible.*

*Y si no lo es, más vale compartir la derrota con los amigos, que la victoria con los extraños o los indeseables.*

## 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.

## Agradecimientos

*A Daniel, él sabe porque...*

## Bibliografía

- Giroux, H.A. (1997): *Cruzando límites. Trabajadores culturales y políticas educativas*. Barcelona: Paidós.
- Marí Sáez; V. M. (2005). "Movimientos sociales y educación popular en tiempos de globalización". *Revista de Educación*, núm. 338, 177-192.
- Nuñez, J. (2004). "Los saberes campesinos: Implicaciones para una educación rural". *Investigación y Postgrado*, vol.19, no.2, 13-60. ISSN 1316-0087. Disponible en: da [consultado Julio 2008].
- Verger i Planells, A. (S/F). "Sistematización de experiencias en América Latina. Una propuesta para el análisis y la recreación de la acción colectiva desde los movimientos sociales". Disponible en <http://www.alforja.or.cr/sistem/biblio.html>. [consultado: julio 2008]
- Werner, D. y Bower, B. (1994): *Aprendiendo a promover la salud*. California: Fundación Hesperian.
- Freire, Paulo, 1996: *Pedagogía de la autonomía*. Siglo XXI, México.
- Gargarella, Roberto, 1999: *Derecho y grupos desaventajados*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- AAVV, 2003: *La Criminalización de la pobreza y la protesta social*. Ediciones HIJOS – La Grieta, La Plata.
- Svampa, Maristella, 2005: *La sociedad excluyente*. Taurus, Buenos Aires.
- Pineda E. B : *Metodología de la Investigación*. Unidad III. 2º edición. OPS,1994.
- Vasilachis I. *Métodos cualitativos I*, Tesis N° 6. Centro Editor de América Latina, 1993.
- Organización Mundial de la Salud: *Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Alma Ata (URSS), 1978, Ginebra, 1978.
- *Planificación local participativa: Metodologías para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No.41 Organización Panamericana de la Salud*.1999.
- *Reflexiones acerca de la Participación social; Cuadernos de capacitación de la residencia interdisciplinaria de Educación para la Salud. Salud y Población N°5*, 2006.
- 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.
- *PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EQUIDAD Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Santa Fé de Bogotá9-12 de noviembre de 1992*
- *Carta Ottawa para la promoción de la salud*. Canadá. 1986.
- *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, jul-ago, 2002
- *Participación Social ¿Para qué?* Eduardo L. Menéndez-Hugo G. Spinelli. Editorial Lugar. 2006.
- Matus C.: *Política, Planificación y Gobierno*. OPS/ILPES. Washington, DC. 1987.
- Dra Gilda Scull, Dra Marisela Iglesias. *Participación social y estado de salud de la población*. Revista de Ciencias Medicas La Habana. 2000; 6(1).
- *Cátedra Libre de Salud y Derechos humanos Facultad de Medicina, UBA*, 2006. <http://www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/main.htm>

- Quiroga Ana, Aportes a la Psicología Social. Editorial Cinco. 6ta Edición. 1999.
- Pichón-Riviére, E., "Aportaciones a la didáctica de la psicología social", en el Proceso Grupal, Ed. Nueva Visión, 1975.
- Zurro M. A.; Pérez Cano J. F. El equipo de Atención Primaria. Conceptos, organización práctica clínica. 3º edición. A. Martín Zurro 48-57. España 1994.
- Trabajo en Equipo. Dr Horacio Boggiano. Sexto Curso de Gestión de Centros de Atención Primaria de la Salud en el Sistema Público. 2008.
- Morin, Edgar; *Introducción al Pensamiento Complejo*, Barcelona, Gedisa, 4ª reimpresión, 2001.
- 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.
- Freire, P. (1993): Pedagogía de la esperanza. Siglo XXI. México.
- Freire, P. (1997): Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa. Siglo XXI. México.
- Freire, P. (2002, 19701): Pedagogía del oprimido. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Freire, P. (2004). *El grito manso*. México: Siglo XXI.
- Batallán, Graciela; Orientaciones Básicas de los Talleres de Educadores. Mimeo, Santiago de Chile, Marzo de 1985.
- Algava, Mariano; Jugar y Jugarse. Las técnicas y dimensión Lúdica de la Educación Popular. 1ra Edición; Rosario: Ediciones América Libre, 2006.
- De Souza JF- Sistematización: Un instrumento pedagógico en los proyectos de desarrollo sustentable. Revista Interamericana de Educación de Adultos, 2000 - grupochorlavi.org
- Félix Cádena. Viendo la Sistematización [www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf](http://www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf)
- Proyecto de Sistematización de Experiencias de Desarrollo Humano. Viendo la Sistematización [www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf](http://www.alboan.org/archivos/1viendo.pdf)
- Barnechea María Mercedes, Gonzalez Estela, Morgan María de la Luz. La sistematización como producción de conocimientos. Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú. Lima, junio de 1994.
- Martinic, Sergio. El Objeto de la Sistematización y sus Relaciones con la Evaluación y la Investigación.
- Jara, Oscar. Para sistematizar experiencias. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. San José. 1998.
- Guía metodológica de Sistematización. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria. PESA en Centroamérica. 2004
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <http://www.iidh.ed.cr/>
- Barnechea, M. Mercedes: "La Importancia de la Sistematización en la Construcción de una Nueva Sociedad". En: ¿Y Cómo lo hace? Propuesta de Método de Sistematización, op. cit., p. 34
- Palma, Diego: "La Construcción de Prometeo. Educación para una Democracia Latinoamericana". CEAAL-TAREA, Lima, 1993, p. 90.
- Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú: "Jornada de Re-Encuentro", Lima, 8 de julio de 1993 (Documento interno).
- Investigación-acción: reflexión crítica sobre la práctica educativa. Norberto Boggino y Kristin Rosekrans. Ed Homo Sapiens, 2004.

## **Anexo**