

ANDANDO SE HACE CAMINO: UNA EXPERIENCIA EN LA TOSQUERA

Relato de experiencia sobre la accesibilidad de la población del Barrio Irsa al sistema de salud.

**Centro de Atención Familiar y de la Salud
Benavidez,**

**Partido de Tigre, Pcia de Buenos aires
Enero 2019 – Septiembre 2019**

**Tipo de Trabajo: Relato de experiencia
Inédito**

Categoría temática: Gestión

- **Aguilar Santa Cruz, Silvina Claudia, Médica Generalista;**
- **Raso, Nicolás Miguel, Médico generalista;**
- **Rossi, Sabrina Pamela, Trabajadora social;**
- **Sacchiero, María Soledad, Médica Generalista;**
- **Suarez, Claudia Elena, Psicóloga.**

Domicilio institucional: Alvear 2290, Benavidez; Tigre CP: 1621 Tel 03327-48-2904
Mail institucional capsbenavidez@tigre.gob.ar, Saguilar@tigre.gob.ar

Contacto:

- ~ M. Soledad Sacchiero, Tel 011 1563522104 Mail: solesac@hotmail.com.
- ~ Nicolás Raso, Mail: Nraso@intramed.net

"ANDANDO SE HACE CAMINO: UNA EXPERIENCIA EN LA TOSQUERA. RELATO DE EXPERIENCIA SOBRE LA ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO IRSAL AL SISTEMA DE SALUD"

Aguilar Santa Cruz, Silvina C.; Raso, Nicolás M.; Rossi, Sabrina P.;
Sacchiero, María S.; Suarez, Claudia E.

Centro de Atención Familiar y de la Salud Benavidez, Alvear 2290,
Benavidez, Partido de Tigre, Pcia de Buenos aires, CP: 1621 tel.:
03327-48-2904.Saguilar@tigre.gob.ar,
solesac@hotmail.com,Nraso@intramed.net

Relato de Experiencia

Categoría temática: Gestión/Administración de servicios de salud

Este trabajo buscó conocer la accesibilidad al sistema de salud de los habitantes del Barrio Irsa. Experiencia de abordaje territorial realizada por el equipo interdisciplinario de salud del Centro de atención familiar y de salud (CAFyS) Benavidez perteneciente al Municipio de Tigre. Se utilizó como herramienta de abordaje una encuesta realizada a las familias del barrio. **Resultados:** Se encuestaron 71 familias. La mayoría de los encuestados utilizó en el último año el primer nivel de atención para resolver sus consultas, canalizando las mismas en el CAFyS de referencia. La mayoría de las consultas fueron realizadas por turnos no programados. El control de niño sano y vacunas fueron indicadas como las necesidades prioritarias para el barrio. En cambio al preguntar sobre las necesidades personales, resaltan los controles de salud de adultos y toma de pap. La propuesta de instalar una posta móvil fue ampliamente aceptada. **Discusiones y conclusiones:** En este trabajo se pudo caracterizar el acceso a la salud de los habitantes del barrio Irsa al primer nivel de atención (PNA), como así también, al CAFyS de referencia. Esta experiencia fue sumamente enriquecedora y transformadora para la comunidad y el equipo de salud, permitiendo ampliar la mirada y replantear las intervenciones a realizar. **Propuestas:** Transformar la demanda espontánea en una oportunidad para la accesibilidad al PNA. Consolidar los espacios de actividades barriales ya existentes, y establecer una posta barrial.

Palabras claves: accesibilidad, derecho a la salud, salud colectiva, participación comunitaria

Soporte técnico: Proyector, pantalla, PC, WiFi

*Si me caí
es porque estaba caminando.
y caminar vale la pena,
aunque te caigas*
Eduardo Galeano.

INTRODUCCIÓN

Este relato cuenta la experiencia de abordaje territorial realizada por el equipo interdisciplinario de salud del Centro de atención familiar y de salud (CAFyS) Benavidez perteneciente al Municipio de Tigre.

Este proyecto posibilitó profundizar y reflexionar acerca de las intervenciones previas, permitiendo así la construcción de nuevos abordajes, el fortalecimiento del equipo de salud y el vínculo con la comunidad.

MOMENTO DESCRIPTIVO

Objetivo general:

- ∞ Conocer la accesibilidad al sistema de salud de los habitantes del Barrio Irsa

Objetivos específicos:

- ∞ Conocer el acceso al primer nivel de atención de los habitantes del barrio Irsa.
- ∞ Conocer el acceso al centro de referencia de los habitantes del barrio Irsa.
- ∞ Indagar sobre posibles estrategias en territorio para mejorar el acceso
- ∞ Fortalecer el vínculo del centro de salud con la comunidad.

Marco Teórico de referencia

Salud y salud colectiva.

La salud colectiva como tal surge en la década del 70 “con la perspectiva de construir un paradigma renovado “de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva y social” que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que convergen en el campo de la salud”.

Antes de comenzar a hablar de salud colectiva es importante realizar un raconto histórico del concepto de salud. Tradicionalmente, ésta fue entendida como la ausencia de enfermedad. La medicina misma, se constituyó a finales del siglo XIX como una ciencia dura, biológica, destinada a la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud. Es la definición tradicional y en la que se sustenta muchas veces el modelo médico hegemónico, y la que prevalece en las lógicas de atención de muchas instituciones.

A mediados de siglo XX, y de la mano con los cambios socio-culturales que se produjeron en esa etapa comienzan a elaborarse definiciones más amplias sobre el concepto

de salud. Sigerist, en el año 1941, explica que “La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo”. En la misma época, la Organización mundial de la salud, define a la misma como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Más tarde, alrededor de la década del 70 del siglo XX, surge de la mano de la medicina social el concepto de proceso salud enfermedad (PSE), donde se piensa en la vinculación de la salud a su contexto, y en el mejoramiento de las condiciones de salud. Uno de los grandes hitos se produjo a partir del informe Lalonde, (Canadá, 1974), donde se desarrolla el concepto de campo de la salud, y los determinantes de la salud (biología, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud).

De todo esto puede deducirse que para construir prácticas y pensamientos en el ámbito de la salud, hay que pensar en término de “necesidades” de salud de la población destinataria. Pensar en necesidades, implica contextualizarlas, teniendo en cuenta el recorrido histórico de las comunidades. “La salud pública convencional miró a la población como “objeto” a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que una Salud Pública Alternativa requería mirar cómo los “sujetos” individuales y colectivos creaban o generaban su salud en el diario vivir, y al mismo tiempo cómo construían instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos”¹

Por todo lo anteriormente dicho, se desprende que para mejorar la salud de las poblaciones, no pueden centrarse solo en el abordaje tradicional y dejar de lado las necesidades de esa comunidad, dentro de su contexto cultural y socio-político-económico.

Accesibilidad

Se define acceso como la manera de merecer, lograr llegar, aproximarse a algún lugar. Y, por otro lado, *accesibilidad como la forma en que se acercan a la comunidad los servicios relacionados con la salud.*

Levesque y colegas hablan de dimensiones del acceso: *accesibilidad* haciendo referencia a las personas que necesitan de los servicios de atención a la salud. *Aceptabilidad* hablando de la cultura y la sociedad en la que está inmersa dicha población. *Disponibilidad* y

¹ ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?
Mónica M. Liborio*

acomodación refiriéndose a la posibilidad de las personas de poder acceder físicamente a estos servicios. *Asequidad* refiriéndose a la posibilidad de hacerse cargo del gasto que implica acceder al sistema de salud tanto económico como en tiempo. Y *oportunidad* que es un equilibrio entre los servicios disponibles y las necesidades de la población.

Culyer & Wagstaff se refieren a que existe una manera horizontal y otra vertical con respecto a cómo se distribuyen los recursos y servicios según la necesidad. La manera horizontal es la cual todas las personas con insuficiencias similares son tratadas de igual manera y de una vertical cuando la población con insuficiencias mayores se tratan de forma incrementada que la de personas con insuficiencias menores.

Se habla de “un derecho a un mínimo decente”² como el mínimo aceptado para que sea suficiente para la atención de la población.

La equidad tiene relación con que cada persona logre acceder al sistema de salud según la necesidad que tenga. Pero a la vez se asocia al concepto del “mínimo decente” ya que termina limitándose a éstos mínimos.

Podríamos detenernos en los diferentes tipos de necesidades: la *normativa* que relaciona la necesidad de la población con lo que se puede ofrecer. La *sentida* sería la necesidad deseada por los usuarios del sistema de salud, la *expresada* cuando la sentida se manifiesta, y la *comparativa* cuando las necesidades de una población que logra acceder se comparan con una población de características similares en la cual esa misma necesidad no está cubierta.

Frenk habla del concepto de resistencia refiriéndose a los obstáculos que existen en la accesibilidad y del “poder de utilización” refiriéndose a la capacidad de adquisición. Siendo estos complementarios ya que el primero habla de los obstáculos presentados frente a la accesibilidad de un servicio y el segundo de la capacidad de sortearlos.

Los principales obstáculos son las que llamamos barreras. Existen barreras geográficas, económicas, administrativas o culturales.

Si bien hay un desarrollo teórico de estos conceptos, el trabajo cotidiano, las obligaciones laborales, las urgencias en la atención de situaciones complejas, llevan muchas veces a la realización de prácticas automatizadas, que no dejan lugar a pensar la salud en clave de acceso.

² Marcela Arrivillaga y Yadira Eugenia Borrero.

Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013

Participación comunitaria

Cuando hablamos de participación comunitaria hablamos de un proceso permanente de incorporación plena de los individuos y grupos a la vida social comunal para lograr no solo el desarrollo material de la comunidad, sino también el desarrollo cultural y humano de los individuos que la componen. No se limita solo al sector de la salud, sino que se dirige a todos los sectores de la vida social.

Según la OMS, la participación comunitaria es un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad. Se crea un sentido de responsabilidad en cuanto a la salud propia y de la comunidad y la capacidad de actuar en su desarrollo.

En el año 1978 durante la conferencia de ALMA-ATA, se define la participación comunitaria como "el proceso por el cual los individuos de una comunidad y las familias asumen la responsabilidad en cuanto a su salud y participan en su desarrollo económico y comunitario. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo en lugar de beneficiarios pasivos"

La participación de la comunidad es un elemento esencial en el buen funcionamiento del modelo sanitario, pues nadie mejor que la comunidad sabe sus necesidades, debiendo estar el sector sanitario al servicio de las mismas y teniendo la población responsabilidad propia en la gestión de su salud. Es ella la que contribuye al desarrollo y fortalece la acción comunitaria.

La misma es considerada de gran importancia en el mundo contemporáneo para garantizar la sostenibilidad de los programas locales. Su esencia principal es motivar a la población para su participación activa en las comunidades.

Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas, así como de sus costos y de sus costos relativos"³

Los procesos de participación comunitaria entrañan acción colectiva y reflexión elemento esencial para la producción de conocimientos es por ello que acción y participación son producto de una reflexión e investigación continua sobre la realidad para conocerla comprenderla y transformarla.

³ OMS/UNICEF (1978)

Para incentivar la participación comunitaria en salud tendremos que propiciar que los grupos organizados de la comunidad tomen parte en los aspectos como el autocuidado personal, familiar y comunitario, el conocimiento en los derechos en salud, identificar las inequidades, identificar derechos vulnerados, toma de decisiones y evaluación de resultados.

Es nuestro deber propiciar, acompañar y construir junto a nuestra comunidad dicha participación. Para ello debemos entender y escuchar sus necesidades.

Derecho a la Salud

Parafraseando a Repetto, Fabián⁴ podemos decir que los problemas sociales elementales tienen carácter multidimensional, lo cual implica, que todo lo que afecta el bienestar de los individuos, familias y comunidades no responde a una única carencia o necesidad básica insatisfecha sino que entran en juego otras dimensiones del bienestar, que en caso de no estar satisfechas, aquejan la calidad de vida de las personas.

Entendemos a la salud como una construcción sociocultural, que depende de cada momento histórico. Estas construcciones orientan las prácticas sociales y de salud de los equipos siendo fundamental determinar el marco de intervención.

La protección social se entiende como el derecho de las personas a acceder a programas sanitarios que sean efectivos y eficaces que alivien padecimientos derivados de inequidades sociales.

A partir de la definición de la Organización de la Salud, se comienza a pensar a la salud como un derecho incorporando aspectos sociales y mentales como parte del proceso salud-enfermedad y ampliando a una mirada multicausal de la salud. En la declaración de Alma-Ata se reitera esa definición y se agrega que es parte fundamental de los derechos humanos. Lograr el mayor nivel posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

“Los individuos y grupos con necesidades sociales no resueltas son titulares de derechos que obligan al estado. Introducir esta perspectiva implica cambiar la lógica de los procesos de elaboración de las políticas públicas. Se trata de pasar de la concepción de

⁴ Repetto, Fabián. Protección social en América Latina: La búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos.

personas con necesidades que deben ser asistidas a sujetos con derechos a demandar determinadas prestaciones y servicios”.

Las palabras de Floreal Ferrara sobre la concepción de salud dan resumen el pensamiento de los autores del presente trabajo:

“Parece, y lo es, una definición, para ese tiempo, verdaderamente revolucionaria. ¿Por qué? Porque incorporaba la perspectiva de comprender a la salud no solamente como un hecho físico sino como un hecho mental, y sobre todo como un hecho social. La incorporación del hecho social era para nosotros, los hombres que peleamos en esta sociedad, un acontecimiento. Entonces se dice: la salud, que es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de la enfermedad. Ésta es la definición, brutalmente importante, que todavía está en vigencia desde entonces”

Ubicación en tiempo y espacio, contextualización. Encuadre institucional

El Municipio de Tigre, es uno de los 135 partidos de la provincia de Buenos Aires. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte del mismo. El partido abarca la primera sección del Delta del Paraná y sus islas de baja altitud, así también como una zona continental en la cual se encuentra su ciudad cabecera, que es Tigre, y otras localidades como Don Torcuato, Ricardo Rojas, El Talar, General Pacheco, Benavídez, Los Troncos del Talar, Dique Luján, Rincón de Milberg y el emprendimiento Nordelta.

Su población total según el censo del INDEC del año 2010 es de 380.709 habitantes. La población estimada de las islas es hoy de aproximadamente de 10.000 habitantes.

Con respecto a algunos determinantes de salud, como cobertura de agua de red y desagües cloacales, si bien se ha avanzado mucho en los últimos años, aún están pendientes en varios barrios.

La Secretaría de Salud del Municipio de Tigre, tiene a cargo la salud de la población a través de 22 CAFyS. Se encuentran distribuidos a lo largo de todo el territorio y tienen como misión desarrollar y consolidar un sistema de salud integral para los/as ciudadanos/as, brindando asistencia médica y técnica, con foco en actividades de promoción y prevención de la salud, ofreciendo a la población una asistencia sanitaria equitativa, de calidad y accesible, con especial énfasis en el área materno-infantil.

Los CAFyS están compuestos por equipos de salud interdisciplinarios (Promotoras de Salud, Médicos/as generalistas/pediatras/clínicos/ginecólogos/as, Trabajadores/as sociales, Obstétricas, administrativos/as, Enfermeras/os, Odontólogos/as, Psicólogos/as)

Se organizan en actividades asistenciales de demanda espontánea, programada y actividades comunitarias. Se cuenta con un sistema informatizado de turnos, sistema de turnos telefónicos e Historia Clínica orientada al problema informatizada.

El centro de Salud de Benavidez tiene a su cargo una población de 42.203 habitantes según datos del INDEC 2010 con proyección al 2018. El área está compuesta por 10 Barrios (El claro, Ojo de agua, Esperanza, Don Bosco, El Prado, Virgen del Talar, Kanmar, Benavidez Centro, Malvinas e Irsa) donde se observan diferencias significativas en cuanto a las características socioculturales, demográficas y económicas de la población que los conforma.

Este centro cuenta con dos postas sanitarias distribuidas en el área programática perteneciente al CAFyS.

Esta experiencia fue llevada a cabo en Barrio Irsa, en la localidad de Benavidez, Municipio de Tigre. También llamado “la tosquera”, dado que lindero a esta zona se encuentra una. El mismo está compuesto por 23 manzanas, delimitadas por las calles: Av Benavidez, Dean Funes, Aristóbulo del Valle y Seguí. Se encuentra alejado de la zona central de la ciudad de Benavidez, separado por las vías del ferrocarril, y con pocos medios de transporte público. Cuenta con una población de 1.350 habitantes según censo INDEC año 2010 constituido por 270 familias, en su mayoría, con necesidades básicas insatisfechas y alta vulnerabilidad social. A nivel municipal, esta zona está considerada como industrial.

En el año 2016, se realizó un relevamiento, con la participación de distintas áreas del Municipio, en donde se entrevistaron 125 familias compuestas por 382 personas en total. De este se desprende que la población está compuesta principalmente por personas entre los 20 y 34 años de edad, seguido por habitantes entre 5 y 9 años.

En cuanto a las características de las viviendas podemos decir que no son homogéneas. La mayoría son construcciones de material y el resto construcciones de madera, chapa, y otros materiales. Este barrio no cuenta con los servicios públicos básicos, no hay agua potable, cloacas ni red de gas. En su gran mayoría las calles no se encuentran asfaltadas existiendo solo mejorados.

Con respecto al nivel educativo alcanzado, vemos que gran parte de los habitantes no han finalizado el nivel secundario. La mayoría de las familias cuentan con cobertura de salud pública, y aproximadamente un tercio de la población cuenta con cobertura de obra social o prepaga.

En cuanto al área laboral, la mayoría de las personas no poseen empleo formal. Realizan trabajos temporarios mal remunerados.

El barrio solo cuenta con dos comedores que otorgan la cena días alternos y algunas actividades barriales para chicos y adolescentes que son llevados a cabo por vecinos en sus casas sin ningún apoyo institucional. No cuenta con ninguna organización para otras actividades recreativas y culturales, siendo baja la participación de los vecinos en las mismas. Tampoco se dispone de lugares para la práctica de actividades deportivas o recreativas (plazas, descampado, clubes de barrio).

Antecedentes: Historia del Barrio Irsa

Según los relatos de los/las primeros/as habitantes del área, el barrio nace en el año 1992. En éste año se comienzan a habitar las tierras del lugar. Las mismas eran bañados, por lo que se encontraban inundadas y con características pantanosas. Las familias vivían continuamente bajo el agua.

En el año 1998 varias de estas familias se acercan a la delegación de Benavidez solicitando ayuda para comenzar el relleno del lugar. Momento que coincide con la llegada del asfalto por lo que permitió que pudieran proveer de camiones con tierra. Los/as vecinos/as se organizaron enumerando las casas y solicitaron la apertura de la primera calle (Tirso de Molina) que hasta ese momento era un pastizal.

Con el tiempo, la zona se fue constituyendo en un barrio industrial. Quedando el barrio sujeto a las regulaciones que implica este tipo de uso.

A partir de todo esto, desde el Centro de Salud, se realizaron diferentes actividades para acercar el primer nivel de atención (PNA) a la comunidad de Irsa ya que es un lugar geográficamente alejado del CAFYS Benavidez y no cuenta con posta sanitaria.

Nos pareció importante plasmar las diferentes estrategias llevadas a cabo.

Actividades realizadas previamente en el barrio:

∞ En el año 2015 se realizó el primer acercamiento a los habitantes del barrio. Con el equipo del centro de salud, se comienzan a

establecer vínculos con “El mago Gaspar”. Este era un espacio que funcionaba como biblioteca popular, y realizaban apoyo escolar y actividades deportivas (fútbol), con los niños del barrio.

∞ En el año 2016 se llevan a cabo los operativos, en las casas de referentes barriales. Éstos consistían en la realización de control de niño sano y vacunas. Fueron realizados en la casa de una vecina del barrio (Stella) adaptando uno de los cuartos de la casa. La difusión también estuvo principalmente a cargo de la vecina. Si bien la experiencia para el equipo fue enriquecedora, porque permitió conocer un poco más el barrio, el impacto no fue el esperado. Concurrieron a control los niños que ya realizaban sus atenciones en el CAFyS.

∞ Otra estrategia realizada en el 2016 fue un diagnóstico de situación.

Teniendo en cuenta la última experiencia, y al no contar con datos concretos sobre la población del barrio, se realizó un diagnóstico de situación. El mismo fue intersectorial con la participación de la delegación municipal, polideportivos, promotores de salud, agentes territoriales, equipo de salud, y escuela de enfermería del hospital materno infantil de tigre. Su objetivo fue nominalizar a los habitantes del barrio, obteniendo con ello información necesaria para la implementación y planificación de estrategias basadas en las necesidades de dicha población. Para su realización, se elaboró una encuesta que evaluó varios ejes, entre ellos controles de niños, mujeres, pacientes crónicos, discapacidad. Se llevó a cabo una capacitación previa de los encuestadores. Al momento de realizar el análisis de los datos obtenidos, se evidenciaron errores en la recolección de ciertos puntos relevantes.

∞ En el año 2017, desde el municipio comenzaron a realizarse operativos en las distintas localidades del partido: Cerca tuyo, Punto salud. Consistían en actividades en vía pública, o en puntos estratégicos de cada barrio. En “Cerca tuyo” se colocaban stands de las diferentes áreas del Municipio como vivienda, delegación municipal, centro de salud, educación. En cambio, “Punto salud” consistía en actividades relacionadas directamente con el sector sanitario. Estas políticas municipales se implementaron

también en Irsa, en la única plazoleta del barrio (plaza Cafrune). Los/as vecinos/as pudieron acercarse a realizar consultas, despejar dudas. Por decisión del Municipio, dejan de realizarse estos operativos, dado que institucionalmente se realza el valor de los centro de salud.

Las diferentes estrategias llevadas a cabo en territorio, consistieron en acciones aisladas, sin un trabajo sostenido en el tiempo. Siempre fueron pensadas desde lo que el sistema de salud creía necesario para el barrio, sin analizar las necesidades sentidas por la población. Sumado a todo esto, no se contaba en ese momento con integrantes del equipo de salud con disponibilidad para realizar trabajo territorial.

2018: curso de promotores

Teniendo en cuenta que las actividades previas no tuvieron el impacto esperado por el equipo de salud, el mismo empezó a reunirse para pensar estrategias de abordaje territorial con mayor participación comunitaria. Se comenzó a tener en el mes de Agosto reuniones semanales de planificación. Participaban de estas la Trabajadora Social, Psicóloga, Médicos/as Generalistas acompañados por la Directora del CAFyS, también médica generalista. Surge así la propuesta de formar promotores barriales de salud para el barrio Irsa y Malvinas. Malvinas es el barrio lindero a Irsa, que también se tuvo en cuenta al momento de pensar la propuesta. El objetivo general de este proyecto fue “Mejorar la accesibilidad al sistema de salud de ambos barrios, mediante la participación comunitaria”.

Se elaboró un proyecto (Anexo 1), se presentó a la dirección del centro de salud, y se planificaron las actividades y el temario del curso. Como primer actividad se realizó una recorrida barrial tomando contacto con referentes de uno de los merenderos del barrio Irsa e Iglesias del barrio Malvinas. Se informó sobre el proyecto, y se acordaron reuniones de convocatoria. También se utilizaron redes sociales, grupos de WhatsApp, se contactó con el área de cultura local y con las manzaneras. Luego, se llevaron a cabo varios encuentros para dar información sobre el curso, contando la propuesta y sus objetivos.

Obtuvimos la participación de varias personas pero la mayoría de otros barrios, sólo hubo dos participantes del barrio Irsa, de un total de 8 concurrentes.

A partir del vínculo generado por el dictado del curso, se toma conocimiento de que las referentes del barrio Irsa, realizaban mateadas y actividades con adolescentes. Estas reuniones se autodenominan “El fogón de Benavídez”. Ellas convocaron al equipo a

participar de algunas actividades, pudiendo así contactar a muchos adolescentes del barrio y realizar una charla sobre salud sexual.

Un resultado importante, para quienes relatan, es que a partir de esta experiencia, se pudo consolidar el equipo de salud. Si bien el objetivo del curso se cumplió parcialmente, el mismo no satisfizo las expectativas del equipo ya que la percepción que se tenía era que los habitantes del Irsa continuaban sin acercarse al CAFyS.

Planificación y ejecución de la experiencia

- ∞ Reuniones de evaluación y planificación del equipo de salud
- ∞ Elaboración de la herramienta (encuesta) y testeo previo
- ∞ Realización de la encuesta en terreno
- ∞ Análisis de resultados

Reuniones de evaluación y planificación del equipo de salud

En el año 2019 se sigue pensando con el equipo de salud cómo intervenir en el barrio. En estas reuniones se continuó analizando las causas de la baja participación en las actividades propuestas desde el centro de salud a los usuarios. Surgieron varios puntos de análisis, pero el más relevante en la percepción de los profesionales fue que, todas las propuestas anteriores fueron hechas de manera unidireccional, sin indagar la opinión y la aceptación de las mismas por parte de la población. En base a esto, se decidió que era necesario conocer la historia del barrio (dato desconocido por el equipo), determinantes sociales, y el conocimiento de los usuarios sobre el centro de salud y el acceso al mismo. Se concluyó que esta información facilitaría adaptar las futuras estrategias para un abordaje territorial significativo.

Elaboración de la herramienta y testeo previo

Se acordó crear un instrumento en forma de encuesta (Anexo 2) que permitiera conocer qué sistema de salud utilizaban (cobertura pública, obras sociales o sistema de medicina prepaga), si utilizaban el PNA, cuáles eran las dificultades y barreras que apreciaban en el acceso al sistema de salud, y la opinión sobre la implementación de dos posibles dispositivos en territorio. Dichos dispositivos habían sido pensados teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta el CAFyS. Asimismo, se preguntó sobre quejas

sentidas que pudieran impedir o dificultar el acceso. Se realizó un testeo previo, en la sala de espera del CAFyS. El mismo se hizo al azar, con el objetivo de validarla. En base a esto, se evaluaron las dificultades a la hora de la ejecución y se realizaron las modificaciones pertinentes.

Realización de la encuesta en terreno

Se organizaron distintas actividades para llevar a cabo esta tarea:

- Se comenzó solicitando en hábitat los planos del barrio. Así mismo se utilizó mapa satelital de Google Maps. Se buscaron datos demográficos del barrio en censos, y bases de datos del Municipio.
- Utilizando los planos, se dividió las manzanas por sectores.
- Se dividió en equipos, y se organizaron diferentes salidas al barrio para encuestar la mayor cantidad de familias. Cada equipo relevó un sector.
- Los datos obtenidos fueron volcados en una planilla de cálculo.
- Reunión del equipo al finalizar el relevamiento para intercambiar percepciones, sensaciones, vivencias, opiniones de cada participante del proyecto.

Resultados de la encuesta

La experiencia, además de los resultados cuantitativos de la encuesta realizada, permitió profundizar el vínculo con los habitantes del barrio. Si bien la muestra poblacional es poco representativa, se encuentran en los resultados tendencias claras.

De las familias visitadas, 3 no quisieron responder, obteniendo un total de 71 encuestas. Es de destacar, que se recorrió la totalidad del barrio (23 manzanas), pero que en muchos domicilios no se encontró personas que respondan, no pudiendo regresar a los mismos por cuestiones de tiempo.

Del total de los encuestados, alrededor de dos tercios utilizó el primer nivel de atención en el último año. Y de los que consultaron, en su gran mayoría lo realizó en CAFyS Benavidez, refiriendo que esta elección fue por cercanía.

Entre los que no utilizaron el primer nivel de atención en el último año, solo la mitad utilizó sistemas de obra social o prepaga.

Cabe destacar, que el CAFyS hasta Agosto de 2019 contaba con servicio de demanda espontánea las 24 hs, por lo que muchas de las consultas asistenciales fueron realizadas a través de esta. Actualmente solo se cuenta con demanda espontánea durante el día.

En cuanto a las propuestas sobre dispositivos de atención en territorio, casi la totalidad de los encuestados respondió que concurriría a una posta móvil si se acerca al barrio. Al indagar sobre las principales necesidades para su barrio las respuestas más frecuentes fueron Control de niños sanos, Atención odontológica, vacunación y trabajo social. Es de destacar que, ninguno de los encuestados respondió como prioritario para el barrio la toma de PAP (teniendo en cuenta que la mayoría de las encuestadas fueron mujeres). En cambio, a la hora de preguntar sobre las necesidades propias, las tendencias fueron diferentes: Consultorio de adultos, toma de PAP y atención odontológica fueron las respuestas mayoritarias.

Al preguntar si se realizaría un taller en su barrio sobre temas de salud, la mayoría de las respuestas fueron favorables.

La última pregunta fue abierta, se indagó sobre que mejoraría de la atención del CAFyS. Lo que se puede apreciar de acuerdo a las respuestas obtenidas es que hay una clara tendencia a la mejora en el sistema de asignación de turnos, y en la dificultad en conseguirlos. Es de destacar, también, que surgieron propuestas sobre la atención en “guardia”, es así como denomina la gente del barrio a la demanda espontánea 24 horas del CAFyS. Pero como ya se mencionó, no se dispone en la actualidad de la misma.

Actores y Sujetos participantes

Este proyecto fue llevado a cabo por parte del equipo de salud del CAFyS Benavidez: trabajadora social, psicóloga, y médicos/as generalistas. Se contó con el apoyo de la dirección del centro de salud (quienes participaron de esta experiencia). Asimismo, colaboraron los primeros habitantes del barrio contando sus experiencias, referentes barriales, personal de la delegación municipal Benavidez, y el resto de los vecinos quienes participaron de la propuesta.

MOMENTO EXPLICATIVO

Este trabajo se comenzó a idear a principios del 2019, como parte de la inquietud y deseo del equipo de salud por mejorar la calidad de vida de los barrios más vulnerables del área programática. El realizarlo implicó volver a caminar el barrio, ésta vez con una nueva mirada, más atenta a lo que los/las vecinos/as tenían para decir y contar.

Condicionantes

- ∞ Tiempo: al momento de llevar a cabo esta experiencia, se evidenció que uno de los limitantes fue el tiempo para la ejecución del proyecto. Los profesionales participantes debían continuar con la atención habitual en el centro de salud. Por esta misma limitante, no se pudo regresar a las casas donde no respondieron. Además, solo se pudo realizar las mismas en horario laboral (8 a 17 hs).
- ∞ Clima: Debido a las características del barrio, los días de lluvia intensa, no se pudo acceder al lugar.
- ∞ Recurso Humano

Determinantes

- ∞ Buena predisposición de la población a participar de la experiencia. Interés de los vecinos por mejorar las condiciones del barrio
- ∞ Apoyo institucional
- ∞ Interés del equipo de salud en la temática.
- ∞ Posibilidad de realizar un trabajo interdisciplinario
- ∞ Viabilidad del proyecto. Recursos disponibles.

El trabajo realizado permitió profundizar el vínculo con la comunidad y conocer sobre su historia a través del diálogo con los primeros pobladores del barrio y referentes, entre ellos Herminia.

Pese a las dificultades ya expuestas sobre la realización de la encuesta, la información obtenida, si bien la muestra poblacional es pequeña, la información es valedera y útil a la hora de planificar actividades. Es de destacar que, a pesar de la falta de tiempo, las actividades propias derivadas de la atención, se resaltó la necesidad del trabajo territorial como una herramienta para planificar nuevas líneas de acción. Es de destacar el aporte enriquecedor al equipo de salud a la hora de entender el contexto actual: su constitución,

historia, organización y la dinámica barrial. Es relevante para el trabajo territorial, atento a ésta comunidad, conocer el recorrido de sus habitantes. Este conocimiento permite llevar a cabo acciones viables y duraderas, sostenidas en el tiempo. Afianzar los vínculos con la comunidad es un eje fundamental para el trabajo en territorio.

Otro punto para analizar es que los/las vecinos/as han marcado la importancia de la presencia del equipo en el barrio, de ser escuchados y de que una propuesta de estas características sea llevada a cabo por los/las profesionales del centro de salud. Al diálogo con los/las vecinos/as, ellos refieren que históricamente han quedado al margen de políticas públicas. Siendo esto un determinante para el acceso a la salud, en una población que está geográficamente alejada y con necesidades básicas insatisfechas.

También se pudo comprender del análisis de la experiencia realizada el gran conocimiento que tienen los/las vecinos/as de su barrio y sus habitantes. Se ha observado en ellos interés no solo por las necesidades propias sino por las del conjunto de vecinos/as. Esta característica constituye una oportunidad para desarrollar un trabajo en territorio centrado en las necesidades sentidas por la población. Sumado a lo anterior, es de destacar la apertura al dialogo y aceptación de la propuesta planteada desde el CAFyS.

En cuanto a la utilización del sistema de salud por parte de la comunidad se desprende que una parte de la población del barrio no realiza exámenes periódicos de salud ni participan de actividades de promoción. La mayoría de las consultas fueron realizadas a través de las guardias para la atención en modalidad de demanda espontánea. Esta realidad se puede plantear como una dicotomía que, por un lado, esta forma de acercarse al sistema de salud demostraría la baja aceptabilidad de ésta comunidad con el primer nivel de atención, y su noción sobre qué es la salud (reducida solo a la salud como ausencia de enfermedad). Y que por el otro, hace referencia a la disponibilidad del sistema de salud, ya que una de las principales quejas surgidas a través de las encuestas fue la dificultad para obtener turnos programados. O si en cambio son consecuentes.

Esta experiencia fue sumamente enriquecedora y transformadora para la comunidad y el equipo de salud, permitiendo ampliar la mirada y replantear las intervenciones a realizar.

SÍNTESIS

Conclusiones

Como síntesis de éste trabajo se pudo caracterizar el acceso a la salud de los habitantes del barrio Irsa al PNA, como así también, al CAFyS de referencia. Se indagó sobre posibles estrategias para abordaje en el territorio, fortaleciendo los vínculos con la comunidad.

Los autores concluyen que las intervenciones realizadas previamente, no fueron aceptadas, debido a que las mismas se planificaron desde la mirada del centro de salud sin tener en cuenta la comunidad, su historia y contexto actual. Al pensar en generar resultados diferentes es necesario tener en cuenta las características del barrio y trabajar junto a la comunidad, con una mirada ampliada, a partir de sus necesidades, pasado a tener un rol activo en este proceso.

A partir de esto, se propone:

- ∞ Modificar la visión de las demandas espontáneas en el CAFyS para poder captar a esta población y que funcione como puerta de entrada al PNA.
- ∞ Comenzar una vez por semana a realizar actividades en el barrio, utilizando para ello la unidad sanitaria móvil del Municipio.
- ∞ Consolidar los espacios de actividades barriales ya existentes.

Bibliografía

- Adauy, M. H., Angulo, L. P., Sepúlveda, A. M., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., & Morales, J. V. (2013; 33). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 223-9.
- ADELANTADO, J., & SCHERER, E. (vol 11 2008). Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina. Estado, gobierno y gestión pública. *Revista chilena de Administración Pública*, 117-133.
- Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales / Centro de Estudios Sociales y Sanitarios, Asociación Médica de Rosario*, 5-30.
- Arrivillaga, M., & Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública online*, 32(5), e00111415. Epub May 17.
- BRICENO-LEON, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad. Saude Pública*, vol.14, suppl.2, pp.S141-S147.
- BRONFMAN, M., & GLEIZER, M. (1994). Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad. Saude Pública [online]*, vol.10, n.1, pp.111-122.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., & Czerniecki, S. (vol. XIV, 2007). EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE. *Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires*, 201-209.
- Gatti, c., & otros. (2006). *Módulo 7: Salud y participación comunitaria*. Buenos Aires: Ministerio de salud y ambiente de la Nación.
- Liborio, M. (2013). ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA? *Rev. Méd. Rosario*, 136-141.
- María, A. I. (2001). *La participación comunitaria en salud. Mito ó realidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Repetto, F. (junio 2010). Protección social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 89-139.

ANEXO 1

**CAFYS BENAVIDEZ
MUNICIPIO DE TIGRE
Septiembre- Diciembre 2018**

**PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIOS BARRIO IRSA Y
MALVINAS**

RESPONSABLES

**AGUILAR, SILVINA
RASO, NICOLÁS
ROSSI, SABRINA
SACCHIERO, MARIA SOLEDAD**

El promotor comunitario en salud, es ante todo, un promotor de la participación comunitaria en salud. La participación comunitaria se enmarca como uno de las líneas de acción dentro de la estrategia de APS.

FUNDAMENTACIÓN

Los barrios Irsa y Malvinas se encuentran ubicados en la localidad de Benavídez, Partido de Tigre. Cuentan con una población aproximada de 42000 habitantes. Se compone de una población heterogénea, sin acceso a servicios básicos, en su mayoría con NBI.

Estos barrios se encuentran geográficamente alejados de la zona central de la ciudad de Benavídez, separados por las vías del ferrocarril, y con pocos medios de transporte público. Además de la distancia física al centro de salud, referentes de la comunidad refieren sentir estar en la periferia. Todas estas condiciones, dificultan el acceso al CAFyS.. En ninguno de estos barrios se cuenta con una posta de salud. Tampoco en los mismos se dispone OSC y espacios de participación comunitarios masivos. Las únicas instituciones formales con presencia en el barrio son algunas pequeñas comunidades religiosas, y comedores barriales que surgieron por iniciativa de algunos vecinos.

Desde el Centro de Salud hace varios años se realizan acciones de promoción comunitarias (talleres, operativos de control de salud, etc), las cuales no tuvieron el impacto esperado en estos barrios (muchas veces por falta de concurrencia de los vecinos de ambos barrios).

Dadas las situaciones previamente descritas, es necesaria una intervención territorial por parte del equipo de salud.

El promotor de salud como nexo

Los promotores comunitarios en salud son los propios miembros de las comunidades, los cuales, a través de su accionar, cumplen un rol de nexo entre los servicios de salud y la población beneficiaria.

Entre las tareas que desempeñan se encuentran “La conformación de ámbitos de trabajo con actores sociales que tienen incidencia en las decisiones de la comunidad y el manejo de herramientas y habilidades para el trabajo dentro de ella. La promoción de políticas en salud

planificadas desde la comunidad y la mejora en la accesibilidad a los servicios del sistema de salud y en la comprensión de su forma de funcionamiento. El mejoramiento de la articulación entre los actores involucrados y los distintos niveles gubernamentales y el fortalecimiento del trabajo en red. El incremento del compromiso de los diferentes actores sociales en el cuidado de su salud y la de su localidad.”⁵

Dentro de su accionar, también contribuyen a evidenciar necesidades de su comunidad, contribuyen a la generación de redes, y la concreción de espacios de participación comunitaria en salud. Identifican situaciones de riesgo para la salud, acompañan y orientan a sus comunidades en la educación y el cuidado de la salud, y contribuyen, a la planificación de acciones concretas para intervenir en diferentes problemáticas.

El promotor de salud representa una oportunidad para realizar un abordaje territorial efectivo en las comunidades que contribuya a mejorar la calidad de vida de la población.

Es por estas razones, que se decide formar promotores para los barrios Malvinas e IRSA.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mejorar la accesibilidad al sistema de salud de ambos barrios, mediante la participación comunitaria.

Objetivos específicos

- Realizar un abordaje territorial en los barrios Irsa y Malvinas
- Empoderar a la población de los barrios, en el cuidado de su salud.
- Favorecer la participación comunitaria realizadas en los barrios
- Formar a miembros de la comunidad como promotores de salud
- Evidenciar demandas ocultas de salud en cada uno de los barrios

METAS

⁵ <http://msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/521-programa-promocion-comunitaria>

- Organizar un curso de formación de promotores de salud modulado a realizarse en el mes de noviembre /diciembre 2018, y que continuará los meses de marzo/abril 2019
- Crear una base de datos con los referentes locales y participantes del curso.
- que los promotores de salud comiencen a realizar actividades en los barrios a partir de diciembre de 2018

BENEFICIARIOS

El curso está dirigido a referentes comunitarios de los barrios Irsa Y malvinas, vecinos interesados en participar de la capacitación y cumplir el rol en la comunidad. como beneficiarios indirectos, las personas en situación de mayor vulnerabilidad de ambos barrios se verán beneficiadas, ya que generalmente son las que tienen menor acceso al sistema sanitario, y que mediante promotores de salud de su comunidad, podrán acercarse al centro de salud.

LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL

Benavidez se encuentra localizado en el municipio de Tigre, Provincia de Buenos Aires. Dentro de esta localidad, se encuentran los Barrios Irsa Y Malvinas. Los barrios IRSA y Malvinas se encuentran en la región este de la localidad. Es un área de la localidad con pocos servicios, y que en general carece de espacios comunitarios

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

- 14/09/2018 Se realizó una recorrida barrial tomando contacto con referentes de uno de los merenderos del barrio Irsa, Centro Misional e Iglesia Presbiteriana en Barrio Malvinas. Se informó sobre el proyecto, y se acordaron reuniones para convocatoria.
- 14/09/2018 -04/10/2018: Se realizó convocatoria vía mensajes de texto y folletería. Carcelería
- 05/10/2018: Se realizó encuentro en FORUM Benavidez con interesados
- 13/10/2018: Segundo encuentro de difusión realizado en el CAFyS.
- 20/10/2018: Tercer encuentro de difusión realizado en la Iglesia Presbiteriana Barrio Malvinas

- 26/10/2018: Se realiza reunión de planificación con los responsables del proyecto. Se realizarán 6 encuentros los días sábados de 10 a 12 hs, en el CAfys Benavidez. Comenzando el día 03/11/2018 y finalizando el 22/12/2018, con la evaluación final del primer módulo.

ACTIVIDADES

Fecha	Temas
03/11/2018	Derecho a la salud
10/11/2018	Hábitos Saludables
17/11/2018	Enfermedades Crónicas
24/11/2018	Cuidados del Verano
01/12/2018	Adolescencia / ITS
15/12/2018	Salud mental- Marco legal / Consumo problemático de sustancias/ Discapacidad
22/12/2018	Evaluación / entrega de diplomas

RECURSOS NECESARIOS

- Humanos: Lic. Sabrina Rossi, Trabajadora Social, CafyS Benavidez; M. Soledad Sacchiero, Médica Generalista, CafyS Benavidez; Nicolás Raso, Médico Generalista, CafyS Benavidez; Silvina Aguilar, Jefa CAFyS Benavidez
- Infraestructura: Espacio en el Cafys para el dictado de clases
- Materiales: Material de folletería, proyector computadora y pizarrón

EVALUACIÓN

Se realizará en el mes de enero una reunión de evaluación con los responsables del proyecto

CURSO DE FORMACION DE PROMOTORES D ESALUD COMUNITARIA MODULO 2-2019

CRONOGRAMA:

Día y Horario del curso: sábados de 10 a 12 hs

Lugar: CAFyS Benavidez

Condiciones de aprobación: concurrencia del 80% a las clases teóricas/ actividades prácticas. Aprobación de una instancia evaluativa parcial y evaluación integradora final.

Clases/temas:

Sábado 09/03: Salud de la mujer (VPH. Pap, Mamo). Métodos anticonceptivos.

Sábado 16/03: Cuidados en el embarazo, parto y puerperio, lactancia materna.

Sábado 23/03: Violencia basada en género. Abuso sexual.

Sábado 30/03: Salud y crecimiento de los niños. Vacunas.

Sábado 06/04: Cuidados en edad escolar, alimentación saludable niños.

Sábado 13/04: Cuidados del invierno.

Sábado 20/04: no se dictarán clases semana santa – evaluación parcial.

Sábado 27/04: Tercera edad.

Sábado 04/05: Salud ambiental.

Sábado 11/05: Consumo de sustancias.

Sábado 18/05: Cierre.

Preguntas sobre propuestas:

ANEXO 3
RESULTADOS ENCUESTA IRSA

PARTE A

¿Concurrió en el último año a algún centro de salud a realizar consultas?			total
	si	no	
48	23		71
67,61%	32,39%		

¿En cuál se atiende con mayor frecuencia? (Elija uno)	Benavidez	otro	total
36		12	
75,00%	25,00%		48

¿Por qué eligió concurrir a ese centro?	Ceranía	Facilidad con los turnos	Rapidez de atención	Calidad de los profesionales	Otras
31	3		6	11	0
58,49%	5,66%		11,32%	20,75%	0,00%

Si responde que se atendió en OTRO CENTRO (Cafys). ¿Por qué no Eligió atenderse en el Centro de Benavidez?

		No consigo turno										
		Me queda lejos	No tengo medio de transporte	No puedo concurrir el día de los turnos	No hay turno por teléfono	Fui varias veces y no había turnos disponibles	Otras	No lo conozco	No me gusta la atención	No tuve una buena experiencia	Otras	totales
4	1	0	1	3	2	0	3	1	2	11,11%	17	
22,22%	5,56%	0,00%	5,56%	16,67%	11,11%	0,00%	16,67%	5,56%	11,11%			

**pregunta 3
Si respondió NO: ¿Por qué no concurrió?**

No lo necesité	7	15	Me automedico	1	Concurre a consultas particulares	0	Voy al hospital	2	Solo realizo consultas por guardia	2	Otros	29
24,14%	51,72%	3,45%	0,00%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%	totales	

PARTE B

Si concurre un trailer móvil a su barrio ¿Usted se acercaría a atenderse?

		Si		No	total
		67	4	71	
		94,37%	5,63%		

Si contestó Si, ¿Cuál de las siguientes le parece que es la más necesaria para su barrio? elija una

Vacunas	12	Vacunas	Control de niños	Control de niños	Consultorio de adultos	Consultorio de adultos	Toma de PAP	Toma de PAP	Colocación de DIU	Colocación de DIU	Atención odontológica	Atención odontológica	Trabajo Social	Trabajo Social	Otras	Otras	total
17,91%	37,31%	8,96%	0,00%	4,48%	19,40%	11,94%	0,00%	100,00%	17,91%	37,31%	8,96%	0,00%	19,40%	11,94%	0,00%	100,00%	67

De los anteriores, ¿Cuál otra sería importante para usted que brinde un trailer?

Vacunas	7	Control de niños	8	Consultorio de adultos	24	Toma de PAP	13	Colocación de DIU	0	Atención odontológica	13	Trabajo Social	2	Otras	0	total
10,45%	11,94%	35,82%	19,40%	0,00%	19,40%	0,00%	19,40%	0,00%	19,40%	11,94%	0,00%	2,99%	0,00%	100,00%	67	

Si contestó SI. ¿En cuál franja horaria concurriría a atenderse?

	Mañana	Tarde	total
42	25	67	
62,69%	37,31%		

Si se realiza un taller en su barrio sobre temas de salud ¿Usted podría asistir?

	Sí	No	total
60	11	71	
84,51%	15,49%	100,00%	