

Cuadernillo Trabajo comunitario

2021

Dirección General de **Salud Comunitaria**
Subsecretaría de **Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria**
Residencia Interdisciplinaria de **Educación y Promoción de la Salud**

RIEPS go. ar
Residencia Interdisciplinaria
de Educación y Promoción de la Salud



Buenos Aires Ciudad



Salud

Jefe de Gobierno
Horacio Rodríguez Larreta

Jefe de Gabinete de Ministros
Felipe Miguel

Ministro de Salud
Fernán Quirós

Subsecretario de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria
Gabriel Battistella

Director General de Salud Comunitaria
Pablo Guillemi

Director General de la Dirección de Docencia,
Investigación y Desarrollo Profesional
Gabriel González Villa Monte

Coordinadora General de la RIEPS
Claudia Lomagno

Instructor General de la RIEPS (2019-2021)
Pablo Dimaro

Instructora General de la RIEPS (2021 hasta la actualidad)
María Fernanda Cavaro

Índice

Pág **4**

Fundamentación

Pág **5**

¿Desde dónde intervenimos?

Pág **5** Procesos de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidados en las intervenciones de Salud Pública

Pág **6** Perspectivas de Educación para la Salud, Promoción y Prevención

Pág **7**

¿De qué hablamos cuando hablamos de trabajo comunitario?

Pág **7** Comunidad y territorio

Pág **8** Participación social en salud

Pág **9** Accesibilidad, redes sociales e intersectorialidad

Pág **10** Trabajo en equipo

Pág **12**

Marco normativo y situación epidemiológica

Pág **16**

¿Cómo se interviene en Atención Primaria de la Salud?

Pág **18** Postas de salud integral: El Área Programática va a la Universidad

Pág **19** El placer de leer: la promoción de las lecturas en la Biblioteca Lee que te leo

Pág **21** Lo que nos trajo la Pandemia: trabajo comunitario a partir del Operativo DetectAR

Pág **22** La participación social construyendo salud

Pág **23** Hábitat y Salud en el barrio Constitución: la intervención en lo social desde un pensar situado

Pág **24** Enfrentando lo desconocido en red y comunicando desde una mirada integral.

Experiencia de promotorxs de salud del Barrio 31 durante la pandemia por Covid-19

Pág **28**

Referencias bibliograficas

Pág **30**

Anexos

Pág **30** Formulario de Actividades Comunitarias

Pág **33** ¿Qué es un Análisis de Situación de Salud (ASIS)?

Fundamentación

El presente material fue realizado por la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) en articulación con la Dirección General de Salud Comunitaria¹ y se inscribe en una serie de cuadernillos sobre estrategias preventivo-promocionales destinados a los equipos de salud. En esta oportunidad, el propósito es contribuir a la reflexión y brindar algunas herramientas para el abordaje del trabajo comunitario en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Actualmente, en nuestro país, la legislación contempla la salud desde una perspectiva amplia y compleja, interpelando las intervenciones en dicho campo. En este sentido, la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153 (1999) plantea su garantía concibiéndola de manera integral, sustentada en la “participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo” (art. 3, inc. c). Así, el trabajo comunitario se torna necesario para garantizar el derecho a la salud, ya que, desde una mirada compleja del mismo, una de sus dimensiones implica construir vínculos con el territorio y sus actores. De este modo, el desafío es favorecer una real participación, entendiendo los retos que esto conlleva. A su vez, dicha propuesta comprende la necesidad de generar articulaciones intersectoriales para abordar las problemáticas de salud.

Por otro lado, el actual Plan del Ministerio de Salud CABA 2030 (Ministerio de Salud CABA, 2017) propone que el tiempo de trabajo de lxs profesionales de los equipos de salud se divida entre actividades asistenciales en los CeSACs (60%) y actividades en territorio, participativas y de trabajo en equipo (40%). Dichos lineamientos suponen desafíos que interpelan a los equipos en la tarea cotidiana, ya que esta segunda modalidad de trabajo no suele estar presente en las formaciones de base de la mayoría de lxs profesionales. Históricamente, tanto la formación como la práctica de las profesiones vinculadas al campo de la salud han estado más orientadas a intervenciones individuales y asistenciales desde una mirada biomédica, que a abordajes colectivos que consideren los condicionantes sociales de la salud, es decir, las situaciones de vivienda, educación, trabajo, contexto socio-económico, entre otras. Por esto, resulta pertinente profundizar en esta temática con el objetivo de reflexionar en torno a la complejidad que la misma plantea.

Pensar el trabajo comunitario en salud implica tener en cuenta las diversas concepciones del mismo, que comprenden una acción y reflexión por parte de los equipos de salud atravesado por marcos ideológicos, políticos, culturales, económicos y sociales. Una forma de entender el trabajo comunitario pone el foco en el *dónde* éste se realiza, equiparándolo con el trabajo extra muro. Sin embargo, en este cuadernillo se abordará desde una perspectiva que entiende que, más allá del espacio físico donde se realice, el trabajo comunitario conlleva un posicionamiento y una forma de organización del trabajo: *con quién, cómo y para qué* se interviene. Éste se desarrolla en una realidad social compleja, atravesada por desigualdades de clase, género, etnia, edad, entre otras. Por esto, es necesario considerar la manera en que estos condicionantes sociales convergen e influyen sobre los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) dando lugar a formas diferenciales de vivir, enfermar y morir para los diversos grupos poblacionales. En este sentido, se desplegarán las perspectivas de derechos, interculturalidad y género; así como ciertos conceptos que atraviesan el trabajo comunitario en salud de manera transversal.

Este cuadernillo propone generar herramientas que constituyan un aporte para seguir reflexionando sobre la propia práctica en trabajo comunitario, siendo que ésta no se reduce a

¹ La Dirección General de Salud Comunitaria depende de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud (CABA). Su misión es fortalecer las estrategias comunitarias con el fin de realizar intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

“recetas” o modelos a aplicar sobre cómo realizar dicho trabajo, sino que implica el desafío de la construcción colectiva constante.

¿Desde dónde intervenimos?

Procesos de Salud - Enfermedad - Atención - Cuidados en las intervenciones de Salud Pública

En este cuadernillo se retoman los aportes que consideran a la salud como un proceso y no como un estado, vinculada a las condiciones y formas de vivir y morir de las personas. Desde las Ciencias Sociales y desde la Medicina Social se considera que según el tipo de relación que se establece con el proceso de reproducción de la sociedad, puede encontrarse el origen y la dinámica de los procesos de vida, enfermedad y muerte (FLACSO, s.f.). En esta línea, la Medicina Social Latinoamericana, se desprende de la mirada estática de la salud, para dar paso al concepto de “Proceso Salud - Enfermedad - Atención - Cuidado” (PSEAC), donde la salud puede ser definida como un proceso dinámico y dialéctico, socialmente construido en el que intervienen, articulados de manera compleja, condicionantes biológicos, psicológicos, ambientales, económicos, culturales, políticos, de clase, género, etnia, edad, entre otros (GCABA-RIEPS, 2015). En dicho concepto, la atención hace referencia a “una práctica integrada en la promoción de mejores condiciones de vida y de salud, la prevención de daños y la asistencia curativo-reparadora” (Bianco y Grigaitis, 2005, p. 20). El cuidado, por su parte, refiere a las acciones intencionales que tienen como objetivo mejorar la vida de unx mismx y de otrxs, caracterizado por los conocimientos, la confianza, la paciencia, y el ser específico y contextual a la vez (Mayeroff 1971) reconociendo las acciones cotidianas que los grupos sociales llevan a cabo para mejorar, mantener y dar respuesta a los problemas de salud.

Teniendo en cuenta esa definición, a la hora de considerar al trabajo comunitario como una modalidad de abordaje desarrollada en el marco de las intervenciones de salud pública, es importante partir de una mirada que reconozca que las especificidades individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, y que conciba a la salud como un proceso dinámico. De este modo, la salud pública puede ser definida como una acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. (...) va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud (Figuroa de López, 2012, p. 3).

En este sentido, algunas de las funciones esenciales de la salud pública son el monitoreo y análisis de la situación de salud de la población, la investigación y control de riesgos y daños en la misma, la promoción de la salud, la participación social, la evaluación y promoción del acceso equitativo y la garantía de calidad de los servicios de salud, y el desarrollo de políticas y planes (OPS-OMS, 2007). En esta línea, el trabajo comunitario es parte de las políticas públicas en salud, con el objetivo de fomentar la participación y el proceso de creciente autonomía de la población en sus PSEAC.

Perspectivas de Educación para la Salud, Promoción y Prevención

Se concibe a la Educación para la Salud (EpS) como un campo de saberes y prácticas que busca favorecer procesos de autonomía de las personas para el bienestar individual y colectivo (GCABA-RIEPS, 2015). Como tal, es una construcción social que se ha ido modificando en el marco de diferentes contextos socio-históricos y en relación con las diversas concepciones de salud y educación sostenidas en cada uno de ellos.

Asimismo, pueden describirse dos grandes modelos desde donde se interviene en EpS, los cuales no son rígidos ni estancos, sino que conviven en las prácticas que llevan a cabo lxs profesionales y los equipos de salud. El *modelo clásico* parte de una concepción de salud biológica e individual, y se centra en la modificación de hábitos y estilos de vida. Se caracteriza por ser prescriptivo, verticalista y lineal entre quienes “poseen el saber” y quienes lo reciben de forma “pasiva”, buscando persuadir y modificar conductas, sin tener en cuenta los condicionantes sociales, económicos, culturales, políticos y psicológicos. El *modelo crítico*, en cambio, toma el concepto de salud integral y su objetivo se relaciona con la reducción de las desigualdades en el PSEAC, buscando intervenir en la estructura social y no en la conducta individual, considerando que es en la primera donde se encuentran las causas de los patrones de morbimortalidad (Valadez Figueroa, Villaseñor Farías y Alfaro Alfaro, 2004). El mismo, busca fortalecer la autonomía y el protagonismo de lxs sujetxs para su cuidado, facilitando la construcción de conocimientos que favorezcan la toma de decisiones saludables (Bottinelli, s.f.). Se vincula a la educación popular y problematizadora, que considera que el conocimiento se construye colectivamente, trabajando sobre el fortalecimiento de la organización y la participación individual y colectiva para la transformación social.

Considerando la salud desde una perspectiva integral, resulta fundamental pensar las prácticas en salud desde lo preventivo-promocional. Se entiende a la prevención de enfermedades, como las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad (prevención primaria), sino también a detener su avance y reducir sus consecuencias a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (prevención secundaria), a la rehabilitación (prevención terciaria) y a evitar o atenuar las consecuencias del intervencionismo médico excesivo (prevención cuaternaria) (GCABA-RIEPS, 2013). Por otro lado, la promoción de la salud implica una mirada más amplia, que no se limita a acciones anticipadas y focalizadas frente a determinada problemática, y que busca mejorar la salud y el bienestar general. En este sentido, promueve “la vida en sus múltiples dimensiones haciendo eje en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones de vida y trabajo que subyacen a los problemas de salud” (GCABA-RIEPS, 2013, p.11).

Recuperando los postulados del modelo crítico de la EpS y trabajando desde la perspectiva preventivo-promocional, este cuadernillo concibe al trabajo comunitario como un posicionamiento ético-político y un quehacer que se relaciona con el *con quién, cómo y para qué* intervenir. Al hacer referencia al *con quién*, se parte de una concepción de sujetx activx, poseedorx de saberes y experiencias que se ponen en diálogo en el encuentro con lxs otrxs. A su vez, resulta clave conocer las características particulares de las personas con las que se trabaja y el contexto en el que éstas desarrollan sus vidas. En relación al *cómo* intervenir, se recupera la importancia y necesidad de la participación y la construcción colectiva de conocimientos. Por último, el *para qué* se vincula con la transformación de la realidad en pos de reducir las desigualdades de la estructura social que condicionan diversos PSEAC.

De esta forma, el trabajo comunitario resulta fundamental como estrategia para identificar las necesidades del territorio a través de una construcción conjunta entre lxs actores que forman parte de esa comunidad, con el fin de impulsar acciones de prevención y promoción que respondan a la especificidad de las características locales.

A su vez, la participación social como un aspecto importante del trabajo comunitario fortalece la promoción de la salud, ya que propicia procesos de autonomía, facilitando que las comunidades se constituyan como sujetos políticos de su propia historia.

¿De qué hablamos cuando hablamos de trabajo comunitario en salud?

El trabajo comunitario es un concepto polisémico, que implica además distintas modalidades de abordajes en la realidad. Esto significa que no existe una única definición y que ésta va a incidir en cómo uno piensa, se aproxima y acciona con la comunidad. Es decir, la praxis va a estar condicionada por la forma en que uno define qué es una comunidad, cuál es su participación, y cómo se interviene ahí.

Como punto de partida, se propone pensar el trabajo comunitario como: el trabajo junto a la comunidad, entendida esta última como un grupo social en un territorio (que es más que un espacio físico), con su identidad, sus representaciones sociales, sus vínculos y sus prácticas. Éste se realiza reconociendo las necesidades compartidas, en colaboración con otros actores y equipos, que conforman redes de manera intersectorial. Su objetivo se relaciona con favorecer la accesibilidad (en tanto encuentro entre el sector salud y la comunidad), y fortalecer la autonomía y la participación activa de las personas y grupos en sus PSEAC, mediante procesos de aprendizaje y construcción colectiva, como parte de un proceso de transformación social y de los sujetos.

Es por ello que, para complejizar el significado de trabajo comunitario, es necesario desarrollar algunos conceptos que atraviesan al mismo, como ser comunidad, territorio, participación social, accesibilidad, redes, intersectorialidad y trabajo en equipo.

Comunidad y Territorio

Podría definirse a una comunidad como “un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido [...], que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinado y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrolladas y empleando recursos para lograr sus fines” (Montero, 1998, p. 212). Además, esto implica una historia, una cultura, e intereses, necesidades, problemas, expectativas, socialmente construidos por los miembros del grupo, y un sentido de pertenencia a la misma (Montero, 2004). Y a su vez, se ve influenciada de un contexto sociohistórico más amplio en el que está inmersa.

Una comunidad está conformada por un grupo de personas y sus relaciones sociales, por tanto, el encuentro y los vínculos son una parte importante en la misma. Esto conlleva también diferenciaciones de roles, conflictos, relaciones de poder, configurando una diversidad en la manera en que se expresan. Además, es importante reconocer que en la comunidad circulan representaciones sociales y prácticas, con valores, aciertos y errores de experiencias, que pueden dar cuenta de su realidad y de posibles transformaciones de la misma.

Al planificar y realizar trabajo comunitario, ¿quién define y delimita cuál es la comunidad? ¿Quién define cuáles son sus características y necesidades? (Corea, de la Aldea y Lewkowicz, 1998). Es importante construir en conjunto con la comunidad estas definiciones, dando lugar a sus distintas voces, teniendo en cuenta la diversidad y los conflictos. A partir de ahí, poder pensar intervenciones que se relacionen con lo que ésta realmente necesita, lo cual puede variar en el tiempo, de acuerdo al contexto. En este sentido, toman protagonismo la participación de la comunidad, la intersectorialidad, y las redes que colaboran en la delimitación de estas necesidades y en la respuesta a las mismas.

Una comunidad está hecha de relaciones, pero no sólo entre personas, sino entre personas y un lugar, que se construye física, emocional y socialmente, “del cual nos apropiamos y que nos apropia” (Montero, 2004, p. 99). Por lo tanto, la comunidad no puede ser analizada

sin el concepto de territorio. Este último implica no sólo el espacio donde habitan las poblaciones, sino también un espacio social construido a través de un proceso histórico (Alazraqui, Mota, Spinelli, 2007). Sin embargo, ¿es posible que en un mismo territorio coexistan distintas comunidades? ¿Compartir un espacio genera comunidad? ¿La misma tiene que estar necesariamente en un mismo espacio físico?

Clásicamente, el territorio estaba ligado a una visión del espacio físico. Luego, con los aportes de las ciencias sociales se transformó hacia una concepción que valoriza su carácter histórico (Chiara y Ariovich, 2013). Por lo tanto, el territorio es más que un espacio físico, se transforma permanentemente en una serie de significaciones culturales y sociales, pero para poder objetivarlo es nombrado y vivido como un edificio, una calle, un pueblo, etc. Entonces, el territorio se construye desde un “pensar situado”, donde las coordenadas que lo delimitan no son sólo espaciales sino también socio-culturales.

Se espera que el trabajo comunitario pueda fortalecer el territorio, desde una perspectiva sociohistórica, a través de la promoción de lazos y cohesión social (Carballeda, 2015). Esto implica promover la integración de la comunidad, es decir, que la misma, alcance una participación que promueva su autonomía, reconociendo las necesidades compartidas y actuando de forma conjunta, distanciándose del individualismo. De este modo, se podrían disminuir los procesos de exclusión, los cuales implican que algunas personas queden invisibilizadas, generando así procesos de desigualdad donde no todos alcanzan los mismos derechos y oportunidades (Tobar, 2010).

En síntesis, se podría considerar a la comunidad como un campo de acción - conflicto - transformación que supone un espacio territorial, “asentada en el reconocimiento de necesidades sociales reales que tienen como punto de partida, procesos de construcción colectiva de lazos identitarios, a partir de los cuales los sujetos cargan de sentido su vida cotidiana, sus vínculos y trayectorias” (GCABA-RIEPS, 2014, p.10).

Participación social en salud

Desde la conferencia de Alma Ata, la participación social es reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de la atención primaria de la salud (Menéndez, 2010). La participación social, también llamada por algunos autores como participación comunitaria, “es un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (Montero, 2004, p. 109).

La participación social tiene como objetivo que las personas y las comunidades puedan tomar sus decisiones y participar activamente de sus PSEAC. Intenta incentivar la autonomía de cada uno de ellos, reconociendo sus saberes y sus prácticas, favoreciendo la responsabilidad, la educación, la creatividad y el sentido de pertenencia, de manera conjunta. Esto significa el reconocimiento de necesidades sociales compartidas entre quienes conforman a la comunidad, debilitando la idea de problemas y soluciones que tienden a responsabilizar a las personas en su individualidad (Menéndez, 2010).

La participación social implica procesos complejos que son necesarios para que sean representativos de las demandas de la población. Es por esto que es importante mantener un trabajo constante y una vigilancia activa desde las instituciones y los equipos de salud, para se construya una participación real, y no una simbólica.

Se hace referencia a la participación real como aquella que busca favorecer los procesos de transformación de las condiciones de vida de los integrantes de la comunidad. Es la que “ocurre cuando los miembros de una institución o grupo, a través de sus acciones inciden efectivamente en todos los procesos de la vida institucional y en la naturaleza de las decisiones” (Sirvent, 1994, p. 88), lo que implica ejercer una influencia en la planificación, implementación y evaluación de las acciones llevadas a cabo. La participación real significaría un cambio no sólo

en quiénes deciden, sino en qué se decide y a quiénes se beneficia, es decir, una modificación en la estructura de poder. A su vez, es necesario tener en cuenta que implica un proceso de aprendizaje y de construcción colectiva, donde es importante respetar los tiempos de cada comunidad, intentando no imponer la participación, sino que ésta sea construida como una demanda por ella. En cambio, la participación simbólica implicaría un “como si”, generando la ilusión de que las personas de la comunidad cuentan con más poder y ejercen mayor influencia sobre las decisiones y acciones a realizar.

Desde una perspectiva de trabajo comunitario, es importante trabajar junto a la comunidad para construir sus límites, sus problemas, sus necesidades, sus fortalezas, sus líneas de acción, a partir de procesos participativos que incluyan también la planificación y la evaluación conjunta de las estrategias implementadas. Por lo tanto, la participación en salud implica un proceso de transformación social y de lxs sujetxs, al promover el involucramiento activo de la comunidad, contribuyendo así a su autonomía y fortalecimiento.

Accesibilidad, redes sociales e intersectorialidad

Tradicionalmente, la accesibilidad se comprendía únicamente a partir del sistema de salud y los servicios ofrecidos por éste. A partir de ello se visualizan distintas barreras que podrían dificultar el acceso a los mismos. Éstas pueden ser geográficas (dificultad natural o construida, como una autopista, para acceder), económicas (motivos relacionados a la falta de dinero, por ejemplo para el transporte o la compra de medicamentos), administrativas (motivos relacionados a la organización de los servicios, como los horarios y los turnos) y simbólicas (diferencias entre lxs profesionales de la salud y la población, en relación al imaginario social, las representaciones, los contextos sociales y las experiencias de cada unx).

Sin embargo, desde esta perspectiva tradicional no se tiene en cuenta la mirada de lxs sujetxs, quienes también construyen accesibilidad. Por el contrario, la perspectiva relacional nos permite involucrar la dimensión del encuentro/desencuentro entre los servicios y la comunidad, para lo cual es indispensable tener en cuenta las prácticas de vida y salud de las personas a la hora de pensar las mejores estrategias. Por lo tanto, se entiende a la accesibilidad, desde una perspectiva más compleja, como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes et al., 2006, p. 203).

Otra categoría fundamental para abordar el trabajo comunitario es la de trabajo en redes. Se utiliza la metáfora de la red para explicar la construcción de significaciones a partir de la interacción (Dabas y Perrone, 2006). De esta manera, toda nuestra realidad constituye un entramado relacional dinámico y cambiante donde se asumen diferentes formas de relación, comunicación e intencionalidad, construyéndose en la interacción significados, representaciones y acuerdos. Por otro lado, se puede pensar a lxs distintxs actores de una comunidad como redes sociales. Una red social se compone por la red vincular (múltiples relaciones que cada persona establece) y por la red nocional (co-construcción basada en diversos marcos teóricos modificables y factibles de enriquecerse permanentemente) (Dabas y Perrone, 2006). Siguiendo esta línea, una red social implica un proceso de construcción dinámico y un intercambio permanente de teoría y práctica, en las relaciones de reciprocidad entre lxs actores. Dentro del sector salud, esto sucede en distintos niveles, entre distintas personas, organizaciones e intersectorialmente.

Para implementar una estrategia de trabajo en red, es importante que lxs propixs actores involucradxs tomen conciencia de la existencia de otras redes, porque suelen resultar mejor las intervenciones cuando se producen a partir de articulaciones y vínculos preexistentes. Además, estos intercambios posibilitan potenciar los recursos que posee cada actorx y también la creación de alternativas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.

En este sentido, dentro del sistema de salud también es necesario fortalecer los vínculos entre los distintos niveles de atención y entre efectores del mismo nivel. Esto significaría favorecer el tránsito de las personas una vez dentro del sistema, entendiendo a la accesibilidad “como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad” (Testa, 1988, p. 12).

A su vez, en la construcción y funcionamiento de las redes se torna importante la intersectorialidad. Desde el campo de la salud, se la puede definir como “la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida” (Quintero, Laborí Ruiz, Noa Legrá y Nicot Martínez, 2017, p. 532). Ésta es otra de las dimensiones importantes de la APS, teniendo en la mira iniciativas que tiendan a reducir las desigualdades en salud, ensayando abordajes complementarios junto con otros sectores en pos de trabajar sobre los determinantes sociales que las provocan y sostienen.

La intersectorialidad implica acciones colectivas, donde pueden involucrarse actores del sector público, el privado, las organizaciones de la sociedad civil, o las comunidades (Cunill-Grau, 2014). En este sentido, y teniendo en cuenta que la realidad social actual se presenta de manera compleja, es que sus abordajes precisan de respuestas que tengan este mismo carácter. Asimismo, la articulación intersectorial también es un proceso complejo que requiere de estrategias para desarrollar los vínculos que se consideren necesarios para el trabajo comunitario. Muchas veces, éstos surgen de manera informal, dependen de contactos individuales o de referentes claves, y requieren de una gestión más estratégica que contemple intereses, necesidades y demandas. En este sentido, se ponen en tensión las diferencias en cuanto a las tareas y los tiempos que dispone cada institución y sector para construir redes y responder a los problemas que se presenten. Es por esto que cada vez que se piense en una articulación intersectorial es importante preguntarse: ¿Cómo se puede originar una articulación? ¿Quién se ocupa de mantener o generar esos vínculos? ¿Se cuenta con las herramientas necesarias para llevarla a cabo? ¿Cómo acceder a distintos actorxs? Un posible punto de partida es hacer un mapeo colectivo y georreferenciado de instituciones, sectores y organizaciones más relevantes para el trabajo junto con la comunidad.

Teniendo en cuenta lo antedicho, es importante destacar que el trabajo intersectorial es una estrategia que permite lograr resultados superiores, que cada sector no podría alcanzar de manera individual, siempre a través de intercambios compartidos con la comunidad (Rovere, 1987). Es decir, la acción intersectorial puede contribuir a abordar algunos condicionantes sociales, logrando así mayor eficacia para fortalecer los PSEAC de la población.

El trabajo comunitario comprende reconocer que las redes en salud implican las relaciones entre la demanda de las personas de la comunidad y la oferta de los efectores de salud, identificando características y necesidades de cada actorx de esa red. Es decir, implica promover dichas redes y la accesibilidad al sistema de salud, considerando que éstas pueden fomentar la participación activa de la comunidad, generando lazos y proyectos en conjunto. Esto se ve beneficiado por relaciones participativas y acciones colectivas, donde puedan involucrarse distintos sectores con el objetivo de favorecer los PSEAC.

Trabajo en equipo

A la hora de pensar en el trabajo con la comunidad, es necesario reflexionar sobre lo que implica el trabajo en equipo y cómo es el vínculo que se establece con la misma.

Trabajar en equipo permite la potencia de pensar y actuar con otrxs y de construir intervenciones que puedan transformar también a quienes las transitan. En este sentido, los equipos tienen la capacidad de contener a las personas y sostener las decisiones que se toman, superando las dificultades que se presentan si se llevaran a cabo acciones en soledad. Sin

embargo, la conformación de equipos no implica una unidad de trabajo que se constituye de manera espontánea en las instituciones, sino que requiere de una construcción en conjunto.

Los equipos se organizan en torno a una tarea, la cual podría ir desde la reflexión sobre objetivos, hasta la distribución de roles y la puesta en práctica de las acciones. Todo esto dependerá de las demandas de la población, de la motivación de lxs profesionales por llevar adelante determinada actividad, y de la identidad y las dinámicas de cada institución, así como del contexto local en el que están insertxs (de la Aldea, 2000).

Como ya fue mencionado, debido a la complejidad de la realidad, son necesarias múltiples miradas con el objetivo de enriquecer la planificación, el accionar y la evaluación del trabajo en conjunto. De esta manera, el trabajo comunitario requiere de un abordaje interdisciplinario. Solemos creer que, en un equipo con estas características, conformado por personas que pertenecen a distintas disciplinas, cada unx sería el portador total de su disciplina, y que por ello, se podría armar una totalidad conceptual sobre el problema en cuestión. Sin embargo, a partir de reconocer que cada unx es portador sólo de una parte de la disciplina que estudió y que ejerce, es que se pueden poner en juego esos saberes y prácticas para enriquecer al equipo (de la Aldea, 2000).

A su vez, cada profesional de la salud cuenta con diversas trayectorias personales, que despliega al momento de trabajar en equipo. Una parte de ello puede verse expresado en las “tecnologías blandas” (Merhy, 2006), las cuales son entendidas como herramientas apreñadas que son fundamentales para construir vínculos con otrxs. Es preciso destacar que éstas se fortalecen y ejercitan en la práctica, al momento de relacionarse con distintxs actorxs, pensar estrategias para llevar a cabo las intervenciones y las prácticas de gestión. Además, estas tecnologías operan en los procesos relacionales que componen el acto de cuidar, tanto para los equipos de trabajo como para la población. Las mismas se conjugan con otras tecnologías utilizadas en el trabajo en salud: las duras, referidas a los equipamientos, y las blandas-duras, como los saberes teóricos.

¿Cómo se trabaja con personas que piensan distinto a unx, con sistemas de valores diferentes, incluyendo la forma de pensar el trabajo en equipo? ¿Qué se hace cuando frente a una misma situación hay lecturas y propuestas de acción que no coinciden? Es importante entender que es esperable que haya conflictos en todos los equipos, y que es necesario no ignorarlos, sino por el contrario, aprender a reconocerlos, atravesarlos y superarlos. Esto implica visualizar que muchas veces los problemas nos pueden llevar a cambios y crecimientos personales y profesionales. En este sentido, también podría ser beneficioso contar con expectativas acordes a todo esto, reconociendo que se pueden lograr los objetivos, incluso sabiendo que pueden existir dificultades en el camino.

Trabajar en equipo y con la comunidad implica momentos de accionar, pero también de reflexionar. Es necesario detenerse a pensar en conjunto, sobre las demandas de la población, planificar intervenciones acordes a objetivos planteados y evaluar las mismas luego de llevarlas a la práctica.

La planificación es “una práctica sistemática y formalizada que consiste en desarrollar análisis dinámicos sobre la realidad, establecer objetivos razonables y diseñar cursos de acción que permitan alcanzar estos objetivos, evaluando ajustadamente sus probables consecuencias” (Rovere, 1997, p.8). Desde un modelo estratégico, la planificación resulta una herramienta compleja, que implica un proceso de análisis y discusión para seleccionar una dirección que guíe el cambio situacional y producir acciones que construyan viabilidad. Ésta se diferencia de la planificación pensada desde un modelo normativo, que ve a la misma como una “receta”, considerando que así garantizaría el cumplimiento de un objetivo (González Andrada, 1999).

Sin embargo, la tarea es bastante más compleja de lo que parece, en parte porque lxs diferentes actorxs que planifican no operan directamente sobre la realidad sino a través de un conjunto de representaciones que se construyen sobre ésta y que median en el proceso de reflexión-acción (Rovere, 1997). Por ello es importante realizar primero un diagnóstico que permita acercarse a esa realidad, conociendo experiencias de vida, saberes previos, aspectos

culturales, necesidades, demandas, fortalezas, debilidades, y reconociendo las redes y grupos de pertenencia como ámbitos privilegiados de información (Bottinelli, s.f.).

En el enfoque estratégico, la planificación es un ejercicio que lleva implícita una relación entre todos los actores sociales que planifican. El ignorar y subestimar la existencia de estos actores conduce a iniciativas equivocadas que impiden entenderlos como productores de estrategias y negar las relaciones conflictivas que pueden tener (Rovere, 1997), considerando que cada actor pone en juego sus posicionamientos ideológicos, políticos, teóricos, etc. Además, dicha planificación requiere tiempo para construir conjuntamente y delimitar un problema, reflexionar sobre los objetivos con los cuales operar y pensar las acciones para llevar a la práctica, lo que suele darse en el marco de reuniones de equipo. Por lo tanto, el trabajo comunitario necesita involucrarse en una lógica de procesos que lleva tiempo. Esto significa reconocer que no hay inmediatez en las resoluciones, que es necesario pasar por diferentes etapas, que pueda contener lo impredecible, y que considere la complejidad social, las personas involucradas, los poderes e intereses disímiles, y que no siempre coinciden los tiempos de las instituciones de salud con los de la comunidad.

Para llevar a cabo cualquier acción en salud, y en particular el trabajo comunitario, se requiere fortalecer la construcción y organización de trabajo en equipo, porque permite generar acuerdos, y tomar decisiones de manera conjunta. No es una tarea sencilla, ya que supone un trabajo coordinado con otros y un tiempo destinado a la reflexión, planificación y evaluación de las actividades que se llevan adelante. Sin embargo, esto resulta fundamental y es estructurante para proyectar estrategias de transformación de la realidad social.

Marco normativo y situación epidemiológica

La atención en el sistema de salud en Argentina se organiza en tres niveles, según la complejidad que atiende y la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.). Estos tres niveles tienen por objetivo garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia.

En CABA el sistema de salud comparte dicha organización en tres niveles, cada uno con características particulares y diferenciales. El tercer nivel de atención comprende las instituciones de salud de alta complejidad tecnológica, siendo el último nivel de referencia de la red asistencial. El segundo nivel de atención aborda los problemas de salud que no pueden ser resueltos en el primer nivel debido a su complejidad, estando conformado por hospitales generales, hospitales regionales y maternidades. El primer nivel de atención engloba a los efectores que brindan atención ambulatoria: centros de salud, postas y unidades sanitarias, centros médicos barriales. Este nivel realiza acciones de atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias, siendo referente local de salud para la población, ya que se constituye como la puerta de entrada al sistema de salud.

En el año 2017, el Ministerio de Salud del GCABA propuso el Plan de salud 2016-2030, con “el objetivo de dar una respuesta más integral e inclusiva en materia de salud, para contribuir a optimizar la accesibilidad, equidad y calidad de la atención médica” (p. 6). El plan hace referencia al funcionamiento de los tres niveles de atención, considerando al trabajo comunitario como un eje prioritario en el primero. En este sentido, plantea la conformación de equipos básicos de salud, integrados por profesionales de medicina general y/o familiar, pediatría y enfermería, como referentes de 700 familias de un territorio, asignadas a cada uno de estos equipos. En forma matricial, y con el objetivo de fortalecer la atención integral, se plantea que el equipo cuente con profesionales de trabajo social, odontología, kinesiología, psicopedagogía, nutrición, psicología, antropología y sociología, entre otros.

En relación con esto, se propone la distribución de las horas de trabajo de lxs profesionales de los equipos de salud, diferenciando el tiempo dedicado a las tareas asistenciales y a las actividades en territorio. De este modo, se plantea una división que implica un 60% del tiempo destinado a actividades asistenciales en el centro de salud y un 40% del tiempo para actividades en territorio, participativas y de trabajo en equipo. Este tiempo abarca actividades como el seguimiento y abordaje matricial de las familias con diversos problemas, reuniones sobre procesos de atención con equipos de salud, actividades asistenciales extramuros, actividades comunitarias de promoción y prevención, teniendo en cuenta la utilización de metodologías participativas.

Por otro lado, se hace mención a la importancia del trabajo en equipo, a la promoción de la salud como actividad rectora, a aplicar un enfoque biopsicosocial y familiar, y a participar activamente en actividades de formación e investigación, para garantizar la calidad en el primer nivel de atención.

El plan destaca la relevancia del trabajo comunitario en todos los centros de salud de la ciudad a través de estrategias participativas que involucren a toda la comunidad. Esto implica tener en cuenta las particularidades de cada territorio y conocer las características de los grupos poblacionales para pensar intervenciones que consideren las especificidades de cada lugar.

Para esto resulta necesario recurrir a los datos epidemiológicos como una herramienta de gran ayuda para construir las líneas de acción correspondientes. Las características epidemiológicas permiten entender las distintas formas de vivir, enfermar y morir de estos grupos sociales. Según Laurell (1986), la existencia de los diferentes perfiles de morbi-mortalidad de los conjuntos sociales visibiliza el carácter histórico y social del proceso biológico humano. Frente a ello, lxs sujetxs desarrollan diversas significaciones, prácticas y estrategias, producto de las representaciones que emergen de estas condiciones socio-históricas y las experiencias singulares (Menéndez, 2003). En relación con esto, se puede identificar cómo el perfil poblacional de CABA asume características heterogéneas que se corresponden con diferentes áreas geográficas de la ciudad, considerando tres zonas bien diferenciadas: el norte, el sur y el centro. Cada una de estas presenta ciertas características epidemiológicas en términos generales, que coexisten a la vez con heterogeneidades en su interior.

Por un lado, la zona sur de la ciudad está compuesta por las comunas 1 (Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución), 4 (Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya), 7 (Flores y Parque Chacabuco), 8 (Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano) y 9 (Liniers, Mataderos y Parque Avellaneda). Se observa que tiene el mayor porcentaje de niñxs y jóvenes menores de 20 años y el menor porcentaje de adultxs mayores. A su vez, cuenta con las situaciones más desfavorables en términos socio-económicos. Esto se observa, por ejemplo, en los altos niveles de desocupación y subocupación en cuanto al empleo. También en cuanto a la vivienda, donde hay una mayor proporción de la categoría “otros” (pieza de inquilinatos, conventillo, pieza de hotel/pensión y construcción no destinada a vivienda), lo que da cuenta de situaciones de mayor precariedad habitacional. A esta condición se suma la proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas, por encima de la media de la ciudad. A su vez, los barrios populares (comúnmente denominados villas, asentamientos y urbanizaciones informales) se ubican mayormente en las comunas 1, 4 y 8, siendo las que tienen mayor porcentaje de viviendas en situación de hacinamiento (2 personas por cuarto) y de hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto). Respecto a la educación, las comunas 4 y 8 presentan los porcentajes más altos de población que no finalizó el secundario. En cuanto a la cobertura de salud, gran parte de la población tiene sólo sistema público. Además, se registraron las tasas más altas de mortalidad de CABA en casi todos los grupos de edad. Esta zona presenta mayores tasas de prevalencia de distintas enfermedades cardiovasculares (hipertensión, diabetes, ACV, entre otras) e infecto-contagiosas (tuberculosis,

chagas, sífilis congénita e infecciones de transmisión sexual). A su vez, suele ser la zona con más cantidad de casos en los brotes de dengue.

En cuanto a la zona centro, está compuesta por las comunas 3 (San Cristóbal y Balvanera), 5 (Almagro y Boedo), 6 (Caballito), 10 (Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro), 11 (Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita), 12 (Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón) y 15 (Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar, Parque Chas y Agronomía). Esta zona presenta un alto porcentaje de población envejecida (mayor de 60 años). Cuenta con un nivel socioeconómico cercano al promedio de la ciudad, con bajas tasas de desocupación y subocupación. A su vez, se encuentran las comunas con mayor densidad poblacional, ya que hay muchos edificios y pocos espacios verdes. Respecto a la educación, la tasa de escolarización representa un valor cercano al 100%. En cuanto a la morbi-mortalidad, entre las principales causas de enfermedad y muerte se encuentran las cardiovasculares y los tumores. Respecto a la cobertura de salud, la mitad de la población de la zona posee obra social.

Respecto a la zona norte de la ciudad, está compuesta por las comunas 2 (Recoleta), 13 (Belgrano, Núñez y Colegiales) y 14 (Palermo). Esta zona muestra una población envejecida, con un alto porcentaje de la población con más de 60 años, al igual que la zona centro. Además, presenta un alto nivel socio-económico, con tasas bajas de desocupación y subocupación, y una alta tasa de escolarización, siendo que el 60% de la población finalizó el nivel terciario o universitario. En cuanto a la morbi-mortalidad, cuenta con la menor tasa de mortalidad ajustada por edad. La principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, aunque con tasas más bajas que en las zonas sur y centro. Por último, en cuanto a la cobertura de salud, en la zona norte cuentan con mayor porcentaje de cobertura mediante medicina prepaga.

Los lineamientos establecidos en el actual Plan del Ministerio de Salud de CABA suponen desafíos a la hora de llevar adelante intervenciones comunitarias. Esto puede deberse a la interrelación entre los distintos elementos que atraviesan el trabajo comunitario como la comunidad, el territorio, la participación social, el armado y sostenimiento de redes, la intersectorialidad y el trabajo en equipo. Esto implica además, considerar los abordajes colectivos y participativos, tomando en cuenta los condicionantes sociales de la salud, lo cual resulta beneficioso para promover la salud integral de la comunidad. En este sentido, para desarrollar intervenciones a nivel local con el objetivo de reducir las desigualdades en salud, es importante la información brindada por la epidemiología (Alazraqui, Mota, Spinelli, 2007), ya que las prácticas en salud deberían responder a las características epidemiológicas de la población incluyendo a los PSEAC de cada grupo social.

Entonces, en la práctica, el trabajo comunitario adquiere distintos matices según la población local, el equipo de profesionales, el área de referencia, etc. Por lo tanto, es importante conocer ¿cómo está delimitada la comunidad? ¿quiénes forman parte de ella? ¿cuál es la situación epidemiológica de la misma? ¿de qué manera consideramos las perspectivas de género, derecho e interculturalidad en las intervenciones? ¿con qué objetivos intervenimos? Estas preguntas permiten reflexionar en torno a con quién, cómo y para qué se interviene, con miras a construir un posicionamiento, una forma de organizar el trabajo, y de actuar en la realidad social.

¿Cómo se interviene en Atención Primaria de la Salud?



¿Cómo se interviene en Atención Primaria de la Salud?

Recorriendo algunas experiencias de trabajo comunitario en salud.

La perspectiva del trabajo comunitario constituye un posicionamiento para pensar las acciones en salud. Este cuadernillo propone presentar experiencias que nos permitan reflexionar sobre las prácticas en el trabajo comunitario, el cual conlleva no sólo un posicionamiento, sino también una forma de organización del trabajo que tiene en cuenta con quién, para qué y cómo se interviene.

A continuación se desarrollan distintas experiencias de intervenciones en salud. Los conceptos teóricos mencionados en las secciones previas permiten dar cuenta de la diversidad de abordajes en torno al trabajo comunitario y la multiplicidad de situaciones en las que los equipos de salud se encuentran. Es decir, en cada intervención se ponen en juego distintas formas de articular con las comunidades, pensar los territorios, concebir la participación social, las dimensiones de la accesibilidad, el sostenimiento de las redes, la intersectorialidad y las dinámicas en el trabajo en equipo.

La propuesta es que estas experiencias sean orientadoras para pensar formas de intervenir junto a las comunidades. En este sentido, las mismas no se reducen a “recetas” o modelos a aplicar, sino que serán adaptables a partir de conocer las comunidades locales, los PSEAC de las mismas y el reconocimiento de la construcción colectiva constante.

Postas de salud integral: El Área Programática va a la Universidad

Una experiencia de trabajo comunitario que nos parece interesante de compartir es la secuencia de Postas de Salud Integral organizadas por el Área Programática del Hospital Pirovano, que se llevaron adelante en Ciudad Universitaria durante el 2019. La propuesta consistió en llevar adelante actividades asistenciales, preventivas y promocionales, en un lugar definido, limitado y visible, con frecuencia mensual y con un equipo ampliado de profesionales del Área Programática. En un primer momento, la propuesta se pensó para quienes asistían al CBC (Ciclo Básico Común), principalmente jóvenes de entre 17 y 26 años. La dinámica consistía en ofrecer una secuencia de actividades, donde cada persona podía elegir la que le interesara. Entre ellas había dinámicas lúdicas sobre métodos anticonceptivos, consumo problemático de sustancias, alimentación saludable y promoción de los derechos de lxs pacientes. También se podía participar de la consultoría de salud sexual, realizarse test rápido de VIH y asesorarse sobre salud bucal. A partir del intercambio entre lxs jóvenes y lxs profesionales se hacía posible el abordaje de diversas temáticas, la apertura a consultas y las reflexiones en torno a pautas de cuidado de la salud integral. Además, se brindaba información sobre los servicios y recursos, lo cual facilitaba la accesibilidad al sistema de salud.

Para llevar adelante estas postas fue importante el recorrido previo que se había realizado en torno al trabajo comunitario, tanto para la conformación del equipo, como para lograr la articulación intersectorial que permitió la realización de las actividades. En principio, un conjunto de médicxs clínicxs del CeSAC N° 12 comenzó a trabajar con el seguimiento de pacientes con diabetes en el marco de talleres grupales. A medida que el proyecto fue adquiriendo una línea preventivo-promocional, se fueron incorporando otras profesiones y se fueron dando otras estrategias territoriales. Comenzaron a realizarse postas de salud en donde surgían nuevas problemáticas a tratar, por lo que fue necesario que el equipo incorpore profesionalxs de otras disciplinas y de otros efectores de salud. Tal es así que se afianzó un equipo formado por profesionales de todos los Centros de Salud del AP del Hospital Pirovano: autoridades del área, profesionales de planta (trabajo social, clínica médica, medicina general y familiar, enfermería, psicopedagogía), residencias (RIEPS, trabajo social, medicina general y

familiar y nutrición) y el Dispositivo Territorial Asistencial (DTA, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social).

En cuanto a la articulación intersectorial, fue fundamental el contacto desde la informalidad para comenzar a pensar un trabajo en conjunto con las Secretarías de las distintas facultades, las que posteriormente propiciaron un pedido formal desde el Área Programática. Esto permitió que las facultades se apropiaran de la propuesta, ayudando a la difusión, convocando a la gente que trabajaba ahí para que se sumara a la actividad y colaborando en el armado del espacio.

La implementación de las postas de salud en la universidad permitió no sólo acotar la brecha entre la población joven y las ofertas del sistema de salud, sino también realizar aportes específicos en materia de autonomía, derechos y dimensiones de cuidado integral de la salud. Se considera que ésta es una vía propicia para generar vínculos con dicha población, para circular información sobre los recursos en salud que favorezcan la construcción de autonomía, para generar interrogantes acerca de ciertas problemáticas de salud y deconstruir algunas representaciones sociales que circulan sobre éstas. Asimismo, esta experiencia ha colaborado, por un lado, con la generación de vínculos de trabajo entre profesionales de distintos Centros de Salud del Área Programática y por el otro, con la articulación entre instituciones de nivel superior con las que no se había trabajado anteriormente. En este sentido, se pueden identificar algunos desafíos en relación a la articulación intersectorial. En estos casos, es importante pensar la planificación estratégica, que implica poder adaptarse a los nuevos escenarios y desafíos que surgen en la práctica. De esta manera y debido a que este equipo se conforma por profesionales de distintos efectores, es interesante reforzar la construcción de redes a fin de sortear intervenciones fragmentadas.

El placer de leer²: la promoción de las lecturas en la Biblioteca Lee que te leo

Esta experiencia da cuenta del trabajo comunitario que se viene construyendo con niños de entre 5 y 12 años de Villa Soldati, de los barrios Las Palomas, 26 de Junio, Los Pinos y La Veredita. Estos barrios, que corresponden al área de referencia del CeSAC N° 24 del Hospital Piñero, se caracterizan por sus condiciones de hacinamiento crítico y escasez de espacios de juego en las casas y en las áreas de circulación pública. Los niños de este rango etario que habitan esta zona suelen cumplir roles de adultos, tales como el cuidado de hermanos pequeños y la ayuda a sus cuidadores en sus trabajos, en su mayoría, informales. Frente a este escenario, desde el año 2010 una trabajadora social de planta del CeSAC 24, referente de promoción de las lecturas en el Área Programática del Hospital Piñero y residentes de la RIEPS, comenzaron con un proyecto que sigue creciendo hasta hoy: una biblioteca barrial. Su objetivo consiste en facilitar la circulación de libros en tanto bienes culturales, así como generar espacios en donde fomentar el juego y la actividad artística. Se busca favorecer el ejercicio de los derechos, el desarrollo de la autonomía y la identidad. Al mismo tiempo, promover el desarrollo saludable, la fantasía, la curiosidad, el pensamiento crítico, la expresión artística, las prácticas de convivencia y el fortalecimiento de la salud integral. Más adelante se sumaron al equipo promotoras de salud y rotantes de otras residencias como terapia ocupacional y salud mental,

² Según María Emilia López “lecturar” es más que leer: “Lecturar reúne algo del verbo leer y algo del verbo amar. Algo así como trasvasar amorosamente a los otros el equipaje y las habilidades iniciales para construir, cada vez con mayor autonomía, la experiencia plena y emancipatoria de la lectura. Por eso lecturar supone una relación de compromiso e intimidad entre quien lee y quien se lee, como condición misma de la experiencia”. (Lecturar de María Emilia López. Disponible en: <https://www.jardinlac.org/post/lecturar>)

lo cual posibilitó y posibilita contar con un abordaje interdisciplinario en la planificación, elaboración de materiales, evaluación y sistematización conjunta.

Se comenzó a trabajar con organizaciones con las que ya existía un vínculo previo, en este caso, un comedor ubicado entre los barrios Las Palomas y 26 de junio, para llevar adelante la biblioteca barrial, que fue nombrada “Biblioteca Lee que te leo”. La inserción de la misma en el comedor comunitario contribuyó a profundizar el diálogo con la población y el abordaje oportuno de emergentes relacionados a la salud integral.

La experiencia alentó a que la estrategia de promoción de las lecturas se expandiera en otros espacios y entre otros equipos de trabajo. Así, se instalaron rincones de lectura en la sala de espera del centro de salud y desde el año 2013 el equipo comunitario del efector lleva adelante un circuito de préstamo de libros y un rincón de lectura en una capilla ubicada en el barrio La Esperanza.

Los encuentros en la Biblioteca Lee que te leo tienen una frecuencia semanal de dos horas y suele asistir un grupo estable de niños. Antes de comenzar cada encuentro, se realiza una recorrida por las casas de los participantes para dar aviso del inicio de la actividad, lo cual fomenta un vínculo estrecho con las familias, que permite reconocer fortalezas y abordar situaciones problemáticas de manera interdisciplinaria. En este sentido, se promueve el acceso a la salud integral, abordando los distintos emergentes que puedan surgir. Para ello es fundamental que los coordinadores del espacio se presenten como trabajadores de la salud (y no de educación, como suelen ser asociados) para poder habilitar la construcción de la demanda y así referenciarla al efector.

En los encuentros grupales se realizan lecturas individuales y colectivas, reflexiones, debates y producciones artísticas. La biblioteca cuenta con más de 500 libros y se intenta acercar a los niños a la lectura como práctica cotidiana y fuente de placer. Al inicio del encuentro se habilita un espacio y un tiempo donde cada uno elige qué libro leer y cómo (leerle a otro, leer individualmente, pedirle a alguien que lea, etc.). Luego, se llevan adelante las actividades planificadas, donde se fortalece la participación, la comunicación y la expresión artística de manera grupal. Al final se comparte una merienda y luego los niños eligen libros para llevarse en préstamo. De esta manera, se fortalece la construcción de la participación de los niños de manera progresiva, priorizando las necesidades e intereses que expresan, por sobre las valoraciones adultocéntricas. En ese sentido, es fundamental que en la mediación de los coordinadores entre las lecturas y los niños, se realice el ejercicio de escucha atenta, dando lugar a sus propias elecciones y comprendiendo sus puntos de vista.

Luego de cada encuentro se realiza un registro que menciona a los niños que asistieron y detalla las situaciones más relevantes, escenas de lectura, obstáculos y observaciones, que sirven al equipo para la planificación de futuras actividades.

Durante la práctica se evidencian diversos desafíos. Ejemplos de esto son los relacionados con el abordaje de situaciones individuales y familiares complejas que exceden lo que el dispositivo puede alojar, como así también la coordinación de distintos grupos etarios y la convivencia con objetos y dinámicas propias del comedor. Se requiere reconocer y afrontar estos retos, pensando estrategias y propuestas flexibles por parte del equipo en cada encuentro.

Un dispositivo de estas características permite a los niños disfrutar del placer de la lectura, fantasear y crear. Además, permite construir nuevos y diferentes vínculos entre pares y con adultos, ejercitar distintos roles al tomar protagonismo y autonomía, y promover un mejor concepto de sí mismos. A su vez, habilita un espacio para transmitir experiencias, expresar opiniones y hasta “instalar sus lecturas” en la mesa familiar.

Lo que nos trajo la Pandemia: trabajo comunitario a partir del Operativo DetectAR

Una experiencia que nos parece interesante compartir es la que surgió a partir de las acciones implementadas en el operativo DetectAR³ en el Playón del barrio Chacarita, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Pandemia por Covid-19.

Este dispositivo tenía como objetivos hacer las derivaciones a las Unidades Fabriles de Urgencia (UFU), propiciar el pronto diagnóstico, la correcta atención y el aislamiento de las personas infectadas en hospital o instituciones extrahospitalarias. El operativo constaba de dos estrategias, por un lado, la realización de seguimientos telefónicos a personas que estaban cursando la enfermedad y por otro, recorridas puerta a puerta en el barrio en busca de personas con síntomas compatibles con Covid-19 y contactos estrechos. Dichas actividades fueron llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de planta del Área Programática del Hospital Tornú (médicxs, trabajadorxs sociales, pediatras, generalistas, enfermerxs), promotorxs de salud, residentes de Educación y Promoción de la Salud, Medicina General y Trabajo Social y estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires. Lxs destinatarixs de dicho operativo fueron lxs habitantes del Barrio Fraga, ubicado entre las calles Fraga, Teodoro García, Céspedes y las vías del Ferrocarril Urquiza.

A partir de las interacciones con las personas, el equipo fue detectando que había otras preocupaciones en torno a salud más allá de la Pandemia, como padeceres previos que no habían recibido atención de manera oportuna, y las condiciones de vida que dificultaban las prácticas de autocuidado que eran promovidas desde los efectores de salud (lavado de manos, ventilación de los ambientes, aislamientos en inquilinatos, entre otros). A partir de estas demandas, lxs profesionales se plantearon la posibilidad de abordar las múltiples dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, contemplando las condiciones de vida y los factores psico-sociales. Se buscó favorecer la construcción conjunta de las demandas más allá del coronavirus y se pensaron estrategias de intervención, con el objetivo de facilitar la accesibilidad a los servicios de salud, la continuidad de los cuidados y fortalecer el sistema de referencia-contrarreferencia, según las necesidades de la población. Para ello, lxs profesionales intentaron promover la escucha activa y respetuosa, la atención, la derivación y la problematización de esta multiplicidad de demandas expresadas por la población.

De esta manera, el equipo de salud fue alojando estos padeceres y conflictos que no estaban contemplados en los objetivos iniciales del dispositivo. Fue necesario pensar alternativas con las personas del barrio, teniendo en cuenta sus saberes y estrategias implementadas en términos de autocuidado, y la articulación con diferentes instituciones y profesionales para dar una respuesta a aquellas demandas que podían ser resueltas aún en el marco de la pandemia. Este trabajo en red permitió abordarlas, contribuyendo a garantizar la accesibilidad a diferentes recursos y servicios. En este sentido, se puede afirmar que las acciones de Promoción, Prevención y Educación para la Salud contribuyeron a la creación y fortalecimiento de redes; por ejemplo, a través de la elaboración de recursoros y mapeos de instituciones, efectores de salud, organizaciones y otrxs actorxs sociales del barrio.

Las actividades realizadas se impulsaron desde una perspectiva que considera que el trabajo comunitario tiene una lógica territorial, según la cual no se trata sólo de “salir al barrio”, sino de poner en práctica un pensar situado más allá del “lugar” en que se desarrolle la práctica. En este sentido, se realizaron acciones de promoción de derechos, facilitando como primer paso el acceso a la información y acompañando el acceso a la atención y la resolución de los problemas referidos por las personas, acercando los recursos disponibles. También se propició la continuidad de los cuidados a partir de la apertura de nuevos canales de comunicación (teléfono, whatsapp, email) dando lugar a una comunicación más fluida entre la población y lxs profesionales

³ Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino

Con respecto a la participación social, en el marco de las recorridas barriales se buscó promover la formación de redes locales, de apoyo y de cuidados, tanto en relación a reclamos de vecinxs del barrio referidos a la problemática de acceso a la vivienda, como a situaciones de violencia de género, entre otras. Sin embargo, las reasignaciones constantes de lxs profesionales que participaban del operativo, así como las restricciones impuestas por la pandemia obstaculizaron la organización de instancias colectivas de diálogo.

Por último, es destacable que, como resultado de este trabajo conjunto, se organizó un equipo comunitario territorial que trascendió la experiencia del operativo Detectar. Este equipo se encuentra integrado por: una médica generalista y una pediatra del CeSAC N° 33, una trabajadora social del Área Programática e integrantes de la RIEPS y la residencia de Medicina General. El objetivo de este equipo está orientado a generar espacios colectivos que permitan ampliar y profundizar las prácticas de participación social.

La participación social construyendo salud

Esta experiencia relata el trabajo que viene realizando el Equipo Territorial Interdisciplinario “Rodrigo Bueno” (ETIRB), integrado por trabajadorxs del CeSAC N° 15 que pertenece al Área Programática del Hospital de Agudos Cosme Argerich. Este equipo lleva a cabo diferentes tareas para facilitar la accesibilidad entre la población del Barrio Rodrigo Bueno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el sistema de salud, realizando principalmente actividades de prevención y promoción de la salud.

El barrio se encuentra ubicado en la Costanera Sur, emplazado sobre terrenos de la reserva ecológica a la vera del Riachuelo. Las primeras familias se instalaron alrededor de la década del 80 y según el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) del 2021, se estima que viven alrededor de 1200. Tras más de tres décadas sin ser reconocido formalmente como barrio, en 2017 se sancionó una Ley de “reurbanización, zonificación e integración social, cultural y urbana”. Sin embargo, hasta el momento la mayoría de las familias tienen sus derechos en torno a la vivienda, al trabajo y a la salud vulnerados. Gran parte de lxs habitantes cuenta con cobertura de salud pública exclusivamente, pero, desde el punto de vista administrativo, Rodrigo Bueno no formaba parte de la base territorial de ningún centro de primer nivel de atención, lo cual implicaba que dicha población no estaba a cargo de ningún centro de salud en particular. Es por esto que existe una demanda histórica por la instalación de un efector de salud en el barrio.

De todos modos, la población se referencia con el CeSAC N° 15 por cuestiones de accesibilidad, principalmente geográfica, debido a la posibilidad de acercarse en transporte público. Por otro lado, desde el Área Programática del Hospital Argerich se realizó el pedido de llevar a cabo un Análisis de Situación de Salud (ASIS) e intervenciones relacionadas con la intoxicación por plomo debido a la contaminación del Riachuelo. Distintos equipos del CeSAC N° 15 comenzaron a llevar adelante dichas acciones en el barrio de manera desarticulada. De a poco lxs profesionales entraron en contacto con la realidad socio-habitacional y sanitaria del barrio a través del vínculo con la comunidad. Esto dio cuenta de la necesidad de conformar un equipo interdisciplinario entre lxs trabajadorxs del centro de salud que aunara las acciones y las organizara con objetivos comunes. Desde el año 2013 el equipo comenzó a concurrir cada quince días a realizar distintas intervenciones en el barrio, alternando con reuniones entre lxs integrantes. Estas acciones estaban organizadas en torno a las siguientes líneas de trabajo: acompañamiento del proceso de urbanización; inmunizaciones (vacunación); salud sexual y (no) reproductiva y juego y recreación. Estas líneas de trabajo se pensaban de manera articulada con lxs vecinxs del barrio Rodrigo Bueno, organizaciones sociales, comedores barriales, promotoras de salud y

organismos del Estado. Actualmente el equipo está conformado por una pediatra, dos enfermeras, una trabajadora social, una socióloga, una psicóloga y una psicopedagoga. También hay residentes rotantes de obstetricia, de epidemiología, de medicina general, de pediatría, salud mental, psicopedagogía y RIEPS. Cuando comenzó la pandemia por Covid-19 las actividades se vieron interrumpidas, limitándose a acercar a las personas los insumos de primera necesidad, como leche y la medicación para personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). A partir de septiembre de 2020 se empezaron a realizar capacitaciones a promotorxs de salud con el objetivo de formar equipos con las personas del barrio más sensibles a la temática de salud.

Durante la pandemia se organizó una mesa de salud intersectorial integrada por comedores comunitarios y organizaciones sociales. Luego se fueron sumando otras organizaciones sociales por medio de sus representantes de salud y otros organismos del Estado como el IVC y la Dirección General de Salud Comunitaria de CABA. La construcción de la mesa favorece la comunicación y la articulación entre las organizaciones e instituciones que trabajan en el barrio.

Desde una perspectiva de participación social, el equipo comprende que no puede promover por sí solo las transformaciones sociales, sino que su rol sería el de colaborar en el desencadenamiento de procesos participativos reales o el de sumarse a procesos en marcha, intentando aportar una mirada distinta para enriquecer los debates y las prácticas que puedan llevarse a cabo.

Hábitat y Salud en el barrio Constitución: la intervención en lo social desde un pensar situado.

Esta experiencia nace de las reflexiones de lxs trabajadorxs del CeSAC N° 10, que pertenece al Área Programática del Hospital de Agudos José M. Penna, en torno a las limitaciones de las consultas asistenciales frente a la problemática de la vivienda en el barrio Constitución, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se trata de un espacio colectivo de reflexión y acción en torno al ejercicio del derecho a una vivienda digna, conformado principalmente por un trabajador social de planta y la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. La constitución de este espacio da cuenta de un proceso en el que se imbrican la perspectiva territorial, la participación social y la intersectorialidad como factores fundamentales del trabajo comunitario.

A partir del año 2007, lxs trabajadorxs sociales del CeSAC N°10 identificaron un aumento significativo de la demanda para acceder al Subsidio Habitacional, que requiere la confección de un informe realizado por el servicio social del efector. Con este escenario, el equipo se dio la discusión en torno al tipo de intervención a efectuarse, que giraba alrededor de dos posibilidades: por un lado, la realización del informe para resolver precaria y transitoriamente una situación extrema y urgente y, por otro lado, encontrar alternativas que pudieran dar una respuesta integral a la problemática de la vivienda. A partir de estas discusiones en torno al replanteo de la tarea al interior del equipo, se optó por *situar* la demanda de lxs usuarixs en el territorio particular en donde se inscribían, es decir, reconociendo las demandas individuales en el marco colectivo de las necesidades barriales. Entendemos que esta mirada refleja la teorización que Carballada (2015) hace sobre la intervención de lo social desde una perspectiva territorial: “la mirada hacia lo territorial se ratifica desde un pensar situado, donde las coordenadas que marcan su cartografía son socioculturales y espaciales, pero también nos hablan de ritualidad, significaciones y vida cotidiana” (p.2). Así, a través de un relevamiento cuantitativo y entrevistas en profundidad, el equipo de salud salió a la búsqueda de las historias del barrio para conocer sus

entrecruzamientos con los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado que atañen específicamente al centro de salud.

El Barrio Constitución, en donde se encuentra ubicado el CeSAC, es un barrio periférico de la CABA, densamente poblado y recorrido diariamente por miles de personas. En la actualidad conviven departamentos modernos con edificios antiguos, espacios públicos en estado de abandono, problemas de higiene y saneamiento, falta de iluminación y pavimentación, lo que la convierten en una zona despereja e irregular. Asimismo, se registra un incremento de actividades laborales marginales, algunas ligadas directamente con la ilegalidad. El barrio se caracteriza por la falta de espacios de recreación como plazas, parques y espacios verdes. Hay un predominio de viviendas colectivas como hoteles, pensiones y albergues transitorios, que también se caracterizan por la falta de espacio. Todo este panorama influye en la salud integral de los sujetos, por un lado, se destaca el predominio de enfermedades en las vías respiratorias, diabetes, hipertensión y enfermedades de la piel. Por otro lado, el hacinamiento en las viviendas colectivas acentúa los conflictos intrafamiliares e interpersonales entre vecinxs, influyendo en el estado anímico, obstaculizando la intimidad y la privacidad e impidiendo la posibilidad de recreación de niñxs y adultxs. Estas cuestiones generan grandes inconvenientes en la socialización de las personas contribuyendo a la ruptura de lazos vinculares comunitarios y a situaciones de soledad y aislamiento.

Así, desde el año 2008 el equipo de salud comenzó el armado del proyecto local “Hábitat y salud” con el objetivo de transformar una intervención puramente asistencial (vinculada a efectivizar el acceso a un subsidio habitacional) en un espacio colectivo y participativo que invita a problematizar el acceso al derecho a la vivienda y a favorecer procesos de organización colectiva para reclamar al Estado políticas acordadas.

Con este objetivo, en sus inicios se invitaba a las personas que solicitaban el acceso al subsidio habitacional a participar en reuniones grupales por el derecho a la vivienda, que tenían una duración de una hora y media y una frecuencia quincenal, en las que se problematizaba el tema y se brindaba herramientas legales. La propuesta consistía en rescatar la experiencia de lxs propios actores y en promover la participación social a través de dinámicas grupales en donde se trabajaba en la identificación de problemas, en la reflexión en torno a las condiciones de vivienda, lo que generaba actitudes de empatía y expresiones solidarias que invitaban a generar estrategias de acción colectiva. Luego, se otorgaban turnos individuales para la realización del informe para el subsidio habitacional.

De esta forma, se esperaba que el trabajo comunitario pudiera fortalecer el territorio, desde una perspectiva sociohistórica, a través de la promoción de lazos y cohesión social (Carballeda, 2015). Siguiendo esta línea de acción, se comenzó a articular con organizaciones comunitarias del barrio e instituciones gubernamentales. Con el tiempo y a partir de estas articulaciones, este espacio fue transformándose en una red de organizaciones que luchan colectivamente para garantizar el acceso a la vivienda.

Enfrentando lo desconocido en red y comunicando desde una mirada integral. Experiencia de promotorxs de salud del Barrio 31 durante la pandemia por Covid-19.

El siguiente relato de experiencia fue elaborado por promotorxs de los CeSAC 21, 25 y 47, ubicados en el Barrio 31, correspondientes al Área Programática del Hospital Fernández. Residentes de la RIEPS acompañaron el proceso de escritura del relato, en una construcción colectiva que da cuenta del trabajo de lxs promotorxs durante la pandemia por Covid-19.

Durante la pandemia por Covid-19, una de las principales actividades que llevamos a cabo fue la realización de las visitas domiciliarias, que en algunas ocasiones se hicieron en conjunto con médicxs de los CeSAC. En el marco de dichas visitas realizamos acciones de

búsqueda activa de personas con síntomas compatibles con Covid-19 y de quienes hayan tenido contacto estrecho con personas con diagnóstico positivo de Covid-19, recaudamos información de cada grupo familiar visitado e hicimos el seguimiento, acompañamiento y contención de familias con Covid-19, durante el curso de la enfermedad y posteriormente. También, en las visitas domiciliarias, participamos de la vacunación antigripal e hicimos entrega de alimentos básicos, medicación requerida, métodos anticonceptivos, barbijos, alcohol, volantes y folletos informativos. Asimismo, realizamos el seguimiento y acompañamiento de personas con enfermedades crónicas, adultxs mayores, personas con discapacidad y movilidad reducida, mujeres y niñxs en situación de violencia y abuso. Además, asistimos a personas en situación de calle dentro del barrio, entregándoles alcohol y barbijos y compartiendo con ellxs información sobre los síntomas del Covid-19 y los lugares adonde deberían acudir en caso de presentarlos.

A su vez, a partir de las demandas que relevamos en las visitas domiciliarias, llevamos a cabo el asesoramiento y acompañamiento en trámites tales como gestiones de: Documento Nacional de Identidad (DNI), Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), Certificado Único de Discapacidad (CUD), subsidio habitacional, certificados de aislamiento y del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), trámites vinculados con el área de educación (gestiones de becas, vacantes, pre-inscripción, conectividad y canastas alimentarias, que en ocasiones eran acercadas a los domicilios, y envío de tareas, ya sea de manera virtual o impresa), turnos en los CeSAC, recetas para medicación y entrega de negativas de farmacia⁴.

En tanto promotorxs, nos posicionamos como referentes de salud y nexos con los CeSAC para contribuir a garantizar el acceso a la salud pública, en el primer nivel de atención. Para ello, durante la pandemia, fue importante visibilizar los distintos CeSAC y georreferenciar a lxs vecinxs y las familias para que pudieran asistir al efector más cercano a su domicilio.

Las visitas domiciliarias ya se venían haciendo antes de la pandemia, pero hubo cuestiones que se agravaron en este contexto. Las visitas son un trabajo cotidiano porque no puede darse una solución en sólo una de ellas. Se establece un vínculo de confianza con lxs vecinxs a través de la escucha activa y desde una mirada integral de la salud.

Para poder dar respuesta a las demandas que surgían en las visitas domiciliarias, recalcamos la importancia de tejer redes barriales para ir construyendo vínculos y recursos. Creemos que las redes y lo social son lo que sostiene la tarea y sin éstas no podemos hacer nuestro trabajo. Señalamos como facilitador que somos de distintas partes del barrio, por lo que tenemos contactos con diferentes organizaciones. Entonces, durante la pandemia fortalecimos los lazos con las mismas, con lxs vecinxs y entre promotorxs. Además de reuniones de equipo en cada CeSAC, organizábamos espacios de intercambio entre nosotrxs. Al volver al Detectar después de la búsqueda activa, hacíamos una puesta en común, en la que llevábamos las demandas de cada familia visitada, nos pasábamos casos de personas que requerían seguimiento y discutíamos cómo resolver alguna situación o cómo conseguir algún recurso. De este modo, se afianzaron las redes porque se trabajó en conjunto y eso da otra cercanía.

En el marco del trabajo en red articulamos con referentes barriales, comedores, iglesias, organizaciones barriales, cooperativas, vecinxs, la Secretaría de Integración Social y Urbana, instituciones públicas (Renaper, Anses, Acceso a la Justicia, Servicio Social Zonal, Ministerio de Educación del GCBA, Ministerio de Salud del GCBA, Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA, Defensoría del Pueblo), comunerxs (de la Comuna 1) y los Centros de Salud del barrio. Para este trabajo establecimos contacto a través de WhatsApp, llamadas telefónicas y reuniones colectivas con lxs participantes. Todxs dábamos a conocer los recursos

⁴ Trámite que gestionamos con la farmacia del CeSAC cuando una persona está en busca de una medicación que no se encuentra en el efector. Articulamos con el servicio de Trabajo Social del CeSAC para hacer la derivación de la persona a Desarrollo Social de Ciudad o Nación, según corresponda, a partir de la gestión de un turno protegido, en contexto de pandemia.

que teníamos disponibles y así se iban tejiendo las redes. Cada unx tenía un rol: nosotrxs dando respuesta desde el Operativo Detectar y como nexos con salud.

Algunos problemas que abordamos a partir del trabajo en red fueron: el miedo y la desinformación sobre el Covid-19, la falta de insumos para las personas que estaban aisladas (alimentos, elementos de higiene y limpieza, alcohol y barbijos), la pérdida de trabajo y la falta de recursos económicos de las familias, la falta de insumos en los comedores para asistir a más vecinxs, la falta de agua en el barrio, la escasez de espacios públicos para la actividad física y recreativa y el hacinamiento. Para ilustrar lo relatado podemos señalar que, en contexto de pandemia, se abrieron más comedores y ollas populares a pulmón porque la gente se quedaba sin trabajo y necesitaba comer. Como promotorxs accionando en red, debíamos estar atentxs y referenciar a lxs vecinxs para que se acercaran a estos espacios. Además, recibimos donaciones de barbijos, juguetes y ropa y salimos a repartirlos por el barrio.

A su vez, en el marco de nuestra tarea cotidiana y del trabajo en red también nos enfrentamos a problemas tales como: la prioridad que el sistema de salud otorgó a la atención del Covid-19 en detrimento del tratamiento y seguimiento de otras situaciones, las dificultades en la organización de cuestiones operativas vinculadas al abordaje del Covid-19 por parte de los equipos de salud (cambios en el protocolo de caso sospechoso que ocasionaban confusión entre lxs vecinxs, seguimientos de pacientes y entrega de resultados del testeo de Covid-19 que no se hacían en tiempo y forma, entre otras cuestiones) y la falta de equipo de protección personal para promotorxs, que fue entregado luego de que lo exigiéramos.

En nuestro rol como promotorxs aportamos una mirada integral de salud y podemos entender tanto los pedidos de las organizaciones como las necesidades de la comunidad por ser nosotrxs parte de la misma. Así también somos el nexo entre organismos estatales y el barrio. Somos personal estatal pero, a la vez, a través de las redes del barrio fue que pudimos dar respuesta a las demandas. Somos facilitadores a la hora de replicar todo lo que aprendimos, nos dedicamos a hacer promoción y prevención y es lo que somos, vecinxs y promotorxs de salud.

Referencias Bibliográficas

- Alazraqui, M., Mota, E. y Spinelli H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 321-330.
- Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (2016). Gerencia Operativa de Epidemiología Subsecretaría de Planificación Sanitaria Ministerio de Salud.
- Bañuelos, C., Cernadas Fonsalías, C., Dakessian, M. A., Kielmanovich, M. y Pierri, C. (2013). *La formación en la perspectiva de derechos en la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Salud, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires.
- Barreda, V. (2012). Género y travestismo en el debate. En Von Opiela (Ed.) *Derecho a la identidad de género. Ley N° 26.743*. Buenos Aires, Argentina: La Ley.
- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención Primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. *Salud y Población*, (4), 14-21.
- Bottinelli, M. (sin fecha). *Educación para la salud. Aspectos a considerar para la planificación de programas y la producción de conocimientos*.
- Carballeda, A. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 76.
- Chiara, M. y Ariovich, A. (2013). Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cademos Metrópole*, 12(29), 99-122.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.
- Corea, C., de la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1998). La comunidad, entre lo privado y lo público. *Campo Grupal*, 2.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. *Gestión y política pública*, 23 (1), 5-46.
- Dabas, E. y Perrone, N. (2006). Redes en salud. En Dabas, E. (Ed.). *Viviendo redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Ciccus.
- De la Aldea, E. (2000). El equipo de trabajo, el trabajo en equipo.
- Encuesta Anual de Hogares (2019)
- Figueroa de López, S. (2012) Introducción a la Salud pública. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) (s.f.) . El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. parte 1.
- GCABA-RIEPS (2015). *Programa docente de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- GCABA-RIEPS (2014). *Trabajo comunitario en salud: un recorrido posible en busca de una conceptualización*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- GCABA-RIEPS. (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud: reflexiones en torno a la práctica*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- GCABA. (2019). Población de Buenos Aires. Revista anual de datos y estudios sociodemográficos urbanos publicada por la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Año XVI.
- González Andrada, A. (1999). Planificación y Gestión Social Estratégica de Proyectos Sindicales y Sociales (PROGESEP). Buenos Aires, Argentina: Fundación Promoción Humana, Ediciones del INCASUR.
- Laurell, A. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos médico sociales*, 37, 1-10.

- Ley N° 153, Básica de salud. Boletín Oficial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 25 de febrero de 1999.
- Lomagno, Claudia. (2012) Cartografía de la construcción de demandas por condiciones habitacionales en el barrio de La Boca. Una experiencia de educación de adultos desde la perspectiva de la educación popular y la animación sociocultural. Revista del IICE /32. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Buenos Aires, Argentina
- López, M.E. (2020). Lecturar. Disponible en <https://www.jardinlac.org/post/lecturar>
- Montero, M. (1998). *Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones*. España: Síntesis.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York, Estados Unidos: Harper & Row, Publishers.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
- Menéndez, E. (2010). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médico sociales*, 73, 5-22.
- Merhy, E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial
- Ministerio de salud CABA (2017). Plan de Salud CABA 2016-2030.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- Perez, E. (sin fecha). *Derechos Humanos*. Barcelona, España: Maestría de Bioética, Instituto Borja de Bioética.
- Quintero, R., Laborí Ruiz, R., Noa Legrá, M., Nicot Martínez, N. (2017). Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. *Revista Información Científica*, 96(3), 527-538.
- Rovere, M. (1987). Articulación intersectorial. *Salud para todos*, (0), 2-5.
- Rovere, M. (1997). Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos médico sociales*, 75, 31-63.
- Sirvent, M. T. (1994). *Educación de adultos: investigación y participación*. Buenos Aires, Argentina: Coquena Grupo Editor.
- Stivanello, M. B. (2015). Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 76.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer, D. (Ed.). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1988). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas, 75-90.
- Tobar, F. (2010). Gestión territorial en salud. En Chiara, M. y Moro, J. (Comp.). *Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos* (pp. 15-44). Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano.
- Valadez Figueroa, I., Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 43-48.
- Walsh, C. (2002). (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En Fuller, N. (Ed.). *Interculturalidad y Política*. Lima, Perú: Red de Apoyo de las Ciencias Sociales, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

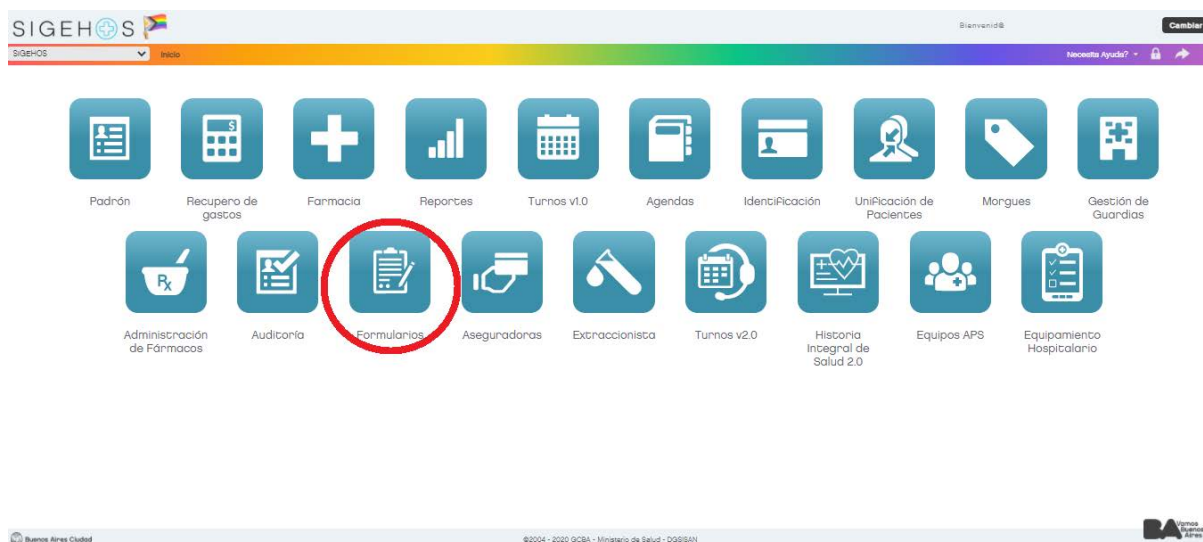
Anexos

Formulario de Actividades Comunitarias

En el Formulario de Actividades Comunitarias lxs integrantes de los Equipos de salud de los CeSAC y Áreas Programáticas registran las actividades comunitarias y territoriales de promoción, prevención y/o asistenciales que realicen con la comunidad.

¿Para qué nos sirve este formulario? Los principales beneficios son la estandarización de los flujos de información y el uso de la misma por parte de lxs profesionales para colaborar en la toma de decisiones, así como la mejora en el ciclo de gestión de conocimiento para la generación de indicadores por parte del nivel local y central.

¿Cómo se completa? Para completar el **Formulario de Actividades Comunitarias** se debe acceder desde **SIGEHOS** e ingresar en **“Formularios”**, como se muestra en la siguiente imagen:



Automáticamente se direccionará a otra ventana. Una vez allí seleccionar **“Formulario de Actividades Comunitarias”** como puede visualizarse en la imagen:



Se abrirá la ventana con el Formulario de Actividades Comunitarias como puede verse a continuación:



Primera Parte: referida a la información básica de la actividad.

Especifique el nombre de la actividad (con un máximo de 64 caracteres):

Especifique fecha de la actividad:

El Formulario consta de **cuatro partes** que pueden completarse fácilmente introduciendo la información de la actividad en campos de escritura, seleccionando celdas u opciones de menús desplegables.

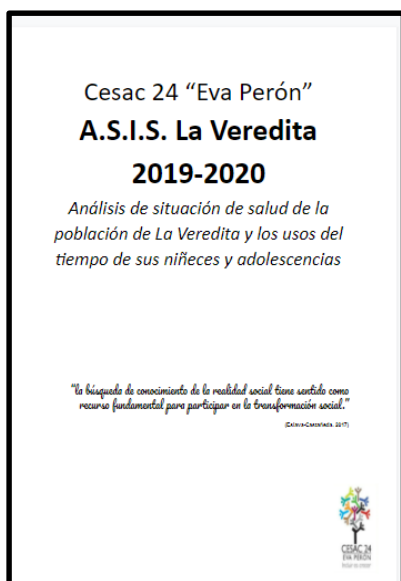
- ✓ La primera parte está referida a la **información básica de la actividad** y se solicita el nombre de la misma, fecha, horario de inicio y finalización, lugar, dispositivo implementado, categoría de la actividad, frecuencia con la que se realiza, materiales utilizados, Programa en el que se enmarca y el área temática.
- ✓ La segunda parte se refiere a la **planificación de la actividad**. Allí se especifican las disciplinas y saberes de las personas que participaron en la planificación, los equipos que conforman y sus números de CUIT.
- ✓ La tercera parte está destinada al **desarrollo de la actividad**, en la que se detallan las disciplinas y saberes de las personas que participaron en la realización, los equipos que conforman y sus números de CUIT.
- ✓ La última parte se orienta a lxs **destinatarixs de la actividad**. Esta sólo debe completarse en caso que la actividad realizada tenga destinatarixs específicos y solicita el rango etario de lxs mismxs. Además, puede incluirse de manera opcional, la cantidad de personas que asistieron.

Una vez introducida toda la información acerca de la actividad, seleccionar **“Aceptar”** y se envía el formulario.

- Entre 0 a menos de 1 año
- Entre 1 y 4 años
- Entre 5 y 14 años
- Entre 15 y 24 años
- Entre 25 y 34 años
- Entre 35 y 44 años
- Entre 45 y 54 años
- Entre 55 y 64 años
- Entre 65 y 84 años
- Más de 85 años



¿Qué es un Análisis de Situación de Salud (ASIS)?



El ASIS es un estudio epidemiológico descriptivo poblacional que forma parte del campo de la investigación en salud. El mismo se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y los procesos de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) de una población específica. A partir de este, se definen necesidades en salud y se obtiene información para el diseño, planificación e implementación de intervenciones para abordar las mismas⁵.

En este sentido, entendemos al ASIS como una herramienta dentro de las estrategias de la atención primaria de la salud (APS) para poder evaluar e intervenir de la forma más adecuada desde las instituciones que habitamos.

La propuesta del ASIS desde el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 24

El CeSAC N°24 se encuentra ubicado en el barrio de Villa Soldati, en la Comuna 8, al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las condiciones de vulnerabilidad económica, social y habitacional de sus habitantes configuran un escenario de profunda desigualdad.

Desde el efector, todos los años se realiza un ASIS en alguno de los barrios, asentamientos y villas pertenecientes al área de referencia. Realizar este trabajo resulta fundamental para fortalecer el contacto con la comunidad, relevar datos epidemiológicos y planificar intervenciones para el territorio. Al mismo tiempo, entendemos a este proceso de investigación como una intervención en sí misma, en un sentido amplio, en tanto que nos permite acercarnos y establecer vínculos con lxs habitantes de los barrios.

- **Quiénes lo realizan:**

Con el acompañamiento por parte de profesionales de planta permanente (trabajadora social y epidemióloga), el equipo lo conforman lxs residentes de 1º año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), la Residencia de Enfermería General, Integral y Comunitaria (REGIC), la Residencia de Medicina General (RMG). A su vez, es coordinado por residentes de años superiores lo cual contribuye al proceso formativo de los planes

⁵Ministerio de Salud (2017). Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2016. Gerencia Operativa de Epidemiología.

docentes. También participan rotantes de otras residencias. De esta forma, la interdisciplina resulta un eje fundamental para el trabajo cotidiano, a la hora de intercambiar y producir conocimiento a partir de la multiplicidad de miradas.

- **Objetivos y propósitos:**



En ASIS tiene como objetivo general analizar los PSEAC de la población. Al mismo tiempo, se pretende conocer datos sociodemográficos de la zona relevada, los principales problemas de salud que afectan al barrio, las formas de organización y la participación comunitaria. De acuerdo al diagnóstico previo que se realiza en cada territorio, se pueden anexar objetivos que tengan vinculación con las condiciones de vida de esa zona, emergentes que tengan que ver con el contexto barrial o cuestiones que sean características de la historia y la identidad.

A su vez, este trabajo tiene como propósito acercarnos a la población y contribuir a la accesibilidad al Sistema de Salud.

Además, en este caso, es una instancia formativa para lxs residentes que ingresan a trabajar al centro de salud lo cual contribuye al proceso de conocimiento e inserción al trabajo comunitario.

- **Duración:**

En el ASIS que se realiza en el CeSAC N° 24 se planifica un año de trabajo, lo cual coincide con el primer año de formación de lxs residentes. Luego de ese lapso se da por finalizado un ciclo de trabajo del ASIS. Más allá de esto, se continúa trabajando con el material construido al momento de pensar intervenciones y dispositivos con la población.



- **Momentos:**

El ASIS en el CeSAC N° 24 tiene un momento de diagnóstico donde se realizan entrevistas con referentes del barrio, se empiezan a identificar actores sociales y lugares claves a partir del reconocimiento visual y el intercambio con las personas. Con la planificación, se comienzan a relevar fuentes secundarias y relevar datos que circulen sobre dicho territorio. Otro aspecto a resaltar es poder establecer un encuadre de trabajo donde la conformación del equipo resulta fundamental, así como también la constitución de un marco teórico en común. De esta forma se genera una primera aproximación conceptual donde prima una perspectiva de derechos, géneros e interculturalidad.

La ejecución se abre paso con la elaboración del instrumento de relevamiento de datos. La recolección de los mismos es un proceso de mucha riqueza, no sólo por los datos en sí obtenidos, sino también por los intercambios que se van generando con la población.

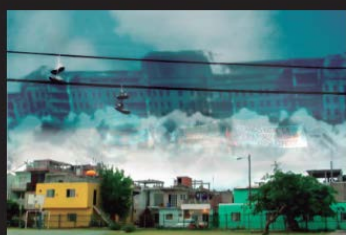
Luego de este momento, se procede a volcar los datos en la plataforma Aceso para su posterior procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

Uno de los momentos fundamentales es la devolución al barrio de los resultados obtenidos. Si bien no hay una única manera de realizar esta instancia, resulta fundamental realizarla ya que ese ida y vuelta promueve la retroalimentación y aporta a la construcción colectiva del ASIS.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN
INTEGRAL DE SALUD 2016-2017

LAS PALOMAS / 26 DE JUNIO
"LO QUE SUBYACE"

2015-2016
DEL ALBERGUE UN BARRIO
ASIS DEL BARRIO RAMÓN CARRILLO



Balbachan, Deborah Laura (RMGyF); Cararo Funes, Ana Florencia
(RIEPS); Sasso, Rafael (RMGyF); Solazzi, Romina Andrea (RMGyF)

Autorxs

Coordinadores de la publicación

Pablo Guillemi – Director General de Salud Comunitaria

Claudia Lomagno – Coordinadora General de la RIEPS

Pablo Dimaro – Instructor General de la RIEPS (2019-2021)

María Fernanda Cavaro - Instructora General de la RIEPS (2021 hasta la actualidad)

Referentas

Marina Bilesio – Lic. en Comunicación Audiovisual – Sede Santojanni

Florencia Rosso – Lic. en Psicología – Sede Tornú

Eugenia Rouillé – Prof. Lic. en Antropología – Sede Penna

Residentes Integrantes

Marisol Castañeda – Lic. en Psicología – Sede Penna

Martina La Bruna – Lic. en Trabajo Social – Sede Piñero

Emanuel Lara – Lic. en Enfermería – Sede Durand

Marcela Masseroni – Lic. en Nutrición – Sede Tornú

Susana Meza – Lic. en Educación – Sede Argerich

Florencia Micelli – Lic. en Obstetricia – Sede Piñero

Dafna Natapof – Lic. en Psicología – Sede Durand

Malena Noguer – Lic. en Sociología – Sede Argerich

Sofía Olivares García – Lic. en Nutrición – Sede Santojanni

Lucila Pastori – Lic. en Antropología – Sede Piñero

Belén Pereira de Lima – Lic. en Psicopedagogía – Sede Durand

Federico Russito – Médico – Sede Pirovano

Verónica Sander – Lic. en Antropología – Sede Argerich

Natalia Scherman – Lic. en Comunicación – Sede Durand

Noelia Scrocca – Lic. en Educación – Sede Tornú

Lucía Toro – Lic. en Psicología – Sede Piñero



Salud