

Mejorando la salud de la comunidad entre todos: relato de experiencia del trabajo de un CAPS con la participación de su comunidad.

Improving the health of the community among all: a CAPS work experience report with the participation of its community.

Autores: Ignacio Gaido^a, Viviana López^b

a: médico generalista, CAPS San Alejo, Pilar, Buenos Aires., Argentina.

b: trabajadora social, CAPS San Alejo, Pilar, Buenos Aires., Argentina.

Contacto: Ignacio Gaido.
(igaido@yahoo.com.ar).

Recibido: 17/10/2019.

Aceptado: 21/02/2020.

RESUMEN

Como equipo de salud (ES) nos proponemos describir nuestra experiencia de trabajo en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Buenos Aires, en los años 2018-2019, donde apuntamos a un cambio en las prácticas de salud en búsqueda de una mejor calidad de vida y mayor participación de la comunidad, fortaleciendo la estrategia de atención primaria.

Desde este marco trabajamos en cuatro etapas:

1. División del Área Programática (AP) - Implementación de la Historia Clínica Familiar (HCF) orientada a problemas.
2. Análisis situacional: determinantes sociales y problemas prevalentes por zona.
3. Formación general de Promotores de Salud (PS).
4. Formación de Promotores de Salud (PS) en problemas prevalentes por zona - acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Encontramos una importante variación entre la situación inicial y la final. No solo por los resultados obtenidos (sectorizamos el AP) en diez zonas; implementamos 950 HCF, capacitamos a diez PS, con los cuales, realizamos actividades: mapeo del barrio, encuestas domiciliarias, charlas de prevención en temas prevalentes, implementación de postas sanitarias en cinco zonas del AP gestionadas por los PS), sino también porque logramos afianzar el ES y el de los PS, permitiéndonos un mayor acercamiento con la comunidad.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud, agentes comunitarios de salud, participación de la comunidad.

ABSTRACT

As a health team (HT) we propose to describe our work experience in a Primary Care Health Center (PCHC) in Buenos Aires, during 2018-19, where we aim look for a change in health practices in search of a better quality of life and greater community participation, by strengthening the primary care strategy. Based in this framework we work in four stages:

1. Division of the program area (PA) - Implementation of family-oriented medical record (FOMH).
2. Situational analysis: social determinants and prevalent problems by zone.
3. General training of health promoters (HP).
4. Training of HP in prevalent problems by zone - health promotion and disease prevention actions.

We found an important variation between the initial and the final situation. Not only because of the results obtained (we sectorized the PA in ten zones) we implemented 950 HCF; we trained ten HPs, And we carried out a number of activities with them: neighborhood mapping, household surveys, prevention talks on prevalent issues, implementation of health posts in five areas of the PA (managed by the HP), but also because we managed to strengthen the HT and the HP, allowing us to get closer to the community.

KEYWORDS: health promotion, community health agents, community participation.

CONTEXTO

El centro de atención primaria de salud (CAPS) San Alejo se encuentra ubicado en el barrio San Alejo, localidad de Champagnat, partido del Pilar, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Pilar es una ciudad del norte de la provincia de Buenos Aires, es la cabecera del partido homónimo. Se encuentra a 54 km de la ciudad de Buenos Aires por el acceso norte ramal al Pilar, Ruta 8. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte del mismo.

El Partido ronda en los 300.000 habitantes estables, y se duplica los fines de semana y en época estival por el número de familias que poseen viviendas de fin de semana en el distrito.

Cuenta con quince localidades en su distrito y muchos barrios en cada uno de ellas, siendo altísima la cantidad de barrios cerrados. Por ejemplo, en la Localidad de Champagnat, donde se ubica el barrio San Alejo junto a los barrios La Lomita y Agustoni, la cantidad de barrios abiertos es de diez y barrios cerrados es de diecinueve. En cuanto a la distribución de la superficie del terreno en todo el municipio es de: 60 % rural y 40% urbana (1).

En relación a la Salud, se encuentra municipalizada, es decir, que su financiamiento depende enteramente de la recaudación municipal. Cuenta con un primer nivel de atención (PNA), conformado por más de treinta centros de salud y postas sanitarias estables; un segundo nivel de atención constituido por tres hospitales municipales: un materno infantil Comodoro Meissner, de niños Federico Falcón y hospital general Juan C. Sanguinetti. Además, cuenta con un Centro de Diabetología, un Centro Odontológico y un Centro de Rehabilitación Pilares de Esperanza.

Geográficamente, el barrio San Alejo se encuentra ubicado a 5 km aproximadamente del centro urbano de la ciudad de Pilar, delimitado por la Ruta Nacional N° 25, el río Luján, y las calles Houssay y Anchoarena.

Este barrio cuenta con un centro de salud, instituciones religiosas, Establecimiento Educativo Público N° 29 y Privado *Ntra. Sra. De la Paz*; ONG *Trazos Sociales*, comedores comunitarios, clubes barriales, entre otras.

En relación a la población del barrio, sabemos que es heterogénea en cuanto a su origen (del interior del país, de Perú, Bolivia y Paraguay), también en cuanto al ingreso y al tipo de vivienda.

El centro de atención primaria de salud (CAPS) San Alejo funciona en el barrio hace muchos años, pero no fue hasta 2012 que contó con un edificio propio para sus funciones. Previamente funcionaba en un espacio cedido por Cáritas en otra zona del barrio.

Su construcción en el año 2012 (en la actual ubicación) fue parte de un proyecto de urbanización que nunca llegó a concluirse, por lo cual, quedó separado

del resto de las viviendas por aproximadamente 200-300 metros a la redonda.

El área programática del centro de salud brinda cobertura sanitaria a un estimado de cien manzanas (no contamos con registro fehaciente de cantidad total de vecinos en dicha área).

Al momento de escribir el Relato de Experiencia, el equipo de salud se encuentra formado por: un médico generalista, una pediatra, una enfermera, una vacunadora, una psicopedagoga, un odontólogo, una fonoaudióloga, una trabajadora social, un nutricionista, una obstétrica, dos administrativas y una coordinadora de profesión que es trabajadora social. Además, cuenta con personal de limpieza y seguridad 24 horas. Su horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 17 h.

JUSTIFICACIÓN

Creemos que el centro de atención primaria de salud (CAPS) de San Alejo, donde desarrollamos nuestras actividades como equipo de salud (ES), es un espacio inclusivo, que invita a la participación de la comunidad, que articula constantemente con otras instituciones en lo que consideramos problemáticas comunes a todos los vecinos.

Se realizan en él actividades asistenciales intramuros a través de sus médicos, obstetra, vacunadora, enfermera, trabajadora social, psicopedagoga, nutricionista, etc.

Además, el equipo de salud tiene una impronta y una historia trabajando en actividades extramuros, realizando trabajos en conjunto con vecinos (en una posta sanitaria, por ejemplo), articulando en espacios de talleres con escuelas y equipos de terreno de otras áreas del municipio.

Además, contamos con un área de influencia que abarca otras zonas del barrio, incluso manzanas que corresponden a otros. Sabemos que las personas que viven en estas zonas asisten a nuestro CAPS y podrían considerarse zonas vulnerables (son terrenos que se inundan fácilmente por su cercanía al río Luján).

Por todo esto, y en el marco de la evaluación de nuestras intervenciones, que como ES realizamos al finalizar cada año (en este caso 2017) nos propusimos, para el año 2018, plantearnos la necesidad de mejorar ciertas prácticas para lograr aumentar la accesibilidad de las personas que asisten diariamente al CAPS.

Así fue que surge, como proyecto de trabajo del ES: *Mejorando la salud de la comunidad entre todos*.

En los primeros días de ese año, nos enteramos de la posibilidad de presentar el proyecto en un concurso abierto de la Fundación Aequis, para el desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina (2). Se entregarían fondos al mejor proyecto vinculado a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

Presentamos como síntesis del proyecto nuestra propuesta de trabajo, que apuntaba a un cambio de nuestras prácticas como ES.

Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida de la comunidad de los barrios que forman parte del área programática y de influencia de CAPS San Alejo, a través del abordaje integral en la atención de salud.

Objetivos Específicos:

- 1- Mejorar el sistema de registro con base geográfica definida por zonas.
- 2- Identificar los problemas y necesidades de la población en cada zona definida.
- 3- Fomentar la participación de la comunidad.
- 4- Fomentar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

El proyecto que presentamos ganó y fuimos premiados, lo que nos benefició no solo económicamente, lo cual, nos permitió afrontar gastos que de otra manera no podríamos haber hecho sino también nos reforzó en el compromiso y responsabilidad asumida de cumplir con el proyecto planteado.

Y así fue que, en febrero de 2018, el equipo de salud del CAPS San Alejo, dio inicio a esta nueva tarea. Utilizamos para ello una metodología participativa donde privilegiamos el trabajo conjunto del ES con la comunidad.

OBJETIVO

Describir la experiencia del trabajo realizado por el CAPS San Alejo con la participación de la comunidad durante el período de febrero del 2018 a febrero del 2019, en el barrio San Alejo, Buenos Aires, Argentina.

ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

1.1. Reorganización y armado de las historias clínicas familiares orientadas a problemas (HCOP).

Elegimos esta modalidad de registro porque consideramos que mejoraría el vínculo médico-paciente-familia y la HCOP nos permitiría un mejor acceso a los datos de los pacientes, estimando patrones de consultas de la población (3).

Desde inicios de 2018, nos encontramos realizando historias clínicas, pasando del antiguo diseño de historia clínica individual, dividida por edad y por sexo, a la actual con su diseño familiar: el titular es la madre o referente más inmediato y en la misma carpeta se adjuntan historias de hijos y pareja. Las carpetas se organizan alfabéticamente en ficheros por zonas (según colores).

Para febrero de 2019 logramos alcanzar el objetivo de superar el 80% de historias clínicas convertidas de individual a familiar (Total: 950).

Sin dudas creemos que el mayor valor logrado al cumplir este objetivo fue el aporte cualitativo, ya que, pudimos llevar adelante un adecuado registro y seguimiento de la población que consulta a nuestro CAPS, identificar la conformación y dinámica familiar y obtener mejoras sustanciales en la atención de la consulta individual y familiar. También logramos afianzar el trabajo en equipo sumando compromiso de parte de los administrativos.

Con respecto a la historia clínica orientada a problemas, tuvimos claras dificultades en su implementación por una cuestión de tiempos que incurría en su llenado, adaptación al nuevo modelo, etc.

Queremos aclarar en este punto cómo influyó la inclusión del Proyecto Red AMBA Pilar (4): se presentó como proyecto provincial con ratificación municipal a mediados de 2018 donde planteaba, entre otras cosas, una historia clínica orientada a problemas digitalizada, por lo que, en esa oportunidad repensamos utilizar esa estrategia para la implementación de la historia clínica orientada a problemas en el futuro.

1.2. División del área programática en diez zonas.

Definimos un total de diez zonas geográficas, ocho de ellas correspondientes al área programática de nuestro CAPS. Se incluyeron además dos zonas pertenecientes al barrio Agustoni, pero que consideramos forman parte del área de influencia de nuestro centro. (Imagen 1).

Entendemos por área programática al área geográfica delimitada por consenso por los distintos actores presentes en los espacios colectivos de trabajo con el fin de definir un territorio donde estos se comprometen a ejecutar acciones de salud integral y colectiva por área de influencia al área geográfica cuyos límites son definidos por las consultas realizadas en el CAPS, permitiendo identificar el alcance territorial del centro de salud sobre la población. Estas áreas no son estáticas sino que se modifica en razón de cambios en la población, los recursos existentes, las acciones a realizar, la red de servicios de salud, las necesidades de la población, etc. (5).

A través de esta intervención buscamos ratificar nuestra creencia de que un alto número de consultas en nuestro CAPS provienen del área programática del CAPS Agustoni.

El proceso de selección se decidió arbitrariamente, en función de lo que consideramos (por las consultas intramuros) el lugar de procedencia de los vecino y su distribución en nuestra área programática.

Se agregó una zona: *sin zona*, para archivar historias clínicas de los pacientes cuyos domicilios no correspondían a otras zonas.

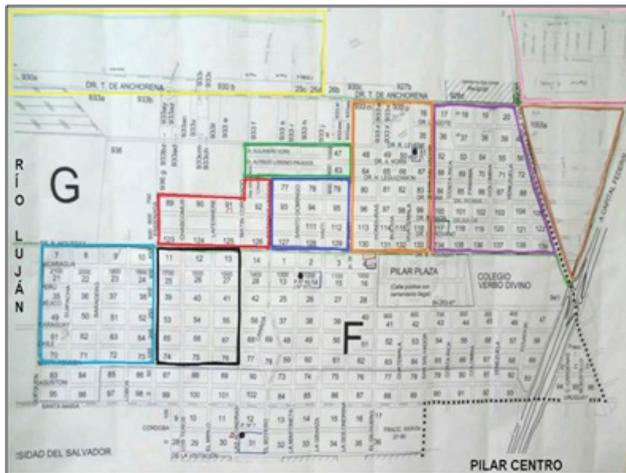


Imagen 1 – Mapa del área programática e influencia del CAPS San Alejo, año 2018.

Zona Roja (1): 13 manzanas. En esta zona se encuentra el Centro de Salud.
 Zona Azul (2): 12 manzanas.
 Zona Verde (3): 8 manzanas.
 Zona Naranja (4): 29 manzanas.
 Zona Violeta (5): 42 manzanas.
 Zona Amarilla (6): 9 manzanas.
 Zona Rosa (7): 8 manzanas.
 Zona Marrón (8): 17 manzanas.
 Zona Celeste (9): 24 manzanas.
 Zona Negra (10): 18 manzanas.
 Total de manzanas: 180

Con esta actividad pudimos obtener datos fehacientes de la procedencia de las familias que consultan en nuestro CAPS, brindándonos información acabada sobre su situación socio - sanitaria y medio ambiental.

Por otro lado, pudimos corroborar que (como presuponíamos) zonas como la Celeste y Negra (que correspondían al área programática del CAPS Agustoni) consultan más frecuentemente que otras zonas (como la Amarilla, Rosa o Marrón) que sí corresponden a nuestra área programática.

De esta manera, y nuevamente en el marco de la implementación del Proyecto Red AMBA Pilar (4), pudimos justificar el rediseño de nuestra área programática en una mesa de discusión junto a coordinadores de otros CAPS (como el de Agustoni) y directores de APS.

La redefinición de Áreas Programáticas se realizaron siguiendo el camino metodológico presentado a continuación: a) Se georeferenciaron los Centros de Atención primaria actuales y el proyectado para la localidad de Pilar; b) Se georeferenciaron los radios censuales del distrito determinados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; c) Se delimitaron las áreas programáticas de cada centro usando la técnica de poligonación de Thiessen que determina polígonos con lados equidistantes a cada Centro (6); d) Finalmente, se modificaron los contornos para que pasen por calles o rutas y se consideraron las caracte-

terísticas socio-culturales propias de los territorios.

Como resultado de todo este proceso se logró que las zonas Celeste y Negra sean incluidas en nuestra nueva área programática desde el año 2019.

2.1. Lectura de Historias Clínicas Familiares por zona.

Dada la cantidad de historias clínicas familiares se decidió tomar una muestra. Nuestra unidad de análisis fueron todas las Historias Clínicas Familiares que habíamos realizado a la fecha (esta actividad se realizó en los meses de julio y agosto de 2018), en estas se incorporan las historias clínicas individuales realizadas con anterioridad.

Para que la muestra sea representativa se tomó el 30% del total de las historias por zona consideramos que con estos porcentajes es posible generalizar los resultados.

Para cada zona se confeccionó una hoja de Excel con el listado de los titulares y otra hoja con toda la familia donde se registraron los problemas que surgían en cada historia.

Se decidió que el armado del árbol de problemas y objetivos por zona se realizaría en conjunto con los promotores, lo que, permitiría un mejor análisis situacional.

Obtuvimos de este análisis importantes datos: la mujer es en el 99% de los casos quien gestiona la demanda de salud de su familia, más del 60% del titular de la HCF no consulta en el CAPS, más del 60% de los titulares de HCF que consultan tienen controles de salud y realización de PAP no adecuados, más del 80% de los niños tienen controles de salud y vacunación acorde con sus edades, entre otros.

También obtuvimos un listado de problemas prevalentes en las consultas, pero no se correlacionan con las estadísticas municipales ni provinciales.

Concluimos al respecto, que este error se debe al mal registro que se estaba realizando en las historias clínicas y que esperamos poder revertir en el futuro con la confección de las HCF orientadas a problemas.

2.2. Armado del árbol de problemas y objetivos.

Oportunamente se decidió que el armado del árbol de problemas y priorización por zona se realizaría en conjunto con las promotoras, lo que permitió un mejor análisis situacional.

Según Carlos Matus "... el concepto de situación es la clave para entender al otro, assimilar su punto de vista. Entender no quiere decir, darle la razón, simplemente quiere decir "ahora se la clave con que él lee su realidad y la mía". Entender no quiere decir ceder"(7).

Sin dudas, esta decisión nos dio un aporte cualitativo, ya que, nos despojó de toda subjetividad y pudimos contar con el aporte de las vecinas y referentes barriales que comenzaron las capacitaciones como promotoras de salud.

Se incluyó en la etapa de capacitación de las promotoras un taller sobre la temática de árbol de problemas y logramos priorizar junto a ellas, culminando con el

armado de una agenda de cuidados sobre los problemas prevalentes por ellas detectados.

En estas dos actividades los resultados fueron mayores a los esperados, no sólo porque se pudo realizar un análisis de todas las zonas, sino también, porque el ejercicio de problematizar y priorizar con las promotoras fue muy enriquecedor para ellas y también para nosotros como equipo de salud.

Es interesante señalar cómo de la primera actividad surgieron mayoritariamente problemas de índole médico asistenciales, y cómo de la segunda actividad aparecieron problemas más relacionados con lo comunitario/barrial.

3.1. Selección de Promotores de Salud (PS) por zona.

A partir de la lectura de las HCF realizadas se seleccionaron las posibles promotoras voluntarias por zona. La respuesta de los vecinos fue favorable. Las candidatas surgieron de la lectura de las historias clínicas, y según el conocimiento que el ES tenía sobre las potencialidades de cada una de ellas. Consideramos el rol del Promotor de Salud como un puente entre la comunidad y los servicios de salud (8).

Se utilizaron como criterios en la selección:

- Ser integrante del área (zona del barrio) en la cual va a trabajar.
- Tener buena relación con sus vecinos.
- Disponibilidad y voluntad para capacitarse como agente sanitarios.
- Disponibilidad y tiempo para realizar su tarea voluntaria como agente de salud.
- Saber leer y escribir.
- Saber escuchar.
- Capacidad para comunicarse.
- Querer contribuir a la construcción de una comunidad saludable.

Se estableció el inicio de la capacitación para el mes de octubre del 2018 en el CAPS. Se anotaron 11 mujeres.

Después del primer encuentro y de acuerdo a la cantidad de vecinas que vinieron a la capacitación evaluamos la necesidad de salir hacer una nueva convocatoria de promotoras.

De las once inicialmente anotadas, finalizaron primer curso de capacitación general seis vecinas.

Por esto, se decidió abrir un segundo curso de capacitación buscando posibles promotoras en las zonas que no había o había solo una. Se anotaron nueve. Culminaron el segundo curso cinco PS.

Una vez terminado el segundo curso, se unificaron las actividades de los dos grupos y pasaron a formar un único grupo.

Respecto a la dinámica de los grupos, podemos decir que estamos muy conformes con la participación de las vecinas. Se sintieron muy a gusto con el trabajo logrado.

3.2. Armado del curso de Promotores de Salud en general.

El armado del Curso de Promotores de Salud

en General (CPSG) fue de las primeras actividades pensadas y ejecutadas en tiempo, para fomentar la capacitación comunitaria, ya que fue pensada con información general que debían necesariamente recibir los promotores de salud, aunque orientada al perfil comunitario de los participantes.

Fue pensado, diseñado y ejecutado por el ES del CAPS. Construimos a tal fin una guía de promotores. Se implementó en seis encuentros semanales de 3 hs como máximo. Los temas abordados fueron: concepto de salud, atención primaria, niveles, prevención y promoción de la salud, rol del promotor de salud, confiabilidad, visita domiciliaria, registro: Importancia y generalidades, problematización sobre problemas prevalentes en su comunidad, armado de registro para relevamiento por zona de acuerdo a los problemas prevalentes detectados en los dos encuentros anteriores, culminando con el árbol de problemas y la agenda de cuidados.

Definimos a la Agenda de Cuidados como un conjunto de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, programados y evaluables que surge a partir de las necesidades de salud de una comunidad (9). También se armaron las carpetas para la entrega del material de lectura para el promotor y los cuadernos de campo. Estos últimos cuentan con el plano del barrio y el marcado de las zonas en la tapa y al final un calendario mensual por hoja de octubre a julio para anotarlas actividades a realizar.

3.3. Dictado de curso para Promotores de Salud en general.

El dictado del CPSG se realizó en dos grupos. Una vez terminado el segundo curso, se unificaron las actividades de los dos grupos y pasaron a formar un único grupo. (Imagen 2).



Imagen 2 – Equipo de promotoras de salud del CAPS San Alejo, año 2018.

La capacitación se abordó desde una mirada integral y participativa, por lo cual se propuso la metodología de taller. Entendemos al taller como un espacio de producción colectiva de experiencias, conocimientos y/o decisiones (capacitación colectiva), en el que se combinan procesos pedagógicos, de comunicación y relacionales. La metodología de taller se considera como propicia para la capacitación porque favorece el desarrollo de destrezas, la producción de conocimientos, el logro de visiones comunes y la toma de decisiones. Mediante el intercambio de experiencias entre los participantes se obtienen efectos de aprendizajes durables y no es sustituible por materiales de autoaprendizaje.

Para evaluar los encuentros realizamos una encuesta al final llamada Escala Valorativa en la que cada participante debía marcar con una equis (X) su nivel de satisfacción con los talleres de Capacitación para la Formación de Promotores de Salud. Sólo debía marcar una opción y cualquiera que sea, debía ser explicada. Los resultados fueron altos niveles de satisfacción e interesantes aportes a la dinámica y contenido de las jornadas.

Al finalizar curso se les entregó la credencial de identificación como Promotoras de Salud, el cuaderno, el calendario mensual en las hojas finales y birromes.

4.1. Armado y dictado de curso para Promotores de Salud de acuerdo a las características y problemas prevalentes de cada zona.

En relación a las capacitaciones de acuerdo a las características de cada zona el primer encuentro que realizamos fue para ambos grupos en diciembre del 2018. El tema trabajado fue cuidado de la piel, cuidados frente al sol, golpe de calor, agua segura y dengue. El tema fue elegido por ellas debido a la época estival. Surgió a partir del encuentro realizado en noviembre donde se trabajó sobre encuadre, experiencia, dudas e inquietudes frente a las actividades realizadas y planificación de futuras acciones a nivel comunitario. En un segundo encuentro se diseñó un folleto (tríptico) sobre cuidados de la salud en temas tratados en la capacitación.

La siguiente capacitación: vacunación, medición de peso talla, perímetro cefálico (evacuando dudas sobre otros temas que surgieron). Todas las actividades que fueron útiles en el marco de sus desempeños en las Postas Sanitarias que se comenzaron a realizar en febrero de 2019, en forma itinerante (un día a la semana en cada una de las cuatro zonas: Celeste/Negra, Roja, Azul/Verde y Naranja), de las cuales las promotoras de salud son las encargadas de gestionar el lugar, los turnos, difundir la jornada de atención y actividades a realizarse en la misma, recibir a los vecinos ese día y hacer el seguimiento si correspondiera en algún caso en particular.

Al finalizar dicha capacitación se les entregó las mochilas a las promotoras para que cuenten con las herramientas necesarias para su trabajo diario. En las mismas hay balanza, pedímetro, cinta métrica,

termómetro y tensiómetro.

4.2. Organización e implementación de actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de la vigilancia a la salud, mediante visitas en los hogares y en la comunidad.

Las actividades que realiza el Promotor de Salud cumplen un rol importante en el fortalecimiento de la relación con la comunidad y los servicios de salud. La visita domiciliar es una herramienta fundamental para el tratamiento, prevención de las enfermedades y promoción de buenas prácticas en las familias y la comunidad. Esta debe ser programada y coordinada entre todos los actores (8).

Existió una comunicación fluida, diaria, semanal en caso de requerir intervención de las promotoras y se pudieron elaborar redes de trabajo comunitario. La participación de las promotoras fue activa en este sentido, y se mostraron con gran predisposición a ayudar al CAPS y también a seguir formándose en temas prevalentes sobre la salud de la comunidad.

Respecto a las actividades de promoción, como primera tarea se les solicitó a ambos grupos la realización de un mapeo de su cuadra donde solo tenían que registrar las casas en un plano realizado por ella (se le entregó un modelo).

Consideramos que esta actividad fue de importancia para que vayan aprendiendo para en un futuro poder ir ubicando las familias en el barrio, así como otras actividades durante los meses de enero y febrero de 2019 que las promotoras realizaron de promoción sobre cuidados de la piel, cuidados frente al sol, golpe de calor, agua segura y dengue. Efectuaron esta tarea en el marco de una encuesta y mapeo de la zona (comenzando por su cuadra) con el fin de reconocer a la comunidad e ir identificando los problemas que de ellos resulten.

Los datos que recolectaron fueron: nombre del jefe o jefa de familia, género, edad y parentesco de los integrantes de la familia, y dos preguntas: ¿Qué problemas de salud considera que existen en su barrio? ¿Participaría en alguna actividad que se realice al respecto? SI / NO.

Como dijimos, y a partir de febrero de 2019 se realiza una posta semanal itinerante los días miércoles en cuatro zonas mencionadas.

4.3. Armado de folletos informativos.

A partir de la capacitación se armó un tríptico sobre: cuidado de la piel, cuidados frente al sol, golpe de calor, agua segura y dengue para entregar a los vecinos en la recorrida por el barrio. Fueron las mismas promotoras las que decidieron que información era la relevante luego de una intensa discusión al respecto. En términos generales, consideramos que se ha cumplido con las actividades y resultados esperados en cuanto al objetivo 4.

Encontramos gran satisfacción en esta etapa por las actividades de las promotoras, ya que, luego de una instancia inicial de capacitación en donde todo

parecía académico, formal, lejos de la práctica, con el paso del tiempo, hasta llegar a hoy día donde ya se están realizando actividades con mucha presencia de las promotoras nos parece que el entusiasmo se manifiesta y la participación de ellas se hace activa y aumenta la demanda de más y mejor capacitación mirando al futuro.

VIABILIDAD DE LA EXPERIENCIA

En relación a la **viabilidad del trabajo realizado**, pudimos observar que:

En su **dimensión política**: hubo consenso de los diferentes actores: Subsecretaría de Atención Comunitaria del Municipio de Pilar, Fundación Aequus (2), equipo de trabajo, promotoras capacitadas y vecinos del barrio.

Desde un inicio, la Subsecretaría de Atención Comunitaria se mostró interesada en la propuesta, acompañando no sólo desde el discurso, sino también, brindando el acompañamiento y aporte de recurso. Por ejemplo: se invitó al equipo de Salud del CAPS a contar la experiencia a una reunión de coordinadores de CAPS del Municipio, lo que valió de buenas críticas entre los demás equipos de salud. También nos facilitaron material, como las mochilas para armar los equipos para las promotoras.

Además se presentó el Proyecto a la coordinadora general y los facilitadores de AMBA (4), Programa Provincial que comenzó a implementarse en Pilar y que comparte el sentido de trabajo comunitario en el marco de la APS, lo que también dio su aporte favoreciendo todo lo necesario para el desarrollo de las actividades.

En todo momento la Fundación Aequus (2) acompañó el Proyecto no solo con el premio sino donando materiales (carpetines, carpetas colgantes) pero sobre todo buscando hacer visible nuestro compromiso en la tarea diaria con la comunidad. Desde la fundación se acercaron al CAPS para realizar una entrega formal del premio ante las autoridades municipales para dar a conocer y resaltar nuestro trabajo (Imagen 3).



Imagen 3 –Equipo de salud junto a autoridades municipales y Fundación Aequus, año 2018.

Parte del equipo de salud participó del XVIII Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), realizado en el mes de septiembre de 2019 en Carlos Paz, Córdoba. Se presentó trabajo que realizamos como relato de experiencia y fuimos premiados.

Continuando con los actores, podemos decir en referencia a las promotoras capacitadas que mostraron compromiso a lo largo de los diferentes momentos del proyecto, brindando su tiempo y sus casas no solo para la capacitación sino también para realizar algunas de las actividades, como las postas o charlas con la comunidad.

Desde el equipo de trabajo, pasando por centros de salud en barrios vecinos, la Subsecretaría, las promotoras y vecinos todos ellos se comportaron como facilitadores a los cambios propuestos y estas nuevas formas de trabajo.

En su **dimensión técnica**: todo el equipo de salud del centro participó de la propuesta aportando con su trabajo diario.

El centro no cuenta con la infraestructura necesaria para hacer actividades grupales, por lo cual, la capacitación de las promotoras se realizó en la casa de una de las promotoras, o en contra horario a la atención o los días sábados.

En su **dimensión económica- financiera**: El premio (recurso monetario) permitió llevar adelante la propuesta de acción. Se elaboró junto al proyecto un presupuesto y cronograma de costos para rendir todos los gastos realizados según proyecto presentado en el Concurso.

En su **dimensión sociocultural**: el proyecto se pensó teniendo en cuenta el perfil de la población del barrio. Si bien se armó una guía de capacitación general para las promotoras de salud, los tiempos y las actividades se adaptaron a cada grupo.

Durante la capacitación las promotoras manifestaron su deseo de trabajar en conjunto con el centro y su deseo de ayudar a la comunidad. Las actividades de promoción y prevención se pensaron de acuerdo a las necesidades que las promotoras visibilizaban en el barrio. Los vecinos tuvieron y tienen una respuesta positiva frente a la presencia de las promotoras en el barrio.

En cuanto a la **relación institucional**, pensamos que desde del centro de salud las líneas de trabajo establecidas favorecieron la propuesta, incluso el equipo se había propuesto este proyecto aún sin saber si contaría con el recurso.

Previamente se había realizado un Proyecto de promotores de salud escolar (2015-2016) en la Escuela 34 (secundaria del barrio).

En relación al programa AMBA (4), y respecto a la viabilidad del Proyecto queremos mencionar la importante repercusión a nivel institucional.

Creemos que este proyecto resulta viable para el trabajo que desarrollamos, mejorando la calidad de atención que brindamos como equipo de salud en nuestra área programática, sino que también estamos

convencidos de que se puede replicar esta forma de trabajaren todos los equipos de Salud que busque el objetivo de mejorar sus tareas en el PNA.

Comunicamos a las promotoras una oferta de trabajo de la Red AMBA como Promotoras de salud, y tres de ellas se presentaron en el Municipio para concursar el cargo, dos de ellas fueron seleccionadas, luego de pasar las etapas de contratación correspondiente.

Así que nos encontramos satisfechos en esta instancia también por haber contribuido en parte al crecimiento personal de estas vecinas, que con tanto esfuerzo se comprometen día a día con el trabajo de “La Salita” y ayudan a su comunidad a mejorar su calidad de vida.

En relación al **funcionamiento del equipo de trabajo**, creemos que la puesta en marcha del proyecto favoreció la integración del equipo de trabajo.

En un principio toda la responsabilidad estaba en manos de los referentes del proyecto, pero a medida que fue pasando el tiempo y que se hacía notable los beneficios de los cambios en la forma de trabajo todo el equipo acompañó y se fueron complementando en las tareas. A este trabajo se sumó el personal de limpieza y de seguridad. Consideramos que si esto no hubiese ocurrido no se habría podido llegar a cumplir con todos los objetivos propuestos.

No solo las administrativas, también el resto de los profesionales se adaptaron a esta nueva forma de trabajo: pediatría, obstetricia, odontología, nutrición, psicopedagogía, y recientemente fonoaudiología, solicitando los datos al paciente para el armado de las carpetas o abriéndolas ellos en el momento de la atención y cambiando la forma de registrar los turnos programados dados por ellos. Todos ellos reivindican la importancia de contar con información completa del paciente, que incluya su contexto familiar y comunitario.

Este es, creemos, uno de los importantes valores a rescatar del trabajo que desempeñamos en el año 2018 y 2019, más y mejor trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

A la fecha hay diez promotoras de salud capacitadas trabajando en terreno en conjunto con el CAPS, haciéndolo activamente y con un compromiso y responsabilidad digno de destacar. Dos de ellas fueron incorporadas al ES y cumplen tareas de promoción y prevención en la comunidad de lunes a viernes.

Se están realizando junto a las promotoras diferentes actividad de promoción y prevención en las diferentes zonas, así como también el seguimiento de algunas familias vulnerables.

Realmente creemos encontrar una importante variación entre la situación inicial y la final. No solo en términos numéricos, absolutos, más importante aún, por todo el impacto que generó un año de trabajo en el Equipo de Salud del CAPS San Alejo, finalizando el ciclo pautado de trabajo, sentimos que cumplimos con las expectativas.

Se ha afianzado el equipo de salud, como así también el grupo de promotoras.

Este Proyecto nos permitió plasmar y afianzar algunos principios que la APS propone para el primer nivel de atención a los cuales adherimos. Por lo cual definitivamente no marcamos una finalización en el proyecto, ya que llegó como una forma de trabajo que nos permitió mejorar la forma de atención que brindamos como equipo de salud. Consideramos que es viable de replicar en otros equipos.

AGRADECIMIENTOS

Para finalizar, queremos ofrecer nuestro profundo agradecimiento a todos esos actores, que confluyeron con sus esfuerzos, dedicaciones, acompañamiento, enseñanzas en nuestro pequeño mundo, CAPS San Alejo, su Equipo de Salud y la comunidad del barrio, que en este año de trabajo nos permitió crecer tanto individual como colectiva y comunitariamente.

Dedicamos un especial agradecimiento a toda la Fundación Aequus, sin quienes no se podría haber logrado todo esto, que nos llena de orgullo y felicidad, y que nos da fuerza para seguir en este camino de construir más y mejor APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Municipalidad de Pilar.[Visto en 15 de octubre de 2019] Disponible en [<https://www.pilar.gov.ar/estadistica/territorio/>].
2. Fundación Aequus [visto en 15 de octubre de 2019] Disponible en [<https://fundacionaequus.wordpress.com/>].
3. Kopitowski, K. [et al.]. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 3ª Edición, Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana; 2016.
4. Municipalidad de Pilar [visto en fecha 15 de octubre de 2019] Disponible en [<https://www.pilar.gov.ar/inicio/gobierno-municipal/salud/red-amba-pilar/>]
5. Coordinación y Tutores del Curso Rosario. Producción de conocimiento en el campo de la salud: La comunidad, la salud y los procesos de atención. Ministerio de Salud de Santa Fe., Septiembre de 2015: p. 1-2.
6. SAVOY F., CURTO S. Delimitación de las áreas programáticas de los centros de atención primaria de la salud en Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Contribuciones Científicas GÆA | Vol. 25 | Año 2013. Págs. 175-184.
7. Huertas, F. La Primera Pregunta En: El método PES. Planificación estratégica situacional. Entrevista A Carlos Matus. Costa Rica: Altadir. 1993.p 18.
8. Organización Panamericana de la Salud. Manual del Agente Sanitario de Salud. Washington, D.C 2010: Cap. 1- 2 89.

9. Jure, H., Acuña M. et al. La agenda de Cuidados. En: Cuadernos de Salud Familiar "Una Estrategia para el fortalecimiento de la atención primaria y el derecho a la salud" 2da. Edición. Córdoba - Rep. Argentina: Editora SIMA, Octubre 2010. 41-45.

BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA

- Cejas, C., Kremer, P. et al. Manual para la Formulación de Proyectos de Organizaciones Comunitarias. Buenos Aires, Fundación CIPPEC. 2008.p.11-13.

- González Andrada, A. Primera etapa: primacía del momento explicativo-estratégico. En: Planificación, Organización y Proyecto. Programación y Gestión Social Estratégica de Proyectos Sociales y Sindicales. Buenos Aires: Ed. Incasur; 1999. P 65-104.

- González Cuberes, MT. El taller de los Talleres. Aportes al desarrollo de talleres educativos. Editorial Ángel Estrada y Cía S.A.1994. Cap. I, II, III, IV.

- Medaura, O., Monfarrell de Lafalla, A. "Técnicas Grupales y aprendizaje Afectivo- Hacia un cambio de actitudes". Editorial Hvmanitas1992. p.118.

- Ministerio de Salud de la Nación de Perú. Dirección general de Promoción de la Salud. Dirección de participación Comunitaria en Salud – "Documento Técnico para el Trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud", Perú. 2007.

- Vargas Vargas L., Bustillos G. Técnicas de análisis general. En: Técnicas participativas para la educación popular, 2da.Edición.Buenos Aires. Editorial Hvmanitas CEDEPO. Marzo 1989. P.2.1-2.94.