

*Universidad Nacional Arturo Jauretche*

***Proyecto de formación de Prácticas Año 2017***

***Centro de Salud Las Malvinas***

***Tutor referente: Lic. Alejandra Carolina Andrada***

**Institución:** Centro de Salud las Malvinas.

**Tutor referente:** Lic. Alejandra Carolina Andrada.

**Ubicación:** Calle Quebrachos entre zorzal y Cardenal. Barrio Malvinas I. Localidad Gobernador Julio A. Costa Florencio Varela. Barrios Cercanos, Lujan, Km26, Don José, y Claypole.

**Modo de llegar:**

Desde la Estación Varela con la línea de micros 383 Ramal 7 con destino a Claypole. Desde la Ruta4 Monteverde bajada del Puente Claypole mediante diferentes líneas de colectivo (TALP 338, 263, 79, 177,505,) combinando con la línea 383 con destino al centro de Varela el cual ingresa al Barrio Malvinas I. Desde la Estaciones de tren Claypole o Ardigo, en ambos casos combinando con la línea de colectivo 383 para ingresar al Barrio.

**Facebook:** CAPS LAS MALVINAS

**Teléfono:** 4268-2052

*“Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar*

*sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable”.*

**EDUARDO GALEANO**

### **Consideraciones teóricas sobre la intervención social en las prácticas pre profesionales**

Pensar en términos del Perfil de las Prácticas Pre-profesionales remite a problematizar en el nivel académico el proyecto de práctica mirando a la Universidad, a los centros de práctica , a los sujetos sociales con quienes intervenimos y a nosotros como alumnos y docentes participantes, pero también implica poner en cuestión nuestra disciplina , " el trabajo social."

Por lo tanto, reflexionar sobre las prácticas pre – profesionales; es un eje complejo y sustancial en el que nos encontraremos con interrogantes más que certezas

Nuestra reflexión acerca de las practicas pre profesionales en el distrito de Florencio Varela y más, específicamente en el área socio sanitaria donde se encuentra inserta la presente experiencia nos obliga a problematizar en el espacio académico el presente proyecto con miras a la Universidad Arturo Jauretche , a nuestros espacios de los centros de atención primaria de la salud, a los estudiantes , docentes , coordinadores de espacio de gestión , y también considera pensar en nuestra disciplina.

El presente proyecto constituye un desafío metodológico entre la teoría y la construcción de una realidad social compleja, "La intervención profesional es una **construcción histórico-social**; y afirmamos que dicha intervención , pensada como campo problemático , se desarrolla a partir de las manifestaciones de la "cuestión social " que afectan directamente a la reproducción social de los sujetos, Dichas manifestaciones adquieren un significado particular para la intervención en cuanto se encarnan en la vida cotidiana de los sujetos", "Desde esta perspectiva (...) esas manifestaciones de la "Cuestión social" constituyen las coordenadas que aparecen como obstáculos a la reproducción social de los actores sociales cuando estos se enfrentan a sus necesidades , Estas necesidades se expresan en demandas puntuales , que es la forma como se ha institucionalizado la "cuestión social en la esfera pública del estado" ". (Margarita Rozas Pagaza, 2004:)

En este marco proponemos un espacio de reflexión, de construcción y de pensamiento crítico sobre las prácticas, como proceso de acción y pensamiento donde; "se inscriben y se encuentran

atravesados por proyectos de formación académica que imprimen direccionalidad ideológica, epistemológica y teórica a la formación, a los dispositivos pedagógicos y a la prácticas de investigación” (Cazzaniga, 2007:15).

Nuestro campo de intervención es un campo problemático, y los docentes constituimos una herramienta de acercamiento al conocimiento concreto pero también a la reflexión sobre la cuestión social.

### **Introducción**

El Partido de Florencio Varela se sitúa a 25 km de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Cuenta con una superficie de 190 km y limita con los partidos de Berazategui, Quilmes, Almirante Brown, San Vicente, Presidente Perón y La Plata. De acuerdo al último Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas (2010) cuenta con una población total de 426.005 de habitantes. La estructura poblacional del distrito muestra una población joven, ya que el 44.2 % de la misma es menor de 21 años; siendo el promedio de la población de 25 años de edad.

Según la Encuesta Permanente de Hogares del año 2008 el 76.9 % se encuentra bajo la línea de pobreza, los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanzan el 27.7 % y el 65.3 % carece de cobertura de obra social.

El distrito cuenta con un sistema de salud local, el cual presenta cierta particularidad, resultado de haber transitado varias etapas en relación a procesos históricos- políticos.

Responde para asistir a la población a través de 3 niveles de atención.

Desde la Secretaria de Salud de dependencia municipal mediante los Centros de Salud, Centros Integradores Comunitarios (CICS) Y postas sanitarias se lleva adelante la estrategia de Atención primaria de la Salud (APS) como primer nivel de atención. En su totalidad son 40 efectores conformados por equipos interdisciplinarios distribuidos y regionalizados para un mejor funcionamiento en áreas programáticas.

El Segundo nivel representado por el Hospital General de Agudos “Mi Pueblo”, el cual fue inaugurado como tal en el año 1992 posteriormente al traslado de lo que fue el Hospital Nicolás

Bocuzzi; fundado en los años 40 como “salita de primeros auxilios” para una población de 200.000 habitantes en ese entonces.

En el año 1984 con el propósito de mejorar la infraestructura del Segundo Nivel se inauguran los consultorios externos donde actualmente funciona el Hospital “Mi Pueblo”. En el transcurso del año 1990 se trasladaron los servicios de diagnóstico, el servicio de pediatría con la internación, la guardia y el área administrativa. Definitivamente en el año 1992 se completó el traslado de todos los servicios que aún funcionaban en el Hospital Bocuzzi. Cabe mencionar que desde el año 2005 el Hospital pasó a estar bajo dependencia de la gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Mediante la oficina de referencia y contrarreferencia se vincula y articula el accionar del primer nivel y segundo nivel de atención.

En lo que concierne al Tercer nivel de atención, en el año 2007 se inaugura el Hospital en alta complejidad “El Cruce” Néstor Carlos Kirchner para dar respuestas a los vecinos de los distritos de Florencio Varela, Berazategui, Quilmes y Almirante Brown. De dependencia mixta por parte de la provincia y la Nación realiza estudios para diagnósticos e intervenciones quirúrgicas especializadas. Funciona a partir de la derivación de los Hospitales que conforman en la región la red en salud.

En el año 2015 se suma al sistema la Unidad de Pronto Atención N 11 (UPA). Modelo de atención inspirado en la UPA de Brasil, como un paso intermedio entre la atención primaria y el segundo nivel.

### **CAPS “Las Malvinas”.**

El Centro de Salud Las Malvinas se ubica en el Barrio Malvinas I de la Localidad de Gobernador Julio A Costa del Partido de Florencio Varela. Limita con los Barrios Lujan, Triangulo Don José, y Don Orión; este último perteneciente al distrito de Almirante Brown. El área programática, delimitada por los Barrios Malvinas I y Santa Inés, cuenta con aproximadamente 8000 personas de acuerdo a los datos aportados por el último Censo (2010)

El centro de salud, como efector del primer nivel de atención no cuenta con el servicio de guardia médica. Asiste a la comunidad mediante turnos, muchos de estos programados, para favorecer el acceso a la atención a los diferentes servicios, como también para favorecer la

intervención en relación a las diversas problemáticas que se nos presentan, de manera interdisciplinaria.

A continuación se detallan los servicios con los cuales contamos:

- Administración.
- Enfermería.
- Pediatría.
- Obstetricia.
- Psicología.
- Médico clínico.
- Ginecología.
- Trabajo Social.
- Promotor de salud.

Dada su ubicación, se brinda asistencia a los vecinos de los barrios lindantes. En este sentido es importante destacar el gran crecimiento de población tanto del área programática como las de las zonas cercanas, cuyo impacto se ve reflejado en la creciente demanda de atención que recibimos por parte de esta nueva población. A ello se suma lo complejo de las situaciones que se nos presentan en el cotidiano, debido a las características de la población, conformada mayormente por sectores extremadamente vulnerables; lo cual nos exige un trabajo interdisciplinario con miras a una respuesta integral de la situación.

En el trabajo diario se responde con recursos mediante los programas de salud que se implementan desde el efector:

- **Programa Remediar + Redes:** Entrega gratuita de medicamentos para tratamientos ambulatorios y crónicos.
- **Programa PROGEMA.** Programa para la prevención de cáncer genito-mamario
- **Programa Salud Sexual y Procreación Responsable:** Tiene como objetivo promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social. Mejorar la estructura de oportunidades para el acceso integral de salud sexual y reproductiva Facilita el acceso a métodos anticonceptivos.

- **PRODIABA:** Desde la consulta en el centro de salud se garantiza mediante la articulación con el segundo nivel de atención la provisión de medicamentos para el tratamiento de la Diabetes.
- **IRAB:** Programa para las infecciones respiratorias agudas bajas. Cuyo objetivo es la disminución de la mortalidad infantil por esta causa. Dicha estrategia se desarrolla en la época invernal, no solo se dispone una modalidad de trabajo sino que se refuerza la entrega de medicamentos para tales afecciones.
- **Seguro Publico.** Este se desarrolla desde el servicio de Obstetricia. Su objetivo es promover el cuidado de la salud de las personas que carezcan de obra social y prepagas. Se implementa en mujeres embarazadas que realizan sus controles prenatales en el centro de salud.
- **Programa Materno Infantil** Se creó en enero de 1994 con el propósito de disminuir la morbi-mortalidad y mejorar las condiciones de vida de la población. En 1995, acorde a los lineamientos nacionales e internacionales, se ampliaron sus acciones a la población adolescente por ser considerada de trascendencia para el desarrollo social. Incluye la entrega de leche fortificada para mujeres embarazadas y niños/as hasta los 2 años. Y en caso de desnutrición hasta los 5 años de edad.
- **SEPAS.** Servicio de prueba y asesoramiento para SIDA y Sífilis. Programa Municipal de abordaje de la problemática VIH/SIDA. Consiste en ofrecer asesoría y la posibilidad de realizar el Testeo de VIH.
- **SUMAR.** Ampliación del Programa NACER. Cuyo objetivo además de brindar cobertura a la población materno infantil, incorpora niños/as y adolescentes de 6 años a 19 años y mujeres de 24 años hasta los 64 años.
- **Programa de Abordaje Integral de la Violencia Familiar.** Con un equipo de tres psicólogos y un trabajador social tiene la función entre otras, de generar espacios para diseñar, monitorear, supervisar y evaluar estrategias de abordaje, como así también acciones promocionales y preventivas, con los responsables judiciales, institucionales, comunitarios y de las distintas áreas municipales que demanden intervención.
- **PROBAS. Programa de Prevención para el Asma infantil.** Otorga medicamentos para la prevención de dicha enfermedad a niños/as sin cobertura médica asistencial.

- **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)** El objetivo del mismo es lograr la cobertura universal de vacunación, con el propósito de disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles, con el fin de erradicar a las mismas.
- También se articula desde el área de Trabajo Social con los programas de asistencia de la **Secretaría de Desarrollo Social**, mayormente con la subdirección de Emergencia Social y la Dirección de Discapacidad para la gestión de recursos o insumos (leche maternizada, pañales, prótesis, alimentos, etc.)
- Desde el área de Trabajo Social se gestiona el acceso a la realización de estudios de alta complejidad, además de medicamentos para tratamientos prolongados que no se proveen desde el botiquín del Remediar.

### **Breve reseña histórica**

Transcurría el año 1991, un grupo de vecinos del Barrio Malvinas I comienzan a organizarse debido a la necesidad de contar con un centro de salud propio. En primer instancia lo que se logró, fue a partir de demandar ante las autoridades del municipio que se alquilara una vivienda para que funcionara allí el nuevo Centro de Salud. En ese momento las instalaciones eran muy precarias, ya que no había consultorios. El equipo estaba compuesto por dos enfermeras, una médica clínica, una pediatra y una trabajadora social.

En el año 1993 se conforma la comisión de Sociedad de Fomento, la cual a los fines de recaudar fondos para la creación de un edificio propio para el Centro de Salud emprendió numerosas actividades. El nuevo Centro de Salud se construiría en un espacio cedido por la misma Sociedad de Fomento; muchos de los vecinos que conformaron la Comisión fueron los que llevaron a cabo la construcción del edificio. Asimismo se constituye la Cooperadora del Centro de Salud, que posteriormente solicitara al Municipio que el centro se traslade al nuevo edificio una vez terminada su construcción.

Tras el trabajo arduo de ambas comisiones y la participación activa de muchos vecinos el día 15 de Septiembre de 1994 se inaugura el Centro de Salud "Las Malvinas", donde se ubica actualmente.

El nuevo Centro de salud no contaba con recursos, fue así como desde la Escuela Nº 30 recibió sillas y mobiliario. Otro gran aporte fue por parte de la comisión de la Sociedad de Fomento;



por su parte la Cooperadora recaudaba fondos para la compra de insumos que eran necesarios para poder garantizar la atención de los vecinos del lugar.

A los pocos meses se integran al equipo otros profesionales sumándose un pediatra, una obstétrica y una ginecóloga.

Sin embargo entre los años 2004-2005 muchos de estos profesionales que estuvieron desde los comienzos, debido a su situación de precariedad en relación a su condición laboral, se fueron del efector, desmembrándose el equipo conformado hasta ese entonces.

En el año 2006 se renueva gran parte del equipo con la incorporación de nuevos profesionales, como de nuevos administrativos, para ocupar aquellos espacios vacíos. Esto cual implicó un volver a empezar sobre todo en relación a formar un vínculo con la comunidad que se mostraba recitente al principio con el nuevo personal.

Conocer la historia de nuestro efector es relevante para comprender nuestro presente y nuestra particularidad.

### **¿Hoy podemos hablar de APS?, recuperando el concepto.**

Lo cotidiano de nuestro quehacer, como efector de salud no escapa a la realidad de nuestro campo de salud. La demanda cada vez mayor, los escasos recursos tanto humanos como físicos, las respuestas paliativas que no resuelven la situación de salud de la población, sino que más bien actúan como parches ante aquellas problemáticas que se presentan como lo “emergente” a lo cual se debe responder, nos ponen en manifiesto el carácter bomberil que adquieren hoy las políticas sociales.

Nos encontramos con una Atención Primaria de la Salud debilitada desde varios aspectos, desde su formulación teórica, vaciada de su contenido real, con el avance de prácticas mediante programas de salud que no responden a su esencia. Nos develan la mutación del concepto en correlato también a sus prácticas.

Esta breve referencia me da pie para establecer que no es meramente casual que exista una sobre valoración de la asistencia en el ámbito de la salud; responder a la demanda resulta lo prioritario, cantidad y no calidad. Nuevas exigencias para los trabajadores de la salud ante un nuevo escenario.

Es de suma importancia entonces repensar el papel de la Atención Primaria de la Salud en el actual contexto, la realidad de la salud pública actual, preguntarnos cuando hablamos de salud ¿a qué nos referimos?, ¿todos pensamos lo mismo?, y cuáles son los desafíos de la Atención Primaria de la Salud dadas las características de la población para la cual intervenimos. Todos estos aspectos a mi entender son resultados de procesos históricos en los cuales juegan un papel predominante lo político y económico.

Resulta imprescindible dar cuenta de lo significativo la estrategia de Atención Primaria de la salud. Para los que nos desempeñamos en el campo de la salud la misma, sigue siendo nuestro faro.

En un contexto de malestar generalizado en la sociedad por la crisis económica, política que se vivía en las primeras décadas de los años 70, (Guerra Fría, instauración de dictaduras en diferentes países) y ante la “necesidad” de un nuevo orden, se realiza la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la salud en Alma-Ata, organizada por la OMS OPS y UNICEF

Fue en la Declaración de Alma Ata, (1978) en donde por primera vez en la historia se destacó la importancia de la Atención primaria de la salud como estrategia para lograr un mayor nivel de salud de los pueblos. Se definió así que la *“Atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”*.

La Atención Primaria de la Salud incluye por lo menos ocho elementos básicos: educación para la salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil que incluye servicios de planificación familiar,

disponibilidad de medicamentos básicos, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de enfermedades comunes, y saneamiento ambiental, principalmente suministro de agua potable.

La atención primaria quedó sostenida sobre cuatro pilares básicos que se resumían en desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social

Tal concepto fue el resultado de un proceso de evolución del pensamiento médico social. Lo novedoso fue que se comenzó a discutir una noción diferente de salud, a la imperante. La idea del derecho a la salud, como derecho humano del cual los Estados son responsables de garantizar, daba cuenta de un nuevo panorama.

Surgieron nuevas discusiones de cómo pensar la salud y la enfermedad; por primera vez desde el inicio de la OMS entran a escena los determinantes sociales y como tratar a los mismos, tal como lo expone Torres Goitia (2008) en su obra “es la primera vez que una asamblea no se ocupa de gérmenes microscópicos, ni de insectos vectores, fármacos, procedimientos quirúrgicos o medidas sanitarias, del campo biológico pasan a tratar problemas sociales”.

Con su lema “Salud para todos en el año 2000” promovió un quiebre, un cambio de paradigma, no dado hasta entonces.

El concepto de Atención Primaria Salud tenía fuertes implicaciones sociopolíticas. Primero, apuntaba explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud. En concreto, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos.

Ahora bien la implementación de la Atención Primaria de la Salud se aplicó de manera desigual en numerosos países, debido a dos cuestiones, en primer lugar, el concepto inicial fue desvirtuándose, y el otro fueron las diversas situaciones políticas de los países, sobre todo de los países latinoamericanos, en las cuales el contexto político se presentaba hostil para el desarrollo de la misma.

En referencia a lo dicho en primer lugar se interpretó de manera inapropiada el sentido de la palabra; Atención Primaria de la Salud refería a lo prioritario, lo más importante, en sentido amplio e integral. Con el correr de los años se reduce, se deforma la idea central, y se toma la otra acepción del término primaria referido a lo primitivo, elemental poco desarrollado, al primer nivel de atención un programa para los pobres.

Con respecto al segundo aspecto a partir de los años 70 comienzan a instaurarse en diferentes países dictaduras militares.

Tal propuesta debemos enmarcarla a los cambios acontecidos en las últimas décadas en relación a la reestructuración del Estado promovido desde el ideario neoliberal y consecuente a ello las políticas de ajuste emprendidas en el sector público; por lo tanto los actuales programas que se implementan desde la salud pública son producto de una determinada situación política, económica y social.

Como resultado en los países del Tercer mundo se realizó una reorganización de los servicios en base a considerar ciertos problemas como prioritarios. El enfoque de alto riesgo sustenta tales prácticas a partir del cual se desarrollan modelos asistenciales verticales o específicos para alguna enfermedad.

Paradójicamente se desvirtúa el concepto de salud como derecho universal, pero se universalizan situaciones para la implementación de políticas de salud para un grupo específico de la población.

### **Propuesta de inserción pedagógica en campo**

La propuesta para los estudiantes que concurrirán a los efectores de salud es, trabajar desde la observación, entrevista y registro.

Desde el mes de Marzo a Diciembre se cumplirán 4 horas semanales en días y horarios a convenir.

Las herramientas adquiridas en la presente experiencia en territorio posibilitará el diseño de una propuesta de intervención mediante un proyecto a implementar en el tercer año.

Las herramientas adquiridas en la presente experiencia en territorio posibilitará el diseño de una propuesta de intervención mediante un proyecto a implementar en el cuarto año de la carrera.

La intencionalidad del proyecto de prácticas es que los estudiantes puedan lograr la adquisición de habilidades metodológicas, lectura del campo de intervención profesional, planteo de estrategias alineadas a los objetivos propuestos por el presente proyecto

La evaluación de dicho proceso deberá ser planteada y construida con la vinculación necesaria a los contenidos de la cátedra, cuyo producto final y sistema de evaluación será consensuado oportunamente con el equipo de docentes de la materia tal como especifica el Programa de la misma.

#### **Objetivo General**

- Lograr una aproximación diagnóstica de los procesos comunitarios e institucionales a través de la descripción, análisis de los diferentes problemas sociales en el contexto actual, especialmente en Atención Primaria de la Salud.

#### **Objetivos específicos**

- Comprender la concepción de salud, y sus diferentes paradigmas.
- Visualizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud. El abordaje sobre los determinantes sociales, la interdisciplina en el trabajo cotidiano de los efectores de salud participantes.
- Conceptualizar y analizar los programas sociales vigentes.

- Conocer el ámbito de intervención del trabajador social en el campo de la salud.
- Implementar el uso de los instrumentos teóricos metodológicos aprendidos: entrevistas, observación y el registro.
- Viabilizar el acercamiento y comprensión del **territorio**, este como espacio en permanente construcción, producto de la dinámica social.
- Elaborar un mapeo del área programática perteneciente a cada efector. Reconocer instituciones formales e informales, organizaciones sociales, actores.

### **Bibliografía**

**Datos del Censo 2010.** INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

**Grassi E, Hintze S, Neufeld M.** Políticas Sociales, Crisis y Ajuste Estructural. “Neoliberalismo conservador y Estado Asistencialista”. Editorial Espacios, Bs. As 1994.

**Rodríguez Alcides Lorenzo.** “El planteamiento ideológico de Alma ATA”. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba 2004.

**Torres Goitia Javier.** Desarrollo y Salud. Historia de la Medicina Social y de la Atención primaria de Salud. Capítulo V Atención Primaria de Salud y Declaración de Alma Ata. Organismo Andino de Salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Bolivia 2008.