

Artículos seleccionados

Proyecto Mujeres Saludables en el barrio de La Boca. Un ejemplo de trabajo en red, basado en la estrategia de APS, enmarcado en el cumplimiento del Derecho a la Salud y con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las mujeres del barrio.

**Susana Sastre^a, Luis Garbarini^b, Gabriela Eroles^c,
Estela Cereseto^d, Paula Herrera^e y Eliana Dutto^f**

Fecha de recepción: 3 de junio de 2018
Fecha de aceptación: 5 de septiembre de 2018
Correspondencia a: Paula Herrera
Correo electrónico: pauherrera1988@gmail.com

- a. Licenciada en Trabajo Social. Jefa de Servicio Social Hospital Argerich (CABA)
- b. Lic. en Trabajo Social. Coordinador del Centro Social de Salud del Hospital Argerich. Docente Taller III, Carrera de Trabajo Social, UBA.
- c. Lic. en Trabajo Social. Coordinadora del Centro Social de Salud del Hospital Argerich. Docente Trabajo Social, Familia y Vida Cotidiana, Carrera de Trabajo Social, UBA.
- d. Médica Generalista. Coordinadora del Centro Social de Salud del Hospital Argerich.
- e. Lic. en Trabajo Social. Coordinadora del Centro Social de Salud del Hospital Argerich.
- f. Médica Generalista. Jefa de Residentes de MGyF Hospital Ente Descentralizado Dr. Ángel Marzetti (Cañuelas)

Resumen:

El presente artículo relata la experiencia llevada a cabo por el equipo de salud del Centro Social de Salud dependiente del Servicio Social del Hospital Argerich. Protagonistas del mismo son las promotoras de salud. El artículo describe y analiza el proyecto Mujeres Saludables del Barrio de La Boca cuyo objetivo general es acercar el sistema de salud a la vida cotidiana de las mujeres. Se trata de una experiencia de prevención y promoción de la salud que tiene como eje la estrategia de atención en territorio y domicilio. Es a partir de este encuentro en el cual se genera un vínculo con las vecinas el cual permite reflexionar conjuntamente sobre la importancia de realizar los controles de salud. Se desarrolla una estrategia de búsqueda activa cuyo objetivo es facilitar el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Un eje sumamente importante es el acuerdo establecido con el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°9, el cual permitió fortalecer las redes en salud para que las mujeres puedan acceder a los recursos y prestaciones necesarias.

Palabras clave: Promotores de Salud - Accesibilidad - Territorio.

Summary

The present article relates the experience carried out by the health crew of The Social Center of Health wich depends on The Social Service of Argerich Hospital. The main characters of this article are health promoter women. This essay describes and analyzes Mujeres Saludables Project from La Boca city whose general objective is to get the health system closer to women daily lives. It is about prevention experience and health promotion which main aim is the strategy to get territorial and home attention for women. When there is a meeting between them and the health professionals at their neighborhood, it creates a kind of friendship that makes women to think about the importance of having health controls. It developes a strategy in order to facilitate health service access for women. A very important point in this agreement between the Health Center and Community Action N°9 because it allowed strengthening of health system in order to make women to have the possibility to access to health resources and necessary medical controls.

Key words: Health Promoter Women – accesibility – territory.

Introducción

El presente relato de experiencia refleja y reflexiona entorno al trabajo que viene realizando desde el año 2009 hasta la actualidad el en el "Proyecto Mujeres Saludables del barrio de La Boca", el grupo de Promotores y Promotoras de Salud (PS) del Centro Social de Salud (CSS) del Servicio Social Argerich.

Dicho proyecto se lleva a cabo en articulación con el Centro de Salud y Acción Comunitario (CESAC) N° 9 y la Residencia de Medicina Familiar y General (RMFyG) del Hospital Argerich.

El artículo describe y analiza la experiencia realizada con las mujeres de la zona Vuelta de Rocha en el Barrio de La Boca (CABA). Se trata de una experiencia

de prevención de enfermedades y promoción de la salud que tiene como eje la estrategia de asistencia en territorio y domicilio. El objetivo general es promover la accesibilidad de las mujeres al sistema de salud en el ámbito de la vida cotidiana de las mismas.

Creemos que dos ejes son fundamentales en esta experiencia: por un lado el protagonismo de las/los promotoras/es de salud, pues es a partir del encuentro entre ellas/os y las vecinas que se genera un vínculo fundamental que permite reflexionar conjuntamente sobre la importancia de realizar los controles de salud y, por otro, el acuerdo interinstitucional establecido con el CESAC N°9 que permitió fortalecer las redes en salud para que las mujeres puedan acceder a los recursos y prestaciones necesarias.

En este artículo nos hemos propuesto compartir no solo la experiencia sino las reflexiones sobre la importancia del trabajo que realizan las/los promotoras/os de salud como así también de la articulación interinstitucional, del trabajo interdisciplinario y de la perspectiva de abordaje territorial en la implementación de una estrategia que facilite la accesibilidad de las mujeres a la atención y cuidado de su salud.

A lo largo de estos años, como equipo de salud, experiencias como la que presentamos nos han llevado a elaborar nuevas estrategias para abordar la búsqueda activa de personas que por diversos motivos no accedían al sistema de salud.

Esperamos, entonces, que estas reflexiones puedan ayudar a otros equipos en la búsqueda de nuevas estrategias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en sus territorios.

Justificación de la experiencia

Desde el equipo¹ del CSS partimos de considerar la salud, en primer lugar y, ante todo, como un derecho fundamental, tal como es planteado en distintos instrumentos internacionales que se basan y se desprenden de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos (1948). Esta plantea en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la salud y bienestar.

Es en esta línea que entendemos que la concepción sobre la salud ha ido cambiando con el tiempo, desde el equipo del CSS nos proponemos pensarla como un proceso, en donde la salud y a la enfermedad son momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana.

Pensar a la salud en clave de proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) y no como un estado o un binomio que plantea un completo bienestar o ausencia de enfermedad, enriquece el análisis y comprensión de las diversas formas de enfermar, sanar, afrontar los padecimientos y morir de cada persona y de cada comunidad. En relación a ello consideramos que los PSEA se presentan como una realidad concreta que se manifiesta en las personas y en los grupos con “determinadas caracte-

terísticas socioeconómica y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida” (Rojas Soriano, 1999, 13).

Tomamos como eje central lo formulado por Floreal Ferrara (1985), quien propone que la salud es un proceso incesante, de acción, dinámico y constante de la sociedad. Sostiene que la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado y poder crear las condiciones para el óptimo vital de esa sociedad.

De esta forma, se entiende a la salud como aquella búsqueda de solución de los conflictos, entendiendo que no es el conflicto lo que generará enfermedad, o lo patológico allí, sino que ésta será más bien la imposibilidad o incapacidad para resolverlos.

Salud se define ya no solo como ausencia de enfermedad sino como presencia de potencialidades y capacidades que desencadenan la búsqueda de un desarrollo humano integral, de un mayor bienestar, del mejoramiento de las condiciones de vida de los seres humanos, de una mayor calidad de vida de las personas.

Sostener esta forma de pensar la salud y la enfermedad permite desarrollar una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que desarticulan a la salud y la enfermedad de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos y cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales.

Y es en este horizonte que consideramos oportuno y de suma relevancia la presencia de las/los promotoras/es de salud. En nuestro relato de experiencia acerca del Proyecto Mujeres Saludables del barrio de La Boca invitamos a reflexionar en torno a la figura de las/los PS y en cómo su intervención tiene impacto en los PSEA de las mujeres de nuestro barrio.

Desde el CSS entendemos por Promotor/a de Salud a aquella persona de la comunidad, que se forma para desarrollar tareas de atención primaria, promover la participación y organización popular, fomenta acciones en relación a los determinantes sociales de la salud, y genera proyectos que respondan a las necesidades de la población².

1. Por equipo entendemos y hacemos referencia a las/los PS y a las/los profesionales.

2. Proyecto de Formación de Promotores/as de Salud Comunitaria y Saneamiento Ambiental. Servicio Social Hospital Argerich año 2001.

Es importante aclarar que desde la perspectiva del equipo del CSS, el/la PS no suplanta en ningún caso las tareas propias del personal profesional o administrativo del sistema de salud, sino que interviene desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud como parte fundamental del equipo de salud.

Los/las PS del CSS realizan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en encuentros domiciliarios programados, familia por familia y casa por casa de cada conventillo, promoviendo la organización, la autogestión comunitaria y la autonomía de las personas.

Los años de trabajo en el CSS con los/las PS nos permiten sostener que ellos/ellas generan vínculos de mayor confianza con los/las vecinos/as en comparación con los que habitualmente genera cualquier profesional de la salud en los espacios de atención tradicional (consultorios, en los CESAC, hospitales, guardias), esto se debe a que habitan los mismos espacios, conocen mejor a las personas que viven en el barrio, así como los problemas que estas tienen. Este mayor conocimiento les permite planificar acciones en función de las necesidades que manifiestan los/las vecinos/as, dar respuesta a las demandas, acercarse aún más a la comunidad y mejorar el acceso al sistema de salud.

Apostamos desde el CSS a desarrollar un quehacer comprometido con la transformación de las condiciones de vida de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares.

La experiencia del "Centro Social de Salud"

En el año 1999 profesionales de Servicio Social del Hospital Argerich y de Terapia Ocupacional del Hospital Borda elaboraron la propuesta de un Programa de Salud Comunitaria, dicha propuesta impulsaba la formación de promotores/as de salud. Es en el año 2001 que se llevó a cabo el primer curso de formación de Promotores/as de Salud Comunitaria y Saneamiento Ambiental. De este curso participaron beneficiarios y beneficiarias del Plan Jefas y Jefes de Hogar del Ministerio de Trabajo de la Nación. Fueron veinte personas las que conformaban este grupo inicial.

Con el paso de los años el equipo de trabajo se fue consolidando y dándose a conocer fuertemente en el barrio. Se crearon lazos con los vecinos de la comunidad y fueron ganando el reconocimiento de la población como referentes de salud.

A partir de enero del 2007 la ley 2070 de la ciudad de Buenos Aires permitió que los beneficiarios y beneficiarias de los programas sociales que cumplieran tareas en el gobierno de la ciudad, como era la situación de este grupo de PS, se incorporaran como personal contratado. Esto se logró a partir de la lucha mancomunada de legisladores, organizaciones sociales y beneficiarios y beneficiarias que lograron la sanción de esta norma. Con el tiempo se alcanzó la estabilidad del empleo.

El CSS se constituye formalmente mediante una disposición interna hospitalaria³ en 2008 y desde entonces depende del Servicio Social del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, actualmente se encuentra conformado por trece Promotores/as de Salud y cuatro Coordinadores, de los cuales tres son Trabajadores/as Sociales y una Médica Generalista.

El CSS se encuentra ubicado en la zona Vuelta de Rocha del barrio de La Boca y posee un área de trabajo de 25 manzanas, en las cuales abarca una población de 2500 personas aproximadamente.

El CSS realiza diversas acciones de salud tanto a nivel individual como colectivo, con un fuerte anclaje en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y con una perspectiva comunitaria y de derechos. Diariamente se realizan entrevistas en domicilio a los vecinos y vecinas para conocer su situación de salud partiendo de una visión integral y territorial. En relación a la modalidad de trabajo una de las coordinadoras explica lo siguiente: "Implica una manera diferente de gestionar la salud. La modalidad de trabajo y abordaje se enmarca en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, donde las decisiones son compartidas y las responsabilidades distribuidas entre todos, compartiendo el saber y quehacer en pos de pensar estrategias tendientes a mejorar el proceso de salud-enfermedad-atención de los/as vecinos/as del barrio de La Boca".

A partir del recorrido por las casas surgen problemáticas particulares, algunas complejas, que requieren abor-

3. Disposición interna hospitalaria N°171/HGACA/2008.

daje profesional y cuentan con el acompañamiento del equipo de PS. Se elaboran estrategias en conjunto y en caso de ser necesario se realiza la derivación pertinente. En relación a ello un/a integrante del equipo coordinador refiere: “Implica acercarse a la casa de cada vecino/a, conocer su situación social y de salud, escuchar sus problemas, sus preocupaciones y brindar asesoramiento, además de incorporar in situ los proyectos o actividades que se estén desarrollando”.

A partir de esta modalidad se han delineando diferentes líneas o proyectos de trabajo como el de detección de personas con factores de riesgo cardiovascular, control de presión arterial y acompañamiento del tratamiento en personas hipertensas; jornadas periódicas de desratización y desinsectación en articulación con la Dirección de Control de Plagas del GCBA, como así también de esterilización de caninos y felinos con profesionales del Hospital Pasteur en el marco de la Campaña de Promoción y Protección de Salud Zoonótica. Acompañamiento a personas con padecimiento en Salud Mental, enfermedades crónicas o discapacitantes y aquellas que se encuentran en procesos de fin de vida como así también a sus familiares. También se trabaja en la prevención de la violencia de género y se acompaña a personas que transitan situaciones límites.

Se acompaña excepcionalmente a personas que necesitan tratamientos prolongados, que deben realizar trámites en diversas instituciones. Se ha desarrollado una red de referentes de distribución de preservativos y se trabaja en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo se realizan talleres colectivos, dirigidos a diferentes grupos de la población, con diversas temáticas, las cuales generalmente surgen del contacto previo con los/las vecinos/as y se llevan a cabo en los patios de las viviendas colectivas, en instituciones del barrio o en el CSS. Para ejemplificar esto, una de las coordinadoras comenta: “Los/las promotores/as de Salud se capacitan en el tema propuesto, seleccionan los contenidos y elaboran el material didáctico coordinados por el equipo profesional”.

Para favorecer el encuentro con los/as vecinos/as se llevan a cabo Jornadas Comunitarias en diferentes espacios públicos del barrio, dichas actividades se realizan con cierta periodicidad. En las mismas se llevan a cabo diversas actividades recreativas y preventivas como, por

ejemplo sensibilizar sobre el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Celebrar el día de la niñez en las que se organizan juegos al aire libre y se entrega una merienda saludable. Al mismo tiempo en algunas oportunidades se aprovechan esos encuentros para realizar control de presión arterial, vacunación de animales o lo que corresponda de acuerdo a la fecha.

Finalmente uno de los ejes principales del CSS es el de capacitación. Se realizan actividades de capacitación tanto para el propio grupo como para la comunidad. Actualmente es además un espacio de rotación de la RMGF y de prácticas pre profesionales de estudiantes de Ciencias de la Comunicación de la UBA.

La tarea que realiza el CSS no podría desarrollarse sin otro aspecto fundamental del trabajo que es la articulación con otras instituciones, procurando la construcción de redes. Se fomenta el abordaje interinstitucional e intersectorial y se realiza la derivación asistida en los casos que así lo requieran. Una de las coordinadoras explica: “Se generan espacios de encuentro entre diversos actores de las instituciones de La Boca a fin de construir diagnósticos comunitarios que hagan visible la problemática barrial y se generen los medios para que se arbitren las medidas necesarias”.

Ejemplo de esto es la participación desde los inicios de la red de trabajadoras/es del barrio de la Boca y la inclusión en la multisectorial la Boca Resiste y Propone que aborda entre otras problemáticas, la situación habitacional del barrio acompañando, asesorando y buscando estrategias de solución habitacional a familias que transitan juicios de desalojo.

Si bien no todos los programas o actividades que desarrolla este CSS se enmarcan estrictamente en la intersectorialidad, dado que algunos, como el de mujeres saludables que presentamos en este artículo sólo involucran a distintos actores del mismo sector salud estatal, la mirada del equipo de trabajo tiene siempre en cuenta la intersectorialidad. Esto implica que en cada acercamiento a un grupo familiar o a una persona que por algún motivo requiere nuestra intervención, se tiene en cuenta la multiplicidad de recursos que nos brindan los diversos actores que interactúan en el barrio que abarcan sectores diferentes tanto estatales como de la sociedad civil. Asimismo muchos abordajes de problemáticas complejas con las que trabajamos se realizan en forma conjunta, pensando estrategias en conjunto con estos diversos sectores.

Proyectos Mujeres Saludables: sus inicios

El Proyecto "Mujeres Saludables del Barrio de La Boca" surge de una experiencia anterior llevada a cabo en los años 2009. Se trató de una experiencia de detección de personas con Factores de Riesgo Cardiovascular en domicilio, la misma fue llevada a cabo por las/los PS, la RMGyF del Hospital Argerich y Residencia de Enfermería General y Comunitaria del CESAC N° 9.

En el contexto de dicha experiencia se llevó adelante una evaluación y examen físico en domicilio, en la que participaron 619 personas del barrio Vuelta de Rocha. Los datos obtenidos en dicha evaluación en domicilio permitió desarrollar un perfil epidemiológico de base comunitaria. En esa oportunidad, entre otras cosas, se abordaban cuestiones vinculadas a la atención de la salud de las mujeres menores de 65 años. Se indagaba acerca del acceso a los controles ginecológicos en el transcurso del último año.

Durante la evaluación en domicilio, el equipo de salud pudo evidenciar que gran parte de las mujeres contactadas no accedían a realizar consultas, tratamientos, ni ningún tipo de estudio médico relacionados con el cuidado de su salud.

En relación a ello una de las coordinadoras plantea: "Se visualizó como problema que determinada población de mujeres no accedía a la realización de controles de salud".

Dicha situación permitió reflexionar en torno a la accesibilidad de las mujeres a la atención de su salud.

En relación a lo anteriormente planteado, entendemos a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se da a partir de la una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Comes y Otros, 2006, página 203).

Pudimos establecer que las mujeres del barrio no accedían al CESAC 9 o al Hospital Argerich por diversas razones, entre ellas por el desconocimiento o manejo de información errónea en relación a los días y horarios de atención por parte de los profesionales; en muchas ocasiones las mujeres del barrio refirieron que no concurrían porque sabían que eran muy pocos los turnos

programados en ambos efectores; porque para acceder a un turno hay que concurrir muy temprano y hacer fila en la calle (a dicha situación hay que agregarle el factor climático que puede recrudecer la espera); o porque en ocasiones aunque hayan hecho fila no llegan a recibir el turno debido a la gran cantidad de gente que concurre. A su vez, porque muchas mujeres deben ir a sus lugares de trabajo o dedicarse al trabajo doméstico no remunerado en sus hogares.

Poder observar las particularidades que se presentaban en relación al acceso a la salud y las situaciones singulares de cada mujer permitió al equipo del CSS planificar y desarrollar acciones en el barrio.

En relación al surgimiento del proyecto de mujeres saludables, una de las promotoras de salud refiere: "La idea surgió por un programa de factores de riesgo cardiovascular que se realizó en el barrio donde se vio que las mujeres son las que menos cuidan de sí mismas debido a sus actividades en las casas, con las familias y trabajo". Otra de las promotoras miembro del equipo expresa: "Descubrimos que muchas no se hacían controles de salud de ningún tipo".

En los encuentros domiciliarios, las/los PS registraban que muchas mujeres no realizaban sus controles de su salud debido a que priorizaban la atención de su familia, el trabajo, las tareas del hogar, el cuidado de familiares enfermos, etc. Una de las promotoras de salud relata: "Las mujeres estaban controladas sólo en sus embarazos y después del parto no tenían los controles anuales. Hay mujeres que nunca se controlan y no conocen la importancia de realizarse, por ejemplo, un PAP".

Surge así la necesidad de desarrollar una estrategia para reflexionar e informar acerca de la importancia de tener espacios de cuidado de la salud como así también poder facilitar el acceso de las mujeres del barrio a los turnos y servicios necesarios.

La situación particular de las mujeres del barrio de La Boca permitió observar (nos) y repensar la relación entre la perspectiva de Género y Salud.

En los debates más recientes propuestos por Susana Gamba, quien toma como referencia a Marta Lamas, se hace hincapié en la importancia de aplicar una perspectiva de género en las diversas intervenciones sociales, programas, proyectos y actividades que se desarrollan a favor de determinados colectivos que se encuentran

en situaciones de vulnerabilidad, teniendo en cuenta las diferencias y desigualdades de género.

Es en esta línea que la perspectiva de género, implica: “a) reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres; b) que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas; c) que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.” (Gamba, 2007, página 15).

Aunque no constituye una categoría cerrada, sino en pleno desarrollo, la perspectiva de género favorece el ejercicio de una lectura crítica y cuestionadora de la realidad para analizar y transformar la situación de las personas. Se trata así de crear nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres visualicen su masculinidad y su femineidad a través de vínculos no jerarquizados ni discriminatorios. (Lamas, 1999)

En este contexto surge el que denominamos “Proyecto de Mujeres Saludables del barrio de La Boca”.

Proyecto Mujeres Saludables del barrio de La Boca

Partimos de entender que “las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud y enfermedad” (Pombo, 2012, 3)

Esto nos permite sostener que los perfiles diferenciales de morbi-mortalidad que resultan de las desigualdades de género dan cuenta de fuertes inequidades en el campo de la salud y configuran niveles de autonomía diferenciales (Tajer, 2004)

Lo anteriormente planteado lo podemos notar en la gran cantidad de mujeres del barrio de La Boca que no accedían a realizar ningún tipo de práctica sobre el cuidado de su salud, sea esto alguna consulta médica, realización de estudios, o realizar otro tipo de actividad en la cual dediquen tiempo para sí (sean actividades de tipo artísticas, recreativas, de distensión, de esparcimiento, etc.)

En este marco, en el año 2009 - a la actualidad - comienza a funcionar el “Proyecto Mujeres Saludables”, con el objetivo de promover el cuidado de la salud y facilitar el acceso de las mujeres a los servicios y recursos necesarios.

Durante los primeros momentos del proyecto se desarrolló una encuesta para detectar en los encuentros domiciliarios aquellas mujeres que requerían realizar control ginecológico. Se preguntaba, dónde hacían sus controles, cuándo se hicieron el último PAP y la mamografía. La sorpresa fue grande, al descubrir que había mujeres que nunca habían realizado un PAP y otras que lo habían hecho hacía más de veinte años.

Al respecto, una promotora de salud comenta: “Me sorprende cuando hay mujeres que nunca se hicieron un control o que hayan pasado más de veinte años sin control”.

Otra de las promotoras refiere: “Me sorprendió la cantidad de mujeres que no se hacían controles teniendo hospital y centro de salud cerca de sus casas”.

En relación a dicha situación resulta oportuno repensar sobre el lugar de las mujeres en la sociedad, en sus hogares, en sus lugares de trabajo y cómo esto condiciona las posibilidades reales de acceder a los servicios de salud. Resultan interesantes los aportes de Riveiro (2014, 205) quien plantea que la esfera doméstica se presenta, como el espacio “específico de trabajo de las mujeres” donde ellas se preocupan y ocupan del trabajo doméstico, la crianza de los niños/as, el cuidado de familiares, etc., en sus papeles de “esposa-ama de casa-madre”.

El diagnóstico elaborado ponía en evidencia las dificultades y la desigual posibilidad de las mujeres de acceder a los servicios de salud del área, y a la vez puso en tensión las prácticas de atención y los modos de acceso tradicionales que hasta entonces se manejaban desde el equipo del CSS, en el CESAC 9 y en el Hospital Argerich.

Es así, que luego del diagnóstico realizado por el equipo, se llevaron a cabo diversas capacitaciones en lo que respecta a salud de la mujer. Se planificaron una serie de encuentros que estuvieron a cargo de la médica generalista del CSS y se convocó a profesionales del Ministerio de Salud de la Nación. A su vez los diversos profesionales de la RMGyF que rotaron por el CSS realizaron talleres sobre el cuidado de la salud de las mujeres⁴.

4. Talleres sobre salud sexual y reproductiva, sobre la importancia del examen periódico de salud de la mujer, sobre tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Durante dicho periodo de capacitación y reflexión pudo notarse que las/los PS reconocían la importancia de la realización de los controles de salud, pero algunas no realizaban los propios. Fue importante para ellas repensar estas cuestiones y poder observar que muchas veces, aunque se tenga el conocimiento de la importancia de las prácticas preventivas y exista cerca alguna institución de salud que brinde la atención, son otros los motivos que impiden y dificultan el acceso a las prácticas de salud.

En relación a ello, una de las promotoras de salud refiere en cuanto a su situación: "Como otras mujeres, yo tampoco le daba la importancia que debía, ya que no me realizaba los controles".

Luego de las capacitaciones y los talleres, y en base a las recomendaciones de rastreo⁵, se definió la población objetivo. En ese momento se definió como sugerencia la realización de una mamografía anual para las mujeres mayores de 40 años. En relación a la recomendación para la toma de PAP, se decidió realizarlo a todas las mujeres a partir de los 21 años y hasta los 65 años con frecuencia anual.

Una vez definida la población, llegó el momento de llevar adelante el proyecto Mujeres Saludables. Para ello fue necesario fortalecer las redes en salud para que las mujeres puedan acceder a los recursos y prestaciones necesarias.

Una red implica una estrategia de articulación e intercambio entre personas o instituciones, quienes deciden desarrollar acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad de los participantes. Son formas de interacción social, definida por un intercambio dinámico en contextos de complejidad, involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar los recursos.

Se estableció contacto con el CESAC N° 9 para coordinar acciones en pos de facilitar el acceso a los turnos. En relación a la construcción de accesibilidad una de las coordinadoras refiere que: "Con el CESAC 9 la articulación se llevó a cabo por el conocimiento mutuo de las actividades que cada equipo desarrollaba y por haber compartido espacios de trabajo en épocas anteriores con otros profesionales. Esto facilitó el diálogo y la articulación de estrategias de intervención".

Se estableció un vínculo con las ginecólogas del CESAC 9 y se acordó la reserva semanal de dos turnos a ser entregados por las/los promotoras/es a aquellas mujeres que se pesquisaban en los domicilios. Posteriormente se suma la RMGyF del Hospital Argerich a este proyecto cediendo un turno por semana para las mujeres. Uno de los coordinadores expresa: "Se comenzó un proyecto denominado Mujeres Saludables que trabaja la prevención y promoción de la salud articulando con el CESAC 9 y Médicos de Familia del Hospital Argerich, facilitando la accesibilidad al mismo".

Estos acuerdos lograron sostenerse a lo largo del tiempo por el compromiso de las partes involucradas. Actualmente se reservan tres turnos por semana, dos con ginecólogas de planta los lunes y martes por la mañana y uno con la RMGyF los jueves por la tarde.

Se estableció una red de trabajo, con un objetivo en común y potenciando los recursos con los que cuenta cada institución en función de lograr el cumplimiento del derecho a la salud de las personas. La relación es dinámica, debe adecuarse a los cambios y centrarse siempre en el cumplimiento de los objetivos propuestos. En lo que respecta a ello una de las coordinadoras sostiene: "Desde los distintos actores, (ginecología, residencia de medicina familiar, equipo del centro social de salud), se van manteniendo espacios de diálogo que van redefiniendo las distintas estrategias: turnos a programar, acompañamiento a mujeres en su situación de salud, etc."

Se reconocieron varios obstáculos para lograr la organización, ponerse de acuerdo en cómo llevar adelante el proyecto, en la gestión de los recursos, horarios, turnos de profesionales, etc. Pero había algo en lo que estaban de acuerdo y era la importancia de acercar el sistema de salud a las mujeres del barrio y fue este el principal facilitador e impulsor reconocido por todas y todos.

Una de las coordinadoras al respecto refiere: "El facilitador más importante fue lo atractivo que era para los distintos actores involucrados uno de los objetivos del proyecto; acercar el sistema de salud al domicilio de la vecina, a su vida cotidiana, no esperar que vaya al efector de salud. Llevar a cabo un dispositivo de atención diferente al clásico, incluso en la conformación del equipo; estaba integrado por médicos, enfermeras, promotoras y promotores de salud y trabajadores sociales, trabajando de manera interdisciplinaria".

5. Tomamos como referencia las recomendaciones de los Programas Nacionales de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama.

Restaba empezar a vincular a las mujeres con el sistema de salud. En base a la búsqueda activa domiciliaria mediante la entrevista de aquellas mujeres que requerían realizar los estudios se armaba un registro y se otorgaba en el domicilio el turno para la realización del PAP y en la consulta con el profesional se entregaba la orden para la realización de una mamografía en caso de corresponder.

La aceptación por parte de las mujeres siempre fue satisfactoria, las/los promotoras/es consideran que esto tiene que ver con el vínculo de confianza previo que establecen con las vecinas. Las mujeres abren las puertas de su hogar, cuentan sobre su vida, sobre el cuidado de su salud, sobre sus preocupaciones y problemas, sobre los motivos que las llevan a poder o no realizar las prácticas preventivas. Se brinda información sobre los controles de salud, sobre la importancia y beneficios de su realización y se ofrece el turno, el cual generalmente es aceptado. La mayoría de las mujeres asiste al turno otorgado.

Uno de los promotores de salud refiere: “Nos reciben bien porque primero les contamos la importancia que tiene el tema. Las vecinas aceptan los turnos porque no se consiguen fácilmente y generalmente concurren, pero hay casos en los que debemos insistir un poco”.

En lo que respecta a la concurrencia a los turnos programados, una de las promotoras de salud plantea: “Son pocas las mujeres que no concurren, pero sabemos que las mujeres que no van es por diferentes situaciones personales”.

Las/los promotoras/es consideran que cuando las mujeres no concurren a los turnos tiene que ver con el rol que ocupan en la organización del hogar y en el cuidado del resto de los integrantes del grupo familiar, dejando siempre en último lugar el cuidado de su propia salud. La falta de tiempo y la imposibilidad de concurrir muy temprano para adquirir los turnos o no conseguirlos a

pesar del esfuerzo también son motivos que desalientan las prácticas de cuidado de la salud. Por último, el miedo o el pudor en relación al examen ginecológico y los resultados que puedan arrojar los estudios también dificultan el acceso a los controles de salud.

Una de las promotoras refiere en relación a los diversos motivos por los cuales las mujeres no realizan sus controles de salud: “Porque no tienen tiempo, tienen miedo o no consiguen los turnos. Muchas veces es por pudor, vergüenza al ver que es un médico y no una médica”.

Otra de las promotoras agrega: “Muchas veces por no ir a conseguir un turno muy temprano, otras aunque van muy temprano no consiguen. Las mujeres no van a hacerse los controles porque están pendientes de sus hijos u otros integrantes de la familia, por último, se preocupan por su persona”.

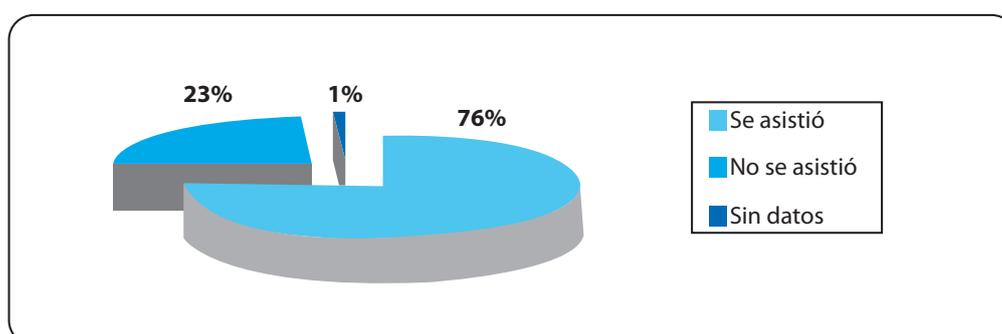
En relación a los motivos de las mujeres para no concurrir a los diversos efectores de salud, otra promotora relata: “Hablando con ellas nos comentan que es porque no tienen tiempo para ir a sacar turno a las 5 o 6 de la mañana ya que tienen que ir a trabajar o llevar los chicos al colegio”.

Actualmente el Programa continúa en funcionamiento y desde su creación en el año 2009 se viene realizando un registro de datos donde se puede observar el número de mujeres que se alcanzó con dicha estrategia de atención, notar la circulación y el acceso a distintos efectores de salud, entre otras cuestiones.

De dicho registro se observa que desde el 2009 hasta el 2017 se realizó una búsqueda activa que alcanzó a 628 mujeres.

En cuanto a la asistencia al control de salud se registra un 76 % de asistencia.

% de controles de salud a los que se asistió Zona de Vuelta de Rocha – La Boca. 2009-2017



Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015	2017
N° de controles de salud acordados	183	68	70	58	64	108	96	91	111

Las mujeres accedieron mediante una estrategia de derivación asistida⁶ por parte del equipo de PS.

La cantidad de controles de salud acordados por año se va modificando según la disponibilidad y acuerdos establecidos con las/los profesionales que realizan esta prestación.

Desde el 2010 al 2013 el acuerdo se sostuvo sólo con profesionales de Ginecología del CESAC 9. En el 2014 se reincorpora a la experiencia la RMGyF ampliando la disponibilidad de turnos asignados a mujeres pesquistas por PS, hasta la actualidad.

Desde el inicio del proyecto se mantuvo el criterio de que accedan la mayor cantidad de mujeres a los controles de salud acordados. Se promovió que continuaran sus controles anuales de manera autónoma. Sin embargo, se consideraban las situaciones excepcionales de aquellas que debían sostener un tratamiento y se les dificultaba acceder al control por fuera de este acuerdo interinstitucional.

En relación a estos resultados anteriormente expuestos, resulta oportuno pensar acerca de la morbi-mortalidad, así como la accesibilidad a los sistemas de salud los cuales deben analizarse entonces desde la intersección de las múltiples desigualdades que generan los referidos condicionantes; intersección en la que se albergan, ocultan y justifican los procesos de construcción de las hegemonías (Pombo, 2003).

Y es en esta línea que resulta desafiante seguir pensando y repensando nuestras prácticas, nuestras estrategias con las mujeres con las cuales trabajamos. Nos parece estratégico cuestionar algunas tareas y prácticas que refuerzan el patrón de la heterosexualidad reproductiva, el cual condensa la maternidad obligatoria y el confina-

miento de las mujeres al trabajo doméstico y la crianza de los niños/as.

Mujeres en primera persona

A fin de poder reflejar el trabajo realizado desde el Proyecto de Mujeres Saludables es que a continuación se recuperan diversos relatos y experiencia de las mujeres que han sido participes de dicho programa.⁷

Laura, de más de 60 años, quien hace varios años que no realizaba ningún control nos cuenta: "Cuando Claudia me encontró en ese momento hacía mucho que no me controlaba ginecológicamente, ella me cedió el turno. Lo que fue muy bueno, porque cuando una trabaja no tiene mucho tiempo. Sabía de la importancia de hacerlo. Generalmente no los hacía porque no tenía tiempo, había fallecido mi hijo y me dejé estar, no me interesaba mucho por mi persona. Ellas me hicieron reaccionar de que me tengo que cuidar, empecé a hacerme controlar otra vez. Es muy importante sentirse acompañada, ellas te explican lo importante que es controlarse y eso suma. Ellas te acompañan, te preguntan cómo estás, no estás sola. Yo cuento con ellas. Comenté con mis vecinas del trabajo de las promotoras, me parece muy bueno. Sé que hay una vecina mía que no se controla por miedo. Hay muchas mujeres como en mi caso que se dejan estar".

Esto decía en relación al trabajo y acompañamiento por parte del equipo de promotoras. A partir de este contacto comenzó sus controles y volvió a realizarlos año tras año.

Ramona, 52 años, oriunda de una provincia del noroeste del país y que jamás había realizado ningún control ginecológico. Nos contó que sabía de la importancia de realizarlos y que nunca los había hecho simplemente porque no le gustaba ir al médico, porque ella se sentía

6. Entendemos por derivación asistida en este proyecto, al acuerdo con el CESAC 9 por el cual se estableció que la mujer sea derivada por un/a PS mediante nota y firmada por el/ella con sello del CSS para acceder al control de salud reservado.

7. Se realizaron entrevistas en domicilio con el consentimiento de las mujeres y se mantiene la identidad bajo reserva en el relato.

bien, entonces no encontraba motivos para consultar. Prefería no ir a realizarse controles. Sin embargo, las promotoras detectaron esta situación y con el tiempo, una vez establecido el vínculo con ella y trabajando firmemente en la educación para la salud, lograron que Ramona aceptara el turno para realizar los controles ginecológicos correspondientes.

Ramona relata: “Si no era por ellas yo no voy al médico, tengo 52 años y fue la primera vez que me lo hice. Mediante ellas yo me fui a los médicos y también ellas vienen a mi casa. Me controlaron la presión que nunca me había controlado, nunca me había puesto vacunas, este año me puse la antigripal. Si no era por ellas tampoco me iba a poner, estoy muy satisfecha. Si no venían yo nunca me iba a hacer nada. Hablé con mi sobrina que tiene 40 años para que se haga los controles porque tampoco se los hacía”.

Sandra, 60 años, jamás se había realizado controles ginecológicos. En diversas entrevistas refiere que jamás supo nada sobre el Cáncer de mama o de Cuello de útero. Trabajó durante 20 años en una clínica, teniendo acceso a las prácticas, pero de todas maneras no las realizó. Fue a través del contacto en su domicilio con los promotores y de la información que le brindaron sobre la importancia de las prácticas que ella tomó la decisión de acercarse por primera vez al Centro de salud de su barrio, por el que cuenta que pasaba todos los días y lo veía, pero jamás había entrado. Sandra nos relata: “Ellas me llamaron, me sacaron el turno y me fui a la salita. Yo nunca me había hecho el PAP ni la mamografía. Ellas me avivaron y me anotaron y me fui a hacerlo, con vergüenza, porque a mí me da vergüenza, pero fui”.

Vale la pena mencionar que Sandra, a partir de este primer encuentro con el sistema de salud y por la buena experiencia que tuvo decidió comenzar a realizar otro tipo de controles y actualmente está en seguimiento con un médico de familia, con mayor conocimiento de su salud y con mayor capacidad de autocuidado.

Reflexiones finales

Hace varios años que el proyecto Mujeres Saludables se encuentra en funcionamiento en la zona Vuelta de Rocha del barrio de La Boca, y como equipo de salud estamos profundamente convencidos y convencidas de que es un proyecto que debe sostenerse y debe profundizar sus líneas de intervención.

Consideramos que todos los años del proyecto se deben al trabajo cotidiano de los/las PS en el barrio, del contacto y del vínculo construido con las vecinas, y como resultado del conocimiento de los problemas de salud que se dan en nuestro barrio.

A su vez pensamos que este proyecto no sería posible sin la conformación de una red de trabajo entre las instituciones ya mencionadas. Desde nuestro lugar sostenemos la importancia de la conformación de redes, fomentamos la articulación y comunicación entre instituciones, la construcción de objetivos de trabajo compartidos en base a los problemas de salud observados en nuestras comunidades.

Estamos convencidos y convencidas que trabajamos para lograr la equidad en género y en salud; para que las mujeres tengan facilitado el acceso a las prácticas y servicios que les corresponden por derecho. Y es en esta línea que continuamos repensándonos y repensando nuestras prácticas cotidianas.

Como equipo apostamos a construir una mirada crítica ligada a un modo de entender la historicidad de los PSEA como síntesis de procesos sociales e históricos más generales, recuperar sus múltiples dimensiones y formas de articulación.

Seguimos nuestro camino, seguimos pensando prácticas concretas tendientes a generar rupturas, seguimos ejercitando una lectura crítica y cuestionadora de la realidad. Nos orienta el compromiso de transformar la situación de las mujeres de nuestro barrio.

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). "Declaración Universal de los Derechos Humanos". En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_coleccionde-bolsillo_03_declaracion_universal_ddhh.pdf
- Comes, Y; Czerniecki, S; Garbus, P, Mauro, M; Solitario, R., Sotelo, R., Vázquez, A. & Stolkiner, A. (2006). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Vol. IV. En Anuario de Investigaciones, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires, Argentina. En: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuiniv/v14/v14a19.pdf>
- Consenso Nacional Inter-sociedades sobre Cáncer de cuello uterino (2015). En: http://www.socargcancer.org.ar/consensos/2015_inter_soc_cancer_cervix.pdf
- Sherwin, E. (2014). "Promoción de la salud en la Ciudad de Buenos Aires: un estudio sobre el trabajo de los promotores de salud y las percepciones de su rol en la comunidad". En: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1994/
- Ferrara F. (1985). "Teoría social y salud. Capítulo 1: Conceptualización del campo de la salud". Catálogo Ediciones. Buenos Aires.
- Gamba, S. (2007). "Diccionario de estudios de género y feminismos". Editorial Biblos, Michigan.
- Laurell, Asa Cristina (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social". Cuadernos Médico Sociales N°19.
- López Arellano, O; Escudero, J. C; Carmona, L. (2008). "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". En: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?". Alteridades. En: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (n.d.) "Guía programática abreviada para el tamizaje de Cáncer cervicouterino. Programa Nacional de Prevención de Cáncer cervicouterino". En: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2015). "Prevención del Cáncer cervicouterino, Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de HPV, Actualización 2015". En: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cnt-manual_recomendaciones_tamizaje_2015_baja.pdf
- Nari, M. (2004). "Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)". Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Pombo, M. G. (2012). "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politicización del género". En https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf
- Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud de la Nación Argentina (n.d.). "Salud y redes". Posgrado en Salud social y comunitaria. En: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/9-modulo-pssyc.pdf>
- Riveiro, L. (2014). "Aportes de la teoría feminista para pensar el ejercicio profesional". En: Mallardi, M. (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.Pags.203-217.
- Rojas Soriano, R. (1983). "Capitalismo y Enfermedad". Ed. Plaza y Valdes, México.
- Rovere, Mario R. (1999). "Redes en salud, el nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad". En: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=8565&tipo=objetoMultimedia>
- Tajer, D. (2004). "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". En Políticas Públicas, Mujer y Salud. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, p. 27-39.