



# **Evaluación de procesos desencadenados por el curso MAPEC**

Nuevas prácticas en prevención  
y atención de enfermedades  
no transmisibles.

Ridao, Marina

Evaluación de procesos desencadenados por el Curso MAPEC : nuevas prácticas en prevención de enfermedades no transmisibles / Marina Ridao ; Romina Pighin ; Grisel Adissi ; contribuciones de Ariadna Pou ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2017.  
94 p. ; 24 x 17 cm.

ISBN 978-950-38-0241-0

1. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. I. Pighin, Romina. II. Adissi, Grisel. III. Pou, Ariadna, colab.  
IV. Título.

CDD 610.7



Presidente de la Nación  
**Ing. Mauricio Macri**

Ministro de Salud de la Nación  
**Dr. Jorge Daniel Lemus**

Secretario de Promoción de la Salud,  
Prevención y Control de Riesgos  
**Prof. Dr. Adolfo Rubinstein**

Coordinadora General del Programa Redes  
**Dra. Sandra Rosa**

## Coordinación general

González, Gabriel

## Coordinación Editorial

Adissi, Grisel

Pighin, Romina

Ridao, Marina

## Colaboradores

Burgos, Rodrigo

Carroli, Mariana

Chervin, Denise

L' Hopital, Cintia

Largueri, Vicente

Martinelli, Leonardo

Pou, Ariadna

Tufró, Florencia

## Edición

de Barrio, Lucía Inés

Platero, Carolina Noel

## Diseño

Carnelli, María Laura

Guastavino, Greta

## Agradecimientos

Equipos de salud y autoridades de las UGJ de las provincias de Misiones, Santiago del Estero, Río Negro, Santa Fe y Santa Cruz. Equipo de Asistencia Técnica de la UEC.

## Abreviaturas

**APS** Atención Primaria de la Salud

**CAPS** Centros de Atención Primaria de la Salud

**DMT** Diabetes Mellitus

**ECNT** Enfermedades Crónicas No Transmisibles

**GPC** Guías de Práctica Clínica

**HC** Historia Clínica

**HTA** Hipertensión Arterial

**MAPEC** Modelo de Atención de Personas con  
Enfermedades Crónicas

**OPS** Organización Panamericana de la Salud

**PNA** Primer Nivel de Atención

**RCVG** Riesgo Cardiovascular Global

**S/D** Sin Datos

**TA** Tensión Arterial

**UGJ** Unidad de Gestión Jurisdiccional



## **09** Introducción

### **11** Capítulo #1

Presentación del Curso de Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - Modelo MAPEC

- 13 Objetivos y metodología
- 15 Descripción de participantes

### **17** Capítulo #2

Diseño de la evaluación de los procesos desencadenados por el Curso MAPEC

- 20 Abordaje metodológico
- 22 Definiciones operativas

### **25** Capítulo #3

Contexto(s) en los que se inscribe el Curso: facilitadores y barreras para la implementación de proyectos vinculados al modelo MAPEC

- 27 Organización de los servicios de salud
- 37 Sistema de información clínica
- 42 Apoyo a la toma de decisiones
- 44 Apoyo al automanejo
- 45 Actividades y recursos comunitarios

### **49** Capítulo #4

Expectativas relacionadas con el Curso MAPEC

## **55 Capítulo #5**

### Relación entre lo existente y lo propuesto

- 57 Las propuestas al finalizar el Curso
- 58 Relaciones entre la realidad previa y la transformación producida
- 65 Nuevas categorías transversales emergentes

## **71 Capítulo #6**

### Transformaciones que logran sostenerse en el tiempo

- 74 Integración con otras problemáticas y poblaciones
- 76 Acciones concretas y espontáneas, más que proyectos y planificaciones formales

## **79 Capítulo #7**

### Reflexiones finales

## **85 Capítulo #8**

### Recomendaciones para el Curso MAPEC y el Programa Redes

- 85 Para el Curso MAPEC
- 87 Para el Programa Redes

## **88 Bibliografía**

## **90 Anexo**

- 93 Propuestas seleccionadas



Este informe presenta la evaluación del *Curso de Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - Modelo MAPEC* (en adelante: *Curso MAPEC*) desarrollado por el **Programa Redes** y dirigido a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA). El mismo promueve un cambio en el modelo de gestión y atención sanitaria con el fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas, especialmente las de aquellas que sufren afecciones crónicas, a partir del Modelo de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC).

El trabajo contiene cinco partes. La primera relata las características y el desarrollo del curso de capacitación. La segunda presenta la metodología de evaluación utilizada, detallando el diseño del estudio, las técnicas, la muestra y las fuentes utilizadas. La tercera parte refiere a los contextos locales en los que se inscribe el Curso MAPEC, incluyendo referencias a las dinámicas, saberes y prácticas preexistentes. La cuarta y quinta parte describen y categorizan los tipos de transformaciones desencadenados en los equipos de salud participantes del Curso. La sexta parte señala las características de aquellas transformaciones que han logrado sostenerse a lo largo del tiempo.

Por último se incluyen reflexiones finales y se sugiere una serie de recomendaciones, tanto para el diseño y la ejecución a futuro del Curso MAPEC como para la orientación del **Programa Redes**.

## **Capítulo #1**

# Presentación del Curso de Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - Modelo MAPEC





# Presentación del Curso de Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - Modelo MAPEC

El Curso MAPEC está orientado a la promoción y difusión de dicho modelo de gestión y atención para su implementación en el sistema de salud, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) impulsada desde el Ministerio de Salud de la Nación.

## Objetivos y metodología

El objetivo general del Curso es compartir un marco teórico y ofrecer herramientas a los equipos de salud para promover transformaciones en el modelo de gestión y atención de personas con enfermedades crónicas, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud.

Los objetivos específicos son los siguientes:

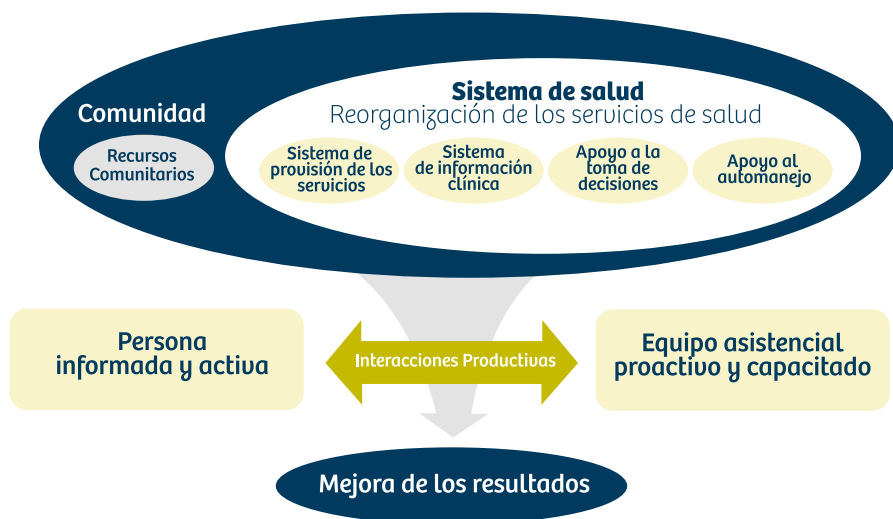
- Conocer los componentes del MAPEC y sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de su implementación para la mejora en la atención de las personas con enfermedades crónicas.
- Reconocer el trabajo en red como clave para la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).
- Integrar los aprendizajes adquiridos en el diseño de una estrategia de mejora que recupere los principios, componentes y criterios del MAPEC, a partir de la reflexión del equipo de salud sobre la propia práctica.

El Curso orienta sus jornadas y actividades al estudio de los componentes del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en función de conocimientos previos y del intercambio de experiencias. La metodología de la enseñanza sugerida recupera algunos aspectos de la técnica didáctica conocida como aprendizaje basado en problemas (ABP), sustentada desde el enfoque de la educación permanente. Se propone una metodología centrada en el aprendizaje activo, cooperativo, autónomo y motivado, que parte de la reflexión en torno a un determinada problemática. Es en este proceso de búsqueda de respuestas, que se adquieren y consolidan los aprendizajes.

En cuanto a la modalidad de dictado, el Curso prevé una carga de 24 horas presenciales, distribuidas en 3 encuentros de 8 horas. Durante los dos primeros se trabaja dentro de un marco teórico, con actividades que interpelen la capacidad de producción de los participantes. El tercer y último encuentro está destinado a que los y las cursantes presenten un trabajo grupal, realizado según una consigna brindada durante el primer encuentro. Éste consiste en el **diseño de estrategias para alcanzar mejoras en el cuidado de personas con ENCT**, factibles de ser implementadas en su ámbito de trabajo, que recuperen los principios, componentes y criterios del MAPEC a partir de la reflexión compartida del equipo de salud sobre su propia práctica y de cómo transformarla.

Los contenidos del curso se organizan en unidades temáticas que incluyen una introducción al modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) y sus componentes, a saber:

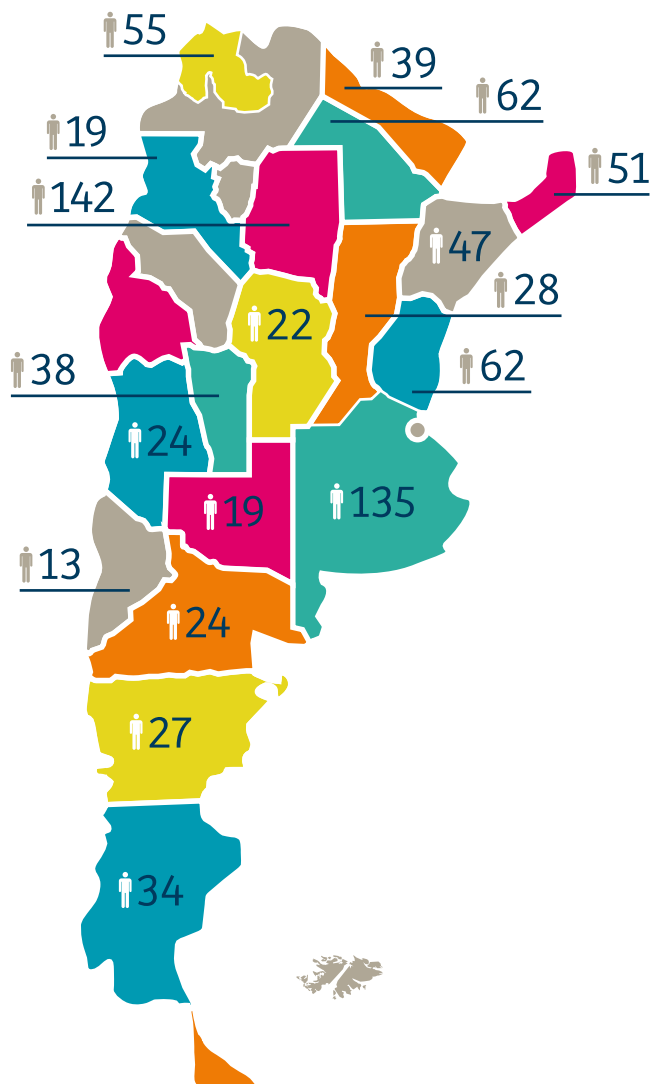
### Modelo de cuidado de personas con enfermedades crónicas



Rediseño del gráfico de Barr VI, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud, (2012)

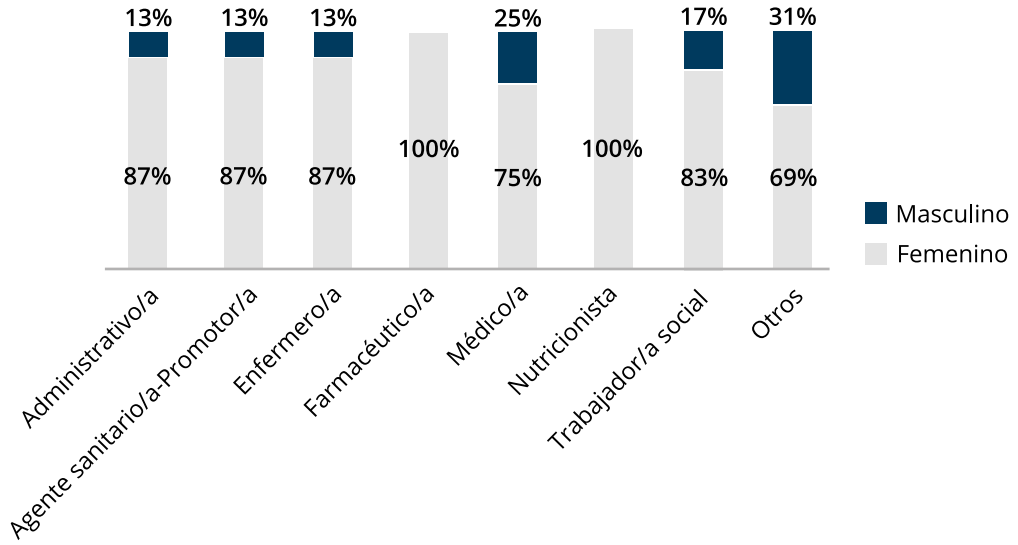
## Descripción de participantes

Cantidad de participantes por provincia Curso MAPEC, año 2015.



En relación a la participación por provincia, se destaca la presencia de cursantes en Buenos Aires y Santiago del Estero, principalmente mujeres (85%) con perfiles heterogéneos (profesionales y no profesionales de la salud). Si bien la presencia femenina es generalizada, en el caso de profesionales médicos, la brecha se acorta (75% mujeres y 25% varones).

### Distribución según sexo y perfil profesional de los participantes



## Capítulo #2

# Diseño de la evaluación de los procesos desencadenados por el Curso MAPEC



## Diseño de la evaluación de los procesos desencadenados por el Curso MAPEC

El presente estudio se origina en función de **valorar la relación entre los objetivos propuestos por el Curso MAPEC y lo sucedido con las prácticas de los equipos de salud que participaron del mismo.**

Su diseño es **exploratorio y longitudinal**. A través de un abordaje cuali-cuantitativo se describen las condiciones iniciales de cada uno de los contextos locales. Luego, desde un abordaje cualitativo se describen y analizan las relaciones entre las realidades previas de los equipos y los procesos de transformación desencadenados por el Curso, así como las modalidades asumidas por aquellas propuestas que han logrado sostenerse en el tiempo.

La evaluación tiene los siguientes objetivos:

### Objetivo general

Describir las transformaciones de las prácticas de los equipos de salud que participan del Curso MAPEC, en caso de haber existido, analizando sus dinámicas, las redes intervinientes, los obstáculos encontrados y los factores habilitantes.

### Objetivos específicos

Describir las valoraciones y prácticas en salud vinculadas al modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) de los participantes del Curso en provincias seleccionadas.

Explorar el proceso de implementación en los efectores de algunas estrategias de mejora propuestas por los participantes al finalizar el Curso.

Analizar las dinámicas locales, las redes de actores intervinientes, los obstáculos encontrados y los factores habilitantes, en términos de particularidades y recurrencias.

## Abordaje metodológico

La presente investigación responde a un formato evaluativo. Según Nirenberg<sup>1</sup>, la evaluación es aquella actividad que tiene por objeto contribuir a la efectividad de programas y políticas de gobierno investigando sus procesos de implementación, a fin de realizar recomendaciones que permitan reforzar la direccionalidad esperada.

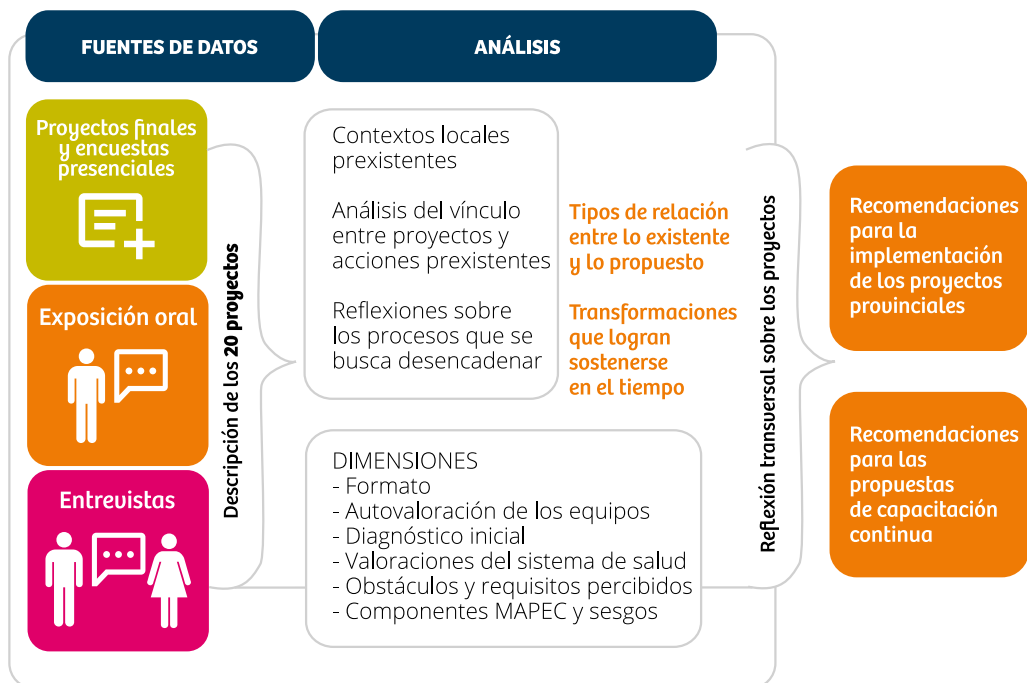
Al identificar obstáculos y facilitadores, la evaluación brinda información sobre las condiciones reales en que se desarrollan las propuestas, releva el accionar concreto, y señala qué estrategias pueden resultar convenientes o viables sugiriendo modos de fortalecimiento, profundización, ampliación o continuidad. En tanto actividad programada de reflexión, la evaluación se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de construcción y análisis de datos con fines comparativos.

El interés de este estudio es comparar situaciones respecto de sí mismas en el tiempo. De tal modo, la primera etapa consiste en la descripción y análisis de un punto de partida o situación inicial —“línea de base”— utilizada como parámetro desde el cual valorar los efectos posteriores. A su vez se trata de una evaluación interna al **Programa Redes**<sup>2</sup>, realizada a nivel operativo, es decir, ubicando el foco en el trabajo cotidiano de los equipos de salud y sus circunstancias. Finalmente, admite ser clasificada simultáneamente como una evaluación ex post al tomar como referencia el Curso MAPEC (previamente dictado), y una evaluación con foco en procesos en tanto busca analizar la ejecución de las propuestas presentadas para su aprobación final. El interés evaluativo está así puesto en la efectividad del Curso para desencadenar procesos, al tiempo que en la institucionalización y afianzamiento de los procesos desencadenados.

---

1. Nirenberg, Olga; Brawerman, Josette y Ruiz, Violeta (2000) Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Editorial Paidós, Buenos Aires.

2. El hecho de que esta evaluación sea realizada por el propio Programa señala el compromiso por aplicar las recomendaciones y la aplicabilidad probable de estas, al tiempo que condiciona el modo en que los actores locales perciben su propósito.



Para el diagnóstico de la **situación inicial** se apela a una **triangulación de técnicas y fuentes desde un enfoque cuanti-cualitativo**; para la **etapa siguiente el abordaje propuesto es netamente cualitativo**. La línea de base es reconstruida mediante el relato de los actores<sup>3</sup>, de los documentos por ellos presentados, y de la cuantificación de las respuestas recibidas en la encuesta que acompañó el desarrollo del Curso. Los datos restantes fueron recabados a través de entrevistas en profundidad, y analizados inductivamente mediante la conceptualización de patrones emergentes.

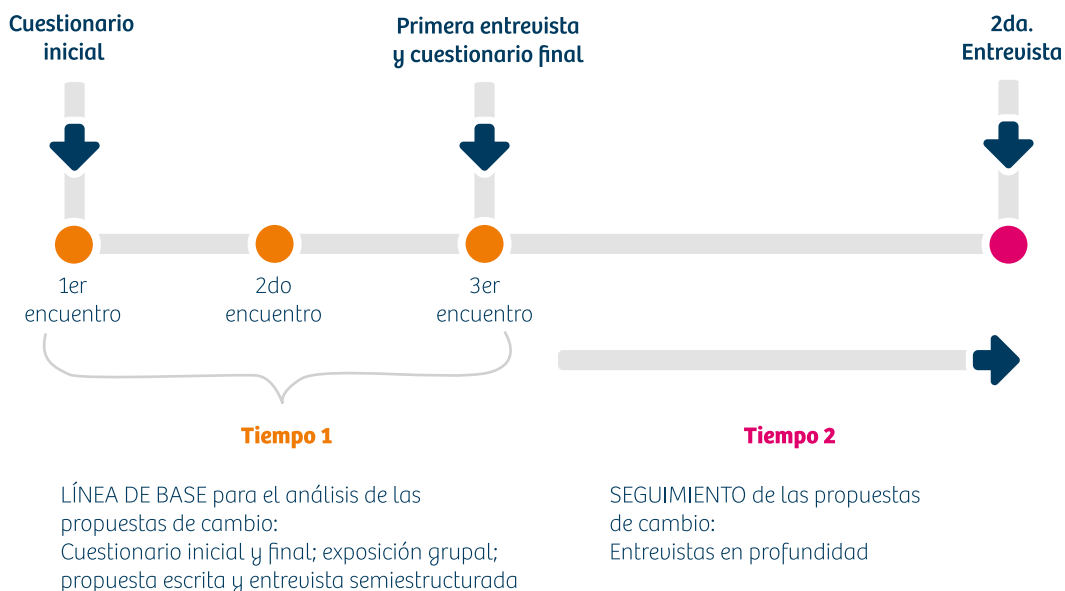
Los patrones emergentes posibilitan la recuperación de valoraciones, condiciones y prácticas recurrentes, conexiones frecuentes entre ellas, y las experiencias y perspectivas de los propios equipos (qué resulta para ellos significativo y qué no, qué causa atribuyen a determinados efectos). Es decir, los procesos sociales reales y situados que acompañan toda implementación.

**A fin de evaluar los procesos desencadenados por el Curso MAPEC, un abordaje cualitativo posee la virtud de construir información que tome en cuenta las distintas realidades locales, y de ser sensible a las diferentes circunstancias y efectos imprevistos o no contemplados inicialmente, que condicionan el éxito de las propuestas.**

3. Relatos recogidos tanto a través de entrevistas semiestructuradas como de los audios



## Cronograma del trabajo de campo



## Definiciones operativas

El abordaje se realizó en dos grandes etapas. En la primera se buscó conocer la base inicial desde la que partió cada equipo para luego evaluar las transformaciones que pudieran surgir de la actividad.

De acuerdo con criterios geográficos y de viabilidad, los cursos seleccionados fueron realizados en las siguientes provincias y localidades: Misiones (Capioví), Santiago del Estero (Capital), Río Negro (Cipolletti), Santa Cruz (Río Gallegos) y Santa Fe (Santa Rosa de Calchines). En todas ellas el Curso MAPEC tuvo lugar durante el último cuatrimestre de 2015.

La caracterización de los participantes y de las prácticas previas respecto del modelo de cuidados crónicos en los efectores tuvo como fuente un cuestionario estructurado presencial (autoadministrado), respondido por todos los participantes de cada provincia seleccionada durante el primer encuentro de trabajo<sup>4</sup>.

4. Estos cuestionarios fueron aplicados tanto en la jornada inicial como en la final. Dado que la diferencia de respuestas entre uno y otro no fue significativa, fue tomado como referencia el cuestionario inicial para la línea de base, salvo por lo relativo al conocimiento de las GPC.

A fin de construir un marco desde el cual valorar los procesos desencadenados en cada lugar también fueron descriptos y analizados la totalidad (42) de los proyectos presentados por los participantes en aquellas provincias. De allí se siguieron sugerencias y recomendaciones iniciales para el Curso, en función de lo observado como sesgo o dificultad recurrente entre las distintas propuestas.

Se seleccionaron entre 3 y 5 propuestas por provincia para el seguimiento en profundidad según un criterio de conveniencia y buscando la heterogeneidad de la muestra, completando un total de 20 proyectos (véase el detalle en Anexo). Las fuentes de datos fueron trabajos finales escritos, audios de la exposición oral final realizada durante la tercera jornada del Curso, y entrevistas semi-estructuradas individuales a algún miembro del equipo, en base a una guía de pautas preestablecida.

La descripción y análisis subsiguiente tomó como fuente a las entrevistas en profundidad, en su mayoría grupales, realizadas en entornos cotidianos, y con criterios flexibles a fin de captar dimensiones y relaciones emergentes (no previstas). Las entrevistas realizadas se resumen en el cuadro que sigue:

Provincia	Equipos entrevistados
Misiones	3
Santiago del Estero	5
Río Negro	4
Santa Cruz	2
Santa Fe	3

Total de entrevistas: **61**

## Capítulo #3

Contexto(s) en los que se inscribe el Curso: facilitadores y barreras para la implementación de proyectos vinculados al modelo MAPEC



# Contexto(s) en los que se inscribe el Curso: facilitadores y barreras para la implementación de proyectos vinculados al modelo MAPEC

**Descripción de dinámicas, saberes y prácticas preexistentes vinculadas al modelo MAPEC:** los contenidos del Curso MAPEC son procesados y apropiados por los equipos de salud en el marco de sus realidades y rutinas cotidianas. En este sentido, el Curso se inscribe en condiciones locales y dinámicas de trabajo -que involucran saberes y prácticas- preexistentes, y a su vez facilitan o dificultan la concreción de proyectos vinculados al modelo MAPEC. De este modo, nos referiremos a continuación a las condiciones que atraviesan –y desbordan- las dimensiones propuestas en dicho modelo, distinguiendo las particularidades que asumen a nivel local.

## Organización de los servicios de salud

### Aspectos vinculados a la accesibilidad

La accesibilidad de la población al sistema de salud constituye uno de los elementos fundamentales de la noción misma de APS, como fue definida en la Declaración de Alma-Ata de 1978<sup>5</sup> y reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2007<sup>6</sup>.

Desde una perspectiva relacional la noción de accesibilidad refiere al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar la articulación entre ambos. Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Dicho esto, definimos **accesibilidad** como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de 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”<sup>7</sup>.

---

5. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) (último acceso el 14/02/2013).

6. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. [http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS\\_spa.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf) (último acceso el 14/02/2013).

7. Stolkiner y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken

De acuerdo a lo anterior, resulta adecuado referirnos al concepto de **barreras de acceso**, entendidas como **aquellos aspectos que se ubican entre las personas y los centros de salud obstaculizando o limitando la posibilidad de alcanzar la atención necesaria**. Así, la accesibilidad remite a la articulación o ajuste entre las características de la oferta (es decir, del sistema de salud y sus profesionales) y las características y necesidades de la demanda, pudiendo existir barreras que limiten la posibilidad de acceder a una atención adecuada en el ámbito de la salud.

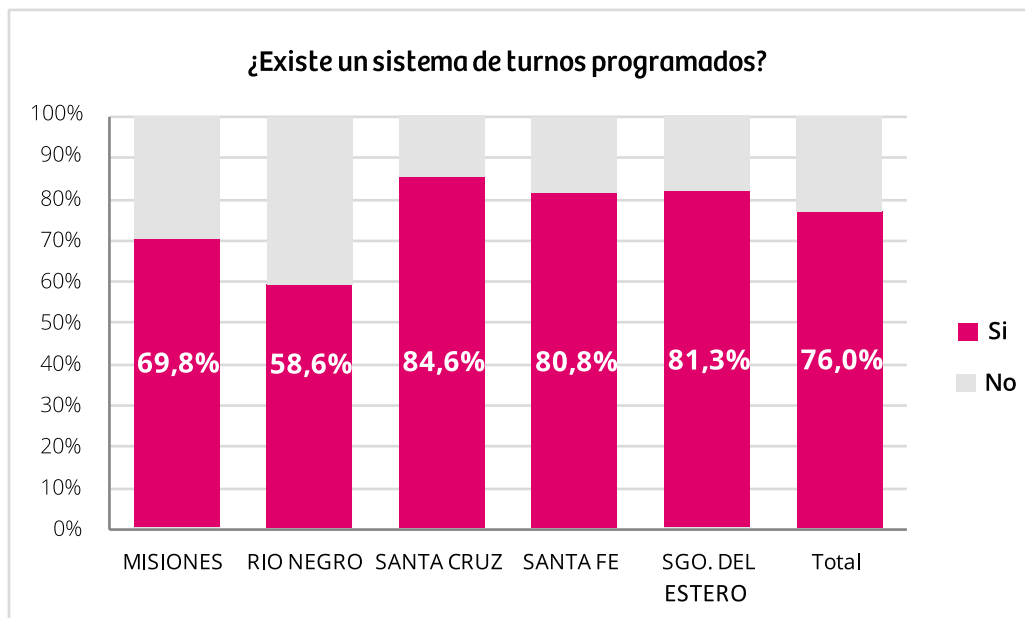
Entre las principales barreras de acceso, se ubican **factores climáticos** que en algunas zonas han representado verdaderas catástrofes, como es el caso de las inundaciones en Santa Fe, así como otros de tipo estacional, como son las lluvias abundantes en Misiones o el frío extremo en Santa Cruz.

Asimismo, hay otros obstáculos a la accesibilidad, vinculados con la existencia (o no) de un servicio de **transporte público** que garantice el acceso a los centros de salud. Este aspecto representa un problema real para la población que se encuentra situada en pequeñas localidades urbanas o bien zonas rurales, alejadas de los centros. En particular en Misiones y Río Negro, la falta de un servicio de transporte público que comunique las diferentes zonas de referencia con algunos de los centros de salud, emerge como un aspecto crítico, al no poder asegurar el acceso de la población a la atención de su salud.

*“El tema es el colectivo, del transporte, que no hay en todos los horarios y por ahí, si llueve mucho... no pasa”.*

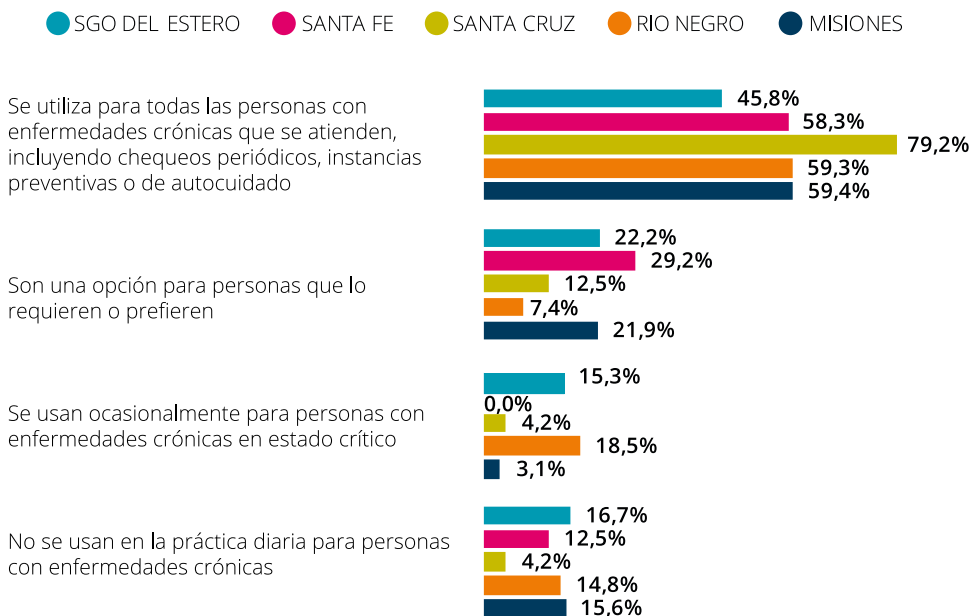
*“Por ejemplo nosotros nos habíamos organizado como para dar una charla “¿Qué es la diabetes?” Y después íbamos a salir en una caminata. Ese día íbamos a formar un grupo y una asociación de diabéticos. Ya habíamos armado todo. Y ese día se largó una lluvia tan grande. Y después hubo un error que no cancelaron el tema de la comida y no sé qué pasó y quedamos nosotras ahí con la organización y no pudimos volver a organizarlo”.*

En relación a la **gestión de turnos programados**, la gran mayoría de las personas encuestadas al inicio del curso (76%), menciona que en el centro de salud donde trabajan, existe un sistema de turnos programados. El menor porcentaje se registra en la provincia de Río Negro (58%) y el más alto en Santa Cruz (84,6%). Respecto de cómo funciona el sistema de turnos, el 56% refiere que se utiliza para todas las personas con ECNT que se atienden, incluyendo chequeos periódicos, instancias preventivas o de autocuidado.



Cabe destacar que estas estrategias de abordaje de la población adulta con ECNT a través de los turnos programados, son similares a las que los equipos de salud llevan adelante para otros segmentos de población: controles de mujeres embarazadas, controles de niño/a. Sin embargo, la problemática general en relación a la población adulta, tiene que ver con la captación inicial que le permite luego acceder al turno programado. En este sentido se implementan estrategias para favorecer la accesibilidad: postas de salud (contacto inicial) para realizar chequeos, caminatas saludables que involucran un seguimiento médico, visitas domiciliarias por parte de agentes sanitarios o promotores de salud con disponibilidad de turnos protegidos o programados, que favorezcan el acceso a la atención.

## ¿Cómo funciona en la actualidad el sistema de turnos programados?



Sin embargo, continúa vigente la percepción de que el turno programado, por más que exista y se ofrezca, en general “no funciona” debido al gran volumen de ausentismo aunque se observan variaciones en este sentido, a medida que se afianza el vínculo entre las personas. Asimismo, los equipos de salud manifiestan la creencia general en que la demanda espontánea procura rapidez en la atención y representa un trato equitativo para todas aquellas personas que se acercan. Distinta resulta la valoración de los equipos que trabajan en centros de salud cuya población se encuentra dispersa o en zonas rurales (Misiones, Río Negro) donde justamente es esta dispersión lo que lleva a considerar necesaria la implementación de un sistema de turnos programados. Este no sólo funciona actualmente, sino que es percibido por los equipos como el modo óptimo de organizar los servicios de salud.

Respecto de la nominalización, atendiendo al relevamiento realizado al inicio del Curso MAPEC, encontramos que el 88% de las personas encuestadas refiere tener **identificada a la población a cargo**, no encontrándose diferencias significativas entre las provincias. La mayoría identifica a la población utilizando listados o fichero con los datos de contacto (66%), en menor medida utiliza mapas, es decir georreferenciación (39%), y en algunos casos cada profesional posee su propio listado (8,5%).

A partir del abordaje cualitativo pudimos profundizar en la caracterización que los equipos de salud realizan de la población a cargo, registrando particularidades en torno a las estrategias para el abordaje y continuidad de la atención. En términos generales se reconoce la diferencia entre la población de clase media, que elige los centros de salud por cercanía, vínculo o mayores facilidades para acceder a la atención que a través de una obra social, de aquella que vive en zonas críticas con problemáticas vinculadas al acceso a servicios básicos (agua potable, energía eléctrica) y condiciones habitacionales precarias, con dificultades al momento de orientar sus prácticas hacia el cuidado de la salud, tal cual lo promueve el modelo MAPEC, teniendo en cuenta el contexto general en el que viven.

En primer lugar, existen diferencias entre población urbana y población rural y/o dispersa. El trabajo con población rural y/o dispersa plantea obstáculos a sortear en términos de accesibilidad (transporte público, garantizar turnos programados) a la vez que requiere que los equipos de salud trabajen en mayor medida en el terreno. Asimismo, la labor con comunidades originarias plantea otros desafíos en torno a la consideración de pautas culturales y la integración de agentes sanitarios de la propia comunidad (Misiones).

A su vez, en algunas zonas existe población migrante o trabajadores “golondrina” (Río Negro, Santa Cruz) que van a trabajar por temporada en la cosecha de frutas o bien en la industria del petróleo, muchas veces difícil de abordar por los propias rutinas de trabajo, lo que implica realizar búsquedas activas. El rol de los agentes sanitarios resulta fundamental también en esta tarea, ya que son quienes en general viven en la misma área de referencia y conocen las dinámicas propias de la comunidad.

## **Coordinación entre los niveles de atención**

En términos generales, las posibilidades de coordinar entre los niveles de atención aparece asociada a la permanencia de vínculos informales entre trabajadores de los centros de salud y especialistas que se desempeñan en los hospitales de referencia. Si bien se remite a diferentes etapas en el proceso de implementación de un procedimiento formal de referencia - contrarreferencia, en la práctica las referencias suelen no retornar con su contraparte.

Asimismo, se remiten otros aspectos de tipo estructural que dificultan la coordinación entre niveles. Entre ellos se destaca la inexistencia de un boleto sanitario que permita el acceso a la consulta con diferentes especialistas en otros establecimientos, sobre todo en los casos que requieren realizar distancias largas, así como la escasa cantidad de turnos disponibles para las personas que concurren derivadas de los centros de salud.



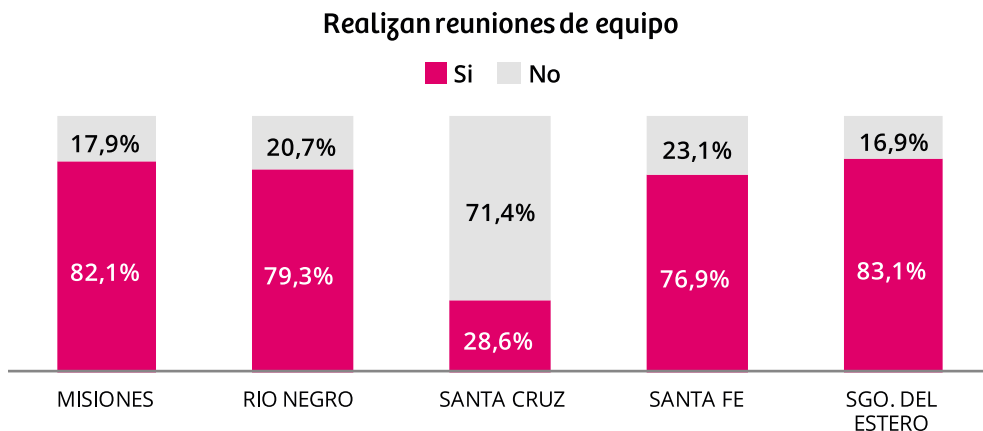
*“Hay un tema con las derivaciones que se puede hacer al hospital de la ciudad y, bueno no es fácil, porque el nutricionista por ahí te va atender sólo 3 turnos”.*

Además, ante la consulta inicial sobre **la participación de los especialistas en la atención de personas con enfermedades crónicas en el PNA**, el 84,7% de los asistentes al Curso MAPEC refiere que ésta se realiza a través de la derivación clásica; únicamente un 9% refiere que existe participación de los especialistas a través de actividades de capacitación a equipos de atención primaria, y un 6% que ésta tiene lugar a través de la rotación de especialistas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). De las entrevistas se desprende la presencia de dificultades para articular entre los diferentes nivel de atención, al no encontrarse en funcionamiento en los efectores un sistema formal de derivación o referencia y contrarreferencia, sino mecanismos informales a partir de los contactos que se van generando entre los equipos de salud de uno y otro nivel de atención.

## Trabajo en equipo

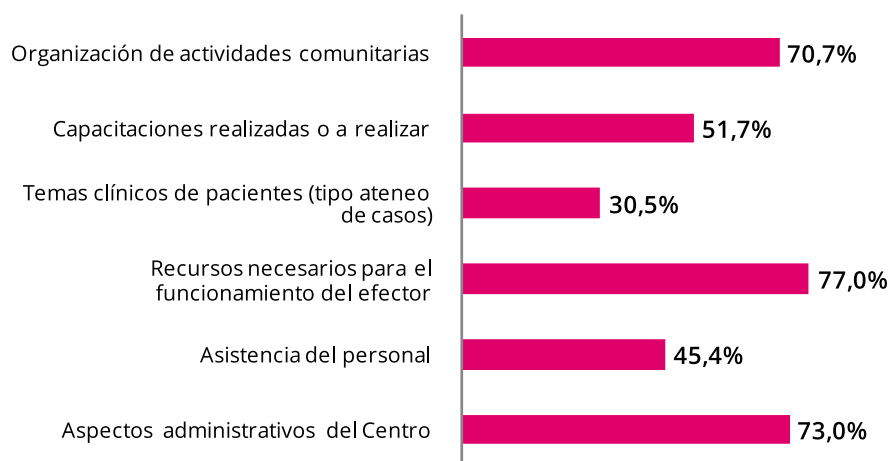
Al consultar acerca de cuál/es aspectos podrían modificarse para mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas, el 77% de los encuestados refiere el **“trabajo interdisciplinario del equipo de salud para la atención de personas con ECNT”**. De todas maneras, los equipos de salud reconocen las dificultades que surgen para el trabajo conjunto dentro de la dinámica cotidiana, asociadas principalmente, a la incompatibilidad de horarios al interior de los equipos y a la sobrecarga que representa la demanda espontánea.

Asimismo, el 74% de las personas encuestadas al inicio del Curso manifiesta que en el centro de salud donde trabaja se realizan reuniones de equipo. Dicha respuesta fue similar en todas las provincias a excepción de Santa Cruz, donde el porcentaje alcanzó casi el 29%.



De las reuniones de equipo participan en su amplia mayoría, agentes sanitarios (91%), enfermeros (86%), directores de CAPS (80%), y médicos (82%). También participan administrativos (69%) y otros profesionales (51%).

### Temas de las reuniones de equipo



Los **temas** que se tratan con mayor frecuencia en las reuniones de todos los equipos están relacionados en primer lugar con los recursos necesarios para el funcionamiento del efector (77%), con los aspectos administrativos del centro en segundo (73%), y con la organización de actividades comunitarias en tercero (70%).

Con menor tasa de respuesta (50%) se encuentran los temas vinculados con las capacitaciones a realizar, y lo que refiere a la asistencia del personal. El asunto menos tratado en las reuniones de equipo remite a temas clínicos de alguna persona que asiste al centro de salud o bien ateneo de casos (30,5%).

En algunas entrevistas se relata el desafío de intentar instaurar el trabajo en equipo, y no faltó quien ubicara entre los motivos de esta dificultad el hecho de que **las capacitaciones habitualmente tomen por separado a los distintos integrantes de los centros de salud**. Por otro lado, las entrevistas muestran una gran heterogeneidad de dichas reuniones y sus dinámicas. En este sentido, en algunos CAPS las reuniones tienen el objetivo de evaluar las actividades del centro en su conjunto, tomar decisiones de forma colectiva, y generar capacitaciones compartidas sobre distintos temas. En cambio en otros, las reuniones consisten en que el/la jefe/a a cargo explique los proyectos en curso y cómo deben ser llevados adelante por los/las trabajadores/as. En otros, las reuniones congregan esporádicamente a todo el personal para “comunicar” las opiniones de las autoridades sobre el trabajo del

centro. Y en otros, las reuniones se organizan por área, tipo de personal o tarea, y luego las conclusiones son transmitidas por cada referente a la coordinación del CAPS.

Asimismo, en relación a los espacios de reunión que se sostienen en el tiempo, se ubican aquellas planificadas con cierta periodicidad (ej.: mensual) o bien espontáneas, cuando los tiempos y la dinámica general lo permite.

*“Realizamos reuniones de equipo cuando llueve. Aprovechamos esos momentos porque en general la gente viene menos al centro y se suspenden las actividades en terreno. Ahí nos juntamos, y nos ponemos al día de los diferentes temas”.*

## Disponibilidad de tecnología para la comunicación

El acceso y uso apropiado de la tecnología de la información y la comunicación permite optimizar el vínculo con quienes concurren a los centros de salud (por ejemplo, utilización de recordatorios vía telefónica o correo electrónico para el seguimiento de los problemas y los requerimientos de las personas con ECNT) así como con los diferentes actores con quien es posible articular (instituciones locales, otros efectores de distintos niveles de atención, coordinación provincial, entre otros). Sin embargo, la disponibilidad tanto de telefonía fija como acceso a internet en los centros de salud resulta un aspecto crítico que condiciona las posibilidades de mejora de la calidad de la atención, por lo que la falta de conectividad resulta una dificultad al momento de construir vínculo con las personas, al no poder anticiparse ante imprevistos.

*“Está esta colonia y después hay otra colonia. Esta otra colonia está más alejada de acá, a 6 km. La localidad (X) sería... y después hay otra colonia, que es (X), que está más lejos. Y como no hay señal y no podemos comunicarnos, está solamente el colectivo. Y la gente, si viene en colectivo, por ahí se encuentra que está cerrado, que no hay lo que buscan. Y entonces se pagó el pasaje, con todos sus chicos y vuelven otra vez”.*

Así como surgen las dificultades, también lo hacen las estrategias de los equipos de salud para sobrellevar estas falencias con recursos del ámbito privado:

*“(…) Lo que veo como una debilidad nuestra es el tema de la comunicación, justamente de internet. Nosotros tenemos acceso a internet pero es una línea que es privada, de la doctora que trajo su línea de internet acá al CAPS y nosotros estamos usando la línea de internet de ella, que no es de Salud Pública. Entonces, está todo bien, ella no tiene drama, pero creo que tampoco nos corresponde eso”.*

## Equipamiento mínimo en el CAPS

Este aspecto remite, por una parte, a la disponibilidad de espacios adecuados y acceso a equipamiento para la atención y desarrollo de las actividades planificadas en los centros de salud. Surge una batería de necesidades insatisfechas en relación a esto último, que buscan canalizarse a través de diferentes medios, entre los que se incluye el proyecto vinculado al modelo MAPEC. Este punto resulta de interés y se retomará luego para hacer referencia a las necesidades de mejorar la comunicación en relación a los alcances del Curso como trabajo concreto para ser implementado con los recursos y equipamiento disponible.

## Entorno político, condiciones laborales y voluntarismo

Se evidencian también condiciones de los contextos locales que configuran escenarios sobre los que se recortan facilitadores o barreras para la implementación de los proyectos vinculados al modelo MAPEC.

En relación a las condiciones laborales surgen diferentes aspectos que hacen a la fragmentación y dificultades para articular sostenidas en el tiempo al interior de los equipos de salud. Entre éstas se ubica la rotación que realizan algunos servicios, incertidumbre laboral ante cambios de gestión, trabajadores que se jubilan y no tienen reemplazo a la vista, diferencias en los modos de contratación que plantean a su vez condiciones desiguales de trabajo por la falta de concursos y presupuesto para asignar a nuevos cargos. También surgen lineamientos dispares y arbitrariedad en la toma de decisiones.

*“En su momento se capacitó a los agentes sanitarios para que empadronen y clasifiquen, hubo centros que trabajaron muy bien y agentes que no empadronaron ni a uno. O sea de hecho se los capacitó a todos para empadronar, para clasificar, a todos los niveles y también hicieron distintos cursos para empezar a trabajar con los crónicos, después cuando vuelven de la capacitación a sus lugares de trabajo depende mucho...”.*

Las heterogeneidad de situaciones y condiciones laborales en las que se inscribe el modelo MAPEC, nos remite más al lugar del voluntarismo en el desarrollo de las tareas, en contraposición con la noción de liderazgo, promovida por el Curso, y que se relaciona con la posibilidad de otorgarle sentido y dirección a dichas acciones y con la integración de objetivos entre el individuo y el grupo.

## Dinámicas de trabajo: el tiempo como rompecabezas

Las dinámicas de los centros de salud se centran en una rutina semanal conocida y ritmos espontáneos de la atención, no planificados, que se relacionan tanto con las dinámicas propias de la población (los lunes concurren en general más personas que el resto de la semana, por “la espera” del fin de semana), así como otros factores ya mencionados que facilitan o dificultan la accesibilidad (factores climáticos, funcionamiento y horarios disponibles del transporte público, entre otros). En este sentido, pueden comprenderse las estrategias en torno al uso del tiempo que llevan adelante los equipos de salud, para poder responder a la demanda a la vez que generar instancias para poner en común y planificar tareas.

El MAPEC se inscribe también dentro de esta problemática del uso del tiempo, como parte de aquellas actividades que insumen horas de trabajo conjunto y que resulta difícil articular dentro de las rutinas previas sin implicar tiempo extra o bien la disminución de la atención, lo que genera malestar entre la población que requiere atención. Este punto plantea la necesidad de repensar las dinámicas de trabajo, generar sinergia con los equipos que trabajan en terreno o encontrar nuevos dispositivos que permitan articular prácticas conjuntas.

*“El día a día te sobrepasa entonces, bueno, entonces tratás, buscás resolver lo que hay que resolver y eso pareciera que tenés que tener un tiempo extra para hacerlo, allá es muy difícil reunirnos, quizá por una cuestión de autoridad de cada uno, es difícil reunirse aunque lo planeamos, lo avisemos y todo, es difícil desví de tal horario, una hora en esta semana no vamos atender porque tenemos reunión de equipo, o porque estamos programando un taller y lo que fuera, es muy difícil poder hacerlo”.*

*“(…) Es muy difícil reunirse, dejar de atender una hora para hacer una reunión de equipo o armar un taller. Tampoco es bien visto por los pacientes que te reúnas para ver cómo trabajar con ellos, es como que estás sentada sin hacer nada...”.*

## Sistema de información clínica

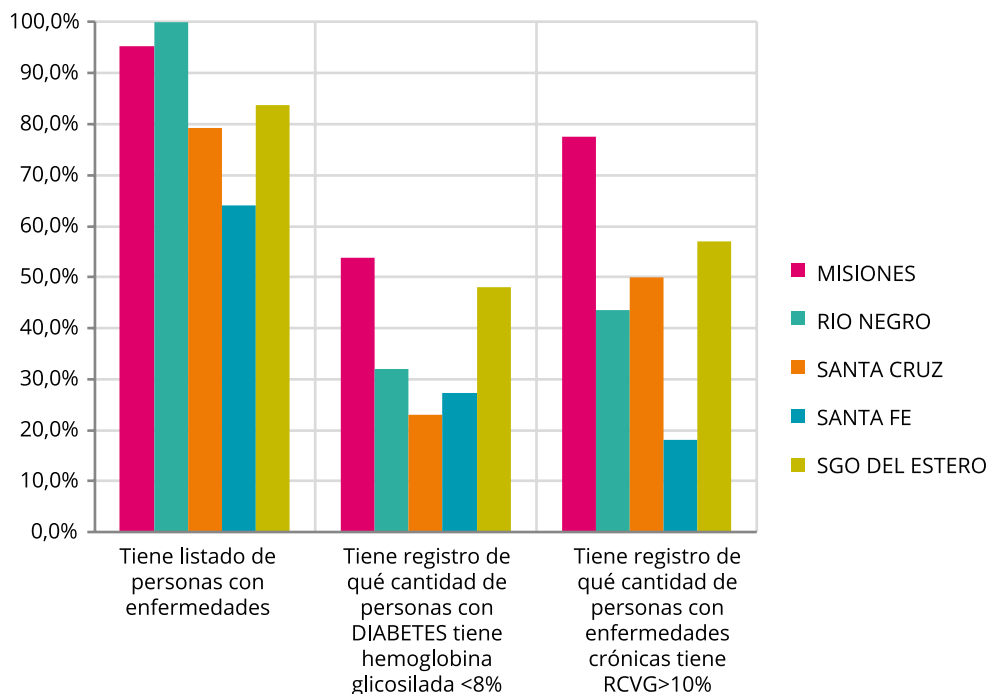
### Identificar a poblaciones o subpoblaciones y facilitar la planificación de la atención individual

En términos generales, la posibilidad de llevar adelante estrategias para la identificación y seguimiento de personas con ECNT resulta un gran desafío para los equipos de salud. En este sentido, respecto de la identificación de sub-poblaciones, como las personas con ECNT, **en**

las cinco provincias manifiestan contar con un listado de personas con enfermedades crónicas (85%). En relación a la consulta sobre la disponibilidad de información respecto de la cantidad de personas registradas con diabetes (DMT) que tienen hemoglobina glicosilada <8%, menos de un tercio (30%) del total refirió contar con dicha información. Este valor presenta oscilaciones provinciales, como en el caso de Misiones donde el 53,8% refirió registrarla y Santiago del Estero, donde lo hizo el 48%.

Al consultar si en el centro de salud donde se desempeña cuenta con registro de la cantidad de personas con enfermedades crónicas con riesgo cardiovascular (RCVG) mayor al 10%, la respuesta fue variable, desde Misiones con un 77% de respuesta afirmativa hasta Santa Fe con un 18,2%.

### Sistema de información clínica: Identificación de poblaciones o subpoblaciones

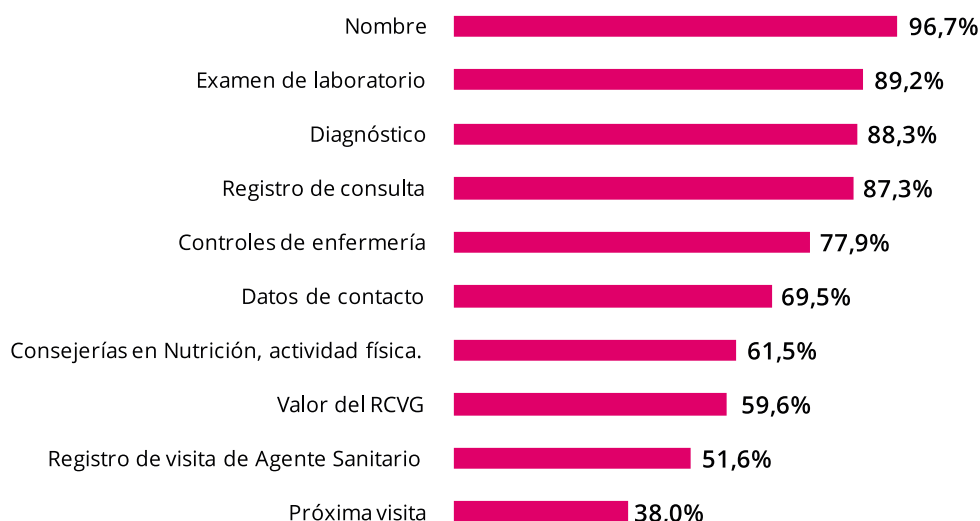


Asimismo, para el registro de la atención de personas con enfermedades crónicas, en las cinco provincias la mayoría (84%) respondió que emplean historias clínicas (HC) de personas adultas en papel.

Los datos que se incluyen en el registro clínico -sin grandes variaciones provinciales-, son los siguientes: nombre (96,7%), examen de laboratorio (89,2%), diagnóstico (88,3%), registro

de consulta (87,3%), controles de enfermería (77,9%), y datos de contacto (69,5%). El valor del RCVG se refiere consignado en la HC en un 59,6% de los casos, el registro de la visita del agente sanitario en un 51,6% y la próxima visita solamente en un 38% de los casos. Estos indicadores se relacionan con las dinámicas de trabajo, la disponibilidad de recursos -insumos para medir el RCVG- así como de la viabilidad de llevar adelante campañas o acciones extramuros por parte de los equipos de salud.

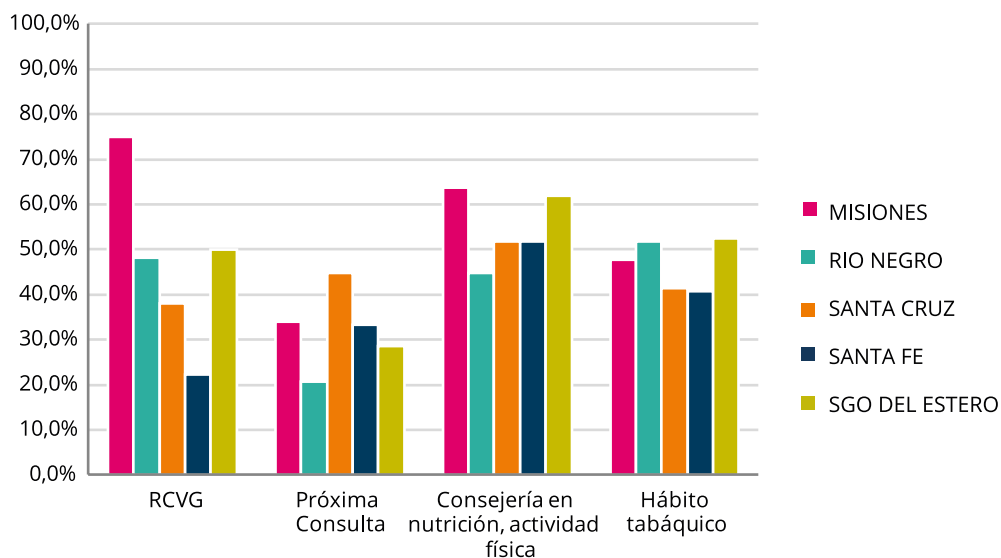
### ¿Qué datos incluye el registro clínico?



En este sentido, al consultar por la información registrada en la HC, el **valor del RCVG**, aparece referido en promedio en el 50% de los casos, encontrando diferencias entre provincias, que van desde un 75% en Misiones a un 22% en Santa Fe.

El registro de la **próxima consulta** en la HC, al igual que en el ítem analizado anteriormente es escaso en todas las provincias, siendo el 31,5% el porcentaje del total que refiere registrarlo. El registro de **hábito tabáquico** se refiere registrar por el 48,4% y la **consejería en nutrición y actividad física** por el 57,3%.

### ¿Registra Ud en la historia clínica...?



La exploración cualitativa permite visualizar una multiplicidad de prácticas en cuanto al modo en que se completan las HC. Existen diferentes formas de registro, contenidos variables y distintos responsables en cada uno de los contextos.

En ocasiones la apertura y llenado de las HC se articula con el trabajo en terreno. En estos casos, a quienes extramuralmente son clasificados como “en riesgo” se les abre automáticamente una HC personalizada, en función de que oriente la búsqueda activa futura. A su vez, esta estrategia admite distintas formas de implementarse. Mientras que en algunos centros se dividen la tarea: los agentes salen a terreno y el médico determina el riesgo; en otros, esto lo realiza el mismo personal. Estas acciones se condicen con la operatoria del **Programa Redes** que se encuentran ligadas a las actividades en terreno de los equipos. Las entrevistas permiten a su vez tomar contacto con otras conexiones locales. Por ejemplo, algunos entrevistados comentaron que el trabajo con HC del adulto fue incentivado a partir de la ampliación del Plan Sumar.

Resulta a su vez variable la periodicidad con que se actualiza la información. En algunos CAPS, se registran datos como peso, talla y presión arterial mensualmente, acompañando el retiro de medicación, por lo que se dispone únicamente de ellos para el caso de personas diagnosticadas que acuden a tales fines. En algunos casos existe una revisión continua tanto para actualizar la información como para verificar “*quien no asistió, e ir a buscarlo*”.

Aparece asimismo diversidad respecto de quiénes completan las HC. Mientras que en algunos casos esto es considerado una tarea del profesional interviniente, en otros se



incluyen las prácticas de enfermería y, en otros, también las de agentes de salud. Respecto del tipo de información relevada por estos últimos, los relatos manifiestan que se registran tanto las consejerías como el nombre del agente responsable por la búsqueda activa de esa persona.

## Percepciones en torno a la población adulta con ECNT como destinataria de las intervenciones

En términos generales, se identifica cierta homogeneidad en el discurso de los equipos de salud en torno al imaginario de la población adulta con ECNT. Así, se tiende a unificar a “usuarios”, sin visualizar recorridos particulares. Entonces *“cuesta cambiar costumbres”* como si existiera cierta inercia y resistencia general al cambio, y no como si tomaran contacto paulatinamente con la modificación de pautas (ejemplo: horarios y días para extracción, atención de mañana y de tarde), o en la comunicación precisa del proceso *“en adelante”*. Entre los ejemplos discursivos se ubican: *“no van a la tarde sino a la mañana”, “no se adaptan a turnos programados”, “no aceptan no ser atendidos”, “no se puede suspender atención por reunión de equipo”*.

Asimismo, algunos discursos manifiestan cierta cosificación en torno a *“el paciente crónico”*, y la familia como apoyo, en lugar de pensar entornos de cuidado para todos los miembros. En general en los proyectos, se pretende que participe la familia. O sea, que la concientización no sea solamente a la persona sino también al entorno familiar, tanto para la actividad física como para la alimentación.

*“A medida que va pasando el tiempo... Antes yo comenzaba los tratamientos médicos, era pura y exclusivamente ‘tomate esta pastilla’ y ‘cumplí con la dieta’... y después uno se da cuenta y, aparte se va adaptando también a los cambios y a lo que las sociedades científicas van demostrando también que es mejor ... y por ahí lo que trato de buscar ahora es la adherencia del paciente al tratamiento. Conseguir la adherencia al cumplimiento del tratamiento farmacológico, al cumplimiento de la dieta. Ahora faltaba la actividad física”*.

Sin embargo, también existen discursos divergentes, que ubican el foco en torno a las posibilidades reales de la población en el acceso y continuidad en el cuidado de su salud. En este sentido, los equipos de salud buscan generar estrategias para acercar (y acercarse) a la población a través de visitas domiciliarias de agentes sanitarios, postas de salud, charlas en sala de espera, atención personalizada durante días y horarios específicos, etc.

Asimismo, al momento del abordaje de la población, aparece la disyuntiva en relación a la distinción que desde los programas se realiza entre quienes tienen y no tienen cobertura

pública exclusiva en el abordaje de las ECNT. Esto puede resultar conflictivo y se resuelve de distinto modo en los diferentes establecimientos. Hay diversos arreglos particulares (sobre si atender o no, buscar activamente o no, dar medicación o no, disponibilidad de metformina o no) -algunos encuadrados desde los programas provinciales-; y diversas formas de comprender la relación entre coberturas y vulnerabilidad, sobre todo en lo que respecta a usuarios con Incluir Salud (ex ProFe), PAMI, u obras sociales municipales —por ejemplo, respecto de obligatoriedad de copagos o la poca accesibilidad de profesionales y farmacias cuando no se trata del subsector público-. Lo anterior se relaciona asimismo con el carácter urbano o rural del emplazamiento del CAPS, dado que en sectores menos poblados tiende a ser el único efector. Esto último condiciona las acciones de captación activa, los turnos programados, lo entendido por adherencia (cambia el universo considerado), y las estrategias para llevar adelante las intervenciones.

Por otro lado, la posibilidades de éxito en la implementación de proyectos orientados a la población adulta con ECNT se relaciona con el vínculo previo que se va generando entre equipos de salud y la población así como las estrategias para el abordaje y resolución integral de las problemáticas emergentes.

En cuanto al lugar de la familia en la atención de personas con ECNT, la misma emerge o bien como sostén, para garantizar el acceso y continuidad del tratamiento de personas con ECNT o bien como *unidad primaria* con la cual trabajar en conjunto desde una perspectiva integral. En este sentido, si bien los equipos remiten trabajar a partir de una orientación familiar, el lugar de los otros evoca significados diferentes e impactan en las propuestas de trabajo comunitario.

*“Pensamos en hacer talleres con diabéticos y sus familias, porque ellos forman parte de su mismo contexto, hay que enseñarles a cocinar, a que puedan ayudarlos”.*

*“Pensamos en hacer talleres de actividad física para adultos crónicos, pero como es más fácil acercar a los grandes a través de los más chicos, pensamos en actividades para toda la familia. Muchas veces a los niños los cuidan los abuelos. Tenemos que trabajar con todos para transformar hábitos, para que sean más saludables”.*

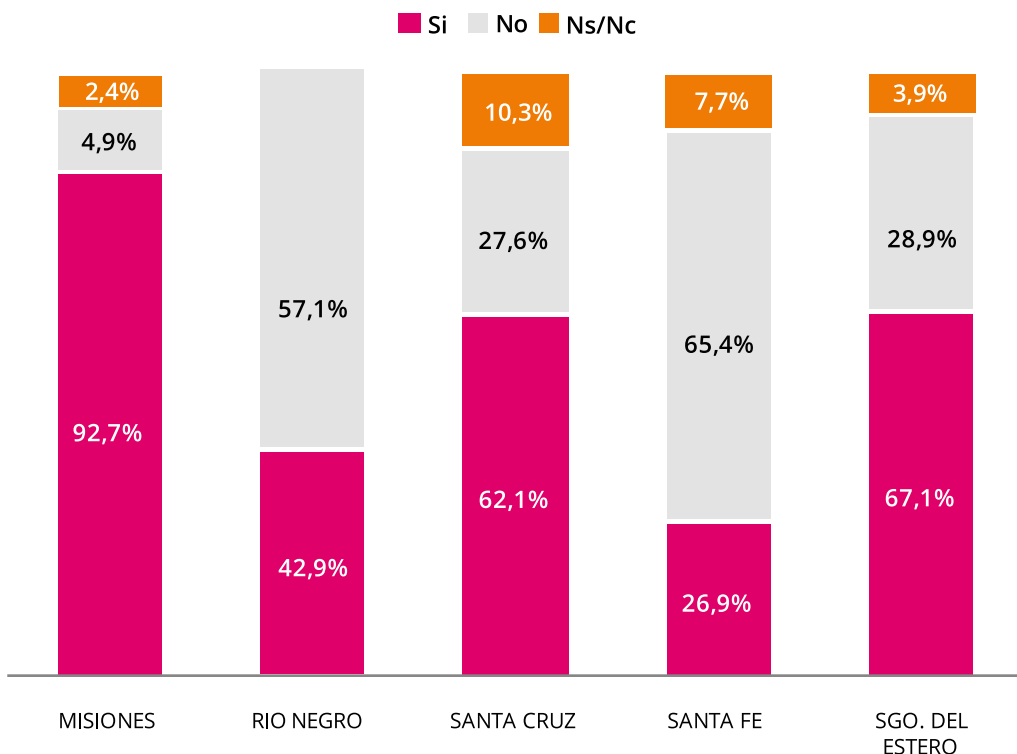
## Apoyo a la toma de decisiones

### Guías de Práctica Clínica

Respecto de cuánto se conocen las Guías de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes (más conocidas como Guías de Práctica Clínica -GPC-), las respuestas fueron

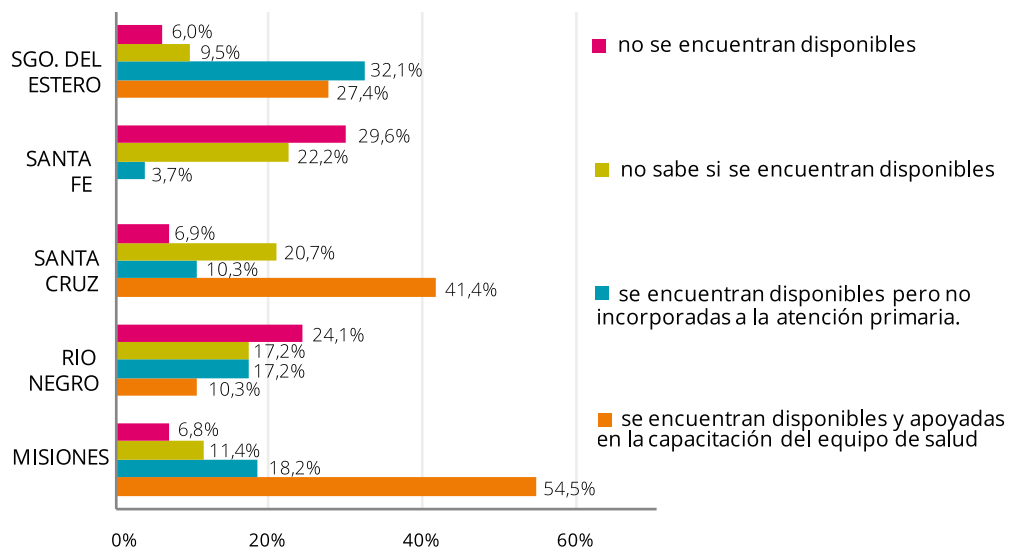
heterogéneas entre las provincias incluidas en el estudio. Si bien en promedio un 63% manifestó conocerlas al inicio del Curso, en Misiones lo hizo un 92,7% mientras que en Santa Fe, sólo un 26,9% de los encuestados.

### ¿Conoce las Guías de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes?



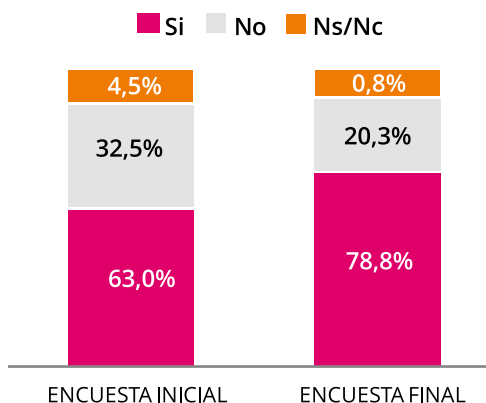
Frente a la consulta respecto de cuán disponibles se encuentran las GPC en los respectivos centros de salud, también se encuentran situaciones diversas. En Misiones y Santa Cruz una amplia mayoría respondió que se **encuentran disponibles y apoyadas en la capacitación del equipo de salud** (55% y 41% de los encuestados, respectivamente). En Santiago del Estero, alrededor del 32% respondió que **se encuentran disponibles pero no incorporadas a la atención primaria**. En cambio, en Río Negro y Santa Fe el 24 y 30% respectivamente de los encuestados respondió que las GPC **no se encuentran disponibles**.

### Las Guías de Práctica Clínica...



Cabe advertir que este ítem es el único en el cual se han relevado **diferencias entre las respuestas dadas en el inicio del Curso y las correspondientes a la última jornada**<sup>8</sup>. Al respecto, se releva un aumento significativo ( $p > 0,05$ ) del conocimiento de las GPC entre los encuestados.

### ¿Conoce las Guías de Práctica Clínica?



En consonancia con lo anterior algunas de las personas entrevistadas manifestaron haber conocido incluso el propio nombre de las GPC a partir del mismo. En aquellos casos en que

8. Véanse las definiciones operativas.

se sabía de su existencia, más de una vez se comentó que antes del Curso las GPC aparecían como un recurso de competencia exclusiva –y hasta personal- de los profesionales médicos. De hecho, algunos agentes sanitarios manifestaron su interés por conocer las Guías, porque creían que todos debían conocerlas para ayudar a “usar mejor los recursos, por ejemplo saber cuándo pedir un laboratorio”.

## Apoyo al automanejo

En relación a la posibilidad de brindar herramientas y un acompañamiento adecuado para que las personas con ECNT puedan autogestionar los cuidados necesarios para su bienestar, al consultar al inicio del Curso a los equipos en qué medida brindan información sobre las GPC a las personas, el 62% refiere realizarlo. El 44% refiere que se realiza habitualmente a fin de lograr una mayor adherencia al tratamiento, mientras que el 13% refiere que se realiza mediante publicaciones específicas para personas según su condición de salud y sobre cada Guía en particular. El 5% refiere que sólo se realiza si lo pide la persona o mediante publicaciones informativas. La excepción fue Río Negro, donde el 46% respondió no realizar esta práctica.

Durante las entrevistas iniciales, referentes de varios CAPS comentaron trabajar en talleres, charlas, y otras acciones con el objetivo de fortalecer el automanejo manifestando la necesidad de contribuir en este sentido, a la vez que se perfilan ciertas controversias respecto de la población en cuanto al interés por cuidar su salud, y la capacidad real de hacerlo. En algunos casos, bajo una mirada individualizante, se refiere como dificultad para trabajar en acciones vinculadas con el automanejo, como *“falta de ganas y voluntad”*, aún en aquellos casos en que se describe que *“hay familias críticas, situaciones de violencia y bajos recursos”* o que *“las personas están dejadas, no se interesan”*, en palabras de algunos integrantes de los equipos de salud.

Asimismo, entre los equipos se identifica la falta generalizada de información en torno a la prevención y cuidados de ECNT, si bien se visualiza que entre información y práctica no existe una relación mecánica. Así, algunos integrantes de los equipos de salud consideran a las personas con ECNT como *“pacientes que no tomen conciencia de su enfermedad, en su gran mayoría”* asociándolo con sus trayectorias educativas y ocupacionales: *“no tienen primaria, ni secundaria, trabajan en la construcción, son empleadas domésticas (...) son gente... como les podemos decir... de la clase social, como apartados, que tienen vergüenza, son de bajos recursos, muchas veces ni conocen la medicación que toman, sólo por el color. Uno les da el tratamiento, les explica, les describe... y ellos toman lo que le dan y después dejan de tomar, como si fueran suficientes. Hay personas que son agresivas, que no entienden, hay que saber tratarlas”*.

Sin embargo, otros integrantes de los equipos de salud reconocen las propias dificultades y prejuicios, proponiendo avanzar a partir de la propuesta del modelo MAPEC, desde la mirada en el paciente hacia la persona en su contexto:

*“Yo me quiero sacar de mi vocabulario la palabra ‘paciente’... la sociedad, la familia... yo no le enfoco nada más en el paciente, a la persona individual con su enfermedad, ya no es solamente eso... Es él y su núcleo familiar, y la familia inserta en la sociedad, y en esto en el barrio. Que entonces tengan ese empoderamiento. Que no es que porque nosotros estemos de vacaciones, por ejemplo, no hay tratamiento, no hay control, no buscan su medicamento, no hacen actividad física, no se cuidan con la comida... O sea, lograr con todas estas actividades que ellos realmente se autoayuden”.*

## Actividades y recursos comunitarios

Al consultar acerca de cuál/es aspectos podrían modificarse para mejorar la atención de personas con ECNT, el 80% de las personas encuestadas al inicio del Curso MAPEC, refiere a las **“actividades comunitarias en los barrios y/o en el centro de salud”** dando cuenta de la alta valoración de este tipo de acciones por parte de los/las participantes.

En términos generales, cabe destacar que la mayoría indica realizar actividades comunitarias orientadas a las personas con ECNT (79 %) previamente a la realización del Curso MAPEC. Sin embargo, esta frecuencia global comprende situaciones disímiles a nivel provincial, encontrando mayor orientación a la implementación de actividades comunitarias en Misiones (93%) y Santiago del Estero (88%) que en el resto de las provincias consideradas<sup>9</sup>.

Con respecto al tipo de actividades comunitarias, la mayoría de los/las encuestados/as refiere realizar en primer lugar “charlas y talleres sobre hábitos saludables y prevención de ECNT” en cuatro de las provincias seleccionadas, a excepción de los/las participantes en Santiago del Estero que manifiestan realizar, en primer lugar, “Actividad Física dentro y fuera del centro de salud”. Esta actividad aparece en segundo lugar en el resto de las provincias consideradas. En la mayoría de los casos, los proyectos presentados en el Curso MAPEC recuperan estas prácticas conocidas, promoviendo la realización de acciones comunitarias que promuevan la actividad física (caminatas, baile) así como charlas y talleres de hábitos saludables (huertas, encuentros orientados a personas con diabetes, etc.).

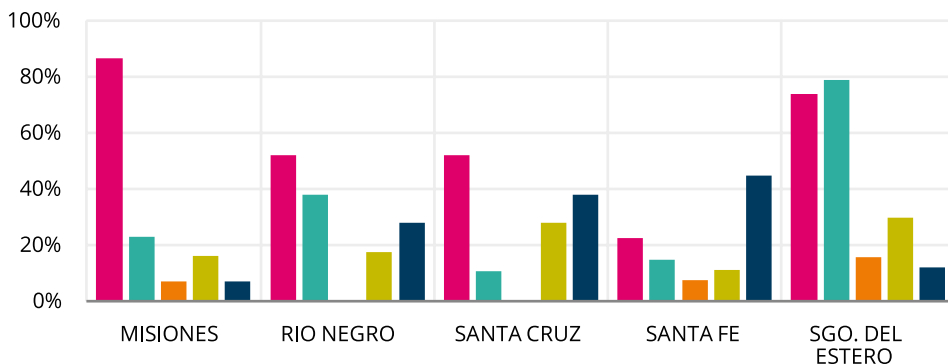
Asimismo, y siguiendo los datos de la encuesta inicial, los *stands* informativos en plazas,

---

9. En Misiones sólo el 7% de los encuestados responde no realizar actividades comunitarias; en Santiago del Estero, el 12%; mientras que en Río Negro el porcentaje asciende al 28%; en Santa Cruz se ubica en el 38% de los encuestados, y en Santa Fe, en 44%.

barrios, o centros comunitarios (postas de salud) se ubican en un tercer lugar, mientras que los grupos de apoyo o contención psicológica figuran como última opción de respuesta. Es posible afirmar que este tipo de actividades revisten mayores complejidades para su implementación. Esto se debe a dificultades en relación al manejo del tiempo, logística, estrategias de convocatoria, y a las instancias de articulación interna o bien con otras instituciones y referentes comunitarios. También representa una dificultad el hecho de tener que lidiar internamente para obtener recursos necesarios para la realización (espacio físico, insumos u otros materiales). Es importante destacar que los proyectos comunitarios presentados y enmarcados en estas dos líneas de trabajo, se enfrentaron con estas mismas dificultades y barreras al momento de su puesta en práctica. La escasez de agentes sanitarios en algunas provincias o su dedicación creciente a tareas administrativas o intramuros, dificulta las estrategias de convocatoria y búsqueda activa de personas que puedan participar de las diferentes actividades comunitarias. A la vez que dichas propuestas enfrentan muchas veces resistencias tanto en el entorno más amplio (Ej.: municipalidad) así como al interior de los equipos de salud, de acuerdo a intereses específicos y arbitrariedad en la toma de decisiones entre quienes salen y no salen a terreno.

### Actividades comunitarias



- Charlas, talleres sobre hábitos saludables y prevención de ECNT
- Actividad física dentro o fuera del centro de salud
- Grupos de contención psicológica
- Stands informativos en plazas, barrios, centros comunitarios
- No se realizan estas actividades

Por otra parte, al consultar respecto de la articulación con otras instituciones para el abordaje de las ECNT, gran parte de los encuestados respondió trabajar de esta manera (77,6%). En el caso particular de Río Negro, la brecha se achica, registrándose que el 42,3% de los participantes de esta provincia, encuentra dificultades en la articulación con otras instituciones para el abordaje de ECNT.

Las entrevistas y los proyectos presentados nos permiten conocer las instituciones concretas con las que se desarrollan tales articulaciones. Si bien las menciones más frecuentes remiten a las organizaciones territoriales (centro de jubilados, comisiones vecinales, mesas barriales de gestión), así como para los establecimientos educativos o religiosos locales (jardín de infantes, escuela, parroquia), también se recogen referencias a organizaciones de la sociedad civil que trabajan a escala ampliada (Cáritas), e incluso programas pertenecientes a dependencias nacionales (Programa ProHuerta del INTA<sup>10</sup>; RENATEA<sup>11</sup> del Ministerio de Trabajo).

---

10. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria.

11. Registro Nacional de Trabajadores y Empleadores Agrarios. El nombre ampliado del Ministerio es "de Trabajo, Empleo y Seguridad Social".



## Capítulo #4

# Expectativas relacionadas con el Curso MAPEC



## Expectativas relacionadas con el Curso MAPEC

Alrededor del Curso se configuran experiencias particulares y expectativas en torno a la participación, valoración de la propuesta general, y condiciones para llevar el proyecto final.

En términos generales, el Curso MAPEC es “bien recibido”, como lugar de encuentro, aprendizaje y puesta en común de saberes, experiencias y estrategias de trabajo llevadas adelante por referentes y/o equipos heterogéneos de centros de salud, y en el que se facilitan instancias de debate y reflexión conjunta.

Ahora bien, en relación a la **convocatoria** al Curso encontramos gran heterogeneidad en las modalidades y alcances de la misma. En este sentido, si bien se trató de una convocatoria abierta, en la práctica fue absorbida por las lógicas de intervención local, generando expectativas y estrategias particulares.

Entre las diferentes variantes, ubicamos por un lado la modalidad de convocatoria general, a través de una comunicación formal o informal a los integrantes de los diferentes centros de salud. Bajo esta modalidad, los/las responsables de los centros de salud, supervisores u otros referentes de la mesogestión, adoptaron a su vez **diferentes estrategias de convocatoria, al interior de los equipos de acuerdo a diferentes criterios:**

Según postulación voluntaria –los/las motivados-, búsqueda de representatividad de las áreas (administrativa, médica, enfermería), de acuerdo a la orientación de tarea (actividades comunitarias) o de la población destinataria (integrantes del equipo orientado a población adulta con ECNT), según vínculos interpersonales – “los buenos” y “los malos” dentro de los equipos-, priorizando a quien no ha participado previamente de capacitaciones similares, o bien como modo de inducción en APS (tanto para principiantes, no profesionales, o integrantes con perfil internalista).

La diversidad de estrategias genera expectativas y alcances diferentes en relación a la participación y generación de proyectos vinculados al MAPEC.

Cuando la selección resulta arbitraria, atendiendo a alguno de los criterios mencionados, surge la expectativa de poder revisar dicha práctica. Una de las aspiraciones generales es poder participar al resto del equipo de futuras capacitaciones, como forma de asegurar la igualdad en el acceso a la formación. Por otro lado, se manifiestan las dificultades que en muchos casos tienen quienes acceden a los dispositivos de capacitación, para generar espacios de encuentro que permitan compartir estas experiencias con el resto del equipo de salud.

**La participación de profesionales de la salud no médicos como parte de la convocatoria** (ej.: farmacéutica), fue vivido como oportunidad de incluirla como miembro del equipo de salud y comenzar a trabajar de manera articulada con el equipo médico, algo que no se había podido generar previamente, por la propia dinámica interna. De igual modo, la inclusión de participantes del área administrativa promueve un efecto importante al incorporar como destinatarios a quienes a diario realizan acciones auxiliares de las que muchas veces no logran apropiarse o comprender el sentido más amplio en el que se inscriben. Esto último se encuentra íntimamente relacionado con la dinámica propia de los espacios de trabajo y el grado en que se comparte y circula la información entre los integrantes de todo el equipo de salud (médico y no médico, profesionales y no profesionales, de las diferentes áreas de trabajo).

Entre las opciones de autoselección, la postulación voluntaria o la definición interna de los participantes se relaciona con otros factores, tales como la posibilidad de viajar y de facilidades (con quien viajar, pago de viático) para realizar el traslado (en el caso de ser un requisito), disponer del tiempo para ausentarse del lugar de trabajo (en general, no hay reemplazos).

También pueden surgir efectos no deseados vinculados a la convocatoria cuando la selección se centra en la orientación del equipo de salud. En este sentido, convocar sólo a quienes trabajan con población adulta con ECNT, puede reforzar el aislamiento del equipo en lugar de favorecer su articulación al interior de los equipos de salud.

La **modalidad** presencial con encuentros despierta gran interés. Hay una necesidad inmensa del cara a cara, de estar en contacto con otros que están a la par y que entienden las problemáticas propias de trabajar en APS, así como de referentes de provinciales y nacionales de sentirse más acompañados (o menos solos). En el mismo sentido se valora que los/las docentes cuenten con cierta cercanía y recorrido en APS además de formación universitaria apropiada. Sin embargo, la modalidad presencial junto con el requisito de elaborar un proyecto final plantea ciertas dificultades relacionadas con, por un lado, la disponibilidad de tiempo para viajar –más aún cuando las distancias con más largas-, y para organizar la rutina laboral y familiar para reunirse con los/las compañeros/as a elaborar el proyecto final:

*“Nos turnamos entre nosotras para ver quién va al curso, quien cuida a los hijos y quien cubre la atención a la gente”.*

Por otro lado, también aparecen dificultades para la obtención de autorizaciones y recursos necesarios –cuando se requiere viajar- para poder asistir al Curso.

En relación a la **elaboración del trabajo final**, encontramos experiencias dispares en torno al armado de proyectos, por lo que en algunos casos resultó una actividad a la que estaban acostumbrados -sobre todo aquellos equipos que participan regularmente de capacitaciones y presentan proyectos en forma periódica-, mientras que en otros casos la propuesta resultó un gran desafío o bien una tarea tediosa, insumiendo gran cantidad de tiempo extra, para poder cumplir con los requisitos de aprobación del Curso: “fue como hacer una tesis para nosotras”. Esto último se acentúa con los obstáculos asociados a la inexperiencia en algunos casos en torno al manejo de las herramientas informáticas y barreras para acceder a internet.

## Capítulo #5

# Relación entre lo existente y lo propuesto



## Relación entre lo existente y lo propuesto

### Las propuestas al finalizar el Curso

Los 20 proyectos seleccionados mostraban, según su formulación escrita inicial, aspectos comunes que también eran compartidos con la totalidad de propuestas presentadas para las 5 provincias. Entre ellos se encontraba la falta de precisión respecto de la propuesta. En el trabajo de campo hemos encontrado que esta característica se debía a la falta de experiencia de buena parte de los participantes en el armado de proyectos, aptitud que no era trabajada desde el Curso MAPEC. Esto tornó difícil de clasificar u ordenar las propuestas según el tipo de componente al que apuntan o el tipo de transformación que promueven.

Al mismo tiempo, las propuestas poseían un énfasis en lo vinculado con el automanejo, y cierto sesgo normativo centrado en la patología. Según hemos podido relevar, en varios casos esto se concedía más con lo que los equipos comprendieron que se solicitaba para la aprobación que con una orientación presente en la forma de trabajo.

Al recorrer los establecimientos encontramos que las propuestas eran básicamente de dos tipos: aquellas que implicaban la realización de talleres, charlas u otras actividades comunitarias, y aquellas que se centraban en la reorganización interna. En algunos CAPS eran combinadas. Tal como mencionaremos abajo, cuando el primer tipo de propuestas involucraba actividades novedosas raramente lograba sostenerse. Lo contrario sucedía con el segundo tipo de actividades.

Por otro lado, en base a los proyectos inicialmente presentados para la aprobación del Curso hemos bosquejado una tipología respecto del vínculo existente entre las acciones previas de cada uno de los CAPS y las transformaciones propuestas.

Las posibles modalidades que podía asumir este vínculo entre el primer resultado del Curso (entendido a la vez como trabajo escrito e intencionalidad de cambio) y la realidad previa del establecimiento y/o el equipo fueron analizadas en aquel momento en base a la construcción de cinco categorías. Al mismo tiempo, se advertía que dichas categorías no eran excluyentes, en la medida en que diferentes protagonistas podían ubicar la acción deseada en diversos sentidos. Pese a ello, mostraban formas en que el Curso había funcionado a nivel local, sentando bases sobre las cuales describir y analizar las propuestas desencadenadas al tiempo que arrojando elementos para la comprensión y mejoramiento de las orientaciones del mismo.

El primer seguimiento en campo, es decir el nuevo contacto que tuvo lugar transcurridos entre cuatro y cinco meses de la finalización del Curso, permitió corroborar la vigencia de aquella tipología inicial, expandir aquellas categorías desplegando más sus distintas manifestaciones, y profundizar la comprensión de sus implicancias.

## Relaciones entre la realidad previa y la transformación producida



### El Curso MAPEC como reafirmación

En un primer momento había llamado la atención a los organizadores del Curso el hecho de que algunos equipos propusieran acciones que ya venían desarrollando. En aras de evitar suponer a priori que este era un gesto inocuo, o bien motivado por la intención de no invertir demasiado compromiso con los contenidos, nuestra intención fue profundizar en el análisis de los significados que esto podía guardar para los participantes.

Inicialmente entendimos que la finalidad de este gesto podía estar vinculada con la corroboración de que lo que estaban haciendo es correcto, imbuyéndolos de más fuerza y convicción como para seguir adelante. En términos de redes intersubjetivas, aquello contribuía a consolidar el trabajo previo de los equipos.

El seguimiento en terreno confirmó que cuando los proyectos mencionaban acciones que ya se venían llevando a cabo, lejos de consistir en facilitar el proceso de aprobación, se estaba poniendo en juego un modo específico en que el Curso se mostraba como eficaz. La mayor parte de las veces esto sucedía cuando alguno de los participantes (o bien, todos) ya tenía conocimiento previo de la estrategia de APS. Esto vuelve necesaria una aclaración: **en casi todos los casos, el MAPEC fue asimilado con un Curso sobre aquella estrategia.** Mientras que para algunos era algo novedoso, **para buena parte implicaba refrescar contenidos, o revisar qué tan coherentes venían siendo sus prácticas con aquello que ya tenían internalizado como parámetro de un buen funcionamiento,** sobre todo en el PNA<sup>12</sup>. Al mismo tiempo, **esto permitía legitimar ciertos puntos de vista —precisamente, los de quienes traían una formación previa en APS— ante el resto de los miembros del equipo, o bien ante las autoridades de la mesogestión.**

Así por ejemplo en un CAPS comentaron haber visualizado que una actividad de consejería sobre alimentación saludable que venían desarrollando se había vuelto rutinaria, y que el Curso había permitido recordar a ellos mismos el sentido último que los motivaba a desarrollarla y sostenerla en el tiempo:

*“La consejería la pusimos como estrategia porque es algo que hacemos, es como reafirmarlo, ponerlo en valor”.*

En otro CAPS, la alta estimación del Curso aparecía asociada con la revitalización del deseo por trabajar en determinada línea, al tiempo que del gusto por hacerlo.

*“Yo creo que estas capacitaciones ayudan a reforzar algunas cosas que uno ya tiene pero que cuesta implementar o te achancha... No sabés como implementar. (...) Un montón de cosas que a lo mejor uno las tiene pero que hace mucho que no las lee. (...) En Atención Primaria uno está como estancado, hace falta como que alguien empuje: salgamos a prevenir.... Salgamos a recaptar”.*

*“Lo que nosotros veíamos es que habían un montón de cosas que el sistema de salud en el que yo me formé las tenemos articuladas. Esto de favorecer el turno anticipado, los pacientes de riesgo, de permitir que tengan un acceso más fácil y no que hagan la misma cola que hacen todos los pacientes. (...) Es algo que ya venía haciendo antes de hacer el Curso. (...) Lo que hicimos con el MAPEC fue reforzar esto. Tratar, con la secretaria y las personas que hacen los turnos, agilizar esto. Si la persona te dice que es diabética, que todo el equipo esté involucrado*

---

12. Cabe advertir que en dos casos de los que se tomó contacto se trataba de profesionales que por razones relativas al mercado laboral se encontraban insertos en el segundo nivel de atención, aunque contaban con formación previa en APS. En otros dos casos se trataba de una modalidad provincial que tampoco se corresponde con el primer nivel: los SAMCos (Sistema para la Atención Médica de la Comunidad) en Santa Fe.



*en esto de facilitar la accesibilidad. Uno por ahí lo tiene incorporado y piensa que el otro, como vos se lo dijiste, lo va a hacer... pero no. Esto de realmente sentarnos como equipo, si es de crónico, no importa el día que venga, incluso la agente sanitaria que a veces sale a visitar. Y les dice, necesitás un turno, vení mañana y les deja el turno dado. Como equipo, reformular y reforzarlo esto para que todos tengamos el mismo discurso”.*

Junto con lo anterior, **a la par que se refuerza el sentido de prácticas previas para los propios miembros del equipo, disponer de renovados elementos de argumentación para legitimar las acciones ante los demás** no es menor como ganancia a partir del Curso.

*“Nosotros cada vez que hacemos una cosa y tenemos que cerrar el inventario por dos horas para hacer el taller, nos entra el sentimiento de culpa digamos. Es una cosa, entonces estas cosas como que reafirman que está bien, es parte de la medicina, es parte del servicio hacer esto. (...) El Curso es como que te da un poco mas de solidez como para decir no estoy tan errada, no es que voy a perder tiempo con la gente, no es algo descabellado ni tampoco es una locura mía...”.*

En el marco de la valoración generalizada de lo asistencial y el carácter subalterno o periférico de las acciones de prevención y promoción, el Curso MAPEC opera **confirmando** que es correcto suspender la atención para realizar otras tareas en la línea de lo educativo, o mismo en lo vinculado con el seguimiento domiciliario. Esto permite **imbuir de más fuerzas a lo que se venía realizando, o bien definir destinarle aún más tiempo, o sumar más miembros del equipo para ellas**. También otorga nuevos argumentos para defenderlas ante quienes las critican, y más seguridad acerca de la necesidad de defenderlas. Vale decir: **el curso funciona respaldando** todas estas acciones.

*“Ahora con el tema del proyecto, uno se puso más firme en decir: ¡tenemos que hacer algo con eso!”.*

## El Curso MAPEC como potenciador

Inicialmente habíamos descripto cómo en algunos casos los equipos manifestaban que el Curso MAPEC les había **permitido visualizar modos de expandir estrategias que ya estaban llevando adelante, pero de manera acotada o rudimentaria**.

De esta manera, el Curso operaba **optimizando algo que previamente se hacía** (por ejemplo, los registros), **visualizando posibilidades de ampliación** (como trabajar con personas con HTA a abordar ECNT en su conjunto), o dotando de un nuevo sentido a algo que ya está en curso al **articularlo con otras posibilidades**. Dentro de esto último ubicamos

tanto al entretrejo de los contenidos con acciones que se venían realizando para el caso de problemáticas agudas o atención en otros grupos etarios, como a la articulación con otros efectores o instituciones para extender acciones que previamente se realizaban o dotarlas de nuevos sentidos.

Señalábamos también que, en términos de redes, esta dinámica permite **visualizar la construcción de nuevos vínculos y la potencialidad del trabajo en red** que puede desencadenar el Curso. Comprender a la potenciación como un efecto posible del Curso MAPEC nos lleva a visualizar otro modo en que lo nuevo se entrelaza con la continuidad de acciones previas.

El seguimiento en terreno confirmó aquello entrevistado inicialmente en la línea de base, al tiempo que nos permitió conocer nuevos casos. Así por ejemplo en una provincia el proyecto presentado **retoma una actividad que realizaban a demanda, esta vez formulándola en base a una planificación sistemática que se propone reconfigurar la oferta**. En esa área no hay otros CAPS, y hay barrios que tienen al hospital pequeño cuyo equipo participó del Curso como único efector posible, pero que se encuentran a una distancia considerable (cinco kilómetros) y no existen medios de transporte públicos. Antes del Curso el municipio había solicitado que fueran en algunas ocasiones a uno de esos barrios a hacer control de tensión arterial (TA). Luego esa acción se había discontinuado, aunque la nueva autoridad del establecimiento tenía la idea de reestructurar el sistema asistencial, descentralizando la atención médica. En ese marco, el proyecto presentado para el Curso MAPEC consistió en proponer un modo sistemático de realizar controles y atención básica en ese barrio, y en otro que queda a similar distancia pero en otra dirección geográfica. Así *“se puso en proyecto algo que antes estaba en ideas”*.

En otros casos, el Curso permitió visualizar el modo compartimentado en que se brinda la atención, dado que esta se organiza en función de la disponibilidad de profesionales en lugar de centrarla en las necesidades de los usuarios. De tal modo, sucede que -tal como lo comentaban respecto de un CAPS en otra provincia los electrocardiogramas se realizan durante la mañana, pero la enfermera que revisa los pies trabaja sólo de tarde, debiendo la persona con DMT acudir a controlarse en dos momentos distintos. Al **valorar como inapropiado algo que se tenía naturalizado**, como en ese caso, se sientan las bases para una reorganización interna, que permita un abordaje más integral y al mismo tiempo, trabaje en pos de favorecer el acceso.

Otro ejemplo de potenciación de acciones previas lo muestra la propuesta de otro CAPS en Misiones. Allí siempre se habían realizado huertas, y se estaba trabajando en el momento de realizar el Curso, junto con el INTA, en proyectos vinculados con el desarrollo de estas. El Curso **posibilitó articular esta acción previa con contenidos específicos referidos a**

**nutrición para la prevención de enfermedades crónicas y sus complicaciones. Esta articulación, por otra parte, permitió al equipo visualizar un modo de proponer transformaciones sustentables,** en la medida en que las huertas tienen una historia ya instituida, y probablemente continúen desarrollándose al margen de la intervención del equipo de salud.

## El Curso MAPEC como catalizador

Catalizar una reacción química significa modificar la velocidad de la reacción e incluso hacerla viable. Esto mismo cabe aplicar cuando, según los relatos, los equipos **traen una idea que vienen madurando, una percepción que vienen compartiendo, pero aún no ha existido una instancia que funcione como señal de largada.** Esto había aparecido como motivación inicialmente en varios de los proyectos, sea a modo de sistematización de acciones que venían realizando de manera esporádica, o como instancia que permite renovar el compromiso compartido por cumplimentar objetivos previamente propuestos. Asimismo, siendo que en varios casos los CAPS de origen de los participantes vienen ya trabajando con el **Programa Redes**, en ocasiones esta reacción implica **reflotar estrategias o acciones que con el correr del tiempo han ido cayendo en desuso. O reordenar datos que se han ido recogiendo, pero no se ha encontrado tiempo para una lectura sistemática de ellos.**

En varios casos los participantes del Curso pudieron identificar **acciones que se habían realizado anteriormente pero no habían logrado sostenerse en el tiempo. Reactivarlas fue uno de los efectos del Curso.** Esto fue relatado en CAPS de distintas provincias, por ejemplo, en relación con el seguimiento domiciliario, la captación y recaptación. Cabe advertir que esto no atañe únicamente a la atención de personas con enfermedades crónicas, sino que también la falta de actualización puede corresponderse con la atención materno-infantil: modificaciones en el contexto (sobre todo en lo vinculado con factores climáticos o condiciones de trabajo) pueden interponerse en las rutinas, y una vez que algo habitual se interrumpe resulta difícil encontrar un punto de partida desde el cual recuperarlo.

En relación a las prácticas antiguas que habían caído en desuso, esto sucede en muchos casos respecto de los censos poblacionales, algo que suele encontrarse desactualizado. Retomar algo que se hacía antes y se había dejado de hacer es entonces uno de los modos en que opera el Curso como catalizador.

Así en un CAPS de Río Negro el Curso permitió reconocer, entre otras cosas, que estaban manejando un padrón de personas con enfermedades crónicas desactualizado (incluyendo un número importante de fallecidos). A partir de aquel reconocimiento enseguida comenzaron a actualizarlo, observando gracias a eso que en ocasiones la farmacéutica cuando

alguien iba a retirar medicación y por algún motivo (generalmente, vinculado con el conocimiento mutuo ya que se trata de un lugar pequeño) sospechaba que podía no tener los controles al día, solicitaba acercar los últimos chequeos realizados. Fue así que decidieron que esa acción, espontánea y discrecional, bien podía convertirse en un control universal y de rutina para todo aquel que retire medicación crónica.

**En su función catalizadora, el Curso deja una fuerte huella en cuanto a motivación de los participantes. En términos de redes esta dinámica refuerza acuerdos previos, solidificando vínculos y acciones colectivas.**

## El Curso MAPEC como acontecimiento

En filosofía el concepto de acontecimiento se ha utilizado en referencia a una circunstancia excepcional que modifica el curso histórico. Algunos equipos han manifestado que el Curso les ha llevado a mirar su realidad con nuevos ojos, y que incluso no cabría denominar sus proyectos como “planes de mejora”, sino como **inclusión de algo por completo novedoso**.

Según el caso, esto puede corresponder al trabajo en ECNT, al trabajo programado y en equipo, o incluso a visualizar la posibilidad de hacer algo distinto con lo que ya se tiene (en lugar de esperar que mejoren situaciones edilicias o se incorporen nuevos recursos humanos antes de decidir un proceso de cambio). **Muchas veces el carácter de acontecimiento no viene definido por los contenidos del Curso únicamente, sino también por el encuentro con equipos de CAPS que ya están realizando estas acciones.**

Sin embargo, también desde una mirada externa es posible encontrar líneas de continuidad en algunos de estos casos, sobre todo respecto del conocimiento de las realidades locales que los equipos demuestran, o de la capacidad de trabajo colectivo cuando se presenta una meta clara a alcanzar.

**En términos de redes, esta dinámica también permite visualizar de manera nítida el rol del reconocimiento, el conocimiento, la colaboración, la cooperación y la asociación en la innovación a nivel de la oferta sanitaria.**

Resulta significativo observar que los proyectos que proponían acciones más discontinuas respecto de lo que venían realizando anteriormente fueron los que en general no llegaron a ser implementados. No obstante, cabe advertir que al mismo tiempo el acontecimiento **ha aparecido en relación con la generación de nuevas redes en el marco del Curso**. Dada la intención de diferenciar ese efecto, lo abordaremos más abajo, mencionando el efecto del MAPEC como dispositivo en tanto plataforma de encuentro.

## El Curso MAPEC como muestra de una posibilidad

Si bien escasos, hay equipos que plantearon en nuestro primer abordaje —correspondiente a la línea de base— que aunque los ejes del MAPEC les resultaron interesantes, sería preciso modificar situaciones previas para poder llevarlos a la práctica, lo cual no está a su alcance. Esto sucede sobre todo en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos (sea porque entienden que necesitan nuevos trabajadores, o porque necesitarían que los actuales se desliguen de tareas que actualmente no tienen en quién delegar). En términos de redes, estos equipos parecían inicialmente mostrar una débil comprensión de la sinergia que se desprende de un trabajo conjunto organizado.

Sin embargo, en el seguimiento en terreno hemos comprendido el interés que reviste esta categoría, en la medida en que **permite explorar qué sucedió en aquellos casos donde el Curso no se derivó en una propuesta de acción**. Al mismo tiempo es preciso recordar que esta categorización no es excluyente: dado que las experiencias reales en general tienen diversos componentes, esto puede corresponder a una parte de la propuesta pero no así a su totalidad. Tal como mencionaremos luego, en general los proyectos no se han efectivizado como tales, pero sí muchas veces han desencadenado una serie de pequeñas acciones.

**Al desarrollar los proyectos, varios equipos tuvieron en cuenta recursos con los cuales no pudieron contar a la hora la implementación. En algunos casos se debió a que entendían que la aprobación de los proyectos derivaba en algún tipo de financiamiento. En otros casos, porque se partió de entender que la realidad previa del establecimiento iba a prolongarse en el tiempo, pero esto no sucedió. En otros, porque no resultó correcto el cálculo de cuánto tiempo podían distraerse recursos abocados a otras tareas, sustrayéndose de aquellas** (sobre todo, recursos humanos: médicos generales de la atención pediátrica, agentes sanitarios de tareas administrativas para abocarse a promoción y prevención, etcétera).

La demanda de los médicos generalistas por parte de la atención pediátrica fue una realidad palpable sobre todo en la medida en que comenzó el invierno y con él, las infecciones respiratorias agudas. En otros casos se había considerado, al momento de armar el proyecto, que se iba a contar con agentes sanitarios que estaban afectados a otras tareas.

Asimismo en algunos casos se pensó que se iba a poder generar alguna acción distinta de la demanda espontánea, pero ante los primeros intentos de dejar esto de lado aparecieron inmediatamente las trabas. **Cambiar la estructura del trabajo cotidiano finalmente generó demasiadas resistencias, tanto por parte de directivos, como de colegas, y de la misma población. La equivalencia entre asistencia y trabajo (“si no se atiende, no se está trabajando”) genera críticas y enconos.**

En otras situaciones al momento de armar el proyecto se contaba con algún espacio que luego no estuvo, sea porque se debió refaccionarlo o porque el acuerdo que implicaba su utilización no siguió vigente. Así sucedió por ejemplo en un barrio donde se estaban realizando tareas en un predio a cargo de una institución vecinal al momento del Curso, pero luego sucedió en reiteradas ocasiones que el lugar no estaba en condiciones porque se había realizado algún evento, o porque no había agua. Al momento de realizar la entrevista de seguimiento se estaba gestionando con la comuna para equipar una pequeña salita en un club local. No obstante, al momento de armar proyecto daban por descontado el apoyo de la comuna, y eso estaba resultando finalmente más costoso de lo esperado.

## Nuevas categorías transversales emergentes

Si bien se vinculan con las mencionadas anteriormente, y de hecho su potencia está en que son transversales a ellas, creímos conveniente desglosar a modo de nuevas categorías otros modos en que el Curso MAPEC ha operado a nivel local. Esto permite **valorar el efecto del Curso de la manera más apropiada, al mismo tiempo que corrobora la importancia del mismo y del modo en que fuera planteado.**

Estas nuevas categorías resultan además centrales para pensar **el efecto multiplicador del Curso MAPEC** más allá de sus intenciones originales.



## El Curso MAPEC como reencuentro con la APS

Tal como se mencionó anteriormente, el Curso MAPEC tiende a ser visto como un Curso centrado en el abordaje de personas con enfermedad crónica, como también **un curso que trabaja sobre los contenidos de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.**

Esto tiene una serie de consecuencias: **permite legitimar algunas propuestas, introducir a nuevos integrantes del equipo en este tipo de contenidos** (sobre todo en casos donde se elegía para participar del Curso a quienes no sólo tenían inserción reciente en el CAPS sino que también provenían del ámbito hospitalario) y **reencontrarse con for-**

**maciones y acreditaciones previas, rejerarquizándolas** (tal como sucedió en los casos donde los participantes habían sido formados por el Programa Médicos Comunitarios). Para quienes con o sin formación previa en APS se encontraban insertos en el segundo nivel de atención, el Curso había operado a su vez como un remanso que les permitió reconectarse con perspectivas ligadas a la **recuperación de un sentido estratégico en las rutinas de atención, distinto de la mera atención reactiva.**

Respecto de la legitimación, tal vez resulte significativo mencionar que en una provincia que se propone como orientación general el trabajo en salud desde una perspectiva de APS, el Curso permitió a un equipo de salud optimizar su destreza argumentativa, ganando una vieja disputa ante las autoridades de la mesogestión: la necesidad de contar con un coordinador de agentes de salud. Al mismo tiempo, en dirección recíproca, una supervisora relataba que para ella resultó un alivio que los equipos tomen contacto con esos contenidos reforzando sus planteos habituales: le permitió fundamentar sus exigencias como algo relativo a la rigurosidad de una estrategia sanitaria –desligándolas de una eventual asociación con sus características de personalidad.

*“El Curso permitió visualizar la responsabilidad del equipo en el seguimiento de la población a cargo, en los sistemas de registro, la documentación actualizada (...) Al ser yo la supervisora del nivel de acá, antes parecía que pensaban que uno tiene algo contra el equipo por que vos bajas línea. Ahora han entendido el por qué de las correcciones, y que era lo que se estaba fallando. El hecho de que vos los saques de aquí, y que desde la Universidad le expliquen, que en otro contexto se les diga que eso es importante, me han dejado de hacer renegar. Como que se entiende el porqué, que no soy yo la que dice tal cosa porque sí. Un sustento”.*

## **El Curso MAPEC como dispositivo de encuentro**

La cursada, la disrupción que asistir a un espacio diferente genera en las actividades más rutinarias, tiende a funcionar como evento que marca una discontinuidad con las prácticas cotidianas. Al tiempo que se configura como instancia que reúne a distintos trabajadores independientemente de su profesión, se convierte en una motivación que activa miradas más optimistas sobre la propia realidad. En consecuencia, el mero participar del Curso pone en marcha un dinamismo transformador.

Junto con lo anterior, y más allá de los contenidos propuestos, impacta la modalidad del Curso como plataforma de interacción. El MAPEC tiene como una de las dimensiones de funcionamiento el ser un espacio de encuentro entre miembros del equipo en una instancia formativa, distinta a la laboral. Asimismo, también es plataforma de encuentro de distintos equipos.

Por un lado, al **interpelar de manera conjunta a la totalidad del equipo de salud, sienta nuevas bases para el trabajo conjunto**. En los casos en que desde el nivel provincial la convocatoria *ad hoc* consistió en integrar un administrativo, un agente, un enfermero y un profesional, el Curso logró desplegar su mayor potencial. En tal sentido, sobresale como logro fundamental del Curso algo inédito: haber incluido a personal administrativo junto con el resto de los trabajadores.

*“Me vino de diez, aprendí un montón de cosas que por ahí yo no sabía, y como yo soy la que capto a la gente que viene a pedir recetas, o las chicas me dejan marcadito con verde enseguida las llamo y les digo este paciente marcadito, no ha venido. Le damos el turno.*

E- *¿Eso lo hacías antes?*

*“No, a partir del Curso. Cuando vienen a pedir medicación, pregunto quién le hace los controles. La próxima traiga un certificado que el médico la atendió tal fecha sí no si se atiende afuera lo derivamos para que vea a su médico para que le podamos volver a hacer la receta. Y si son de acá, automáticamente se capta”.*

La inclusión de administrativos (y/o de secretarios, donde el rol es diferenciado) permitió dotar de sentido a tareas que anteriormente, dado que no se comprendía su finalidad, tendían a no considerarse prioritarias. Por ejemplo, articular la entrega de turnos para asistencia con el retiro de medicación, o completar datos en la carátula de las HC de las personas.

En dos de los establecimientos contactados durante el seguimiento, aquella novedad había también abarcado la inclusión de profesionales farmacéuticas, visualizando por primera vez la posibilidad de trabajar de manera articulada entre dispensa de medicación y asistencia. **El Curso MAPEC imbuó a los distintos miembros del equipo de un mismo horizonte, contribuyendo a que todos ellos se sintieran parte de una tarea conjunta.**

En cuanto al encuentro entre equipos, el Curso opera como instancia de puesta en común de distintas realidades. De tal manera, **surge como valor agregado el interés en replicar experiencias exitosas de otros, o por comprenderse a sí mismos y su situación particular en contraste con otros centros de salud. Por otro lado, al entrar en contacto con equipos de distintos establecimientos, esto se ha convertido en ocasiones en oportunidad para la articulación o el desarrollo de estrategias conjuntas.**

Por ejemplo, en el caso una provincia, la convocatoria llegó a través de la Dirección de Atención Primaria a una enfermera que trabajaba en el Programa de Salud Escolar, generando una articulación entre CAPS y este Programa, abriendo la perspectiva de poner en marcha un abordaje familiar a partir de la detección de obesidad o HTA infantil.



También en esa provincia la convocatoria al Curso llegó fortuitamente a un hospital que no se encontraba en la red alcanzada por el **Programa Redes**, el proyecto implicó el diseño de una estrategia conjunta para toda un área programática. Asimismo, resulta interesante mencionar que aquello sentó las bases de una experiencia en la que, **a partir de la participación en el Curso, se desató un proceso que entretejió diversos equipos y profesionales**. La propuesta consistió en armar una ficha de uso común en un territorio amplio, objetivo que al momento de presentar el proyecto se suponía sencillo.

Durante el proceso de desarrollo, se pudo visualizar que la definición del tipo de información que la ficha debía reunir, así como la decisión respecto del formato era algo que correspondía a todos los posibles implicados. ¿Qué información debía reunirse y de qué manera? ¿Qué dato resulta indispensable y cuál, accesorio? ¿Qué datos era necesario actualizar, con qué frecuencia? ¿Era posible que ese carnet opere no sólo como medio de comunicación entre profesionales sino también entre equipo de salud, persona que asiste al centro de salud y familia? Cada respuesta dada al armado del carnet, según fueron entendiendo, implicaba contribuir a unificar la asistencia en el área —algo sin precedentes.

De tal manera, se dio impulso a un amplio proceso participativo que una de sus gestoras comentaba de esta forma:

*“Hay que bajarlo a cada uno de los que están involucrados. (...) Al que no tiene tanta voluntad hay que insistirle: ‘lo que leímos el otro día’. Es como el lobby, y vas tratando de convencer que está bueno, que es interesante, que hace falta que cumplas con una parte de esto. ‘A vos te corresponde esta tareíta nada más, ¿vos crees que la podrías hacer?’ Igual es todo lento... es más bien despacio. Porque si tratamos de hacerlo rápido, en dos o tres meses, como que lo vamos a soltar porque va a resultar muy pesado (...) Comenzamos con los cartones en las hojas, a probar... algunos que venían, ‘esto está mal’ (...) Así fue como se van conquistando las voluntades. Estamos viendo que no es una cosa tan complicada. Primero vas con uno, después con otro... es como vender un producto nuevo”.*

## Capítulo #6

# Transformaciones que logran sostenerse en el tiempo



## Transformaciones que logran sostenerse en el tiempo

¿Qué es lo que convierte en efectivo el paso por el Curso MAPEC? ¿Qué es lo que coadyuva para que realizar un curso se plasme en la reorganización del modelo de atención? El Curso partió de suponer que el armado de un proyecto promovía esta aplicación de los contenidos en clave de transformación de las prácticas. Nos interesa profundizar esta idea, observando con mayor detalle **de qué modos aquello es más efectivo y qué tipo de sinergias alientan y sostienen los procesos de mejora.**

En este apartado nos proponemos tematizar aquellas dinámicas que permiten comprender mejor la combinación entre las categorías arriba mencionadas. Cómo es posible que el Curso opere a un mismo tiempo como potenciación y como muestra de posibilidad, es una de las preguntas que puede haber aparecido. Nos interesa señalar que **la eficacia del Curso puede ser alta, aún cuando no vaya en la direccionalidad inicialmente propuesta. En otras palabras: aún cuando los proyectos no se hayan podido implementar, el Curso pudo haber operado transformando el modelo de atención.**

Según los resultados de campo, el formato de proyecto suele resultar algo artificioso. En primer lugar, porque muchas veces no cuentan los participantes con experiencia previa en este tipo de producciones -llegando incluso un equipo a equiparar el ejercicio de proyectar con el armado de una tesis, en relación con el esfuerzo percibido. Esto lleva a que las herramientas con las que cuentan sean insuficientes, y que los proyectos no sean tan consistentes internamente (en relación con la coherencia entre diagnóstico, objetivos, acciones e indicadores para el monitoreo).

Por otra parte, esta discontinuidad para con sus formas de trabajo lleva a que el armado de un proyecto sea percibido como la exigencia de un curso para su aprobación, más que como algo útil para el moldeado de las prácticas cotidianas.

**Las rutinas de los equipos se encuentran generalmente organizadas de manera espontánea.** Por ejemplo, las cuestiones climáticas son centrales en aquella estructuración: varios equipos comentaron que el momento de reunirse y reflexionar sobre sus prácticas es cuando llueve. **Las transformaciones que perduran son las que resultan útiles para resolver distintos retos cotidianos (y no únicamente aquellos vinculados con la atención de personas con ECNT).** Además, es necesario que las modificaciones se amalgamen con aquella espontaneidad, más que el hecho de que planteen un encuadre más formalizado. Estas últimas confieren a las dinámicas de los equipos una rigidez que tiende a resultarles desalentadora.

## Integración con otras problemáticas y poblaciones

En este marco, **lo propuesto se sostiene en la medida en que se convierte en rutina, incorporándose a la práctica cotidiana. Cuando es percibido como un esfuerzo extra, se vive como una sobrecarga que difícilmente se prolongue en el tiempo.**

**Las modificaciones instauradas a partir del Curso MAPEC perviven siempre y cuando logran articularse con otras temáticas y poblaciones,** más que cuando se trata de pensar la atención a personas con enfermedades crónicas como objeto en sí misma. **Las propuestas son más sustentables si incorporan acciones percibidas como útiles para el trabajo diario en su conjunto.** El grado en que se pongan en práctica los conocimientos depende de la percepción de su utilidad para las necesidades rutinarias. **De esta funcionalidad es que se desprenden en buena medida las apropiaciones del Curso, sea que se hayan puesto en práctica acciones inscriptas en los proyectos presentados o no.**

Lo anterior se deriva a su vez del hecho de que prácticamente no existen equipos que únicamente tomen por destinatarios a adultos con ECNT. Los cuidados destinados a la población materno-infantil, aquella que es percibida como más apremiante y urgente, son en general realizados por los mismos trabajadores (agentes, enfermeros, médicos generalistas). Es por ello que acciones que incluyan como destinatarios a niños y adultos con ECNT, o a embarazadas y adultos con ECNT, son en general las más perdurables.

**Hay múltiples puntos de contacto posibles.** Una conexión posible entre temáticas y poblaciones radicaliza lo entendido por integralidad y APS, reforzando los contenidos del Curso al considerar que una correcta apropiación del MAPEC implica trabajar en prevención primaria y secundaria de las ECNT junto con la atención de las personas ya diagnosticadas. Esto lleva a entender que **el trabajo con población infantil se vuelve oportunidad de profundizar la estrategia, dándole al mismo tiempo una orientación familiar.**

*“Cuando vos encontrás un chico obeso, el papá o la mamá son obesos. Y ya empezás ahí. La obesidad te lleva a hábitos. Entonces vos captás. No solamente tenés la obesidad, también tenés una hermana adolescente y tenés que ir pensando en cómo cuidarla... Es como que es más fácil... (...) Cuando empezás a investigar el chico se queda en la casa de la abuela y ahí come... o una abuela diabética o un abuelo con ACV. Tenés un chico de 4 años que pesa 70 kilos...”*

Los mismos equipos trabajan cotidianamente en prevención de enfermedades producidas por vectores, en salud sexual y reproductiva, en inmunizaciones, en tratamiento directamente observado para la tuberculosis. **La captación cruzada entre adultos y niños** (captar al niño a través del padre, captar al padre a través del niño) suele ser una estrategia que rinde buenos resultados. O también realizar prácticas conjuntas, como un PAP a una

mujer que viene para controlar su DMT o un control de DMT a la mujer que vino a realizarse un PAP. O promover que quienes asisten a un taller sobre DMT se vacunen contra la gripe.

*“En la atención primaria hay como un contacto un poco mas íntimo con la gente y la enfermera que le pone una vacuna a la nena de 11 años mientras tanto habla con la madre de otra cosa”.*

**La imbricación entre personas con padecimientos agudos y crónicos también se produce al recuperar el repertorio de estrategias que habían resultado efectivas previamente.** Así en un CAPS de Santa Fe, para convocar a talleres a personas con enfermedades crónicas se las invitaba de forma personalizada casa por casa, algo que se había mostrado efectivo con las mujeres embarazadas. Y en un CAPS de Santiago del Estero, extendieron a las personas con enfermedades crónicas un carnet que ya se estaba utilizando para los niños sanos.

Al mismo tiempo, la efectividad de ciertas acciones queda demostrada al ponerse a disposición de diversas situaciones. Así, los dispositivos varios que mejoran la comunicación al interior del equipo de salud (cuadernos, carteleros, pizarrones, carátulas, señalizaciones, utilización de nuevas tecnologías), con otros equipos y con los usuarios y sus grupos familiares (carnet) se perciben como herramienta eficaz al utilizarse para más poblaciones, dado que —como especificábamos arriba— es un mismo equipo el que trabaja en diferentes problemáticas.

Junto con aquellos dispositivos que mejoran la comunicación, las acciones extramuros también se visualizan como más potentes cuando logran abarcar distintas problemáticas y poblaciones. Esto claramente sucede en lo relativo a empadronamiento, captación y recapitación. No obstante, **el mayor logro del Curso MAPEC parece haber sido la visualización de la importancia de los procesos de comunicación a fin de optimizar las tareas desarrolladas.**

También en cuanto a lo extramural, vale señalar que **las convocatorias comunitarias también logran más adhesión cuando reúnen intereses de distintas poblaciones.** Así, en una provincia relataron la experiencia exitosa de una plaza saludable para personas con enfermedades crónicas que ofrecía juegos para niños y música, por lo cual los adultos podían encontrar ahí un espacio de recreación simultáneo para los más pequeños.

Finalmente, también el Curso operó **facilitando acciones para otras poblaciones, lo cual lejos de desdibujar su sentido contribuyó a percibirlo como hito fundamental de la experiencia.** Tal fue el caso por ejemplo de una provincia donde CAPS que coincidieron en el Curso comenzaron a trabajar conjuntamente a partir de entonces (y por la coinciden-

cia también del momento estacional) en la problemática del dengue.

## Acciones concretas y espontáneas, más que proyectos y planificaciones formales

*“Si bien los proyectos así armaditos, no se han implementado digamos como proyecto, sí se vienen haciendo acciones aisladas que se han ido mejorando en el transcurso del tiempo, a través de la instancia de capacitación del Curso de MAPEC”.*

Esta frase, recogida en una provincia, resuena con muchas otras recuperadas durante el seguimiento en terreno. Abordar una situación en términos de proyecto, es decir, utilizando indicadores de monitoreo y evaluación, o siguiendo un cronograma preestablecido, tiende a resultar disruptivo con la modalidad de trabajo. Es por eso que **deben diferenciarse, a fin del análisis, la implementación de los proyectos presentados respecto de la de mejoras en los procesos de atención.**

Los equipos poseen dinámicas de trabajo previas. Algunos incluyen espacios prefijados de reunión periódica, otros no. Algunos trabajan bajo el formato de proyectos, otros no. En algunos los miembros del equipo son pocos y se encuentran a diario (en ocasiones, por ejemplo, compartiendo el almuerzo), en otros, no. Esto difiere por ejemplo en gran medida donde existen muchas modalidades de designación a tiempo parcial. Pero en lo que mayormente coinciden, aún en los distintos formatos, es en que **la cotidianeidad de los CAPS suele incluir imponderables, es decir, situaciones que exceden lo planificado y a las que es necesario atender. Esto remite tanto a las demandas de la población como a las propias condiciones de trabajo y organización del sistema sanitario.**

En consecuencia, **a los equipos les suele resultar más útil plasmar una nueva perspectiva de trabajo, como la que ofrece el Curso MAPEC, a través de acciones concretas y perdurables que se integran a sus rutinas, que a través de proyectos específicos y diferenciados. Mucho más en aquellos casos donde los CAPS son pequeños, las personas coinciden a diario, y el ritmo de reflexión compartida y acuerdo sobre las tareas es habitualmente más espontáneo.**

En general uno de los efectos del MAPEC es **mejorar los sistemas de registro**, como por ejemplo la anotación de las visitas domiciliarias, o las consejerías. En un CAPS relevado, la acción realizada en ese sentido fue armar una carátula para las HC conteniendo la información principal. Esto permitía no tener que revisar todo el historial para conocer los datos más relevantes de la persona, agilizando la atención. No se consideraba necesario evaluar esto periódicamente dado que se daba por descontado su utilidad. Lo mismo sucedía en

aquellos CAPS en que se habían confeccionado carnets para las personas. En otro CAPS, donde los agentes de salud se desempeñan a contraturno y con poca interacción con el resto del equipo de salud, la innovación consistió en incorporar una supervisora de agentes y armar un grupo de *whatsapp* para trabajar sobre la comunicación. Estas también fueron **acciones concretas**, desprovistas en su ejecución del revestimiento formal planteado por el formato de proyecto.

Aquello que puede percibirse en general en los establecimientos es de algún modo confirmado por la experiencia realizada desde el Programa SUMAR en una provincia. Allí se han implementado mesas de trabajo, en las que se acuerdan acciones. Los equipos participantes encontraron provechoso producir pequeños cambios e “ir viendo si funciona o no” (una sensación que se va compartiendo a diario), en contraposición con una instancia preplaneada de evaluación.

*“-Son esas mesas integrales que exige Sumar (...) todos los meses tenemos que hacer un mesa integral (...) se trata de ir viendo qué es lo que va surgiendo. Por ejemplo la primera mesa era hacer el tema del cambio de personal, porque era mucho personal a la mañana y pocos a la tarde, ahí se decidió que dos chicas de administración pasen a la tarde. Van funcionando.*

*-Son bien prácticas esas mesas y aparte estamos todos, a los mejor no todos en sí. Un representante de los médicos, para ver las necesidades de cada sector.*

*-Queda todo registrado en un libro de actas, se ve lo que se pudo cumplir del mes anterior, por ejemplo en el tema de la recepción de los pacientes (...) Como hay compañeras que trabajan en otro lado por ahí pueden aportar como se manejan en otro lado, porque alguien trae un propuesta y funciona bien.*

*E:- ¿Participa otra gente?*

*- Si por que te dicen ´en otras Upas esto función así y así´, y eso te puede servir. (...) Es una gran ola de cambios y ahí [el MAPEC] fue un granito (...) en realidad lo absorbió esta dinámica”.*

Lo anterior converge con el hecho de que **los equipos valoran fuertemente lo práctico, aquello que tiene un efecto directo en la mejora de las acciones cotidianas y optimiza las rutinas en su conjunto**. De tal manera, en muchos casos las reorganizaciones promovidas desde el MAPEC consisten en **revisiones puntuales y concretas del modo de organizar el trabajo, y se logran a partir de visualizar una dificultad en el marco del Curso**.





# Capítulo #7

## Reflexiones Finales



## Reflexiones finales

Hemos descrito los contextos locales en los que se inscribe el Curso MAPEC, condicionando la apropiación de sus contenidos y la puesta en marcha de iniciativas por parte de los participantes. Posteriormente, hemos abordado los vínculos entre las realidades preexistentes y las propuestas de transformación presentadas por los equipos para la aprobación del Curso. Finalmente hemos analizado qué tipo de modificaciones se han producido con mayor frecuencia, y cuáles han tenido más éxito en institucionalizarse, contribuyendo efectivamente a una transformación en el modelo de atención. Es posible concluir que **el Curso no sólo alcanza el objetivo propuesto en términos de su aporte a aquella transformación, sino que además lo trasciende, dado que posee efectos que exceden lo buscado.**

Sin embargo, es preciso diferenciar las transformaciones producidas en las prácticas cotidianas de los equipos, de un lado, y el cumplimiento de los proyectos tal como fueron presentados para la aprobación, del otro. Si bien la confección de propuestas ha mostrado poseer un efecto transformador, este no se deriva de la aplicación de lo planteado en forma escrita. **El éxito del Curso no se deduce de la ejecución de los proyectos tal como fueron pensados: los contenidos se han aplicado de manera más bien espontánea a las rutinas.**

El ejercicio de armar una propuesta por equipo muchas veces implica procesos de entendimiento mutuo, negociación y acuerdo que son los que desencadenan la transformación. Llama a ponerse de acuerdo respecto de qué situación cotidiana cabría ser modificada, de acuerdo con los principios vistos en el Curso y/o desde una perspectiva ampliada de APS. En ocasiones los proyectos escritos son vistos como una formalidad necesaria, pero a pesar de ello el trabajo de consenso sobre la propia realidad puede surtir su efecto. De hecho los proyectos escritos tenían un sesgo hacia las actividades de automanejo, mientras que las transformaciones que resultaron más sustentables fueron las vinculadas con modificaciones del accionar cotidiano de los equipos, sobre todo en lo relativo a la instalación de nuevas instancias de puesta en común y unificación de criterios. **Con mayor frecuencia esto se concreta y sostiene en la medida en que se han puesto en foco procesos comunicativos internos a los equipos de salud.** En estos casos tiende a resultar clara para los equipos la relación entre esfuerzo invertido por el equipo en la transformación y beneficios derivados del cambio.

Las modificaciones se desencadenan a partir de la visualización, gracias a la participación en el Curso, de aspectos que pueden ser mejorados. **Las transformaciones efectivamente introducidas tienen más que ver con nuevas acciones o elementos que se incorporan a la práctica diaria de los equipos,** y que no necesariamente requieren monitoreo y evaluación periódica. En este sentido, resulta más útil integrar acciones y poblaciones antes

que priorizar unas sobre otras.

Junto con lo anterior, el Curso MAPEC muestra un importante efecto revigorizante. En este sentido, la **reafirmación de líneas de trabajo previas** no debería ser considerada un aporte menor, en la medida en que permite revitalizar líneas de acción que, de seguir inercialmente, tenderían probablemente a desactivarse al erosionarse su legitimidad y/o sentido. El MAPEC contribuye muchas veces a reforzar y comunicar el sentido de acciones que se venían llevando a cabo, sobre todo en tanto este modelo representa una actualización respecto de contenidos propios de la estrategia de APS. **Una función clave del Curso es reforzar el sentido de lo que se está haciendo, así como subrayar la legitimidad y pertinencia de ciertas acciones ante sí mismos y ante los demás (entre ellos, población usuaria, autoridades locales y ministeriales).** Este punto ha sido muy valorado por los participantes.

El Curso MAPEC no opera en el vacío, sino en el marco de continuidades de mediano y largo plazo en cada uno de los contextos locales. En ellos algunos datos salientes subrayan la escasez de recursos disponibles en función de las tareas que se desearía llevar adelante. Estos contextos no siempre han logrado ser incorporados al diagnóstico de situación del cual parten los proyectos. Cuando se ha logrado, han ganado en viabilidad. Pero sobre todo, **las propuestas se han mostrado tanto más potentes en la medida en que lograron articular algo innovador con algo que ya se venía haciendo**, o bien articulando la oferta hacia personas adultas con enfermedades crónicas y otras poblaciones o problemáticas. De tal manera, los diagnósticos podrían ganar aún más fuerza si incorporaran las estrategias que los equipos ya vienen desarrollando para abordar desde la APS en temáticas distintas a la atención de la persona adulta con ECNT. Mientras lo que aparece sin conexión con lo restante resulta disruptivo y es visto como una sobrecarga, en la medida en que las innovaciones se retroalimentan por implicar a distintos segmentos de usuarios logran sostenerse en el tiempo.

Al mismo tiempo, **este tipo de tareas logra capitalizar saberes previos del equipo, recuperando su accionar previo ya que quienes han asistido al Curso, orientado hacia adultos con enfermedades crónicas, y quienes realizan este tipo de prácticas habitualmente son los mismos trabajadores.** En tal sentido podría resultar de utilidad, en lugar de contraponer los contenidos del MAPEC a la atención de personas con patologías agudas, anclarlos en buenas prácticas de seguimiento de población a cargo (que pueden incluir controles periódicos y seguimiento de patologías agudas tanto como la atención materno-infantil).

Finalmente, **un logro clave del Curso MAPEC ha sido incluir entre sus destinatarios a todo el equipo de salud. De tal manera, ha servido para unificar perspectivas, al**

tiempo que ha permitido ganar sentido en la tarea de quienes habitualmente no son interpelados por las capacitaciones, como farmacéuticos y administrativos. Dado que el MAPEC tiene como elemento central reforzar el sentido de las acciones desde una perspectiva de APS, aquello permite multiplicar los efectos del Curso hacia áreas insospechadas, contribuyendo a optimizar el trabajo de equipos de salud del PNA a lo largo de todo el país.

Modelo MAPEC	Condiciones iniciales	Expectativas	Oportunidades para el Curso MAPEC
<b>(RE) ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>			
<b>Liderazgo</b>	Voluntarismo.	Igualdad de oportunidades.	Convocatoria abierta.
<b>Entorno político y comunicación</b>	Condiciones laborales desiguales, recursos humanos e insumos limitados.	Equivalencia y paridad en las condiciones de trabajo.  Mejora en el acceso a recursos (espacio físico, materiales).	Convocatoria amplia: equipo administrativo, profesionales no médicos.
	Comunicación.	Acceso a servicios de comunicación (telefonía, internet, transporte público) e información sobre propuestas de capacitación.	Comunicación precisa en relación a objetivos, recursos y seguimiento de trabajo final.
<b>Acceso al centro de salud y gestión de turnos</b>	Diferencias en el acceso de acuerdo al área de referencia (rural vs. urbana) y factores climáticos.		Trabajar a partir de facilitadores y barreras identificados por los equipos de salud.
	Convivencia de turnos espontáneos y programados.		Recuperar estrategias y experiencias propias.

<p><b>Sistemas de información clínica e identificación de la población</b></p>	<p>Tendencia a homogeneizar la población adulta con ECNT y/o problematizar sus posibilidades reales de acceso a los centros de salud.</p>	<p>Recursos que faciliten el acceso y atención de personas con ECNT; consultorio específico, materiales e insumos, incorporación de especialistas diabetólogo/a, nutricionista, cardiólogo/a.</p>	<p>Trabajar con distintos casos de personas adultas que permitan ampliar la mirada sobre la población.</p>
<p><b>Apoyo a la toma de decisiones</b></p> <p><b>Uso de GPC</b></p>	<p>Escasa problematización de la utilidad de las GPC en el apoyo de la toma de decisiones.</p>		<p>Terreno fértil para su abordaje a partir de casos prácticos dentro del Curso MAPEC.</p>
<p><b>Apoyo al automanejo</b></p>	<p>Paternalismo vs. educación para la Salud.</p>	<p>Tiempo para trabajar en equipos interdisciplinarios, consultas ampliadas para trabajar en el automanejo y con el núcleo familiar.</p>	<p>Foco en la promoción de la salud y la orientación hacia la situación de la persona en lugar de la enfermedad.</p>
<p><b>Recursos comunitarios</b></p>	<p>Dificultades para la organización y obtención de recursos necesarios para la realización de actividades comunitarias.</p>	<p>Generar actividades de concientización. Apoyo con financiamiento.</p>	<p>Trabajar en propuestas viables (vs. ideales) con los recursos disponibles.</p>

## Capítulo #8

# Recomendaciones para el Curso MAPEC y el Programa Redes



# Recomendaciones para el Curso MAPEC y el Programa Redes

## Para el Curso MAPEC

### Sobre la consigna final

Dado que el ejercicio de reflexión al que se propone apuntar con el trabajo final propone revisar la cotidianeidad a través del Curso, y considerando que las propuestas que perduran recuperan experiencias previas, sería recomendable **simplificar el formato de presentación exigido. Esto posibilitaría enfatizar la coherencia interna entre diagnósticos y líneas de acción propuestas, focalizando la tarea en los elementos más provechosos del proyecto.** Dada la inexperiencia mayoritaria en el armado de proyectos, esto evitaría a los equipos invertir esfuerzos en la presentación de ítems que luego no son utilizados (como por ejemplo la formulación de indicadores de monitoreo). Puede resultar además provechoso requerir líneas de acción, apuntando a trabajar en acciones concretas sobre una dificultad observada, antes que el requerimiento formal de un planteo en términos de objetivos generales y específicos.

Considerando que la **integración de las estrategias presentadas con otras problemáticas y poblaciones, favorece la puesta en práctica y sostenibilidad de las propuestas,** sería deseable incluir como consigna para el proyecto la **necesidad de que este se articule con otras líneas de acción o programas.**

Teniendo en cuenta que las realidades locales son dinámicas, sería deseable **incorporar como elemento diagnóstico el factor tiempo, invitando a considerar los aspectos que tengan mayor estabilidad** para afincar en ellos las propuestas de transformación.

Es preciso **unificar y clarificar los formatos requeridos para la presentación de proyectos,** para evitar interpretaciones por parte de los docentes que puedan afectar la potencialidad de esta instancia (como la solicitud de incorporar todos los elementos del MAPEC, o bien de incluir siempre actividades comunitarias).

También es preciso estandarizar el objetivo de la presentación de proyectos, a fin de evitar expectativas asociadas con otros cursos realizados previamente, e incluso al financiamiento otorgado por el propio **Programa Redes** a proyectos innovadores. En tal sentido, es recomendable **explicitar claramente que los alcances del Curso no incluyen el financiamiento de proyectos.**

## Sobre la convocatoria

El Curso se mostró particularmente provechoso en contextos donde no se dejó librada al azar la convocatoria y la conformación de los equipos que entregaron proyectos, sino que se convocó a un participante por profesión o tarea (médico, enfermero, agente, administrativo) y se establecieron formalmente equipos de trabajo heterogéneos. **La interpelección conjunta de quienes habitualmente no comparten criterios de acción, así como la inclusión de quienes no suelen ser convocados por otros cursos posee un efecto multiplicador interesante.** Si bien esto no siempre es posible, y debe ser adecuado a los contextos locales, es preciso considerar que el Curso funciona aunando criterios y perspectivas, por lo que resulta más transformador cuando convoca en un mismo establecimiento personas que no venían trabajando de modo integrado.

## Sobre la modalidad

Si bien el carácter presencial puede aparejar distintas complicaciones (sobre todo en los casos en que es necesario viajar, pero también al requerir la suspensión de la atención), esta modalidad se mostró altamente productiva al momento de desencadenar transformaciones. Junto con lo anterior, es preciso considerar que pueden no ser menores las dificultades locales en términos de conectividad y disponibilidad de computadoras. **La interacción resulta provechosa como modo de apropiarse de los contenidos, pero además la modalidad presencial habilita espacios de encuentro e intercambio que los exceden, otorgándole un efecto multiplicador.** De tal modo, permite generar vínculos y redes de confianza que son condición de posibilidad para la articulación de propuestas y el desencadenamiento de nuevas transformaciones. Sumado a esto, como estímulo e incentivo para poner en común perspectivas entre miembros de un mismo equipo, a la par de la presentación conjunta frente al resto de los compañeros. Este “presentarse juntos ante los demás” configura un nuevo contexto compartido, por lo que brinda un encuadre diferente a quienes interactúan a diario, permitiendo la explicitación de criterios y la conformación de nuevos acuerdos de trabajo.

## Sobre los docentes

Resulta conveniente que los facilitadores del Curso, a fin de desempeñar esta función en lugar de la mera transmisión de contenidos, posean **experiencia de trabajo en el PNA**, así como podría resultar provechoso que conozcan recursos y dificultades propias de los **contextos locales** específicos en los que se dicta el Curso.



## Sobre los contenidos

Los equipos valoran altamente la resolución práctica de aspectos de su cotidianidad, así como los enfoques promocionales y con orientación familiar. Desde allí algunos han experimentado el material brindado por el Curso como adoleciendo de una mirada holística —es decir, con cierto sesgo individualizante y centrado en la patología. Si bien pese a ello los efectos transformadores han ido en pos de una mirada integral, sería recomendable revisar los materiales a fin de reforzar la integralidad del modelo de atención propuesto.

## Para el Programa Redes

Las condiciones locales han mostrado elementos que resultan constitutivos del grado de apertura a la introducción de procesos de mejora. **Cabría convertir a estos en indicadores, posibilitando un conocimiento uniforme de las realidades locales que facilite valorar el grado de aprovechamiento de las intervenciones programáticas en función de las realidades locales previas.** Entre estos elementos se encuentran tanto cuestiones que condicionan los procesos de referencia/contrarreferencia (como ser la existencia o no de un boleto sanitario), la disponibilidad de recursos para los sistemas de documentación y archivo (como la existencia de computadoras y conectividad), y sobre todo aspectos vinculados con los recursos humanos. Entre ellos, su disponibilidad, su formación, su distribución, su estabilidad y las condiciones de contratación.

Las propuestas resultan tanto más transformadoras en la medida en que se **presentan como de utilidad para la práctica de los CAPS en su conjunto. Por ello resulta recomendable presentar la atención de personas adultas con ECNT como continuidad integrada al resto de las acciones del equipo de salud, antes que como algo escindido o diferente que viene a yuxtaponerse con lo anterior o subordinar al resto de las prácticas.** La solicitud de priorizar las personas con ECNT puede ser vista como un imperativo contrapuesto a la demanda de otros programas, restándole factibilidad y/o credibilidad a los lineamientos propuestos.



## BIBLIOGRAFIA

- Barr V y cols. (2003) *The Expanded Chronic Care Model. Hospital Quarterly*. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Vol 7. N° 1.
- Enriquez, E. (2002) *La Institución y las Organizaciones en la Educación y la Formación*. Formación de Formadores. Serie Los Documentos. Facultad de Filosofía y Letras UBA. Ediciones Novedades Educativas.
- González, Gabriel (coord.). (2013) *Redes, otra manera de pensar la salud. Primeros logros de los proyectos provinciales*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar + Redes.
- González, G. (2015) *Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT: para el equipo de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. Redes. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- Merhy, E.E.; Macruz Feuerwerker, L.C.; BurgCeccim, R. *Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 147-160, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/731/73120204.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Redes (2014). *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Buenos Aires
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Redes (2015). *Curso Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles modelo MAPEC. Programa y orientaciones para el equipo docente*. Buenos Aires
- Nirenberg, Olga; Brawerman, Josette y Ruiz, Violeta (2000) *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Nirenberg, Olga; Brawerman, Josette y Ruiz, Violeta (2003) *Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) *Boletín Epidemiológico*, Vol. 23 No. 4. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2008) *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente.

Organización Panamericana de la Salud (2012) *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*, Washington, D.C. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=17794&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17794&Itemid)

Stolkiner y otros (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken

Tejada de Rivero, D. (2003): "Alma-Ata: 25 años después" en *Perspectivas de Salud*, Vol 8 (2).



## Propuestas seleccionadas

Provincia	Nombre del proyecto y/o establecimiento
<b>Misiones</b>	<p>Proyecto "Bailemos juntos por una buena salud". <i>CAPS Jardín América</i></p> <p>Proyecto "Mejor alimentación para prevenir DMT- HTA" <i>CAPS Jardín América</i></p> <p>Proyecto "Sedentarismo Cero" <i>CAPS Ruiz de Montoya</i></p> <p>Proyecto "Prevención de DMT-HTA" <i>CAPS Ruiz de Montoya</i></p> <p>Proyecto "Acción por la vida" <i>CAPS Montecarlo</i></p>
<b>Río Negro</b>	<p>Proyecto "Inclusión, trabajo en equipo, participación comunitaria". <i>CAPS Puente 83</i></p> <p>Proyecto "Plan de acción local para la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en Campo Grande" <i>Hospital Campo Grande, Hospital Cinco Saltos y CAPS San Isidro</i></p>
<b>Santa Cruz</b>	<p>Proyecto "Taller de apoyo para personas con DMT" <i>Hospital Zonal (Caleta Olivia)</i></p> <p>Proyecto "Estrategias para abordar personas con ECNT" <i>CAPS N° 1 (Río Gallegos)</i></p> <p>Proyecto "Optimización de recursos existentes" <i>CAPS N° 1 (Río Gallegos)</i></p> <p>Proyecto "Estrategias de mejora para personas con ECNT" <i>CAPS N° 1 (Río Gallegos)</i></p> <p>Proyecto "El todo es más que la suma de las partes" <i>CAPS N° 1 (Río Gallegos)</i></p>

**Santa Fe**

Proyecto "Un nuevo enfoque en DMT en Cayastá"

*SAMCO Cayastá*

Proyecto "Nominalización de los pacientes con ECNT y búsqueda activa de los pacientes con RCVG elevado"

*CAPS Las Malvinas, CAPS Los Zapallos, SAMCO Santa Rosa de Calchines*

Proyecto "Prevención secundaria del Síndrome Metabólico"

*SAMCO Santa Rosa de Calchines, CAPS Los Zapallos*

**Santiago del Estero**

Proyecto "Saber cuidarse para poder cuidar"

*Puesto Sanitario Dr. Ramón Carrillo - El Deán*

Proyecto Abordaje del Curso MAPEC

*UPA N°18 - Aeropuerto*

Proyecto "Plan para la mejora en atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles".

*UPA N° 21- La Católica*

Proyecto "Pautas para promover una mejor atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles"

*UPA N°23 - B° Vilanar*

Proyecto "Conociendo mi diabetes y cómo convivir con ella"

*UPA N° 24 - Santa Lucía*