

P. BARRENGOIA - A. ESCAPIL - J. LAZARTE - M. SALERNO

Hospitales bonaerenses y comunidad

Experiencias de los Servicios de Área Programática
y Redes en Salud




EduLP

debates

Hospitales bonaerenses y comunidad

Hospitales bonaerenses y comunidad
Experiencias de los Servicios de Área Programática
y Redes en Salud

PABLO BARRENGOA
ANALÍS ESCAPIL
JOAQUÍN LAZARTE
MARIANO SALERNO



Hospitales bonaerenses y comunidad: experiencias de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud / Pablo Barrenengoa... [et al.]- 1a ed.- La Plata :

EDULP, 2023.

180 p.; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-8475-78-3

1. Acceso a la Salud. I. Barrenengoa, Pablo.

CDD 362.10982

Hospitales bonaerenses y comunidad Experiencias de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud

**PABLO BARRENENGOA - ANALÍS ESCAPIL - JOAQUÍN LAZARTE
MARIANO SALERNO**

Fotografía de tapa: LUCÍA PORTELLI



EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP)

48 N° 551-599 4° Piso/ La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina

+54 221 644-7150

edulp.editorial@gmail.com

www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales de las Universidades Nacionales (REUN)

ISBN 978-987-8475-78-3

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

© 2023 - Edulp

Impreso en Argentina

Agradecimientos

A Nicolás Kreplak y Alexia Navarro, Ministro y Viceministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

A Mario Rovere, Director Provincial de la Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara” y Cintia L’hopital, Directora de Formación y Educación Permanente.

A Juan Riera, Director Provincial de Hospitales y todo su equipo.

A las distintas direcciones que nos compartieron sus lecturas y comentarios de los capítulos que componen este libro: Dirección de Salud Comunitaria, Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, Dirección de Equidad de Género en Salud, Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

A los trabajadores que participaron en la escritura de las distintas experiencias y dispositivos de trabajo.

Al equipo de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud por su acompañamiento en el proceso de diseño, desarrollo y revisión: Valeria Doldán, Belén Garuti, Ayelén Gorza, José Moreno, Lucía Portelli, Loana Ramírez, Emiliano Rimoldi, María José Tirao, Santido Uranga, Lucrecia Zappa y Julián Bacca.

A la Prosecretaría de Salud de la Universidad Nacional de La Plata, en especial a los compañeros Manuel Fonseca y Sofía Malleville.

A los trabajadores de la salud que hacen el SAPS día a día en el territorio bonaerense.

A los trabajadores de la salud fallecidos en pandemia.

ÍNDICE

Prólogo por Alexia Navarro	10
Prólogo por Juan Sebastián Riera	13
Prólogo por Mario Rovere	20

Introducción.....	32
-------------------	----

PRIMERA PARTE

Capítulo 1: El nacimiento de los SAPS	38
Contexto y antecedentes: legados históricos de un nuevo servicio hospitalario	38
Estructura y función de los hospitales en el siglo XXI: cuidados progresivos, áreas programáticas y redes integradas de servicios de salud	44
Síntesis del capítulo.....	49

Capítulo 2: La creación de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud	51
Estructura y misión de los SAPS.....	53
Líneas de trabajo de los SAPS.....	55
Asistencia	55
Gestión	59
Investigación/formación	60
Servicios interdisciplinarios: equipos y coordinación	61
Síntesis del capítulo.....	65

Capítulo 3: La política de formación de los SAPS: aconteceres educativo-revulsivos en el territorio	67
Política de formación de los SAPS	68
Curso de Formación Inicial para la implementación de los SAPS	70
Ciclos de charlas (in)formativas.....	72
Conversatorios temáticos entre SAPS	73
Duplas de tutorxs.....	74
Síntesis del capítulo.....	75

SEGUNDA PARTE

Capítulo 4: Dispositivos territoriales y hospital	79
Dispositivos territoriales e intersectoriales: asistencia, prevención y organización comunitaria.....	80
Experiencias de dispositivos territoriales	
SAPS Pacheco	84
El SAPS en el Barrio Trapito	84
“Vientos de Libertad” Isla Silvia - Delta del Tigre.....	85
Reflexionar para transformar el hospital.....	87
SAPS Gutiérrez: la reunión de equipo y las postas como bandera.....	99
La evaluación de la intervención en territorio.....	90
SAPS Larrain: Abordaje interdisciplinar e intersectorial para conformar redes efectivas de participación territorial en salud integral.....	92
Relevamientos y postas interdisciplinarios e intersectoriales: participación territorial en la salud integral	95
Consultorios interdisciplinarios: determinantes que hacen la diferencia en el acceso y la adherencia	96

Capítulo 5: Dispositivos de salud para el abordaje de las violencias por razones de género y atención integral de la comunidad

LGBTIQ+	98
Consultorio de abordaje integral de las violencias por razones de género – SAPS del Hospital Zonal General de Agudos “Narciso López de Lanús”	100
Consejería Aquelarre – SAPS del Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros” de Melchor Romero, La Plata.....	102
Programa Lohana Berkins – SAPS del Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque” de Gonnet, La Plata.....	105
“Asesoría en Salud Integral de los adolescentes” – SAPS del Hospital Zonal General de Agudos Julio de Vedia de 9 de Julio	109

Capítulo 6: Hospitales especializados y SAPS.....

Experiencias SAPS en hospitales especializados	115
SAPS Taraborelli, caminos recorridos en la reconversión de un monovalente.....	115
Dispositivos asistenciales, gestión e investigación en el SAPS Taraborelli	117
“ACERCAR”. Espacio de acompañamiento y contención en entornos de crianza. Construcciones en salud integral perinatal y crianzas.	117
“DISPOSITIVO EN MARCHA”. Promoción y prevención en salud para personas mayores.....	118
E.C.A. Maite Amaya. Espacio de escucha y acompañamiento de la atención de salud sexual integral y diversidad.....	119
Espacio de abordaje y acompañamiento de mujeres y disidencias en situación de violencia por razones de género en el ámbito de la salud.....	119
DAISIA (Dispositivo de Acompañamiento Integral	

en Salud Mental de Infancias y Adolescencias)	120
Gestión e investigación en el SAPS Taraborelli	121
SAPS Sbarra: nuevas infancias y dispositivos	122
Inicio de un recorrido: la creación del dispositivo de orientación y acompañamiento en salud mental para adolescentes.....	123
Principales fortalezas y dificultades del dispositivo de orientación en salud mental para adolescentes	126
Abordaje de la salud bucal en hogares de niños, niñas y adolescentes: la experiencia del equipo SAPS del Hospital Dr. A.M. Bollini.....	128
Enfoques y redes del SAPS Bollini	129
Abordaje de la salud en hogares de la ciudad de La Plata.....	131
Reflexiones finales sobre los SAPS en hospitales especializados	133

Capítulo 7: Voluntariado universitario y Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria: experiencias de articulación en la tríada Estado provincial (SAPS), universidad pública y organizaciones sociales

Voluntariado universitario.....	136
Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria.....	140
El tridente Estado provincial – universidad organizaciones sociales	142
Conclusiones finales	145
Epílogo	151
Bibliografía	154
Autores	158

Prólogo

Por Alexia Navarro

Cuando se habla con la comunidad sobre salud, salud pública y atención médica lo primero que se piensa es en los hospitales. Actualmente, son los que se encargan de responder a las demandas de salud de la población, que acude por múltiples causas y, la mayoría de las veces, buscando respuestas a situaciones de salud de baja complejidad y alta frecuencia, que podrían (y deberían) ser resueltas en el primer nivel de atención, el cual muchas veces se encuentra sin la capacidad de dar la respuesta adecuada por diversos motivos.

Frente a esta gran demanda que recae en los hospitales y con una “cultura hospitalaria” de “puertas adentro” se generan mecanismos (la mayoría no intencionales) que constituyen claras barreras de acceso.

Desde mi forma de ver y sobre todo por mi experiencia tanto como trabajadora y como usuaria, estas instituciones generan mecanismos que dificultan conseguir turnos, colaborando en el “peregrinar” de los pacientes, que terminan “perdiéndose” dentro del mismo sistema de salud y postergando la realización de consultas o estudios médicos.

Por otro lado, no podemos dejar de hablar de la importancia de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud, siendo prácticas que quedan en su mayoría en manos del primer nivel de atención, cuando las mismas deben desarrollarse en todos los niveles de atención y complejidad, también dentro de los hospitales.

Nos preguntamos entonces: ¿Por qué la atención primaria de la salud es únicamente responsabilidad del primer nivel de atención?

Todos estos son ejes fundamentales en la discusión sobre la integración del sistema de salud. Un sistema de salud debe estar organizado y en permanente comunicación entre los distintos niveles, sectores y subsectores, los cuales permitan un circular de las personas que sea ordenado, accesible y sobre todo con equidad.

Otra discusión a tener en cuenta es el funcionamiento histórico de los hospitales, que incluso es el reflejo de la formación médica universitaria tradicional, en la cual se aborda y se trata como “partes” o aparatos (en el mejor de los casos), con una hiper-subespecialización impulsada también por el mismo mercado de la salud. Por eso surge el desafío de pensar instituciones de cuidados progresivos que aborden a la persona desde su integralidad. “Una pierna” no es solamente “una pierna”, sino que es parte de “un todo”, de un cuerpo y de una mente, inserta en una sociedad y con vínculos sociales. Más complejo es aún tratar de transformar instituciones históricas, con miles de trabajadores e incluso las mismas estructuras edilicias que trabajan, replican y profundizan esta fragmentación y forma de trabajo. Los cuidados progresivos son fundamentales para la calidad de la atención y cuidados.

Son años, o mejor dicho décadas, en las que venimos discutiendo, formándonos y trabajando en este sistema de salud. Un sistema de salud que actualmente pudo dar respuesta a una pandemia mundial, gracias a un abordaje articulado y con presencia del Estado. Una respuesta excepcional, muy por arriba de otros sistemas del resto del mundo, con trabajadores que dejaron, en muchos casos, hasta sus vidas por su pueblo pero que debemos repensar, para que ese abordaje integral, y esa

articulación entre sectores y efectores, se desarrolle de forma general y no excepcional. La conformación de redes no puede depender de voluntades individuales (un médico “copado” para una interconsulta o un turno más rápido), sino que sea impulsada por un Estado, que destine los recursos necesarios para estas transformaciones y sobre todo para que perduren en el tiempo, con el fin de garantizar el acceso de las personas a los efectores de salud, el acompañamiento, la prevención y la promoción, y sobre todo la equidad en salud.

Una de las herramientas que surgieron a partir de todas estas discusiones fueron los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS): equipos nuevos dentro de los hospitales, que se fueron conformando con profesionales del mismo hospital y nuevos ingresos, con capacitaciones y objetivos distintos al histórico trabajo dentro de estas instituciones. Son equipos creados desde el inicio de la gestión para poder abordar situaciones desde su integralidad, a través del modelo de cuidados progresivos y con principal importancia en la promoción y prevención de la salud, la generación de redes locales y sobre todo “extramuro”. Son servicios que trabajan con la comunidad en la que se encuentran “hacia afuera”, y en articulación con la población y organizaciones locales. No son servicios paralelos a los ya existentes, sino que son equipos interdisciplinarios que trabajan sobre la base de la transdisciplina, siendo su principal objetivo el de “traccionar”, “modificar”, “acompañar” a los servicios “tradicionales” (habituados a trabajar 7x24 en un consultorio) a este cambio de paradigma, invitando a transformar las instituciones hospitalarias en instituciones abiertas a la comunidad, con un abordaje desde la integralidad, de cuidados progresivos, accesible y sobre todo garante de derechos para toda la comunidad.

Prólogo

Por Juan Sebastián Riera

El hospital, en tanto institución de salud, es sujeto del paradigma sanitario que domina en cada momento histórico, y, en consecuencia, los modos y las formas de abordar el proceso salud-enfermedad, atención y cuidado se corresponden con dicho paradigma. Es por eso que, a lo largo de los años, desde la teoría miasmática con el enfoque higienista hasta el germen y el dominio de las ciencias biomédicas, esta institución se ha adaptado, reconfigurado y reconceptualizado según los diferentes momentos y perspectivas sanitarias. Vale decir que el hospital es un instituto dinámico, una institución viva.

Entendiendo este dinamismo, esta “vitalidad” institucional, es que el modelo de gestión que el Ministerio de Salud propició desde el inicio de gestión (diciembre 2019) hasta la fecha, tiene que ver no sólo con reconocer al hospital como esa institución que “late”, sino con incluir a la misma en este nuevo paradigma que ya no es únicamente biomédico, determinista y especializado (perfil en el que se estructuraron la mayoría de las instituciones hospitalarias de la Provincia de Buenos Aires). Y, además, con afrontar el desafío de adecuar

el modelo de atención a abordajes orientados al sujeto en su entorno familiar, social y comunitario bajo un criterio donde la atención esté dirigida al tipo de cuidado que es necesario brindar, en función de la situación que se quiere atender.

Esta estrategia necesita fundamentalmente de cambios estructurales y dispositivos que permitan producir las transformaciones necesarias en ese sentido.

Dentro de las modificaciones estructurales, la implementación del Modelo de Cuidados Progresivos en todas las instituciones hospitalarias dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires representa uno de los mayores desafíos a cumplir. El impacto de la pandemia COVID-19 que sufrió la red de hospitales provinciales y la inmediata readecuación de todos sus servicios bajo el criterio de cuidados mínimos, intermedios e intensivos (y el satisfactorio resultado final, donde la optimización de los servicios hospitalarios permitió que no quedara ningún bonaerense sin la atención adecuada de acuerdo a su estado de gravedad), indica que no sólo los hospitales pueden re-funcionalizarse con criterio de cuidado, sino que la re-funcionalización es una necesidad del sistema de salud para lograr un abordaje más eficaz e integral en la atención de los problemas de salud de las personas. En este sentido y con el aprendizaje adquirido en contexto de pandemia, el proceso de reestructuración normativa, funcional y procedimental para que no sólo se readecue la internación en cuidados progresivos, sino que los mismos sean el modelo que rija en la atención ambulatoria y en el trabajo comunitario, es que se está implementando un programa que establece los “lineamientos generales hacia la reforma hospitalaria” con la participación de los equipos de dirección de todas las instituciones hospitalarias, bajo la conducción de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud dependiente de la Dirección Provincial de Hospitales (DPH) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Si se tiene en cuenta que la mayor vulnerabilidad del sistema de salud de nuestro país, y en consecuencia el de nuestra provincia, ra-

dica en el nivel de fragmentación del mismo, la implementación de un modelo de atención basado en el cuidado constituye un muy importante primer paso desde los hospitales tendiente a la integración del sistema de salud. Establecer formas de abordaje con criterio de gravedad y/o urgencia, por líneas de cuidado, atención interdisciplinaria, en las que el financiamiento, las especialidades médicas y los procesos administrativos sean subsidiarios de los problemas de salud de las personas, ya implica la necesaria integración de procedimientos que en gran medida se autogobernaban con muy baja relación con el problema de salud para los que fueron instituidos. El ordenamiento de todos estos procesos y la creación de nuevas estructuras (servicios de cuidados, gestores de pacientes, admisión centralizada, etc.) propenderán necesariamente a la integración.

Entre los dispositivos que se definieron a la par de los cambios estructurales al inicio de la gestión desde la Dirección Provincial de Hospitales a través de su Dirección de Políticas de Atención de la Salud, se encuentran los SAPS: Servicios de Área Programática y Redes en Salud.

Bajo el lema de “hospitales abiertos a la comunidad” se comenzó a pensar en un dispositivo hospitalario que por sus características “mirara hacia la comunidad”. Los servicios de áreas programáticas que existían en la estructura orgánica funcional de los hospitales sirvieron de marco para implementar la estrategia SAPS. A diferencia de estos servicios ya existentes que tienden a establecer un área programática geográfica del hospital y producir información epidemiológica, el SAPS incluye estas actividades con el objetivo de territorializar las acciones hospitalarias, garantizar la referencia/contrarreferencia y articular con el primer nivel de atención. Por ese motivo están constituidos por trabajadores y trabajadoras de diferentes disciplinas a fin de garantizar una mirada integral de los problemas de salud, donde una perspectiva interdisciplinaria es constitutiva y fundante de estos nuevos servicios. Otra finalidad que persigue el SAPS es la de transversalizar la atención intra hospitalaria permitiendo que las personas

que son atendidas por el SAPS en el territorio, al ingreso al hospital y acompañadas por el mismo, generen el diálogo necesario entre los diferentes servicios hospitalarios permitiendo que se establezca un abordaje integral que no sólo mejore la atención de las personas, sino que estimule el trabajo interdisciplinario con las diferentes especialidades. Estos servicios que dependen orgánicamente de la Dirección Ejecutiva del hospital, sujetos a la rectoría y la capacitación permanente de la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección de Políticas de Atención de la Salud y de la Escuela de Gobierno en Salud “Florencia Ferrera”, son un dispositivo estratégico para la integración del sistema de salud promoviendo hospitales con perspectiva de cuidados, abiertos a la comunidad.

El hospital, en tanto espacio público, podría ser definido como el ámbito donde los intereses particulares se expresan e interactúan en un ámbito colectivo, pero a lo largo del tiempo los procesos específicos que se producen al interior fueron limitando esta concepción, por consecuencia, la participación de la comunidad en la dinámica hospitalaria es pasiva, receptiva y anónima. Las relaciones que allí se establecen son asimétricas y condicionadas por el poder médico hegemónico. Las preguntas que fueron surgiendo entonces son: ¿Cómo establecer otros vínculos? ¿Cómo recuperar la dimensión del espacio público? Fue así que desde la Dirección Provincial de Hospitales se crearon dos áreas que funcionan como dispositivos que pretenden desencadenar procesos que vayan en el sentido de la recuperación de aspectos de la salud más vinculados con la vida cotidiana de las personas y su comunidad que con la atención específica de la enfermedad: Área de Arte y Cultura para la Salud y Área de Derechos Humanos.

Respecto al área de Arte y Cultura para la Salud, existe sobrada evidencia científica, como así también experiencia en prácticas comprobadas en hospitales, de los beneficios que conlleva incluir actividades recreativas, culturales y artísticas para la recuperación más pronta de la salud, el alcanzar grados crecientes de paliar situaciones

crónicas y terminales como la de mitigar los efectos del hospitalismo en muchos de los pacientes. Como beneficio asociado a ellos, se puede indicar la modificación que genera la imagen del hospital en la comunidad y la incorporación de una “brisa humanizante” para los trabajadores y trabajadoras del mismo.

En la República Argentina este no es un concepto novedoso, varias son las iniciativas llevadas a la práctica de manera frecuente en hospitales pediátricos y de salud mental y en algunos generales.

Se hace necesario rescatar en particular la historia de los hospitales creados por la Fundación Eva Perón. En ellos su diseño incorporó, entre otras innovaciones para su época, un Aula Magna con estrado, butacas y una sala de proyección de películas totalmente equipada en la cual se podían disfrutar, a pocos días de su estreno en las salas céntricas, todas las películas disponibles en el circuito de distribución. A dichas funciones concurrían pacientes y personal, y en algunos casos familiares de internados y público en general:

El hospital con el tiempo no sólo será un lugar de asistencia, de tratamiento, de investigación científica, de profilaxis, de sanidad, de servicio social, sino que será también un centro de cultura (...) Anexaremos a los hospitales, salones de actos y proyectores cinematográficos para educar a la población; para enseñarle a cuidar su salud, que no sólo le pertenece a ella, sino a toda la Nación. Ya lo estamos haciendo en los pequeños hospitales de 30 camas, donde el salón de espera de consultorios externos se transforma a la tarde en sala de conferencias y de enseñanza a las madres y a los hombres. Y estamos agregando salas de espectáculos a los hospitales de crónicos y colonias (...) Lo que digo del médico lo puedo aplicar al pueblo. No basta la presencia física del hospital, que sólo resuelve un problema de socorro individual. Es condición *sine qua non* que ese hospital tenga un espíritu y un sentido cultural. Es ne-

cesario simultáneamente educar al pueblo para que pueda comprender la más alta expresión de la cultura sanitaria, como es la medicina preventiva (...) En los pueblos que ya tienen hospital, hay que llevar a éste un nuevo espíritu y al pueblo la cultura sanitaria, que es la medicina preventiva, síntesis del concepto de salud. (Ramón Carrillo, Teoría del Hospital, 1951).

En cuanto al área de Derechos Humanos, entendiendo a la memoria colectiva como una condición indispensable para garantizar el pleno ejercicio de los derechos, es que se crea el área de Derechos Humanos de la Dirección Provincial de Hospitales, por más Memoria, Verdad y Justicia. Porque también es una responsabilidad institucional de la gestión hospitalaria mantener viva la Memoria. En articulación con la Subsecretaría de DDHH de la Provincia y representantes de distintos organismos se avanzó en el relevamiento, identificación, conservación, guarda y digitalización de expedientes, legajos, libros de parto, libros de guardia, entre otros, que pudieran existir en nuestros hospitales provinciales, correspondientes al período 1974-1983, destinados también como prueba judicial para las causas por delitos de lesa humanidad.

Desde la DPH se propició que los hospitales provinciales sean *Centros de Toma* para la extracción de sangre de familiares de personas desaparecidas y asesinadas para la identificación de restos que se encuentran en guarda del Equipo Argentino de Antropología Forense en el marco de la Iniciativa Latinoamericana para la Identificación de Personas Desaparecidas (ILID).

Todas estas políticas que lleva adelante el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires desde diciembre de 2019 a la fecha, son tendientes a producir las transformaciones que el sistema de salud necesita, donde los SAPS son un dispositivo estratégico de vanguardia que, sumado a las líneas de trabajo descriptas precedentemente y las políticas de abordaje integral de la salud con fuerte territorialización

que llevan adelante diferentes subsecretarías y direcciones (desmanicomialización, ILE/IVE, parto humanizado, HCI, salud comunitaria, educación permanente y residencias profesionales, inclusión de las personas con discapacidad, entre otras), desencadenaron un proceso colectivo con la participación activa de los trabajadores y las trabajadoras, que se expresa en los diferentes ámbitos de encuentro (Coresa, Pre Cosapro, Cosapro y otros espacios), donde los hospitales y su apertura a la comunidad son producto de una construcción colectiva.

Prólogo

Por Mario Rovere

Deconstruir una institución tan compleja como la que constituye un hospital público, con historias y culturas propias, con fuertes influencias profesionales, a veces hasta corporativas, no es tarea sencilla.

Una pregunta que atraviesa los tiempos es: ¿Cómo lograr que se constituyan en instituciones, en servicios con fuertes raíces en su propia comunidad?

La legitimidad social es un valor intangible y sin embargo, no hay recetas para lograrla, sobre todo cuando la capacidad resolutive no depende solo de lo que se haga, sino que puede depender de constituir capacidad resolutive siendo parte de una amplia red de servicios en donde 80 instituciones provinciales heterogéneas, más de 250 hospitales municipales y más de 2000 centros de salud, requieren aunarse en el logro de objetivos comunes.

Lo que parecía imposible, en cambio, se hizo en parte realidad, cuando la peor pandemia en este siglo se tuvo que enfrentar en forma colectiva y asociada. Parecía razonable entonces postergar las re-

formas estructurales o las grandes deudas en el campo de la salud colectiva de la provincia, pero al contrario, fueron esas condiciones excepcionales las que facilitaron e impulsaron cambios sustantivos dentro de los cuales se incluye claramente el desarrollo de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS).

La salud pública enfrentó desde siempre el desafío de extender su perspectiva a los hospitales, a fin de integrarlos a los programas y políticas de gobierno, e inscribirlos como un equipamiento social básico con inserción en sus comunidades. A partir de ese cometido surgieron diversos dispositivos que intentaron e intentan compensar la fuerte influencia de una mirada predominantemente bio-médica, sin resentir la mejora continua por la calidad y calidez de la atención y el cuidado.

La noción de “tensiones creativas” es un recurso pertinente para ser aplicado al análisis de este largo y ondulante proceso de adecuación. El concepto fue puesto en circulación por uno de los mayores expertos en administración de Brasil: Paulo Motta, quien resaltaba que, si una tensión resulta productiva, en el mismo sentido de la función de “abrir un debate”, no había que apresurarse a resolverla y justamente eso parece operar en el largo ciclo de la interfaz hospital/salud pública.

El “hospital moderno” se comienza a tensar al tener que revestirse de funciones más abarcativas, incluyendo todos los niveles de prevención que, como verdaderas trincheras los autores clásicos como Leavell y Clarck habían popularizado ya a fines de los 60's. La metáfora de tratar de colocar vallas cada vez más alejadas de un acantilado para evitar caer en él, fue usada extensamente por la salud pública para explicarlo en forma sencilla.

El trabajo de estos autores por su simpleza permitió pensar que la atención médica, redefinida como “atención oportuna”, ganaría en valor si se inscribía en una más amplia secuencia preventiva “integral” compartiendo recursos y esfuerzos con la promoción de la salud, con la prevención específica, con la detección temprana y con la rehabilitación física y social.

Esta agenda se expande y se diversifica con el incremento sustancial de las enfermedades crónicas y sus requerimientos organizacionales para generar adherencia a los tratamientos, con el surgimiento de los cuidados paliativos y la prevención cuaternaria que le agregaron valor, al tiempo que dieron entrada a nuevos desafíos.

Simultáneamente, los desarrollos de la medicina y de las otras profesiones del equipo de salud, impulsan la sobre-especialización y sub-especialización, muchas veces fuertemente asociadas a la incorporación de equipamientos y de tecnologías cada vez más complejas que hacen del hospital una de las organizaciones más diversas en lo que a la multiplicidad de procesos de trabajo se refiere.

Esta tendencia vuelve a colocar una nueva tensión entre las miradas o especialidades transversales y los saberes sub-especializados que adquieren un alto valor simbólico en el ámbito institucional hospitalario, reforzado muchas veces por diferencias muy sustantivas en el cruel espejo de la diferencial del nivel de ingresos en la práctica privada.

Otro eje de modernización llegó de la mano de la regionalización sanitaria que puso de manifiesto otra tensión, nuevamente creativa, pero tensión al fin, entre el funcionamiento por demanda espontánea y la responsabilidad sanitaria sobre una unidad territorio-poblacional.

Así, la tensión quedó plasmada entre las denominaciones “área de influencia” vs. “área de responsabilidad”, una tensión universal que la escuela sueca intentó tecnificar por la vía del estudio de las denominadas “isócronas”.

Inspiradas en las “isotermas”, consiste en marcar y unir con una línea los distintos puntos geográficos alrededor del hospital que se encuentran, por ejemplo, a una misma unidad de tiempo de distancia. Como consecuencia de las alteraciones en las vías de comunicación (carreteras, autopistas) y de transporte (trenes, colectivos, frecuencia, horarios), que necesariamente distorsionan los círculos perfectos alrededor de un hospital, que se van modificando, distorsionando las relaciones tiempo/distancia.

Los fenómenos reales de accesibilidad, por supuesto, exceden lo “geográfico” incorporando otras dimensiones de “precios” y de “barreras” de carácter económico, cultural y administrativo que hacen de la accesibilidad un fenómeno de flujos discontinuos que desafían a cada paso la organización de los servicios basados en el efectivo ejercicio igualitario y equitativo del derecho a la salud.

La equidad (Salud para Todos) es un argumento que reabrió otra tensión luego de la conferencia de Alma Ata, “extensión de cobertura” vs. “cobertura total”. Una tensión que ya había sido puesta de manifiesto por Carlos Alvarado en nuestro país, pero que se universaliza a partir de esta influyente conferencia promovida por la OMS y UNICEF. Se debería confiar en que progresivamente los beneficios del conocimiento científico en salud de la mano del incremento de la complejidad de las prestaciones llegarán gradualmente a toda la población (extensión “gradual” de cobertura) o se debería identificar con precisión las intervenciones, dispositivos y tecnologías eficaces para promover la salud y/o modificar favorablemente la evolución de enfermedades mortales o discapacitantes y garantizar su acceso a todos y todas quienes las necesiten.

Puede ser pertinente, en este caso, definir que “cada vez que surge una tecnología eficaz para modificar favorablemente un problema de salud nace un derecho” pero la dinámica de sobreequipamiento y de sobreprestaciones de los hospitales no siempre ha respondido a esta racionalidad. Con frecuencia, los motores de la modernización tecnológica de los hospitales la constituyen las presiones e intereses de las lógicas profesionales, de los laboratorios y los proveedores de insumos o tecnología y la imitación de las tendencias de los países centrales más influyentes. Nuevamente las tensiones creativas no se resuelven por sus extremos, pero ayuda mucho entenderlo.

Quizás por su magnitud esta tensión resulte más comprensible con la presentación de un ejemplo paradigmático de la medicalización. Se trata del caso de las cesáreas innecesarias (inne-cesáreas). Los estudios a nivel mundial han comprobado que el beneficio de

contar con esta intervención mejora la salud de las madres y de los recién nacidos cuando se encuentra disponible y se aplica con indicaciones precisas que nunca exceden un 15 % de los nacimientos. A partir de esta proporción, paradójicamente, las cesáreas aplicadas a circunstancias que no lo requieren, no solo son innecesarias, sino que comienzan a modificar negativamente los indicadores de morbilidad materna, fetal y neonatal. La “moda” de las cesáreas electivas (de por sí un oxímoron) ha llevado a un promedio del 35 % en hospitales públicos y hasta extremos de un 85 % en obras sociales, prepagas o clínicas privadas.

Viene en nuestra ayuda, en consecuencia, la noción de “tecnologías apropiadas” y el desarrollo de nuevas estrategias sanitarias “extramuros”. Por ello, con la clara intención de desarmar el argumento que venía a profundizar esa tensión, se promovió “el rol del hospital en la APS” resaltando la profundización de colocar en red las diferentes capacidades de respuesta para alcanzar una atención de la salud “integrada”. Incluso los más osados conceptos de “hospital sin paredes”, las estrategias de alta precoz o de internación domiciliaria nos acercan a la permanente deconstrucción del concepto de “área de responsabilidad”.

En esa permanente búsqueda de formas de explicar conceptos complejos con analogías solíamos utilizar la imagen que un hospital sin área de responsabilidad territorial era como colocar un aire acondicionado en medio de una plaza. La analogía permitía entender de forma sencilla que “el sistema hospital/territorio se conforma y funciona solo a partir de la diada de un equipo sensible/acotado a un ambiente de donde se reciben señales de realimentación, del mismo modo que un hospital recibe o debería recibir para ajustar sus servicios a esas señales epidemiológicas desde su área de responsabilidad, tal como ocurrió durante la pandemia.

Esto no significa ignorar que a partir de la demanda espontánea un hospital y/o muchos o algunos de sus servicios no tengan un área de influencia diferente de su área de responsabilidad y menos aún

sentenciar que esta demanda sea espuria o no merezca ser satisfecha y estudiada. Pero a pesar del estímulo en la autoestima del hospital, la noción de continuidad de atención requiere estudiar la complejidad de la atención de personas que residen en localidades muy alejadas o incluso en tránsito. Hoy las tecnologías facilitan la comunicación con los servicios de salud de las localidades de residencia más alejadas, en la provincia, en el país o fuera de él y establecen los contactos para la continuidad de la atención. Una tarea de conexión que ha dejado de ser una opción, una “gauchada” para pasar a ser parte de la tarea de un hospital, de un servicio que tiene en alta valoración el trabajo en red y sobre todo la continuidad de cuidado.

Surge a partir de ello una nueva tensión creativa, la que por décadas desarrolló la administración de servicios de salud ignorando la epidemiología. Más abierta a las modas que al estudio de la realidad, los países centrales identificaron ciertos éxitos en la prevención de enfermedades infecciosas, especialmente patologías agudas y algunos desarrollos tecnológicos propicios para la atención domiciliaria como una señal de que era hora de reducir las camas hospitalarias y concentrarlas en pocos y complejos hospitales de gran escala. Esta moda, que aún no había llegado masivamente a los países en desarrollo, es probablemente una de las explicaciones sobre el fracaso relativo de los países centrales para enfrentar la pandemia de COVID- 19.

Aunque no fue ni política ni técnicamente argumentada la negativa a invertir en la terminación y puesta en marcha de hospitales casi listos para estrenar en la provincia y en el país durante el período 2016-2019, amenazaba producir un efecto similar de no haber mediado una política de rápida puesta en marcha de esa infraestructura.

Una nueva tensión que, sin embargo, ya estaba incipiente en el legado de Florence Nightingale con su fuerte influencia en los hospitales y en la sanidad militar, lo constituye el hospital flexible y organizado por cuidados progresivos. La sutil diferencia entre “cuidados intensivos” y “terapia intensiva” ya resulta una tensión muy visible cuando se comparan los hospitales de tradición anglosajona y latina.

Como en general el “cuidado” es una función que se atribuye centralmente a la enfermería, procede la pregunta: ¿Qué es lo intensivo en los servicios que así se denominan? ¿La especialidad de los/las médicas, la especialidad y dimensionamiento del cuidado de enfermería por cama? Estos servicios son a su vez los que sirven de pivot, de estímulo para organizar todo el hospital y aun sus relaciones externas en la red por cuidados progresivos.

Como la pandemia lo puso de manifiesto, otra tensión creativa la constituye la diferencia entre camas disponibles y camas de dotación que le otorgaba un carácter flexible, una especie de “hospital acordeón”, imprescindible para ajustar la oferta a una demanda dictada por la epidemiología y complementaria de la organización por cuidados progresivos del paciente.

Resultan dos tensiones que sirven entonces tanto para repensar y para reorganizar el hospital puertas adentro como para articular los niveles de cuidado extrahospitalarios, tales como la relación con centros de salud, y hospitales de baja complejidad.

Las reformas hospitalarias en la Argentina siguieron ese patrón, cuando existía una extensa red de hospitales nacionales heredada de la gestión fundacional de Ramón Carrillo, donde se generaron experiencias piloto articuladas con las residencias médico-profesionales, que por aquella época “había que merecérselas”.

Así, hospitales como los de El Dorado en Misiones, Comodoro Rivadavia en Chubut, General Güemes en Salta, el Regional de Mar del Plata o el San Roque de Gonnet en la Provincia de Buenos Aires, fueron considerados hospitales piloto bajo un régimen especial que recibió el nombre de SAMIC. Un recurso legal que dos décadas después se utilizaría para organizar el Hospital Garrahan y más tarde el hospital de alta complejidad El Cruce Néstor Kirchner en Florencio Varela.

Una cierta influencia de estas reformas se percibe en la Ley 11072 de descentralización hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires y más recientemente en la nueva generación de los denominados hospitales SAMIC del Bicentenario.

La función “Área Programática” ya era una de las grandes divisiones que se adjudicaban generalmente a directores o directoras asociadas para enfatizar el hecho de que articular con sus comunidades era una función central del hospital moderno. Sin embargo, esta función pocas veces se tomaba seriamente, o no iba más allá de los ámbitos territoriales a donde debían llegar las ambulancias frente a un pedido de auxilio.

Se enfatizaba entonces y se consolida ahora que el adecuado uso de la noción de área programática suponía toda una potencialidad referida a la implementación de programas sanitarios de base territorial, la articulación fluida con servicios de primer nivel promoviendo redes de referencia y contrarreferencia organizadas y sostenibles en el tiempo, detección de grupos poblacionales en riesgo o de demandas refractarias para programas de alta prioridad sanitaria y complementación con otros hospitales complejos hasta cubrir en conjunto las necesidades de toda la población.

He allí también una tensión adicional. ¿Los hospitales programan o son efectores de programas? Los ministerios de salud a nivel nacional y provincial (a veces con fuerte influencia de consensos y organismos internacionales) han constituido a lo largo del tiempo un plexo programático con expectativas de alcanzar un universo determinado de personas que se beneficiarían de ellos. ¿Con qué criterio? Se trata de problemas de salud seleccionados por alguna noxa, por algún grupo especialmente vulnerable que adquiere un alto valor sanitario y no alcanza con cubrirlo por la “demanda espontánea” a servicios especializados. En este caso, normas o recomendaciones técnicas precisas y detalladas, acciones extramuros como trabajo casa por casa o acciones en instituciones (escuelas, clubes, lugares de trabajo) o en espacios públicos (plazas) o inducción de demandas serán inversiones “de nivel central” que requieren un acompañamiento solidario y empático de los hospitales. Por fuera de estos “deber ser” el hospital mismo puede programar otras acciones diferentes o complementa-

rias resolviendo de esta manera la tensión. Al mismo tiempo el hospital programa y es efector de programas.

En síntesis, hospitales organizados por cuidados progresivos, con una atención integral (niveles de prevención) e integradas (en una red de servicios), con un área de responsabilidad en donde además se desarrollen programas (área programática) constituyen ejes centrales de una reforma hospitalaria.

Las políticas de salud 2019-2023 de la provincia de Buenos Aires se han caracterizado por un amplio conjunto de intervenciones que combinaron sinérgicamente intervenciones vinculadas a responder sistémicamente en la coyuntura de la peor pandemia en un siglo y a instalar dispositivos transformadores con un sentido de equidad.

Así, modificaciones sustantivas como la implementación del protocolo de la nueva Ley Nacional de IVE, la fuerte aceleración de la reforma en salud mental prevista en la Ley nacional, la aplicación transversal de una perspectiva de género y el abordaje integral de las violencias sociales e institucionales como problema de salud pública, son apenas ejemplos de un fuerte cambio de agenda que no reemplaza, sino que se agrega y complejiza la labor de los servicios de salud.

Para el Ministerio de Salud de la Provincia abrir sus hospitales a la comunidad expresa la aplicación más acabada del “postulado de coherencia” tal como fuera planteado por el maestro Mario Testa. Para una gestión que desde el primer momento se preocupó por poner de pie el sistema de salud, hacerse cargo de inmediato de las deudas económicas (pago a proveedores) y sanitarias (cobertura de vacunas), y convocar a todas y cada una de las autoridades municipales de salud, aún antes que la pandemia se instalara como un hecho ineludible de la agenda sanitaria.

Del mismo modo, el proceso de consulta que culmina con la aprobación de la carta de Mar del Plata dentro del COSAPRO 2022, expresa una tarea codo a codo de fuerte articulación público-público sin distinción de pertenencias político partidarias para consolidar el

sistema provincial de salud, una tarea en la que los SAPS cumplen un rol fundamental.

La reconfiguración institucional de la fuerte inversión en formación y educación permanente que la Provincia encara adquiere una nueva significación al haberse creado la Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara” (EGS FF).

Desde el primer momento la EGS FF no solo tuvo el encargo de articular y proveer de un fuerte significado y sentido de excelencia académica y compromiso social a los procesos de formación (bachilleratos especializados de adultos, escuela de enfermería, politécnico en salud, residencias profesionales) sino que recibió el encargo a través de la cooperación técnica, la educación permanente y la investigación traslacional de incidir en forma directa en los procesos de liderazgo y transformación institucional.

Es por ello que, muy prematuramente, se organizó en conjunto con la Dirección Provincial de Hospitales, el Diploma de Gestión Estratégica de Servicios de Salud que se encuentra inscribiendo su cuarta cohorte de donde derivaron otros dispositivos como el foro de equipos de dirección conocido internamente como “NotiDPH”.

La constitución de un colectivo de directores y directoras, de verdaderos equipos de dirección involucrados y comprometidos con las reformas institucionales necesarias fue y es fundamental a la hora de pensar las transformaciones estructurales que acompañen estas intervenciones dentro de las cuales los SAPS constituyen un caso paradigmático.

La fuerte interacción entre la Dirección Provincial de Hospitales (DPH) y la Escuela de Gobierno (EGS FF) generó resultados estructurales sin precedentes como el de haber ofrecido cargos de planta a la totalidad de los profesionales que completaban sus residencias, por dos años consecutivos, la reforma del reglamento de residencias una tarea pendiente por décadas, y la preparación y puesta en marcha de servicios de área programática en las doce regiones sanitarias, en 54 de los 80 hospitales provinciales.

Entendemos a la educación y a la investigación no solo como actividades deseables y complementarias, sino como verdaderos factores de cambio y transformación al incorporar una plástica de aprendizajes, indagaciones que inciden plásticamente en la cultura institucional.

La directa relación entre educación, investigación y calidad de la atención explica que el uso de las denominaciones hospital escuela/hospital universitario sea asociada por la población con espacios de calidad. En este sentido, aspiramos a transformar a todos los hospitales provinciales en hospitales escuela, una estrategia complementaria con el desarrollo de los SAPS.

Restan enfrentar importantes desafíos, entre ellos, que las residencias no conformen un plantel paralelo a los profesionales de planta como ocurre históricamente en muchos establecimientos, que los programas de salud incidan sobre las prácticas profesionales, que los procesos de atención y la formación no queden marcados predominantemente por necesidades e intereses corporativos, que la educación y la investigación logren incidir en mayor medida sobre la calidad y calidez de la atención y del cuidado.

Para ello, los SAPS generan una importante contribución al constituir un promotor y un semillero creciente de experiencias interdisciplinarias y multiprofesionales contraculturales o al menos poco frecuentes en la cultura hospitalaria. Interdisciplina, una observación atenta del afuera, una función de abogacía de los derechos del y de la paciente, una capacidad de respuesta en sintonía fina para resolver zonas grises de responsabilidad sanitaria centradas en el derecho a la salud.

Los SAPS pueden hacer un enorme aporte para mejorar la triangulación entre organizaciones sociales, entidades formativas y hospitales provinciales. Con frecuencia se afirma que la realidad tiene problemas, la universidad tiene departamentos y facultades, el Estado tiene sectores de gobierno y el hospital tiene servicios, pero ¿quién se ocupa de los problemas? Los SAPS pueden vivir cotidianamente esta “tensión creativa” al abordar problemas inestructurados que no se dejan atrapar en las taxonomías de los saberes especializados y

sobre especializados, encarando una tarea tan desconcertante como imprescindible.

En definitiva, con los SAPS hemos construido un dispositivo instituyente que es fundamental por lo que hace, pero, más aún, por lo que hace suceder, por lo que tiene que lograr que se haga, iniciando y desencadenando un camino hacia una transformación cultural de los servicios de salud en la Provincia.

INTRODUCCIÓN

Este libro se sitúa entre la política y el testimonio. O, más precisamente, es el testimonio de una política que, como tal, siempre es inacabada, perfectible y abierta. No se propone declamar los principios que inspiran la Atención Primaria de la Salud, ni pretende ser una prescripción de buenas intenciones sanitarias. Tampoco pretende ser una reconstrucción meramente “celebratoria” de una experiencia de gestión. Por el contrario, se propone recuperar y sistematizar las experiencias, dispositivos y estrategias implementadas en nuevos servicios hospitalarios que proyectan abrir los hospitales a nuestras comunidades.

El propósito de este trabajo es reconstruir, dimensionar y valorar el peso de una experiencia de lo sanitario en territorio bonaerense, en los albores de la salida pandémica. Frente a una agenda de salud pública tensionada por la urgencia y la respuesta estatal ante un virus desconocido, la centralidad de la cuestión sanitaria creó condiciones de posibilidad para la transformación y emergencia de nuevas formas de vida hospitalaria. En este contexto, se crearon los Servicios

de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), servicios hospitalarios nuevos pertenecientes a la red provincial de hospitales. El diseño institucional de su proyecto procura promover la articulación de los efectores provinciales con los actores de su área programática, aportando a la construcción de redes intersectoriales que integren a la comunidad, en pos de mejorar la accesibilidad, garantizar el derecho a la salud y generar información para la gestión de políticas públicas.

Recuperando la tradición histórica impulsada por referentes como Ramón Carrillo y Floreal Ferrara, ávidos intérpretes de sus épocas en clave sanitaria, se parte de la certeza de que los tiempos actuales interpelan a autoridades y sanitaristas a transformar el rol centrípeto, la estructura y la función de los hospitales en el siglo XXI. En consecuencia, resulta imperioso que las instituciones hospitalarias se abran a la comunidad formando parte de una organización mucho más integrada en la sociedad y más flexible, al extender su actividad más allá de sus propios límites físicos. Reconocidos en estos linajes históricos del sanitarismo nacional, se presentan a los SAPS como líneas de fuga hacia otros modos posibles de pensar los hospitales, más allá de la hiper-especialización de la mercadotecnia de la salud, en el más acá de nuestras comunidades.

Por supuesto, los dispositivos, experiencias y estrategias que aquí se presentarán no se desarrollan en vacío. Asumen su relevancia en virtud de una prioridad provincial clara: combatir la histórica fragmentación del sistema sanitario a partir de la integración de sus niveles y componentes. El enfoque que las contiene: la transformación del modelo hospitalario en el marco de los cuidados progresivos. Se trata del pasaje de un modelo de hospital auto centrado en especialidades y servicios a un hospital focalizado en las necesidades de las personas, las características de su problema de salud y la complejidad del tipo de cuidado requerido. El modelo de cuidados progresivos como herramienta de integración del sistema es, a partir de lo analizado en este libro, complementario con la organización de los hospitales en torno a la delimitación de un área programática y la construcción en

redes. Este espíritu es el que habita el funcionamiento de los SAPS al interior de sus establecimientos y en la articulación con otros nodos de la red asistencial.

El contenido de este libro se ha organizado en dos grandes secciones. La primera de ellas remite a los nudos que han vertebrado esta política hospitalaria. El capítulo 1 recupera los legados históricos del sanitarismo nacional que inspiran la creación de este servicio, al tiempo que contextúa el nacimiento de esta iniciativa en el marco de la transformación de los hospitales como redes integradas de servicios de salud. En este sentido, los SAPS se presentan como un aporte en el marco de la estrategia de cuidados progresivos adoptada por la política sanitaria bonaerense, que se propone transformar la estructura y función de sus hospitales.

En el capítulo 2 se esbozan las líneas centrales del diseño institucional del proyecto SAPS y su apertura a la comunidad. De tal modo, se presenta su misión y líneas de trabajo que le otorgan identidad: asistencia, gestión e investigación/formación desde una perspectiva de articulación al interior de los establecimientos y con otros efectores de su área programática. En este camino, se presenta a este servicio interdisciplinario y su estructura matricial, no piramidal, con el propósito de transversalizar las tareas y tender puentes entre el primer y el segundo nivel. En tal sentido, se presenta al SAPS como un ariete entre ambos niveles en la medida en que sensibiliza la gestión hospitalaria a los emergentes del territorio. Se trata de la construcción de un lenguaje que comprenda los dialectos del territorio desde la APS, al mismo tiempo que posea acceso a recursos de complejidad en una estructura hospitalaria que lo enmarca. Los SAPS se proponen iniciar una búsqueda anfibia: aquella capaz de “transitar entre diferentes campos disciplinares por los cortes epistemológicos, desde los viejos paradigmas a los nuevos” (Paim y Almeida Filho, 1999). Finalmente, el capítulo 3 repone las estrategias de formación inicial y permanente implementadas desde el nivel central para dar cauce a la implementación de los SAPS. A partir de un triángulo compuesto

por políticas de formación, conversatorios temáticos y una dupla de tutores que acompañan el proceso de implementación, se construye un dispositivo de recepción del proyecto SAPS en cada hospital provincial, ajustado a las características de los equipos, su efector y los territorios.

La segunda parte de este libro recupera la multiplicidad de voces de los SAPS, sus experiencias, dispositivos y estrategias. Se trata de un trabajo polifónico: recupera las voces y saberes de sus protagonistas, quienes han escrito lo que hacen, mientras se lo hace. Por lo tanto, su apreciación no goza de la perspectiva del tiempo transcurrido, sino de la inmanencia de lo acontecido. En la escritura de los capítulos que componen esta segunda parte, se presenta un tejido de voces que, proyectadas inicialmente en distintos formatos (entrevistas, relatos, informes), configuran una trama de experiencias materializada en un registro escrito. A partir de una metodología carroñera y errante que impulsa a entrelazar diferentes maneras de contar y construir lo que acontece en el campo de la salud, se urde un escrito común que intenta reflexionar sobre las potencialidades y desafíos de los SAPS en los hospitales y en el territorio bonaerense. Para desarrollar este objetivo, la segunda parte se estructura a partir de cuatro capítulos. El capítulo 4 da cuenta de algunos de los dispositivos de salud creados por los SAPS desde una perspectiva territorial y de APS que interpelean la organización hospitalaria. Allí se narran las experiencias de los SAPS del Hospital General de Agudos Magdalena V. de Martínez, el Hospital Zonal de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez y el Hospital Zonal General de Agudos Dr. Mario V. Larrain. El capítulo 5 repone las experiencias SAPS desarrolladas por dispositivos de salud desde una perspectiva de género y diversidad. Allí se realizan reflexiones sobre la importancia de esta perspectiva en el modelo de salud hospitalario en las prácticas asistenciales, de gestión y de investigación/formación. Se recorren entonces, los dispositivos creados por el SAPS del Hospital Zonal General de Agudos “Narciso López” y su consultorio de abordaje integral de las violencias por razones de género; la Con-

sejería Aquelarre creada por el SAPS del Hospital José Ingenieros de La Plata, el Programa Lohana Berkins del SAPS del Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque”, de Gonnet, La Plata y la que se desarrolla en el SAPS del Hospital Zonal General de Agudos “Julio de Vedia”, 9 de Julio. El capítulo 6, por su parte, toma experiencias de los SAPS que tienen sede en hospitales especializados, transformando su alcance, definición y función. De tal modo se describen y analizan una multiplicidad de estrategias y dispositivos de reconversión del SAPS del Hospital Taraborelli de Necochea, el trabajo con nuevas infancias y adolescencias desde el SAPS del Hospital Especializado Dr. Noel H. Sbarra y el abordaje de la salud bucal en hogares de niños, niñas y adolescentes desde la experiencia del equipo SAPS del Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil Dr. A. M. Bollini. Finalmente, el capítulo 7 de este libro recupera algunas reflexiones y experiencias de intersectorialidad desarrolladas por los SAPS. Sobre todo, la articulación con la universidad pública y las organizaciones sociales para el desarrollo del Voluntariado Universitario en la pandemia y de la Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de La Plata. Estas articulaciones fueron concebidas de cara al debate sobre diferentes aspectos que conciernen a la integración del sistema de salud.

Cada transformación social abre horizontes inciertos, inesperados e imposibles de anticipar. Por supuesto, dicho proceso de transformación, lejos de ser lineal, acarrea tensiones de “abajo hacia arriba” y de “arriba hacia abajo”, propio de todo proceso de institucionalización. Parafraseando a Gramsci, cuando el viejo esquema hospitalario no termina de morir, y los nuevos hospitales no terminan de nacer, los obstáculos, las resistencias internas y externas al cambio, la fuerza inercial de lo dado y la urgencia de transformar la organización del sistema sanitario se hacen más visibles. Este libro, también, pretende dar cuenta de algunos de estos escollos.

PRIMERA PARTE

El nacimiento de los SAPS

Contexto y antecedentes: legados históricos de un nuevo servicio hospitalario

Durante el transcurso del siglo XIX se inició el proceso de transición que explica la mutación del perfil epidemiológico de las sociedades occidentales. El patrón de morbimortalidad en el cual predominaban las patologías transmisibles se fue desplazando en dirección a un nuevo esquema, en el que fueron creciendo las patologías degenerativas asociadas a los estilos y modos de vida, las conductas de autocuidado y la exposición continua y prolongada a factores presentes en el medio ambiente. Los problemas sanitarios emergentes del proceso de transición demográfica y epidemiológica acaecidos durante las últimas décadas han incorporado al paisaje de lo cotidiano nuevas epidemias, la re-emergencia de enfermedades infecto-contagiosas, el envejecimiento poblacional y la cronicidad de las patologías no transmisibles, así como también el incremento de las violencias (autoinfligida o infligida a terceros, en especial aquellas por razones de

género), el aumento de las lesiones no intencionales, el uso y abuso de sustancias, entre otros.

Así, las vertiginosas transformaciones económicas, sociales y culturales propias del capitalismo tardío, han alterado en forma acelerada los patrones de manifestación y respuesta de los procesos de la vida, en particular aquellos vinculados a la salud, enfermedad, atención y cuidado. Frente a este contexto, resultan cada vez más evidentes los límites del modelo de institución hospitalaria en los márgenes de las ciudades, comandado bajo el paradigma epidemiológico de las enfermedades infecciosas. Esta transición epidemiológica, su impacto en los servicios de salud y la reorganización e integración del sistema sanitario es actualmente una de las prioridades del campo de la salud pública.

Nuestro país no estuvo ajeno a estas modificaciones, lo que presentó importantes desafíos para la transformación de su sistema sanitario en torno a dos problemas centrales: la existencia de una fuerte segmentación en la cobertura y el acceso a la atención sanitaria, y el desarrollo histórico de procesos de fragmentación organizacional.

Según el Censo Nacional de 2010¹, alrededor de un tercio de la población no cuenta con aseguramiento formal y accede sólo a los servicios públicos mientras que casi dos tercios, tienen cobertura de seguro en la figura de obras sociales nacionales, provinciales o de empresas de medicina prepaga.

Con respecto a la oferta, el sistema está compuesto por tres subsistemas de cobertura que cuentan con fuentes diversas de financiamiento:

- El subsistema público se financia a través de los impuestos (o recursos del Tesoro) recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal y recupero de obras sociales (SAMO).

¹ Disponible en https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

- Las obras sociales reciben aportes y contribuciones obligatorias de asalariados² y sus empleadores cuyo destino son los seguros sociales.
- El subsistema privado se financia con los gastos de las familias (también denominados gastos de bolsillo), que incluyen tanto a los consumos programados (pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga) como a los esporádicos (también denominados desembolsos directos).

En este marco, la provincia de Buenos Aires representa un universo complejo, donde se concentran un poco más de 16 millones de personas en sus 135 municipios. Entre las misiones y funciones de la administración del Gobierno de la Provincia, garantizar el derecho a la salud constituye un objetivo central, siendo el Ministerio de Salud el principal responsable de garantizar este derecho, atendiendo a la complejidad que presenta el sistema de salud argentino. El Ministerio es el encargado de coordinar políticas para los 2655 establecimientos de salud, organizados en 12 regiones sanitarias que abarcan la totalidad del territorio provincial, de los cuales 273 pertenecen a la gestión pública provincial. Se pueden sistematizar las características del sistema de salud bonaerense en los siguientes ejes:

- Sostiene en sus objetivos garantizar una cobertura universal adecuada, al plantear un Programa Médico Obligatorio, gestionado a través de la seguridad social. Trabajadores informales y desempleados, sin embargo, sólo cuentan con la atención que brinda la red pública, que presenta algunos problemas estructurales.
- Se encuentra afectado por las políticas de fragmentación iniciadas con el derrocamiento del peronismo, continuadas en la oleada neoliberal de la década del '90 y fuertemente

² Con el objetivo de hacer uso de un lenguaje que tensione lógicas binarias de enunciar las identidades sexo-generizadas, hemos decidido hacer uso del lenguaje inclusivo, utilizando la letra “e” en determinadas palabras y categorías.

profundizadas con el vaciamiento del período 2015-2019. La creciente influencia de las prepagas y del subsector privado en general, atentó contra una visión totalizante y centralizada del sistema de salud. Territorialmente, el subsistema público no logra garantizar la atención en algunos sectores, no sólo por cuestiones cuantitativas, sino también por problemas de organización territorial.

- Existen dificultades en la gestión de los hospitales públicos en relación a la fuerza de trabajo. Las condiciones laborales heredadas, el poder adquisitivo de los salarios, la fragmentación y desigual distribución salarial en el equipo de salud, además de las condiciones de muchos de los insumos y equipamientos, impacta en la organización y conducción de las instituciones de salud públicas.
- Hay un incremento en el poder de lobby y negociación por parte de las empresas de medicamentos y otros insumos, condicionando decisiones y capacidades estatales.

Para hacer frente a la fragmentación y segmentación del sistema de salud nacional, provincial y municipal, han existido numerosas experiencias y aportes conceptuales que sitúan la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia principal para mejorar la situación de salud de las poblaciones.

A nivel global, los debates en torno a la incorporación de la comunidad en el sector de la salud se remontan a la década del '70. La conocida "Declaración de Alma Ata", entre sus principales enunciados, plantea que dentro de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud es necesario fomentar y exigir:

(...) la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros

recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (Declaración de Alma Ata, 1978).

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud, actualizando el enfoque participativo de la Declaración de Alma Ata, organizó un encuentro que se llevó a cabo en Washington donde participaron expertos de catorce países del continente americano. Allí, se puntualizó en el concepto de Salud Comunitaria, con el objetivo de revitalizar este paradigma y generar estrategias para fortalecerlo en la búsqueda de “(...) *herramientas innovadoras para comenzar a abordar la salud de la comunidad en esta era*” (OMS, 2017). Al año siguiente, un encuentro de la OMS en Astaná, Kazajistán, revitalizó y actualizó este debate, aportando al impulso internacional de incrementar la inversión y fortalecer las políticas de Atención Primaria de la Salud a fin de alcanzar una cobertura sanitaria universal.

En el plano nacional y provincial, también han existido antecedentes que se han propuesto articular el sistema de salud y superar la fragmentación, focalizando en una estrategia de APS.

En el año 1987, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires bajo la conducción de Floreal Ferrara creó el programa Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS). Este programa fue una política sanitaria que consistió en construir equipos interdisciplinarios que focalizaron la atención en el primer nivel, bajo el paradigma de la participación comunitaria. Paralelamente, una de las funciones que cumplió fue disputar fuertemente el debate sobre las políticas sanitarias y criticar el modelo médico hegemónico, que hace epicentro en la enfermedad, propiciando mecanismos mercantilistas, medicalizantes y no saludables.

Otra de las experiencias que han recuperado la importancia de la APS, de la inserción territorial y del primer nivel desde un punto de vista estratégico, fue el Programa Médicos Comunitarios llevado adelante en el año 2004. Estas experiencias crearon un vínculo direc-

to entre la Nación y los municipios, insertando profesionales en el territorio y sistematizando una gran cantidad de materiales que han quedado como saldo para la formación de profesionales y residentes. No obstante, la informalidad en las modalidades de contratación, la falta de políticas de reabsorción de esos recursos humanos formados y la endeblez de una estructura hospitalaria en red, han sido algunos de los aspectos que han erosionado su potencialidad. En virtud de ello, iniciativas de este tipo han sido fácilmente vaciadas por gobiernos neoliberales, entre otros motivos, por la falta de arraigo que han tenido en la estructura provincial de salud.

En provincias como Santa Fe y Neuquén, los centros de salud destinados a trabajar fuertemente desde un enfoque de APS mantuvieron su gestión provincial, lo que permitió mejores condiciones estructurales para el trabajo, y la conformación y permanencia de redes de trabajo comunitario.

En la provincia de Buenos Aires en los años 90 se municipalizaron las instituciones destinadas al primer nivel de atención. Esta situación profundizó la fragmentación entre los distintos niveles, produciendo un desmantelamiento de los Centros, acrecentando procesos ineficaces en su atención.

Esta apretada síntesis aborda a la salud en clave histórica, en pos de recuperar y analizar los emergentes socio-sanitarios propios de cada tiempo y espacio social. Esto significa, reformular la forma de mirar, conocer y actuar en los procesos de salud-enfermedad-cuidado-atención de la población.

Veremos en este libro de qué modo, los SAPS se proponen recuperar aspectos de estas experiencias, aportando al objetivo más amplio de la transformación de la estructura y función de los hospitales bonaerenses.

Estructura y función de los hospitales en el siglo XXI: cuidados progresivos, áreas programáticas y redes integradas de servicios de salud

Desde el inicio de la gestión de Ramón Carrillo durante el primer peronismo, la cuestión sanitaria se constituyó en una política pública, inserta en una estructura administrativa estatal con relativa autonomía como lo fue la Secretaría de Salud primero, en 1946, y su transformación en Ministerio en 1949 (Romero, 2011). Si bien existieron diferentes determinantes de mayor agregación social, tales como las ideas y los discursos propios de “un clima de época”, las bases materiales –los recursos económicos, financieros y de infraestructura– y los modelos institucionales locales y foráneos emulados, adquirió especial importancia la necesidad de generar accesibilidad a través de procesos de centralización y planificación sanitaria. De tal modo, el Estado toma la salud como una cuestión pública con puntos de continuidad y ruptura con los proyectos preexistentes, en particular aquellos pertenecientes a la corriente de pensamiento identificada con el higienismo y la beneficencia social del último tercio del siglo XIX y las primeras tres décadas del XX. En este contexto, la gestión Carrillo se popularizó, no solo por la imbricación de las políticas de asistencia social y de salud que signaron una gestión inspirada en los principios de la medicina social, sino también la construcción de hospitales de crónicos y agudos a partir de un detallado proceso de análisis de la infraestructura hospitalaria. El proceso de planificación hospitalaria, expresado en el Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958, puso énfasis en la construcción de infraestructura que contemplase transformaciones demográficas, problemas prevalentes de salud, la cantidad, calidad y complejidad de camas y su distribución en el territorio nacional.

El árbol de problemas de aquel entonces incluía la preocupación por la superposición de servicios hospitalarios, la falta de integración de la red de hospitales y la necesidad de organizar la atención hospitalaria a partir de una tipificación de prestaciones que homogenice,

pero también optimice los recursos del estado en términos de eficiencia y coordinación (Plan Sintético de Salud Pública, 1952). Según Flores (2007), el Plan establecía dos principios de planificación:

El primero era la centralización normativa, en el cual se obligaba a la unificación de definiciones, criterios, regímenes de trabajo, normas sobre administración de fondos, economatos, depósitos, personal, contrataciones y contabilidad patrimonial; así como a la unificación de procedimientos y a la tipificación de planillas, formularios, muebles, etcétera. También se iniciaron tratativas para acordar con las provincias y municipalidades un solo tipo de organización hospitalaria y un mínimo de la cantidad y calidad de las prestaciones. El segundo principio de planificación era la descentralización ejecutiva, la cual en la práctica dio lugar a la participación directa, tanto de grandes Hospitales como de modestas Postas Sanitarias, cada uno dentro de su radio de acción, en tareas concretas de defensa de la salud popular (Flores, 2007, p.5)

Cualquier iniciativa que se propusiera abordar grandes procesos a nivel poblacional, entonces, debía partir de un diagnóstico y una planificación minuciosa, que armonice las necesidades de la población con los recursos humanos y técnicos disponibles desde una concepción del hospital pragmática y ejecutiva.

Si se retoma el ideario sanitario y planificador de Carrillo, podemos decir que el análisis de las redes de servicios de salud y su integración desde el punto de vista hospitalario es un elemento no siempre tenido en cuenta en la transformación del sector salud, de cara a la meta de la salud integral. Al analizar los elementos que determinan la configuración y el funcionamiento de los hospitales, resulta ineludible la revisión del concepto tradicional de estos establecimientos, que los sitúa como el centro en torno al cual gira la atención de la

salud. El proceso de integración del sistema de salud y la conformación de redes integradas en torno a sus servicios supone alinear su organización a las necesidades de las personas y sus comunidades. Como señalan las recomendaciones estratégicas del documento de la OPS “Hospitales en redes integrales de servicios de salud”, se da por hecho que sin hospitales no puede haber redes integradas de servicios de salud, pero “también debe reconocerse que sin redes eficaces los hospitales no pueden cumplir su función” (OPS, 2018). La concepción de hospital, de cara a la integración de sus redes, ya no lo concibe como la cúspide especializada y jerárquica del sistema, sino como un nodo de efectores estructurados en red que desempeña determinadas tareas de una multiplicidad de procesos que cruzan una y otra vez la red de salud y en los cuales se integran las personas y las comunidades.

A partir de la reflexión crítica sobre la estructura y función de los hospitales del siglo XXI, las instituciones hospitalarias han iniciado un progresivo proceso de integración y apertura a la comunidad, concebidos desde una visión más integrada y flexible, al extender su actividad más allá de sus propios límites físicos. En simultáneo, esta integración requiere no sólo dinamizar la red de efectores de diferente complejidad, sino también al interior de los establecimientos. En otros términos, se trata de transformar una cultura organizacional, fuertemente caracterizada por la tabicación de sus servicios, la existencia de pirámides y jerarquías en su interior y las dificultades en la comunicación interna en sus procesos de trabajo.

Estos problemas y debates han revitalizado la importancia de la planificación y gestión sanitaria bajo los conceptos de “cuidados progresivos”, “área programática” y “redes en salud”, ahora incorporados al lenguaje de las nuevas prioridades en el campo de la gestión sanitaria. La pandemia desatada por la propagación del coronavirus dinamizó el trabajo en red, con probados resultados en la garantía de atención a la población que lo requirió.

Los cuidados progresivos se han erigido como una estrategia de transformación del sistema. Entre las innumerables reorganizaciones realizadas durante la pandemia, estos adquirieron mayor notoriedad, sobre todo a nivel de las internaciones en cuidados intensivos, intermedios y mínimos. Pero pensar los hospitales en red con la perspectiva de atención primaria de la salud implica también poner el foco en la atención ambulatoria y en una organización según la necesidad de cuidado de los usuarios (la llamada “Atención Progresiva”). Los cuidados progresivos suponen un modelo de gestión prestacional no diferenciado por especialidades médicas, sino en los cuidados requeridos por la persona, las características de su patología y el nivel de cuidado que exige. Según la definición de la OMS, los cuidados progresivos representan “la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otras afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios y otras afines según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física del Hospital más apropiado a su estado clínico”.

Pensar los hospitales en estos términos implica una transformación en el enfoque de su gestión, distinta a la convencional. En lugar de atender por patologías y por especialidades médicas nucleadas en servicios, se trata de privilegiar las demandas y necesidades de las personas. En lugar de que existan asimetrías de ocupación en torno a la complejidad de las camas -con saturación y ociosidad en el mismo efector de salud-, se trata de brindar mayor racionalización en el uso de los recursos físicos y humanos. En lugar de pensar la atención compartimentalizada por servicios, se trata de transversalizar el conocimiento experto a los diferentes niveles de cuidado, jerarquizando la continuidad asistencial en todos los niveles (desde el autocuidado hasta los cuidados intensivos).

Dentro de una red más amplia, el hospital debe pensarse en función de la atención de agudos; con aprovisionamiento adecuado de camas y equipamiento para la resolución de casos agudos y cuidados

intensivos. Con servicios organizados en este enfoque que privilegien la ambulatorización del cuidado con un mayor desarrollo de servicios de Cirugías y Hospital de Día y con programas de gestión de egresos hospitalarios que aceleren el alta y la transición del paciente a su hogar, al primer nivel o a otros servicios extramuros (Artaza Barrios, et. al, 2011)

El modelo de cuidados progresivos como herramienta de integración del sistema es complementario con la organización de los hospitales en torno a la delimitación de un área programática. Entendemos como área programática³ a la forma de organización del subsistema público de salud que consiste en la delimitación de un territorio para el diseño, implementación y desarrollo de políticas sanitarias. En este contexto, los SAPS no determinan un área rígida. Territorializan líneas de cuidado, tejen los puentes para contribuir a la continuidad de cuidados, independientemente del lugar o eslabón que ocupe en la cadena. Mientras el área programática refiere a lo proyectado o pasible de ser incorporado a los procesos de planificación sanitaria, el área de influencia connota aquellas cartografías de la atención que incluye prácticas, circuitos de derivación y asistencia no formales, cuyos límites son definidos por las consultas/demandas realizadas al efector, aunque no se correspondan con el área programática definida.

Es en el área programática definida por cada hospital donde podemos trazar diferentes niveles de construcción de redes en salud, que junto al modelo de atención de cuidados progresivos delimitan la estrategia de transformación del modelo de hospital tradicional. Las redes representan el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular, conllevando estas redes a distintos niveles de profundidad (Rovere, 2016, p. 52). Rovere (2016) también plantea que el primer nivel de construcción de una red sería el reconocimien-

³ Si bien este concepto tiene una arraigada historia en la estructura orgánica y funcional de los hospitales y forma parte de la denominación misma de los SAPS, actualmente convive con otro concepto sumamente emparentado: la “responsabilidad sanitaria” de los efectores.

to de un/a otro/a, cuyo valor es la aceptación. El paso siguiente es el conocimiento de quién es ese/a otro/a y qué hace, por lo que su valor es el interés. Luego sigue la colaboración, donde se aportan ayudas esporádicas bajo la lógica de reciprocidad para poder llegar a un nivel más alto de construcción, que es el de cooperación, donde se comparten actividades o recursos bajo el valor de la solidaridad. En un último escalón estaría la asociación, donde se comparten objetivos y proyectos con un alto nivel de confianza. Por su parte, Montero (2006), desde una perspectiva relacional, identifica las redes como aquellas presentes en los procesos de organización comunal, “(...) en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular”. Lo constitutivo de las redes de organización comunitaria sería la relación en la que se encuentran personas unidas por un interés o valor, proporcionando apoyo social a quienes intervienen en ellas, basándose en la información y el conocimiento compartidos.

Síntesis del capítulo

Hemos presentado de manera sucinta, los contextos y legados históricos que el sanitarismo nacional ha dejado como fuente inspiradora de la creación de los SAPS. En un nuevo contexto epidemiológico acelerado por la pandemia de COVID-19, el rol de los hospitales en el siglo XXI necesita ser re-pensado en el marco de su integración a la red de servicios de salud y apertura a su área programática, transformando su cultura organizacional y volviéndola más flexible a las necesidades de las personas y comunidades. En este camino, una verdadera constitución interdisciplinaria de los equipos de salud permitirá romper con la compartimentación de la atención y los servicios, resultando un eslabón clave para la puesta en marcha de hospitales integrados y organizados bajo el modelo de cuidados progresivos.

A continuación, presentaremos experiencias hospitalarias de los SAPS, sus líneas de trabajo en torno a la asistencia, la gestión y la

investigación/formación. Trabajaremos en los modos particulares de invención a través de dispositivos orientados por la progresividad de cuidados y de apertura a la comunidad.

La creación de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud

La magnitud de la crisis pandémica, el aislamiento preventivo y la declaración de la emergencia sanitaria puso en el centro de la agenda pública la discusión sobre el rol del Estado en la salud pública como pocas veces en la historia de nuestro país. La preocupación por la infraestructura hospitalaria, su equipamiento, la humanización de la atención, las condiciones y organización de los tipos de cuidados de la salud y el rol de los trabajadores se impregnaron al paisaje de lo cotidiano. Al interior de los equipos de salud, se trastocaron las formas en que se ejecutaba y organizaba el trabajo. De esta forma, emergieron nuevos desafíos asociados a las transformaciones en la organización de la atención, los tiempos y ritmos de trabajo y a las elevadas exigencias emocionales que supuso la atención durante la pandemia.⁴

⁴ Los hospitales ingresaron en un vertiginoso proceso de reacondicionamiento de sus servicios, organigrama y procesos de atención. Se acondicionaron los espacios físicos, los sistemas de calefacción y/o ventilación, se crearon nuevos protocolos de atención y de higiene del personal antes o luego de concluir la jornada laboral, se ampliaron la dotación de equipos tecnológicos e instrumentos de trabajo específicos:

Esta centralidad de la cuestión sanitaria representó una verdadera oportunidad para la puesta en marcha de transformaciones en la modalidad de organización de los diferentes niveles y componentes del sistema de salud. Sus elementos ingresaron en un nuevo sistema de relaciones, que requería una mejor articulación e integración entre sí. Pero al mismo tiempo en que se ampliaban las dotaciones de camas y recursos humanos para dar atención a la población, los hospitales encontraron la coyuntura histórica que generaba las condiciones para recuperar los legados más importantes del sanitarismo nacional y convertirlos en política pública, volviéndose más porosos a las necesidades de atención y cuidado de la comunidad.

Al calor de estas nuevas necesidades organizacionales que preceden y suceden a la pandemia de COVID-19, fue que se crearon los Servicios de Área Programática y Redes en Salud de los hospitales provinciales de Buenos Aires. La misión central de su proyecto originario ha sido la de aproximar los hospitales a la comunidad, a partir de un enfoque articulado, que conforma redes entre los efectores provinciales y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del área programática. Se trata de una articulación específica entre los hospitales, las UPA y otros efectores de salud de gestión provincial con otros establecimientos destinados a la atención de la salud, a partir de actividades de formación e investigación que aporten a fortalecer este servicio en el territorio y complementar la atención a partir de la asistencia específica desde el propio servicio.

Desde un enfoque de Atención Primaria de la Salud, los SAPS apuntan a fortalecer la prevención y la promoción, la atención integral y la continuidad asistencial, actuando como vínculo entre la comunidad y los hospitales, UPA y otros efectores de salud de gestión provincial, permeando a su vez, los servicios de estos establecimientos con la realidad territorial en la que se insertan. De tal modo, los hospitales, las UPA y otros efectores de salud de gestión provincial

computadoras, impresoras, termómetros, saturómetros, bombas de infusión y aerocámaras, entre otros.

conforman un nodo versátil en una red con múltiples recursos asistenciales descentralizados, con especial consideración de la accesibilidad, eficiencia, calidad e inserción articulada al área programática.

Estructura y misión de los SAPS

Si bien la realidad de los distintos establecimientos sanitarios de la provincia es muy diversa, el diagnóstico inicial detectaba dos problemáticas comunes a todas las regiones sanitarias: dificultades en el acceso al primer nivel de atención y desarticulación entre los distintos establecimientos sanitarios. A partir del análisis de los procesos de gestión hospitalaria de jurisdicción provincial y las heterogeneidades de sus diversos efectores, se diseñó un proyecto de implementación de los SAPS que jerarquiza la interdisciplina como base misma del servicio, el trabajo en red y la articulación de acciones territoriales. De tal modo, se estableció como objetivo principal de estos servicios, promover la articulación de los efectores provinciales con los actores de su área programática, aportando a la construcción de redes intersectoriales que se integren a la comunidad en pos de mejorar la accesibilidad, garantizar el derecho a la salud y generar información para la gestión de políticas públicas. En este marco, los SAPS pretenden fortalecer y/o construir redes en salud en distintos planos: por un lado, entre los efectores de salud provinciales, las instituciones y la comunidad, y por otro, hacia el interior de los establecimientos, articulando con sus distintos servicios. El trabajo en red supone, en primer lugar, unificar esfuerzos, evitando duplicación de acciones realizadas en otros espacios y promoviendo una complementariedad que procure mejorar la capacidad resolutive entre los distintos efectores de salud insertos en una comunidad y entre servicios internos de los establecimientos. En segundo lugar, requiere actualizar y formar de manera continua al personal de salud. Y, finalmente, construir de forma colectiva conocimiento respecto a las problemáticas presentes en los distintos territorios.

Los SAPS de cada hospital están conformados por un equipo interdisciplinario según el perfil del efector de salud, las características del área programática y la población a la que se asiste. Asimismo, cada SAPS cuenta con un Jefe de Servicio con funciones de coordinación de equipo.⁵

Para el desarrollo de las actividades de los equipos interdisciplinarios SAPS se establecieron tres líneas de trabajo centrales: una línea destinada a la tarea asistencial, que contempla acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación; una línea de formación e investigación que impulsa por un lado, estrategias de formación al interior y exterior del efector, y por otro lado, la producción de información con el objetivo de contribuir a la construcción de políticas públicas; por último, una línea de gestión que promueva la articulación en el territorio, tanto con los dispositivos ya existentes, como a partir de la creación de nuevos.

Al interior de los establecimientos, la potencialidad de los SAPS reside en la construcción de espacios de articulación entre los distintos servicios respecto a las necesidades específicas de la población. Este servicio es el encargado de pensar y abordar transversalmente estas problemáticas mediante diversas acciones como: relevar y sistematizar información; gestionar espacios de formación específica vinculadas a la APS y la Salud Comunitaria; intercambiar con los demás servicios a partir de las problemáticas comunes que los atraviesan o de las situaciones concretas de las personas que se acercan a los SAPS.

⁵ Para cumplir con estos objetivos, los equipos interdisciplinarios de los SAPS se incorporaron a la estructura orgánico-funcional de los hospitales, a los fines de dotarlos de estabilidad y jerarquía. A su vez, la inserción de los equipos en la estructura hospitalaria depende del tipo de establecimiento sanitario -ya sean generales o especializados- y del tipo de perfil/complejidad: Establecimiento Perfil A (hospitales locales), Establecimiento Perfil B (hospitales sub-zonales), Establecimiento Perfil C (hospitales zonales) y Establecimiento Perfil D (hospitales interzonales). Las actividades desempeñadas por los SAPS, independientemente del lugar que ocupen en la estructura, son supervisadas por la Dirección Asociada correspondiente del efector.

Hacia el exterior, los SAPS tienen como objetivos centrales promover y consolidar un vínculo entre el efector de salud y la comunidad en la que se inserta, contribuyendo, por un lado, a la construcción de redes intersectoriales en salud y, por otro, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia. En línea con lo que nos invita a pensar Mario Rovere (2016), en la construcción de redes en salud es fundamental involucrar a todos los actores que brindan servicios en los distintos niveles de atención, asumiendo el desafío técnico y político que implica esta perspectiva de trabajo. Algunas de las acciones que se comprenden en esta “edificación de redes” son: participar y/o promover mesas barriales y comités de crisis; aportar a la construcción de vínculos institucionales con otros efectores de salud; difundir las experiencias y la producción académica que se lleva adelante en el hospital; construir materiales y propuestas formativas (charlas, encuentros, talleres, etc.) destinadas a organizaciones sociales, clubes, instituciones educativas, comedores comunitarios, bibliotecas populares, entre otros.

Líneas de trabajo de los SAPS

Cada SAPS organiza su trabajo en función de tres grandes líneas de trabajo: asistencia, gestión e investigación/formación.

Asistencia

La asistencia es entendida como el conjunto de procesos mediante los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a la comunidad. En este sentido, el proyecto SAPS busca implementar acciones para garantizar y mejorar el acceso al derecho a la salud, sensibilizando sus dispositivos a la demanda que no llega al hospital para poder brindar una adecuada atención y, a la vez, articular con los demás servicios del propio establecimiento u otros efectores.

Con el objetivo de descentralizar las acciones sanitarias del efector de salud y comenzar a instalar a los hospitales y las UPA como actores

con presencia en espacios comunitarios, acercando las instituciones a la población, cada SAPS localiza territorialmente aquellos casos y/o grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad (por ejemplo: embarazadas, niñxs, adultxs mayores, etc.) y construye propuestas para su atención que permitan, a la vez, georreferenciar las intervenciones en su área programática. Las actividades comprendidas en esta línea de trabajo buscan además fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia con los CAPS del área programática, en función de las características de la situación de salud de les usuaries y en pos de mejorar la red pública de atención.

Los dispositivos específicos de asistencia que conforman los SAPS se asientan en procesos inter y transdisciplinarios, retomando las formaciones y experiencias de las diferentes disciplinas que componen el equipo de trabajo. Estos dispositivos incorporan tecnologías blandas como eje prioritario de intervención, trabajando en los siguientes aspectos del proceso de atención: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Quienes integran el equipo de salud se encuentran ante la necesidad y responsabilidad de instrumentar formas de atención transformadoras e integrales que faciliten a las personas el ejercicio pleno de sus derechos y que permitan, además, una mayor satisfacción profesional en la tarea diaria.

Los dispositivos asistenciales contemplados en el proyecto original incluyen un conjunto de ejes de acción:

- Abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles desde una perspectiva integral, con orientación preventiva, basada en la equidad y con participación activa de la persona, su familia y la comunidad.
- Articulación con servicios hospitalarios y otros efectores de salud que necesiten o requieran dispositivos de abordaje comunitario para garantizar la adherencia, el seguimiento y la atención continua en:

- Control y seguimiento de enfermedades infecciosas transmisibles emergentes: COVID-19, tuberculosis, HIV, ETS, dengue, etc.
- Seguimiento longitudinal de pacientes con riesgo elevado de (re) internación.
- Seguimiento, captación y búsqueda activa de personas gestantes, recién nacidos sin control y niños.
- Acompañamiento de las personas que se encuentren realizando una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)/ Interrupción Legal del Embarazo (ILE).
- Asesorías en derechos sexuales (no) reproductivos, desarrollando dispositivos (o potenciando los ya existentes) que atiendan las demandas y que construyan espacios comunitarios de salud sexual, fortaleciendo la autonomía de las personas para la toma de decisiones.
- Atención domiciliaria y cuidados paliativos dirigidos a personas con enfermedad terminal, asegurando una atención continua e integrada, en articulación con el equipo de *cuidados paliativos* en los efectores donde existe este espacio, fortaleciendo su capacidad de abordaje integral y de acompañamiento.
- Rehabilitación basada en la comunidad, promoviendo la generación de redes entre los referentes comunitarios, personas con discapacidad, sus familias e instituciones afines.
- Atención de adultos mayores para fortalecer y promover el desarrollo de políticas de salud destinadas a garantizar su atención en todos los niveles, apuntando a un envejecimiento saludable y a favorecer la autonomía e integración a la comunidad.
- Atención en salud bucal con el objetivo de aportar y fortalecer las políticas en salud bucal desde una perspectiva integral, colectiva e interdisciplinaria consolidando redes que desarrollen acciones de promoción y prevención de la salud

y dispositivos de asistencia, generando estrategias de participación comunitaria a fin de reducir enfermedades bucodentales y sus consecuencias.

- Promover la salud integral de lxs niñxs, adolescentes y sus familias con énfasis en el crecimiento y desarrollo saludable, diseñando dispositivos de abordaje integral que tengan entre sus propósitos no sólo la atención a este grupo poblacional sino también generar información precisa, actualizada y relevante referida a la población materno-infantil y adolescente.
- Acciones referidas a la salud mental de base comunitaria y abordaje del consumo problemático de sustancias, priorizando el derecho de las personas con padecimientos mentales a recibir una atención integral, oportuna y de calidad. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Se propone coordinar acciones de promoción y prevención con los servicios de salud mental de los efectores y otras instituciones/ organizaciones de la comunidad.
- Atención de personas privadas de su libertad, a través de articulaciones con los programas ministeriales específicos.
- Fortalecimiento de servicios de telemedicina hospitalarios, que desarrollen la teleconsulta como una herramienta más a la consulta presencial que mejore el seguimiento y la adherencia al tratamiento de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. A su vez, promover la tele-interconsulta entre el equipo de salud de los SAPS y otros profesionales especializados para discutir la atención integral de pacientes.
- Abordaje de situaciones de violencias, para el desarrollo de acciones referidas a la detección, tratamiento, acompañamiento y prevención. Abordaje sobre las violencias institucionales, promoviendo procesos de concientización, visibilización e intervención. Abordaje de las violencias por razones de género, que aporten a la identificación e intervención en sus distintos tipos y modalidades.

- Acciones tendientes a la ampliación de los derechos y acceso al sistema de salud de las personas de la comunidad LGBT-TTQI+.
- Actividades de promoción y prevención que aporten a mejorar la calidad de vida individual, familiar y comunitaria a partir de la formación en las temáticas socio-sanitarias diagnosticadas como emergentes del área programática.

Las distintas actividades constituyen ejes orientadores de trabajo, enfatizando los dispositivos según las características específicas del equipo, su efector y el diagnóstico de situación de salud del área programática en que se inserta.

Gestión

La gestión a desarrollar por los SAPS comprende aquellas acciones integrales destinadas a alcanzar los objetivos propuestos para la creación del servicio, anclados en la institución en la que se insertan.

El hecho de constituirse como servicios que procuran promover un cambio en la cultura organizacional de los hospitales y las UPA, contribuyendo a la consolidación de instituciones abiertas a la comunidad, implica necesariamente incluir entre las tareas del equipo algunas herramientas de la gestión, a saber: planificación estratégica; armado de planes, programas y/o proyectos; sistematización de información; coordinación intersectorial e interinstitucional y articulación al interior del efector.

Para llevar adelante esta línea de trabajo, se comprende a la gestión como un proceso dinámico, integral, organizativo y participativo de trabajo, que apunte al fortalecimiento y consolidación de la red de atención en salud a fin de garantizar el derecho a la salud de la población.

La gestión entendida como un proceso transversal a la organización comprende distintos ejes de acción:

- Articulación hacia el interior del efector con los diferentes servicios hospitalarios que lo componen. A través del relevamiento y sistematización de la información respecto a líneas y dinámicas de trabajo que vienen desarrollando, construyendo puntos de encuentro y acciones en conjunto con el fin de convertir al SAPS en un servicio articulador dentro del efector.
- Coordinación con otros efectores provinciales, otros SAPS y programas pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, generando acciones tendientes a la implementación de las políticas públicas. (Por ej.: campañas de vacunación, abordaje territorial COVID-19, campañas de difusión de programas, etc.)
- Referencia y contrarreferencia con CAPS del área programática, para facilitar el acceso a diferentes prácticas y estudios complementarios en salud.
- Articulación con organizaciones sociales, instituciones educativas, culturales, deportivas y mesas de coordinación presentes en el área programática.
- Vinculación con trabajadores formales e informales del área programática, para el abordaje de los problemas de higiene, seguridad industrial y salubridad en el ámbito laboral, en consonancia con otras políticas sanitarias dirigidas al sector.

Investigación/formación

Las tareas de investigación y formación se piensan como un eje estructural de la labor cotidiana de los equipos y están articuladas con las áreas de docencia e investigación de cada hospital.

Estas comprenden:

1. Producción de información para la acción:

- Generar mapeos colectivos socio-sanitarios.

- Diagnóstico y análisis de problemáticas socio-sanitarias.
- Sistematización de información y construcción de informes.
- Desarrollo de boletines informativos mensuales o bimestrales en base a experiencias y/o trabajos de investigación.
- Realización de un plan de trabajo anual con objetivos y actividades a fin de plasmar las líneas de trabajo propuestas por el equipo SAPS.

2. Producción de conocimiento sobre la implementación de las diversas acciones propuestas:

- Análisis de los alcances e impacto de las acciones realizadas.
- Producción de indicadores de seguimiento y análisis de su evolución.
- Evaluación de la calidad y accesibilidad de la atención.
- Desarrollo de investigaciones aplicadas sobre problemas de salud prioritarios en el área programática y de influencia.

3. Actividades de formación:

- Gestión de programas de educación permanente para lxs trabajadoras de la salud.
- Difusión de información respecto a diversas temáticas a partir de la elaboración de materiales educativos, guías metodológicas y protocolos.
- Articulación con programas nacionales y provinciales para elaborar espacios formativos en conjunto que prioricen el abordaje de las problemáticas de salud del área programática en particular, de la Provincia en general.

Servicios interdisciplinarios: equipos y su coordinación

El abordaje de los procesos sanitarios, por su complejidad, ha puesto en tensión el modelo clásico de atención por servicios disciplinares. En consecuencia, se requiere creatividad en su abordaje y el ensayo de nuevos modos de trabajo y composición de equipos. El proyecto del Servicio de Área Programática y Redes en Salud se apoya funda-

mentalmente en la generación de equipos interdisciplinarios. A diferencia de los tradicionales servicios hospitalarios, organizados de manera jerárquica por especialidades disciplinares, los SAPS se proponen, desde su constitución misma, la conformación de un equipo interdisciplinario, de base matricial, como estructura de trabajo.⁶

Un equipo interdisciplinario no se refiere meramente a la yuxtaposición de disciplinas, profesiones o personas. Aunque resulte obvio, un equipo interdisciplinario es un grupo. Pero un agrupamiento de personas no constituye por sí mismo un grupo. Por lo tanto, es interesante pensar qué movimientos son importantes sostener para el armado de un espacio grupal, que debe ser pensado desde las lógicas que contemplen lo subjetivo y lo intersubjetivo. Las acciones y objetivos de los equipos superan las individualidades y especialidades disciplinares, ya que se desarrollan en el quehacer colectivo de las relaciones personales y la ineludible integración y complejidad con que la realidad se presenta. Una mirada interdisciplinar, más allá que una declaración de principios, se plantea como una necesaria respuesta a *“la indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente”* (Stolkiner, 1987). Un equipo es una construcción que implica un trabajo de diálogo, reflexión colectiva y debate entre quienes lo componen. Así, la interdisciplina es complementaria a la construcción de los equipos. Abordar las problemáticas desde diversas miradas aporta a complejizar la realidad, superando la fragmentación y abriendo un arco de ideas y acciones que no podrían conseguirse desde visiones disciplinares parciales.

Podemos decir entonces que cuando hablamos de interdisciplina nos referimos a un posicionamiento, un enfoque, un modo de trabajo en equipo que implica necesariamente el reconocimiento de

⁶ La composición proyectada de cada SAPS fue la siguiente:
-Medicina general, pediatría, clínica médica o perfil equivalente, enfermería, psicología, trabajo social, obstetricia, epidemiología, sociología y odontología.
En simultáneo, y sujeta a las necesidades particulares de los establecimientos, se incorporaron promotoras de salud, kinesiología, fisiatría, nutrición, educación física, gerontología y administración.

los límites disciplinares ante la complejidad de la realidad social, la parcialidad de los saberes y de las herramientas con las que cuenta cada una y la necesaria apuesta a un trabajo cooperativo y colectivo. Retomando a Stolkiner, *“en los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión”* (Stolkiner, 2005).

Como mencionamos con anterioridad, en el campo de la salud los problemas que se presentan son cada vez más complejos, resultando necesario repensar los abordajes de modo interdisciplinario. Podemos decir que la interdisciplina estimula la integración de las diferentes disciplinas en un intento de reorganizar el conocimiento, trascendiendo el campo de saber específico de cada una de ellas. Resulta pertinente entonces recuperar los aportes de Nora Elichiry quien afirma que *“una cooperación ocasional no es interdisciplina”*, se requiere de una actitud de *“cooperación recurrente”* (Elichiry, 1987, p. 337).

Cuando nos disponemos a trabajar de forma interdisciplinaria estamos asumiendo que el problema a abordar está planteado de manera tal que no puede ser resuelto o abordado desde una sola disciplina, lo que implica necesariamente reconocer el alcance parcial de los propios saberes. En relación a ello, Canetti y Da Luz (2005) afirman que:

“El aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población”. (Canetti y Da Luz, 2005, p.3).

La creación de equipos interdisciplinarios, entonces, supone sostener la pregunta sobre cuáles son las condiciones, los requisi-

tos previos, para que una experiencia interdisciplinaria sea posible. Pensamos que, si bien las disciplinas de la salud parten de diferentes marcos conceptuales, es necesario que haya un espacio de consenso, de acuerdos en torno a determinados principios.

Para la creación y sostenimiento del espíritu interdisciplinar de estos equipos, se designaron coordinadores de cada SAPS, figuras centrales en la conformación de los equipos. La coordinación matricial de estos equipos requiere de un entrenamiento especial en las lógicas colectivas que los subyacen. Para ello, los coordinadores basan su trabajo en el armado de un espacio y tiempo compartido, cristalizado en las reuniones de equipo.

Las reuniones de equipo se proponen la construcción de una visión compartida sobre el desarrollo de las estrategias, proyectos y acciones de los SAPS en función de objetivos compartidos, una clara diferenciación de actividades, tareas (desagregación detallada de las actividades), responsables, plazos estimados y una evaluación de lo realizado con los integrantes del equipo SAPS.

La experiencia interdisciplinaria de los SAPS recogida hasta el momento y sugerida en la formación específica para los coordinadores, sugiere la necesidad de potenciar ese espacio de visión compartida a través de temarios, planes de trabajo y planificaciones anuales del servicio. Esto permite optimizar el tiempo de las reuniones, volverlas más operativas y registrables. A su vez, puede ayudar a evitar dispersiones y focalizar sobre los temas que se han decidido discutir. Sobre esto último, los responsables del registro sintetizan los acuerdos alcanzados y facilitan la memoria colectiva sobre lo discutido. Sabemos que coordinar un equipo interdisciplinario no es necesariamente dirigir, ni conducir, ni influir. También implica sostener silencios, dar lugar a lo no dicho, a lo que no se sabe, o no se entiende, y dar un tiempo para que puedan desplegarse y habitar las incomodidades. Es este mismo posicionamiento al interior del equipo el que se espera que un SAPS pueda tener con la comunidad: una ubicación del saber en un contexto de diálogo con otros saberes, no solo universitarios,

sino también los que se producen y se transmiten en las comunidades (Gandolfi, 2006). En otros términos, construir un problema común para el equipo requiere, a veces, de la suspensión temporal de la planificación y persecución de objetivos. La planificación establece prioridades, organiza las acciones y construye criterios. Pero también es importante romper con posiciones rígidas y normativizantes de la planificación grupal. Las planificaciones también se desmontan y traicionan a sí mismas a medida que se hacen y abren caminos, ya que la experiencia desborda nuestra capacidad de previsión. De tal modo, los equipos interdisciplinarios piensan problemas, dilucidando experiencias. Esto es, en los dispositivos grupales los coordinadores muchas veces deberán ser particularmente sensibles, no sólo a los aspectos *operativos*, sino también a las situaciones y experiencias indeterminadas, emergentes, no estructuradas.

Síntesis del capítulo

La incorporación de los SAPS busca recuperar los aprendizajes y legados históricos de experiencias inspiradas en los principios de la atención primaria de la salud, haciendo especial hincapié en la construcción de las redes en los nodos provinciales de atención. La implementación de estos servicios no acontece como la mera aplicación mecánica de manuales y recomendaciones sobre servicios de salud. En otros términos, el origen de los SAPS no se sitúa en la trascendencia de las abstracciones ideologizadas y descontextualizadas sobre la salud, sino en la inmanencia de las situaciones sociales y organizacionales que tocan atravesar desde la gestión sanitaria de la crisis pandémica. Es solo en esa situación en que se hizo posible realizar el pasaje del plano de las ideas a la gestión real del estado de cosas existentes en el sector salud. No se trata, entonces, del *más allá* de las construcciones ideológicas sobre la salud, sino más bien de una experiencia desde el *más acá*, cercano a las necesidades de la población, el territorio, nuestros hospitales y sus trabajadores. En este camino,

la construcción de equipos interdisciplinarios con base matricial, con actividades de asistencia, gestión e investigación fueron los ejes que estructuran una propuesta abierta y situada en las necesidades de su tiempo, en permanente co-construcción.

La política de formación de los SAPS: acontecimientos educativo-revulsivos en el territorio

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, la creación del SAPS, en el marco de las políticas públicas de salud implementadas por el Ministerio de Salud bonaerense, configuró una propuesta y apuesta para conmover estructuras hospitalarias hegemónicas que fragmentan y deshumanizan el trabajo con y para la salud de nuestro pueblo. Atendiendo puntualmente a las tareas de problematizar y arriesgar lo naturalizado que presupone el horizonte transformador de “construir hospitales abiertos a la comunidad”, la formación de les trabajadorxs de los SAPS constituyó un eje sustancial en la construcción de una estrategia formativa global y sostenible que permita de manera progresiva y sistematizada la transformación y resignificación de las prácticas de lxs trabajadorxs de la salud y el abordaje de problemáticas complejas desde una perspectiva y modalidad de trabajo que potencie la interdisciplina como modo de ser y hacer.

La política de formación diseñada se estructuró en propuestas de educación permanente con el objetivo de promover nuevos conocimientos sobre problemáticas de salud presentes en el territorio pro-

vincial y sobre las líneas de trabajo específicas del proyecto político estructurante de estos nuevos servicios.

Estas propuestas habilitaron la construcción de preguntas sobre los aprendizajes y desaprendizajes edificados en la trayectoria educativa y profesional de cada trabajador/a, problematizando lógicas instituidas que obstaculizan procesos de transformación reales en los efectores de salud y los servicios. Asimismo, impulsaron la creación y fortalecimiento de “redes formativas” entre distintas subsecretarías, direcciones y áreas del nivel central del Ministerio de Salud bonaerense con los efectores hospitalarios y UPAS, configurándose una comunidad educativa sostenida y continuada en el proceso de implementación de los SAPS.

A continuación, proponemos una aproximación a los derroteros de esta política de formación que acompañó y estructuró la inserción de los SAPS en los efectores provinciales y en el territorio.

Política de formación de los SAPS

La política de formación diseñada e implementada para la conformación de los equipos SAPS tuvo como propósito hacer del espacio laboral, en su micropolítica, una experiencia formativa para la producción de redes de conversación colectivas entre los distintos trabajadores (Merhy, Feuerwerker y Burg Ceccim, 2006). Este propósito trascendió el propio servicio, y se construyeron vínculos con otros trabajadores, otros equipos, otros servicios y también, con la comunidad y con los propios usuarios, que habitan el cotidiano de los efectores.

Como objetivos a corto plazo, esta política se estructuró en la construcción de distintas propuestas de formación permanente que permitieron, por un lado, un acompañamiento en la inserción del servicio en el efector y en el territorio, y por otro, una profundización en distintos marcos conceptuales constitutivos del proyecto SAPS.

Las propuestas de formación permanente diseñadas se vehiculizaron en distintos dispositivos, centrados en el proceso de trabajo de los equipos y en el reconocimiento de la situación de trabajo como potencial educativo. Esto supuso recuperar las situaciones cotidianas de lxs trabajadorxs de la salud y ejercitar un análisis reflexivo de los problemas de la práctica como punto de partida para construir experiencias de aprendizaje. Asimismo, las estrategias educativas que se desarrollaron en cada dispositivo ubicaron a las prácticas individuales y colectivas de lxs trabajadorxs como fuente de conocimiento y problematización, y a ellos mismos como sujetos reflexivos de sus propias prácticas y productores de conocimiento.

Ahora bien, ¿a qué llamamos propuestas de formación permanente?

La formación permanente supone un conjunto de estrategias para la actualización, profundización y ampliación de temáticas definidas como prioritarias, haciendo hincapié en recuperar a las propias prácticas como contenido y medio de aprendizaje. Profundizando en esta propuesta, es importante mencionar al Enfoque de la Educación Permanente en Salud como una propuesta educativa realizada en los ámbitos laborales, que configura una estrategia sistemática y global, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo direccionado a mejorar la calidad de los servicios y las mismas condiciones laborales. Constituye una actividad política- educativa en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población (Rovere, 1994). La OPS (1993) define a la Educación Permanente en Salud como una estrategia para la construcción de procesos más eficaces para el “desarrollo del personal de salud”, que partan de la realidad concreta y promuevan la participación. Se reconoce desde esta perspectiva -que articula desarrollos teóricos de la pedagogía crítica y el constructivismo con la planificación estratégica- que para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica, debe percibir que la manera en que desarrollan y hacen su trabajo presenta

dificultades para abordar las problemáticas que se les presentan. Y esta percepción no se produce mediante aproximaciones discursivas externas, sino que debe ser vivida, experimentada (Merhy, Feuerwerker y Burg Ceccim, 2006). En estos procesos la reflexión sobre las propias prácticas constituye un eje sustancial desde el cual estructurar las propuestas.

En este marco de sentidos, los distintos dispositivos construidos para impulsar la política de formación diseñada para los SAPS fueron:

- Curso de Formación Inicial para la implementación de los SAPS
- Ciclo de charlas (in)formativas con direcciones provinciales y programas del Ministerio de Salud
- Conversatorios temáticos entre SAPS

A continuación, profundizaremos en cada uno de ellos.

Curso de Formación Inicial para la implementación de los SAPS

El Curso de Formación Inicial para la implementación de los SAPS fue elaborado e implementado en conjunto con la Escuela de Gobierno en Salud “Floreale Ferrara” del Ministerio de Salud. Este dispositivo tuvo como objetivo formar al equipo de salud en el marco teórico y líneas de trabajo constitutivos del proyecto SAPS, desarrollándose en una modalidad a distancia en la plataforma educativa virtual puesta a disposición por la Escuela.

El Curso de Formación Inicial tuvo una duración de tres meses, y se replicó en tres ediciones en función de tres etapas de creación e implementación de los servicios en los efectores: octubre 2020 (15 servicios), junio de 2021 (10 servicios) y octubre de 2021 (13 servicios).

En cuanto a su estructura, la propuesta de formación se organizó en 2 unidades temáticas con diversos contenidos.

La Unidad N°1 se tituló: “Aproximaciones al trabajo en equipo y construcción de redes en salud desde una perspectiva de APS” y

se trabajaron los contenidos de APS, Área Programática y Redes en Salud, e interdisciplina. En esta unidad se propuso realizar una aproximación al marco teórico constitutivo de los Servicios del Área Programática y Redes en Salud, profundizando desde una perspectiva de la atención primaria de la salud en la construcción de las líneas de trabajo en los ejes constitutivos de los SAPS. También se profundizó en las potencialidades de la interdisciplina en la construcción de abordajes no lineales ni unilaterales y en la constitución de una mirada compleja del campo de la salud que promueva la conformación de inter-saberes (Solitario, Garbus, Stolkiner, 2007).

La Unidad N° 2 se denominó: “Repensar los vínculos con la comunidad: estrategias de análisis y producción de conocimiento de forma colectiva” y se abordaron los contenidos: salud colectiva y determinación social de la salud; epidemiología crítica y mapeo colectivo y participación comunitaria. Aquí, se trabajó sobre los vínculos que se construyen entre el sistema de salud y la comunidad. Se propuso abordar estrategias y categorías teóricas para analizar las distintas realidades y situaciones problemáticas que nos atraviesan como comunidad, resignificando la generación de saberes y prácticas en salud (Casallas Murillo, 2017).

Los contenidos específicos de cada unidad se presentaron y desarrollaron en un formato de clases escritas, proponiendo en cada una de éstas, bibliografías de referencia y preguntas para guiar las lecturas, las reflexiones y problematizaciones respecto a los contenidos.

Asimismo, en el marco del curso, se realizó una semana de reflexión sobre la práctica y un encuentro con otros SAPS para intercambiar experiencias construidas en el servicio, elaborando en conjunto una evaluación/análisis/balance respecto a las dificultades que se presentaron y sobre los alcances, potencialidades y proyecciones del servicio.

Para finalizar el curso, se propuso la realización de una actividad integradora final, que consistió en el desarrollo de un plan de trabajo anual, donde el equipo elaboró las distintas líneas de trabajo que se

proponían y se planificaron objetivos y acciones concretas para su implementación. Cada actividad integradora requerida por unidad temática se diseñó para que constituyera un apartado de la actividad final.

Por último, se diseñó una evaluación de la propuesta formativa que tuvo como objetivo evaluar los procesos de enseñanza y aprendizaje. Mediante un formulario administrado de manera virtual, se relevó información respecto a la accesibilidad del curso en materia de conectividad y dispositivos tecnológicos utilizados, desarrollo y profundización de los contenidos propuestos, relevancia de la bibliografía utilizada, capacidad de las actividades integradoras para promover la reflexión e integración, rol de lxs tutores, entre otros puntos.

Ciclos de charlas (in)formativas

Los *Ciclos de charlas (in)formativas* tuvieron como objetivo generar espacios de encuentro e intercambio entre el nivel central (Direcciones y Programas del Ministerio de Salud) y los equipos SAPS. Se buscó fomentar el intercambio con aquellas Direcciones del Ministerio de Salud encargadas de la planificación y coordinación de políticas sanitarias y programas de salud, enfocados en las temáticas prioritarias para ser abordadas por los SAPS.

Este ciclo de charlas consistió en la realización de distintos encuentros informativos que constituyeron instancias formativas en marcos y lineamientos político-sanitarios de la provincia. Se dialogó y articuló con la Escuela de Gobierno en Salud “Floreál Ferrara”, la Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos, la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, la Dirección de Salud y Educación Ambiental de ACUMAR, la Dirección Provincial de Redes y regiones sanitarias, la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud, la Dirección Provincial de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud y la Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública.

La metodología de trabajo implementada se desarrolló a través de plataformas virtuales y consistió en una presentación de las líneas de acción de cada una de las direcciones, compartiendo diferentes herramientas que contribuyen a la planificación, diseño y desarrollo de dispositivos de atención, investigación, formación y gestión. Finalmente, luego de cada presentación, se habilitó un espacio para intercambiar experiencias y despejar dudas que fueron surgiendo en los diferentes equipos.

Conversatorios temáticos entre SAPS

El objetivo de estos encuentros fue la conformación de espacios formativos sobre líneas de trabajo consideradas centrales por la política sanitaria provincial. En estos encuentros se promovió el intercambio sobre el trabajo cotidiano que llevaron adelante los equipos de los SAPS desde el momento de su implementación, promoviendo instancias de discusión y reflexión que permitieran fortalecer los dispositivos asistenciales propuestos por cada equipo.

Se desarrollaron los siguientes conversatorios donde se profundizaron en distintas temáticas:

- “Géneros, cuerpos y sexualidades: re-pensar la asistencia en salud”
- “Estrategias y dispositivos para el abordaje en pandemia”
- “Cuidados integrales de lxs adultxs y el abordaje de problemas crónicos y complejos”
- “Hacia la superación de la fragmentación y la reorganización de los servicios de salud”

La metodología de trabajo consistió en encuentros sincrónicos por plataforma virtual. Para cada conversatorio se convocó a tres equipos SAPS de distintas localidades para intercambiar experiencias sobre algún dispositivo en particular referido a la temática del encuentro. También, se invitó a participar al resto de los equipos SAPS de todas las cohortes para que puedan escuchar cómo se fueron construyendo esas estrategias de abordaje a partir de diferentes problemáticas iden-

tificadas en el área programática. Asimismo, para cada conversatorio se convocó a un referente de la temática propuesta con el objetivo de sintetizar los aportes realizados y construir interrogantes/reflexiones para continuar trabajando. Para cerrar cada encuentro, se promovió un espacio de preguntas y observaciones. Cada conversatorio fue subido posteriormente a un canal de YouTube como insumo para los trabajadores.

Duplas de tutorxs

Otra propuesta sustancial para el desarrollo de la política de formación destinada a los SAPS, fue la conformación de un equipo de trabajo, dependiente del nivel central, destinado al acompañamiento y seguimiento de los equipos SAPS.

Este equipo de trabajo estuvo conformado por 10 trabajadores de la salud de distintos campos profesionales, que asumieron la función de “tutorear” a los equipos SAPS tanto en la implementación de las líneas de trabajo llevadas adelante por el equipo en el efector y en el territorio como en las distintas propuestas de formación permanente.

El rol que construyó este equipo de tutorías fue centralmente pedagógico, construyéndose en un pivot entre la propuesta de la política sanitaria y la implementación de los servicios, y mediando educativamente las propuestas formativas impulsadas por distintas direcciones y programas. El equipo de trabajo se dividió en 5 duplas de trabajadores. Cada dupla acompañó a cinco SAPS de distintos efectores y realizó seguimiento de diferentes instancias de los dispositivos creados, haciendo especial hincapié en la elaboración de los planes de trabajo de los servicios. El objetivo último de esta tutoría estuvo vinculado a la necesidad de sistematizar relevamientos realizados por el servicio, construir una visión compartida de los integrantes del servicio sobre su misión en el efector en el que se inserta y diagramar sus proyecciones anuales en función de las características de cada equipo, del hospital y de las redes en las que se inserta. En este sentido, la cons-

trucción colectiva de un plan de trabajo permite mensurar la fuerza de las propuestas, responsabilidades y limitaciones en el desarrollo de un servicio de estas características.

Síntesis del capítulo

El desarrollo e implementación de un nuevo servicio en los efectores de salud presentó numerosos desafíos respecto a su inserción en lógicas, tradiciones y culturas organizacionales que prescriben formas de ser, hacer, actuar.

Los SAPS (Servicios de Área Programática y Redes de Salud) constituyen servicios disruptivos en cuanto a su conformación interdisciplinaria y sus líneas de trabajo transversalizadas por una perspectiva de trabajo que hace foco en el territorio desde la estrategia de atención primaria de la salud.

En este marco, se diseñó y desarrolló una política de formación que buscó acompañar la implementación del servicio en el efector y en el territorio. Asimismo, se impulsó la construcción de una estrategia formativa global y sostenible que promovió de manera progresiva y sistematizada el abordaje de problemáticas complejas desde una perspectiva y modalidad de trabajo que potenció la interdisciplina como modo de ser y hacer.

Construir hospitales abiertos a la comunidad en el marco de un Sistema de Salud Integrado supone revisitar las propias prácticas y saberes para re-convertirlos, re-configurarlos y re-situarlos en pos de garantizar el derecho a la salud de toda la población.

La política de formación diseñada y desarrollada se hizo eco de este marco y materializada en propuestas específicas de formación permanente se propuso construir nuevos conocimientos sobre problemáticas de salud que se visualizan en el territorio provincial y sobre las líneas de trabajo específicas de estos nuevos servicios. En este sentido, y como afirman Gabriela Lacarta y Leonel Tesler (2021) *“Si queremos profesionales de salud que entiendan el sistema en el que*

se van a insertar, debemos trabajar estos temas durante la formación” (p.109).

Uno de los grandes desafíos consistió en “trascender” los conocimientos específicos que se enseñan en una propuesta de formación estructurada como un curso y/o taller, promoviendo reflexiones críticas sobre las propias prácticas que habiliten un cambio en las organizaciones mismas en los contextos reales (Davini, 2005).

Los dispositivos de formación creados como el curso, los ciclos de charlas (in)formativas y los conversatorios, constituyeron escenarios formativos de encuentro, diálogo y discusión entre los distintos equipos. Los mismos habilitaron y promovieron la construcción de preguntas sobre los aprendizajes y desaprendizajes que hasta el momento, y en la trayectoria educativa y profesional de cada trabajador/a, han sido edificados. Indagar estas biografías con el objetivo de trazar puntos de encuentro constituye un punto central en la promoción de espacios significativos de formación en servicio que impulsen una problematización de lógicas instituidas que obstaculizan procesos de transformación reales de los efectores de salud y los servicios.

Para la construcción de esta segunda parte se convocó a distintos SAPS a compartir su experiencia respecto al diseño y desarrollo de dispositivos de salud en el marco de las siguientes claves de lectura y análisis:

- Dispositivos de salud territoriales y de APS
- Dispositivos de salud para el abordaje de las violencias por razones de género y atención integral de la comunidad LGBTIQ+
- Dispositivos de salud elaborados en el marco de hospitales especializados

En la escritura de los capítulos que componen esta segunda parte, los lectores encontrarán un tejido de voces que configuran una polifonía de experiencias materializada en un registro escrito.

Sin obturar la pluralidad de sentidos que allí se enuncian y con el impulso de una *metodología carroñera y errante*⁷ que convoca a entrelazar diferentes maneras de contar y construir lo que sucede en el campo de la salud, se elaboró un escrito común que intenta reflexionar sobre las potencialidades y desafíos de los SAPS en los hospitales y en el territorio bonaerense.

La metodología que se abordó para la construcción de estos escritos se inspiró en la propuesta del investigador trans queer Judith Halberstam (2008). Esta propuesta consiste en una metodología que utiliza diferentes fuentes, estrategias y métodos (entrevistas, relatos, informes) que vuelven borrosos los límites edificados por métodos tradicionales académicos. Se apuesta a hurgar en los restos de lo ya conocido, lo descartado, los intersticios que se crean entre lo ideal y lo real, la teoría y la práctica, lo instituido y lo instituyente.

El carroñeo como práctica que intersecta las voces de distintas experiencias en diferentes espacios y temporalidades y visibiliza aquello tradicionalmente invisibilizado y naturalizado. El carroñeo como práctica de sí que tiene como objeto y sujeto de reflexión, acción e intervención las propias prácticas profesionales, las subjetividades como trabajadores de la salud.

⁷ Halberstam, Judith (2008). Introducción a la edición española (2008) y Una introducción a la masculinidad femenina. Masculinidad sin hombres. En *Masculinidad femenina*, pp. 7–17 y 23–66. Madrid: Egales.

SEGUNDA PARTE

Dispositivos territoriales y hospital

En la primera parte de este libro se ha reflexionado sobre la magnitud y velocidad de las modificaciones que sufrió la vida hospitalaria, acaecidas en el contexto de una adaptación forzosa al acontecimiento pandémico. En este período, se establecieron numerosos cambios a nivel de la infraestructura hospitalaria, su equipamiento, los procesos de organización de la atención y el reordenamiento de la demanda asistencial. Al interior de los equipos de salud, se trastocaron las formas en que se ejecutaba y organizaba el trabajo.

En este movimiento, se buscaron nuevos modos de garantizar el vínculo entre los servicios de salud y la población, en condiciones de excepcionalidad sanitaria. Los operativos *Detectar*, primero y las *Postas de vacunación* después, sembraron presencia de diferentes efectores por fuera de sus límites físicos, en mayor cercanía geográfica y simbólica de las personas y sus comunidades. Fue en ese contexto en el que los primeros SAPS iniciaron un itinerario de dispositivos asistenciales territoriales con el objetivo de mejorar el acceso y promover

una mejor referencia y contrarreferencia en numerosas situaciones de salud que habían quedado sin atención durante el aislamiento.

Dispositivos territoriales e intersectoriales: asistencia, prevención y organización comunitaria.

Los dispositivos territoriales identifican formas y jerarquías diferentes de la atención de los procesos de salud y enfermedad, entendiendo que *“los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social”* (Morales-Borrero y otros, 2013, p. 800). Bajo este concepto, la existencia de territorios con alta prevalencia de problemáticas complejas que no acceden al sistema sanitario, resulta un desafío que requiere inventar nuevos modos de acercar la oferta de servicios de salud, especialmente allí donde la demanda de atención se subsume muchas veces en la marginalidad y la precariedad de las condiciones de vida.

Las estrategias sanitarias implementadas constituyen un conjunto coordinado de prácticas y directrices elaboradas con el fin de incidir, modificar y/o transformar una situación de salud. Wald y otros (2018, p. 21) han señalado que *“muchas veces en las prácticas de promoción de la salud subyace un modelo basado en estereotipos donde existe una única manera de comportarse que es ‘correcta’. Así, muchos piensan que hay un ‘deber ser’ que transmitir a través de información, y todo lo que no entre en ese ‘deber ser’ es visto como disruptivo o desviado”*. Ante ello, proponen un modelo de trabajo que se basa en la inclusión de las diferencias, en un intento de ir más allá de mitos, prejuicios y estereotipos que sostienen modos de discriminación. De esta manera, alientan la participación y escucha activa en detrimento de una concepción de promoción en la que se privilegian intervenciones con el foco puesto en la información para la modificación de comportamientos, partiendo de perspectivas conductistas e individualistas.

La asistencia sanitaria desplegada en los dispositivos territoriales de los SAPS, se propuso evitar el deterioro de la salud de la po-

blación; recuperar la salud de quienes han enfermado; detectar de manera precoz y evitar el agravamiento de enfermedades; aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de las personas que padecen enfermedades graves. En síntesis, las acciones de prevención desplegadas allí, se proponen promover el bienestar y reducir el riesgo de enfermar. En ese camino, resulta sugerente la digresión de Méndez y otros (2011, p. 137) cuando sostienen que *“la prevención de enfermedades hereda el modelo médico tradicional, según el cual la condición profesional da una posición de ‘pre-dominio’ sobre el ‘paciente’, que ubica al médico en una posición de poder, modelo que debe ser imitado y acatado por el ‘paciente’”*. Por ello, se aboga por fomentar el rol activo de las personas, comunidades y grupos como un aspecto esencial para prevenir enfermedades, promover y educar para la salud de esas poblaciones. Esta tarea implica la existencia de la acción conjunta de instituciones dentro y fuera del campo de la salud, colaboración entendida a través del concepto de intersectorialidad, entendiendo por ello a *“la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida”* (Castell-Florit Serrate y Gispert Abreu, 2009, p. 4). La noción de intersectorialidad remite a dos premisas: una plantea la integración entre sectores como vía para la búsqueda de soluciones integrales; la segunda se refiere a que la intersectorialidad permite utilizar productivamente los recursos y saberes, aún con sus sesgos sectoriales. Cunill (2005, p. 1) sostiene que la primera premisa *“le asigna un fundamento expresamente político a la intersectorialidad”*, desde un enfoque de integración, inclusión y mancomunidad.

Finalmente, no existen dispositivos territoriales sin una concepción de la organización comunitaria. Ruiz y Quintero (2014, p. 29) la definen como *“un proceso social mediante el cual los miembros de un grupo comunitario heterogéneo, por medio del trabajo colectivo, se identifican paulatinamente, valoran sus posibilidades, se percatan de que el esfuerzo compartido es un medio para satisfacer sus necesidades*

y toman conciencia de que pertenecen a un grupo que, a su vez, forma parte de una nación". Se trata de modos de participación existentes en las comunidades, que agrupan a un conjunto de ciudadanos/as a partir de objetivos comunes. El fin último de la organización comunitaria es *"propiciar la unidad dentro de la diversidad, para abordar, intervenir y participar en la transformación de su entorno social (...) la organización comunitaria es en sí misma, una acción transformadora y liberadora de la sociedad"* (Ruiz y Quintero, 2014, p. 29). De tal modo, *"la participación social en salud se puede entender como el proceso de intervención de la población organizada, en la planeación, toma de decisiones, evaluación de programas y en la atención de la salud, de una forma activa en la cual se asumen responsabilidades"*. El territorio será parte de un dispositivo de intervención social en el que se pueden llevar adelante estrategias ante la exclusión, la pérdida de lazos y de identidad y pertenencia a lo colectivo, ante el padecimiento y malestar. Recuperando las voces de los sujetos, generando un "reencuentro sujeto-territorio" (Carballeda, 2015).

Desde esta óptica, entonces, se aborda la salud como proceso histórico, dialéctico, complejo y multidimensional que abarca, también, la producción de condiciones de salud y de vida. En sintonía con ello, el equipo de salud ofrece un conjunto de recursos humanos y asistenciales que funcionan como puntapié inicial para la configuración de nuevas demandas que, de acuerdo a cada situación, atraviesan, luego, diferentes nodos de la red asistencial, devenida en un componente de la red intersectorial.

En la experiencia transitada por los SAPS, cada efector de salud, como parte del diagnóstico del área programática, realiza un relevamiento de los actores civiles, sociales, políticos, educativos, sanitarios y religiosos que componen su territorio. La inserción territorial de los equipos interdisciplinarios procura maximizar los recursos ofrecidos, evitando la superposición de acciones con otros establecimientos como los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los Centros Provinciales de Atención (CPA), fomentando la articulación

con organizaciones sociales, clubes e instituciones educativas con el objetivo de crear un tejido institucional y comunitario que permita la atención y un sistema de referencia y contrarreferencia de casos, así como la priorización de problemas sobre los que se dirijan las acciones de prevención y promoción.

El espíritu central de la inserción de los equipos es el de incorporar al hospital o UPA como un actor central en la política sanitaria, descentralizando su intervención en territorio. La hoja de ruta pensada en el acercamiento y diagnóstico del área programática contempla: la determinación y descripción del área programática; identificación, monitoreo y acciones de prevención y asistencia sobre problemas de salud prevalentes; caracterización y análisis de epidemiología local; priorización de acciones en salud desde una perspectiva de género y de acceso a derechos; georreferenciación de personas y grupos poblacionales atendidos; mapeo de acciones y territorios cubiertos; construcción de un recursero institucional y comunitario; impulso de reuniones semanales del equipo del SAPS donde se contemple la evaluación de las tareas. En cuanto a la referencia y contrarreferencia con otros actores sanitarios, los dispositivos territoriales priorizan la construcción de una agenda de trabajo con los CAPS y otras instituciones del área programática; participación en mesas intersectoriales y consejo de salud local y la planificación de acciones con instituciones educativas, mesas y consejos sociales y locales.

A continuación, se presentan las experiencias de los dispositivos territoriales de los SAPS Pacheco, Gutiérrez y Larrain. Sostenidos en sus diferencias y similitudes, el camino recorrido invita a pensar al hospital en franca conexión con la realidad social de la que forma parte.

Experiencias de dispositivos territoriales SAPS Pacheco⁸

El SAPS Pacheco trazó como objetivos prioritarios mejorar la accesibilidad del sistema de salud a la población y de los trabajadores de su hospital. La propuesta se basa en un servicio que pueda fomentar acuerdos que logren establecer mesas de trabajo con las áreas de salud y de desarrollo social que se presentan como área programática y de influencia. También se propuso realizar las articulaciones necesarias con otros hospitales y con la región sanitaria, creando un vínculo con las organizaciones del territorio para poder “abrir” el hospital a la comunidad, una comunidad que nunca se presenta como una totalidad homogénea, complejidad propia del campo social.

Acorde al proyecto original, el trabajo del SAPS Pacheco se plantea en forma conjunta y coordinada con el resto de los servicios del hospital, nutriéndose del trabajo de varios profesionales que comparten asistencia y dispositivos de atención.

A continuación, se presentarán 2 dispositivos territoriales implementados en el año 2021, que llevan una permanencia de trabajo, sosteniendo asistencia, articulación con diferentes sectores y capacitación según la demanda.

El SAPS en el Barrio Trapito

El Barrio Trapito está ubicado dentro del Parque San Lorenzo, localidad de Ricardo Rojas, Partido de Tigre. Está compuesto por 4 manzanas y viven allí aproximadamente 500 familias con derechos vulnerados y condiciones de vida precarias. La mayoría de las familias se sostienen económicamente con la búsqueda de material desechado para la venta o “cartoneo”.

Luego de la campaña de vacunación realizada en este barrio, el SAPS siguió trabajando con las promotoras del Movimiento Evita, organización social con fuerte arraigo territorial en esta área pro-

⁸ Autoras: Coronel Paula, Fany Serafin, Soledad Montenegro.

gramática. A partir de un relevamiento realizado por promotoras en 2020, se observó una mayor necesidad de atención en las siguientes especialidades: pediatría 48%, ginecología 42%, medicina clínica 34% y vacunación 12%. Con esta información el SAPS trazó las líneas de lo que sería un trabajo sostenido, integral e intersectorial desde el hospital.

El primer contacto se realizó con el Centro de Salud Municipal (CAFyS "Ricardo Rojas"), con el que se diagramaron y planificaron las prioridades en la atención, con el objetivo de completar y sumar presencia desde el Estado, sin duplicar ni repetir intervenciones que el CAFyS ya había realizado con la población. También se implementaron dispositivos asistenciales y territoriales en pediatría, desarrollo infantil, adolescencia, medicina general y clínica, salud sexual, odontología y enfermería.

Al mismo tiempo en que se brindaba asistencia, las reuniones de trabajo junto a las organizaciones que cedieron el espacio para la atención, por ejemplo, un merendero y una iglesia, se hicieron más frecuentes. Ambas instituciones ya tenían una historia de trabajo previo con las promotoras, cuestión que debe ser señalada como un factor central en el desarrollo del SAPS, que facilita el acceso y continuidad del trabajo junto a las organizaciones del barrio.

La atención se realizó junto al equipo del centro de salud. La información de la atención realizada se compartió con el centro de salud, se volcó en las historias clínicas y se coordinó la atención de aquellas situaciones que requirieran mayor complejidad. Posteriormente, se planeó la atención en territorio de especialistas del hospital en el barrio: traumatología, cirugía y ginecología, realizando una primera atención de orientación para luego seguir con la asistencia necesaria en el hospital.

“Vientos de Libertad” Isla Silvia - Delta del Tigre

El SAPS fue convocado por la institución que había solicitado a la Dirección del hospital articulación para algunas atenciones de la pobla-

ción. En febrero del año 2021, luego de un año de pandemia, el SAPS entra en contacto con la organización “Vientos de Libertad” para trabajar intersectorialmente. “Vientos de libertad” es la rama del Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE) que trabaja y lucha con jóvenes de barrios populares que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias, desde un enfoque integral y comunitario, restituyendo derechos y generando procesos para un proyecto de vida saludable y buen vivir. Se encuentra ubicada en la Isla Silvia, Delta Tigre, y trabaja en articulación con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el SEDRONAR. La población con la que se trabaja actualmente es exclusivamente masculina con problemáticas de consumo y situaciones penales con restricciones de salidas, con una alta demanda de atención en su salud, especialmente odontológica. A partir de este mapeo institucional, se priorizó el trabajo de promoción de salud bucal, con talleres de capacitación de higiene bucal y atención en territorio. Luego, las atenciones más complejas se coordinaron con el servicio de odontología del hospital provincial y municipal y los demás servicios.

En este marco, se diseñó un circuito entre trabajadores de “Vientos de Libertad” y el equipo SAPS donde cada integrante del equipo tenía una función específica coordinada: trabajo social, enfermería, odontología, clínica médica y medicina general. Posteriormente, se realizó atención en territorio con una frecuencia semanal, con todos los protocolos de protección de bioseguridad, talleres de enseñanza de higiene bucal, técnicas de cepillado, atención odontológica, apertura de historia clínica, diagnóstico y plan de tratamiento. Los insumos necesarios fueron provistos por el hospital con la colaboración del servicio de odontología y la farmacia del hospital.

En una segunda etapa de este abordaje, el trabajo continúa en el hospital para los tratamientos más complejos según la demanda. Coordinado con el servicio de odontología y la odontóloga del SAPS, se realiza la atención una vez por semana de pacientes citados previamente en coordinación con la institución, haciendo las derivaciones

para tratamientos de restauración y periodontales, en red con el servicio de odontología y el hospital municipal. De este trabajo, quedó en evidencia la necesidad de promover una rehabilitación protética en la población y la importancia de articular acciones junto al programa de salud bucal de la Dirección Provincial de Salud Bucal.

Esta experiencia permitió, por primera vez, que muchos hombres adultos recibieran este tipo de atención, lo que da dimensión de su relevancia en historias de vida signadas por la vulnerabilidad en distintos planos.

Reflexionar para transformar el hospital

Ambas experiencias se gestaron como respuesta a la necesidad y demanda de la comunidad en la atención de su salud. La respuesta a esas demandas fue una verdadera construcción: con el otro, con todos los saberes puestos a disposición del abordaje de esas necesidades, atravesando experiencias desde un enfoque democratizador y transformador a nivel individual y colectivo.

La potencia que genera el trabajo interdisciplinario permite pensar un mismo problema con otros e impregnar la mirada propia con diferentes enfoques y trayectorias, alcanzando conclusiones parciales de modo colectivo.

El camino andado ha transformado los modos de transitar el hospital, integrando la lógica de derecho a la salud, de accesibilidad, de promoción y prevención, de trabajo interdisciplinario e intersectorial, con perspectiva de género y desde una perspectiva que contemple la complejidad. Desde luego, este camino no es lineal ni mecánico, pues atraviesa diferentes pujas, conflictos y fricciones propios de todo movimiento contrahegemónico basado en la convicción de una salud pública, colectiva, universal y de calidad.

SAPS Gutiérrez: la reunión de equipo y las postas como bandera

Son 21 espacios de trabajo diferentes los que componen el nutrido SAPS Gutiérrez, orgulloso de saberse parte de una estrategia en común y no solo un conjunto de buenas intenciones. El equipo se reúne de forma semanal, y repasa espacio por espacio los aportes que cada uno puede realizar para potenciar o ampliar los márgenes de lo existente.

El espacio más consolidado del SAPS Gutiérrez es la posta migrante, atravesado por la necesidad de registrar lo realizado y evaluar su impacto, priorizando la inserción territorial del SAPS como hilo conductor.

Se hace lo que se piensa, mientras se piensa lo que se hace. Surgen interrogantes en el devenir de las propuestas: ¿Los espacios que se generan desde el SAPS son acordes a los objetivos que se plantea el equipo? ¿Se cuenta con los elementos necesarios para desarrollar la tarea en el territorio? ¿El hospital es capaz de atender las demandas de situaciones complejas que se encuentran en el territorio?

El SAPS, creado en octubre de 2020, registra centenares de experiencias previas similares desde donde parte: muchas de ellas con base en la residencia de medicina general, con gran presencia en el primer nivel de atención. Esta prehistoria de ASIS⁹ y formación de recursos humanos resultó un acumulado clave para los primeros trabajos de mapeo, definición de área programática y postas sanitarias. Aun así, para un servicio que se plantea dentro de sus objetivos transformar la cultura hospitalaria, trabajar desde la interdisciplina y la intersectorialidad para favorecer el acceso a la salud de la comunidad del área programática, es solo un inicio.

La pandemia agudizó las desigualdades sociales y con ello, también las referidas al acceso a la salud. Quienes dependen exclusivamente del sistema público vieron cómo los efectores de salud redujeron sus posibilidades de atención. Una referente en la mesa barrial

⁹ Análisis de Situación de Salud

donde participa el SAPS, lo hace saber: “La salita del barrio tiene una cinta de peligro que la rodea y te atienden por una ventanita desde donde intentan por todos los medios decirte que te vayas”.

Poder garantizar un mínimo de cuidados en los barrios del área programática se convirtió en un objetivo que articula múltiples esfuerzos. Surgen preguntas: ¿En el marco de qué estrategia un hospital puede realizar actividades de atención en territorio? ¿Acaso no se superponen los niveles de atención? ¿Qué objetivos se plantean a corto y mediano plazo? ¿Qué respuesta se les da a las vecinas de la mesa barrial de Tolosa Ringuelet? ¿Es capaz el hospital de dar respuesta a esta demanda en todos los barrios de su área programática?

Las reuniones de equipo analizan el desempeño de las postas, y las postas recuperan lo planeado en ese espacio colectivo. Es el turno de discutir acerca de la Posta de Salud Jorge Benítez que se desarrolla en el Club Dardo Rocha. Del análisis de este dispositivo surgen nuevas demandas: se plantea la necesidad de avanzar en la articulación con el servicio de tocoginecología y farmacia en el acceso a métodos anti-conceptivos. Asimismo, si bien los turnos programados están ocupados hasta 4 meses después, siempre se hace un lugar con las personas que faltan. La difusión y alcance de la posta migrante ha aumentado significativamente la demanda de turnos. Muchos turnos tienen que ver con controles de salud en la niñeces por lo que también se acercan mujeres que terminan consultado por distintas situaciones, entre ellas se menciona el abordaje de violencia de género que fue tomado por trabajadoras sociales del hospital.

El espacio del club mencionado fue pensado principalmente para tener una referencia en los territorios más alejados del hospital, con el propósito de facilitar el acceso y construir un nodo más de la red del servicio que permita articular muchas de las demandas que se recogen, tanto en las postas migrantes como por los referentes territoriales.

La implementación de las postas migrantes tuvo, también, objeciones y debates en torno a cómo pensar la presencia del hospital en el territorio. No faltaron quienes plantearon que este dispositivo se

superponía con el primer nivel de atención. Sin embargo, a la hora de definir la construcción del mismo, las voces de lxs vecinxs pesaron mucho más que los planteos teóricos sobre el funcionamiento del sistema de salud. Además, en el planteo de articulación del hospital con el primer nivel, este dispositivo funcionó, de hecho, como punto intermedio de evaluación de múltiples circunstancias.

El espacio ya lleva más de un año y se consolida como una referencia del hospital en territorio. Múltiples historias consolidan la red que se arma. Por ejemplo, Ignacio, luego de 3 meses de consultas en la posta Jorge Benítez, se logra vincular con infectología para el abordaje de su tratamiento de HIV. Este continuo ejercicio alimenta las prácticas del equipo y motiva la construcción colectiva en la búsqueda de garantizar derechos.

El diálogo entre saberes propios de las disciplinas diversas que hacen al equipo y de las experiencias previas de cada quien no deja de resultar algo nuevo para la mayoría de los integrantes del SAPS. La conformación de los equipos para cada espacio tensiona la interdisciplina. Casi todxs han desarrollado algún espacio de atención individual a partir de la demanda generada por el SAPS. Las derivaciones abundan y la necesidad de generar espacios interdisciplinarios de atención genera preguntas que hacen temblar los esquemas de un cronograma que de a poco se va afianzando. De este modo, se consolida la certeza de saber que trabajando en equipo se rompe la fragmentación heredada de la formación de grado y se concluye que, aún en las intervenciones individuales, existe un atravesamiento de la construcción colectiva de la interdisciplina.

La evaluación de la intervención en territorio

El abordaje de situaciones complejas se constituye para dar seguimiento a aquellos casos de difícil vínculo con el sistema de salud, detectados en los distintos dispositivos y principalmente los derivados de las postas migrantes. Para estas situaciones se crean herramientas

de sistematización y registro, se conforman equipos y se realizan visitas a los domicilios. De esta manera se trata de generar un espacio para pensar colectivamente las intervenciones de situaciones puntuales, que además de mejorar el abordaje, garantiza el cuidado del equipo de salud.

La creación de herramientas de sistematización adquirió cada vez más espacio en el trabajo cotidiano. La experiencia de la campaña de acceso a la vacunación evidenció la importancia de poder hacer evaluaciones sobre lo que realiza el SAPS, cuestión que plantea la necesidad de mejorar la calidad de la información que se construye. Así, por ejemplo, durante la campaña se observó que uno de los 9 barrios denominados “de responsabilidad territorial” estaba teniendo una baja cobertura de vacunación COVID- 19 y esto permitió que se pudieran redireccionar las postas. Además, las campañas desarrolladas en las postas permitieron realizar un seguimiento más preciso de las personas inscriptas, utilizando una base de datos propia.

La sistematización del trabajo en territorio resulta un desafío complejo. Sistematizar no es solo una forma de registrar, sino, fundamentalmente, un modo de integrar objetivos con resultados, experiencias con reflexión. La pandemia desde el principio puso al equipo a trabajar en territorio en un contexto de urgencia sanitaria, desarrollando objetivos de corto plazo, mientras se daba el armado del SAPS, con objetivos de largo plazo.

Un desafío que toma este SAPS es el de poder evaluar el impacto en términos de accesibilidad que ha generado la posta migrante. Ese dispositivo de trabajo territorial ha sido central en el desarrollo del servicio, no solo en términos de facilitar atención, sino también en la manera de entender la salud, los objetivos y tareas que el equipo fue planteando. La posta de salud se planteó desde un principio llegar a lugares donde existe una mayor dificultad en el acceso a la salud.

Desde esta concepción, el diálogo con los actores sociales que participan de la mesa barrial Tolosa Ringuelet, re-sitúa al hospital

como parte inherente de la comunidad y, en consecuencia, debe desarrollar sus estrategias sanitarias en diálogo con estos actores.

Los objetivos específicos han ido variando entre acceso a la vacunación, controles de salud de niñez, acceso a métodos anticonceptivos, testeos de VIH/Sífilis, salud de adultxs, salud bucal y salud mental. Si bien se garantizan actividades de promoción, prevención y cuidados en estos ejes, la prioridad es detectar aquellas situaciones complejas que, por diversas causas, no pueden sostener el vínculo con el sistema de salud. El desarrollo de esta estrategia fue determinando la necesidad de poder contar con espacios de atención propios en el hospital que dieran continuidad a la atención de estas situaciones detectadas. Para ello se construyeron “Consultorios de Área Programática”, donde en algunas circunstancias se da un abordaje completo de salud y, en otras, es un espacio de articulación y seguimiento con otros servicios del hospital. En una y otra situación, se sistematizan las intervenciones, llegando a las primeras “fotos”, registros del trabajo realizado desde un enfoque cuantitativo, pero también cualitativo, a partir de crónicas que integran historias del equipo y de la comunidad.

SAPS Larrain: Abordaje interdisciplinar e intersectorial para conformar redes efectivas de participación territorial en salud integral¹⁰

El SAPS Larrain, conformado en octubre de 2020, diseñó un proyecto de intervención en el área programática de Berisso desde un diagnóstico situacional previo y con acuerdo con la dirección del hospital. El equipo elaboró un documento inicial que hizo de marco contractual para el hospital y los efectores territoriales en el que se propuso desarrollos en las funciones de gestión, formación y asistencia. Allí se plantea la necesidad de mejorar las condiciones de salud integral del área programática de la población de Berisso, optimizando las

¹⁰ Autoras: Julieta Malagrina, Rocío Ondarcuhu, Paula Fraile, Josefina Ferrer, Ruth Mamani y Cecilia Fernández.

redes existentes, promoviendo mejoras en el acceso, la articulación entre sectores, la interdisciplina y la participación comunitaria, con el fin de aumentar la capacidad resolutive (Rovere, 1999), revertir la inequidad sanitaria y promover la apropiación de derechos en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Aunque al SAPS Larrain le habilitaron sólo seis profesionales, la composición misma del equipo Larrain manifestó desde el diseño la intención interdisciplinar: una coordinadora médica generalista, una administrativa con formación en comunicación, una enfermera, una psicóloga, una trabajadora social y una licenciada en obstetricia. En estos dos años de gestión se desarrollaron los lineamientos trazados en las tres áreas que prevé la creación de los servicios.

En la función de gestión se realizó un mapeo colectivo involucrando a los distintos actores sociales para detectar determinantes sociales de la salud y generar transformaciones en la inequidad sanitaria a través de la participación comunitaria. En este sentido, se establecieron espacios y circuitos de comunicación formal entre el hospital, la Municipalidad, los CAPS y otros efectores del área programática como el SEDRONAR y los CPA (procesos de referencia y contrarreferencia). Asimismo, se integraron activamente las mesas intersectoriales del área programática (Niñez y Adolescencia, Violencia de Género y Salud Mental) y reuniones inter-SAPS, al tiempo que se generaron espacios de investigación en salud a través del análisis de la sistematización de las prácticas del SAPS (Ateneos interdisciplinarios, participación y exposición en el Congreso Provincial COSA-PRO- 2022 y participación como equipo en las clases del Posgrado de Salud Mental y Comunitaria de la Facultad de Psicología de la UNLP- 2021).

Entre las acciones de gestión, se destaca también la participación en reuniones con distintos sectores del hospital y con diferentes efectores municipales para la implementación de la Historia Clínica Electrónica. También se participó de espacios interdisciplinarios para la resolución de problemas, acuerdos en las líneas de comunicación

y difusión de la promoción y prevención de la salud integral. En esta línea, se construyeron instrumentos adecuados para el área programática y para incorporar la perspectiva de género en los registros en salud (historia clínica del SAPS, encuesta de hogares para relevamiento barrial, entrevistas en efectores de salud, guías de trabajo y elaboración de recursoro).

En la función de formación, y en articulación con el área de docencia del hospital, el SAPS Larrain realizó acuerdos para la rotación de residentes del PRIM del hospital (cuatro residentxs de psicología, tres de trabajo social y unx de medicina general) y de estudiantes de las prácticas finales obligatorias de Medicina y alumnxs voluntarixs de distintas Facultades de la UNLP en coordinación con la Secretaría de Extensión Universitaria. El objetivo de las rotaciones es la transformación de la cultura hospitalaria, incorporando la formación continua, interdisciplinaria e intersectorial con foco en la APS, la perspectiva de género y los derechos de la población afectada. En la misma línea se realizaron capacitaciones en los CAPS del área programática y talleres de ESI para estudiantxs y docentxs en numerosas escuelas primarias y secundarias públicas y privadas, organizaciones sociales, postas y jornadas de salud.

En la función de asistencia, se relevaron los barrios del área programática para conocer las condiciones de salud de lxs habitantes y determinar la demanda oculta a los fines de gestionar actividades destinadas al abordaje interdisciplinario de las distintas problemáticas. El equipo coordinó en forma periódica controles colectivos de salud, ETS, consejería de salud sexual, control de niñez sana, presión arterial, nutrición saludable, prevención de cáncer de mama, prevención de tabaquismo, prevención de dengue y COVID- 19, que se desarrollaron en postas, plazas y clubes barriales del área programática para facilitar el acceso de la población. Entre los dispositivos territoriales, se construyeron distintos espacios interdisciplinarios para el abordaje, la orientación y el tratamiento de las distintas problemáticas, patologías o factores de riesgo prevalentes en el área programática.

ca (con formato grupal o individual, desde la atención profesional del equipo SAPS y desde la articulación con otros servicios y efectores). El SAPS Larrain también generó espacios para la atención integral de la salud para los diferentes grupos etarios del área programática en el marco del respeto de la Ley Nacional de Salud Mental, los derechos humanos y sociales en las temáticas género y diversidad (ESI e ILE/IVE) y la promoción de entornos saludables a través de talleres, actividades educativas, lúdicas y artísticas en escuelas, espacios públicos barriales, organizaciones sociales y salas de espera.

Si bien estos dos años de trabajo fueron sumamente productivos, el equipo considera que las acciones consolidadas deben expandirse y sostenerse. En tal sentido, aún se debe dar respuesta a problemáticas todavía no resueltas institucionalmente entre las que pueden señalarse: las autorizaciones provinciales en temas de difusión, la disposición de insumos y espacio propios, incorporación de más integrantes al equipo SAPS, la resolución formal de las nomenclaturas de las nuevas prácticas en los cómputos y prestaciones hospitalarias.

A continuación, se describen dos espacios que han tenido continuidad y caracterizan el tipo de trabajo interdisciplinario del SAPS Larrain: los relevamientos territoriales y postas de salud integral, y los consultorios interdisciplinarios.

Relevamientos y postas interdisciplinarias e intersectoriales: participación territorial en la salud integral

El equipo del SAPS Larrain partió de la construcción de un mapeo colectivo intersectorial (con participación comunitaria) para el relevamiento territorial en salud del área programática, identificando la demanda oculta y la nominalización de los barrios sin CAPS de referencia (Barrio Náutico, Barrio Solidaridad, Barrio Nueva York, Las 14 e Isla Paulino). El trabajo de relevamiento territorial se realizó con la articulación de promotorxs y personas vinculadas a comedores, merenderos, hogares, clubes, la Dirección de Escuelas, la Dirección

de Psicología, escuelas primarias y jardines, PFO, voluntarios y estudiantes de la Cátedra de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas y de Extensión de la UNLP. En esta línea se identificaron los distintos grupos de riesgo para desarrollar acciones de captación, prevención y acceso al sistema de salud y a los programas existentes. De esta manera, se identificaron grupos y se pudo avanzar en el control y atención de embarazadas, niños con enfermedades infectocontagiosas y por vía vertical, personas con patologías crónicas no transmisibles, consumos problemáticos de sustancias, y en la prevención del suicidio y comportamiento autolesivo.

En relación al abordaje de la pandemia de COVID- 19, se colaboró en la difusión de la vacunación de la información para la inscripción y el relevamiento de grupos de riesgo y prioritarios (de enero a junio 2021). En los barrios mencionados se organizaron jornadas de construcción participativa, interdisciplinaria e intersectorial acerca del concepto de salud integral y la promoción de un hábitat saludable (gestión de espacios de encuentros comunales para recreación, expresión artística, entretenimiento saludable, concientización sobre la importancia del reciclado, juegos de plaza, plantación de árboles, circuitos saludables). Estas acciones de participación comunitaria tuvieron la misión de fomentar la elaboración de sentidos locales para la apropiación de los espacios desde una perspectiva intersectorial.

Consultorios interdisciplinarios: determinantes que hacen la diferencia en el acceso y la adherencia

Como resultado del relevamiento territorial y frente a la numerosa demanda oculta, se conformaron talleres interdisciplinarios para los grupos de riesgo identificados (talleres para grupos de personas o grupos familiares con enfermedades crónicas no transmisibles: nutrición, endocrinología y psicología SAPS). Asimismo, se conformó un consultorio con una perspectiva más integral para la atención de los

determinantes sociales de la salud. Allí, se observaron muy buenos resultados terapéuticos en la atención de personas con dificultades en el sostenimiento del tratamiento, casos de alto riesgo, resistencia y personas estancadas en valores no saludables.

También se constituyó un espacio de adolescencia SAPS conformado por las disciplinas de trabajo social, obstetricia, psicología, pediatría y enfermería para temáticas específicas de la adolescencia como la ESI, género y diversidad, cuidados sexuales y reproductivos, ETS, IVE/ ILE, vínculos no violentos, prevención de consumos problemáticos, etc. Allí se desarrollaron rondas de adolescentes, talleres de ESI, entrevistas familiares, entrevistas vinculares y tratamientos individuales. También, con la misma modalidad interdisciplinaria, el equipo SAPS Larrain construyó un espacio de acompañamiento a las crianzas y vínculos saludables SAPS para personas que transitan un reordenamiento familiar, situaciones de vulneración de derechos de niños, duelos, dificultades de comunicación, incorporación de nuevos integrantes, prevención de la violencia, autoagresión y lazos no saludables. Para ello se implementaron talleres, charlas y se promovió el acceso a consultorios.

Dispositivos de salud para el abordaje de las violencias por razones de género y atención integral de la comunidad LGBTIQ+

La ampliación de derechos para las mujeres y personas LGBTIQ+ propulsada en los últimos 15 años por movimientos feministas y activismos socio-sexuales disidentes y materializada en distintos marcos normativos nacionales y provinciales, interpeló el campo de la salud, problematizando y desnaturalizando prácticas y discursos heterosexistas, cissexistas, patriarcales, clasistas, capacitistas, racistas, gordo-odiantes, entre otros, que coartan el derecho a la salud de la población.

La gestión político-sanitaria provincial iniciada en diciembre del año 2019 estableció, como una de las líneas prioritarias de acción, la transversalización de la perspectiva de género de las políticas públicas en salud con el objetivo de garantizar la accesibilidad equitativa y de calidad a los servicios de salud de la población. Asimismo, la construcción de un modelo de salud desde una perspectiva de género se instaló como una necesidad para el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados. Asumir esta perspectiva nos convoca a identificar y visibilizar los condicionamientos sociocul-

turales que establecen y mantienen relaciones de desigualdad y de poder entre los géneros y las sexualidades.

En lo que refiere al ámbito de la salud, hacernos eco de una perspectiva de género, implica advertir cómo las asimetrías sociales, culturales y económicas experimentadas por varones, mujeres y otras identidades, determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados de estos grupos. Supone construir procesos de trabajo que revisiten las intervenciones profesionales construidas desde perspectivas biologicistas y heterosexistas que prescriben y legitiman como únicas sus formas de comprender a los géneros, los cuerpos y las sexualidades. En este sentido, se vuelve central visibilizar y problematizar los distintos tipos y modalidades de violencias por razones de género, y cómo estas se imbrican con otras relaciones de opresión configuradas por la clase, la raza y la etnia, entre otras. Supone también generar redes de escucha, apoyo e intervención respecto a las desigualdades y violencias por razones de género, tanto al interior como al exterior de las instituciones de salud desde una perspectiva que potencie la participación comunitaria. Por último, nos compromete a propiciar la formación permanente del equipo de salud, profundizando en las problemáticas enunciadas, a partir de la revisión crítica de las prácticas de lxs trabajadorxs de la salud. (Violencias por razones de género. Lineamientos para el abordaje integral del sistema sanitario de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

Interpelar el funcionamiento del sistema de salud con el objetivo de identificar qué estructuras facilitan y mejoran la accesibilidad a nuestros derechos y cuáles obstaculiza, constituye un ejercicio sustancial a realizar como trabajadorxs de la salud comprometidxs con la erradicación de las desigualdades y violencias por razones de género.

Los SAPS como política pública implementada por el Ministerio de Salud bonaerense en los años 2020 y 2021 tomó como línea constitutiva de trabajo la transversalización de la perspectiva de género en sus prácticas asistenciales, de gestión y de investigación y formación. Recuperar este objetivo como estructurante de las prácticas de los

nuevos servicios no quedó reducido al diseño de “buenas prácticas”, sino que implicó asumir un posicionamiento y un compromiso ético y político con la erradicación de las desigualdades y violencias generadas en razón del género, en todas sus manifestaciones y ámbitos de la vida. Esto se materializó en distintos dispositivos y experiencias construidas por los SAPS, propiciando una participación activa en las distintas políticas públicas implementadas por nivel central y constituyéndose, en muchos casos, como articuladores de esas políticas en y con el territorio.

A continuación, se compartirán distintos dispositivos y experiencias construidos en esta clave.

Consultorio de abordaje integral de las violencias por razones de género - SAPS del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López” de Lanús¹¹

El consultorio de abordaje integral de las violencias por razones de género en el Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López” fue promovido por el SAPS en junio del año 2021 como un espacio de escucha, acompañamiento, orientación y evaluación de riesgo ante situaciones de violencias por razones de género. Para su funcionamiento se propuso un abordaje de carácter interdisciplinario, intersectorial y especializado que propició la conformación de redes entre el equipo de salud, la comunidad, las organizaciones sociales y los distintos sectores del Estado en pos de mejorar la calidad y accesibilidad a la atención ante dicha problemática.

El surgimiento de este espacio fue impulsado por demandas específicas de la comunidad y también, de los propios servicios, funcionando en un espacio físico en el efector donde se resguarda la privacidad de quien consulta y la confidencialidad de su relato. Inicialmente, el equipo interdisciplinario responsable de este espacio estuvo con-

¹¹ Autoras: Lic. Romina Carril, Lic. Fernanda Meques, Lic. Sabrina Germinario, Lic. Agustina Fiorio, Lic. Daiana Álvarez y T.S Ornella Occhipinti.

formado por profesionales de psicología y trabajo social. Tiempo después, el equipo se amplió, y se incorporaron nuevos perfiles de psiquiatría y medicina general. En los meses de enero y febrero del 2022 el equipo se amplió nuevamente a partir de una dupla de profesionales de trabajo social y psicología designada por la Dirección Provincial Contra las Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

Las acciones que se llevan adelante en el marco de este dispositivo, comprenden instancias de asistencia, gestión y formación. Entre ellas pueden destacarse:

- Protocolos de actuación por servicio.
- Registro de las intervenciones mediante historias clínicas, con sistematización y difusión periódica de los datos.
- Prevención y promoción de la salud integral.
- Jornadas de sensibilización respecto a lucha contra las violencias machistas, en el marco de la construcción y defensa de los derechos humanos desde una mirada y perspectiva de género destinadas a la población en general y a lxs trabajadorxs del efector.
- Construcción y difusión de materiales de sensibilización en la temática.

Profundizando en la línea de trabajo asistencial, la metodología de atención que lleva adelante el equipo se inicia con acciones de escucha y comprensión activa por parte del equipo de profesionales para la evaluación del riesgo, brindar una contención adecuada e informar respecto a los riesgos y medidas de protección a adoptar. Asimismo, se promueven acciones de acompañamiento y orientación, situaciones que incluyen denuncia policial, solicitud de medidas cautelares e instancias judiciales.

En todas las acciones que se llevan adelante se apuesta por la construcción conjunta de las estrategias con lxs usuarixs, potenciando el fortalecimiento y la valorización de su autonomía.

Las consultas de lxs usuarixs se realizan mediante:

- Demanda espontánea en consultorio.
- Derivación de los servicios del hospital.

- Articulación con los efectores del primer nivel de atención de salud y con organizaciones sociales e instituciones del área programática.

Desde la constitución del espacio, el equipo valora positivamente la consolidación del SAPS desde un enfoque interdisciplinario, potenciando las líneas de trabajo propuestas, como el incremento de las derivaciones por parte de otros servicios como consecuencia del trabajo de sensibilización realizado dentro del hospital y la articulación y acciones conjuntas con otros SAPS como el del Hospital Dr. Arturo Oñativia, el del Hospital Dr. Lucio Meléndez y el del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna de Bahía Blanca.

En el plano asistencial, desde la constitución del dispositivo, el SAPS atendió a 30 mujeres con un promedio de edad de 30 años y siendo el 63% perteneciente al área programática del efector. En su mayoría, las usuarias fueron derivadas de otros servicios del hospital. No obstante, también se recibieron derivaciones de la Coordinación de Género del Municipio y de las escuelas de la zona.

De las 30 mujeres, solo el 30% cumplió con más de 3 encuentros sostenidos en el consultorio. Respecto a esta situación, el SAPS afirma la importancia de pensar y repensar las distintas intervenciones, valorando positivamente acciones que se desarrollen de forma inmediata y sostenida.

Consejería “Aquelarre” – SAPS del Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros” de Melchor Romero, La Plata¹²

La Consejería “Aquelarre” es un espacio de atención de problemáticas sobre violencias por razones de género promovido por el SAPS José Ingenieros y el Centro Comunitario Las Rosas del barrio “Las Rosas” de Melchor Romero, partido de La Plata.

¹² Autoras: Gala Chediack, Ana Luz Moreno, Florencia Pisano, Fiorella Pucci, Natalia Rucci.

La Consejería se nombra así en conmemoración de aquellas llamadas “brujas” que se reunían en las noches de luna llena para conectarse con sus emociones, compartir saberes ancestrales, magia. Con el aquelarre se apuesta a poder tejer redes para acompañar(nos), romper mandatos, cuestionarnos, compartir conocimientos, sentires y vivencias personales, entre otras cosas, partiendo de la convicción de que juntxs somos más fuertes y poderosxs.

Este proyecto surgió a principios del año 2021 a partir de la visibilización de la gran demanda de situaciones de violencia por razones de género que llegaban al SAPS y al Centro Comunitario, profundizadas en contexto de pandemia. El SAPS identifica que en las distintas consultas que recibieron, en muchos casos las situaciones de violencia no fueron identificadas por lxs usuarixs como tales. Asimismo, y ante la declaración del ASPO y las posteriores medidas de aislamiento y confinamiento social, el equipo visibilizó que muchxs usuarixs estuvieron obligadxs a convivir con sus agresores, lo que generó un recrudecimiento de las violencias por razones de género.

El equipo realizó distintas actividades previas al armado de la consejería que fueron sustanciales para su diseño e implementación: formación en la temática con otros servicios y actores, elaboración de una ficha de registro específica para situaciones de violencia en las entrevistas de admisión y con el objetivo de evaluar el riesgo, relevamiento de distintas instituciones y organizaciones que trabajan con problemáticas de género.

En el marco de las problemáticas identificadas, y desde un abordaje interdisciplinario, intersectorial y territorial, el equipo propuso distintos niveles de intervención de la consejería:

1°- Nivel macro institucional. Comprende acciones de contacto y articulación con direcciones/programas/ministerios competentes a la temática, promoviendo la construcción de conocimientos sobre recursos estatales y su posterior sistematización.

2°- Nivel meso institucional. En este nivel se propone la participación del equipo en redes específicas ya creadas como la Red de Sa-

lud Mental de zona oeste y la Mesa Barrial de Romero¹³, con presencia en el área programática con el objetivo de diseñar conjuntamente distintas acciones como armado de recursoro local, mapeo colectivo, espacios formativos destinados a trabajadorxs de las diferentes instituciones, organizaciones y vecinxs que forman parte de la mesa sobre violencia, estrategias de acompañamiento, entre otras.

3°- Nivel micro institucional. Las acciones que comprenden este nivel refieren al diseño e implementación de diferentes espacios de abordaje de las problemáticas identificadas como entrevistas iniciales, de orientación y diagnóstico, dispositivo grupal de consejería en el tema, talleres productivos y/o creativos para mujeres y disidencias, e intervenciones territoriales y/o barriales para visibilizar y conmemorar fechas como el 8 marzo, 3 de junio o el 25 de noviembre, entre otras. Actualmente llevamos adelante un espacio grupal de encuentro y producción, llamado “Entre telas”, en donde participan mujeres del barrio y comparten sus experiencias y saberes sobre distintas temáticas.

De esta manera, el equipo se propone un abordaje grupal de las problemáticas, construido desde la horizontalidad, promoviendo una interrelación entre sus integrantes (participantes y coordinación). Asimismo, se apuesta a la construcción colectiva de conocimiento con el objetivo de tensionar el entendimiento de las violencias por razones de género como problemáticas del ámbito privado, para visibilizarlas como problemas públicos y producto de regímenes patriarcales y heterosexistas. Lo grupal desde este dispositivo es sostenido e impulsado como un “potenciador de creación, de nuevos sentires, de nuevas miradas que permiten problematizar la realidad de aquellas situaciones que oprimen y que todavía son invisibilizadas” (Chediack, Moreno, Pisano, Pucci y Rucci, 2022, p.4)

¹³ La Mesa Barrial surge en el año 2010. Actualmente se encuentra conformada por diferentes actorxs de instituciones, organizaciones y vecinxs del barrio, quienes se reúnen los terceros lunes de cada mes, con el objetivo de organizarse en pos de identificar diferentes problemáticas y trabajar por mejores condiciones para el barrio.

Como desafíos, el equipo afirma como importante la construcción de un relevamiento y construcción de buenas prácticas en salud desde una perspectiva de género y diversidad sexual con el objetivo de participar activamente en la consolidación de una política pública de salud integral inclusiva que visibilice y desnaturalice las situaciones de violencia y transforme el modelo de atención médico-hegemónico.

Programa Lohana Berkins – SAPS del Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque” de Gonnet, La Plata¹⁴

En febrero del año 2021 el SAPS del HIGA San Roque de Gonnet impulsó el Programa Lohana Berkins[1] de abordaje integral de la salud de la población LGBT+ con el objetivo de garantizar el acceso a la salud de esta población, constituyéndose como una política transversal en el efector.

El programa surgió como una respuesta ante la vulneración de derechos basada en la identidad de género y/o la orientación sexual de las personas, mediante prácticas de discriminación, patologización y exclusión del sistema de salud. Asimismo, otras de las problemáticas que se identifican desde este programa y que impulsan la construcción del mismo, son las estrategias alternativas de gestión de la propia salud que lleva adelante la población LGBT+. Muchas de las prácticas que allí se comprenden suponen costos y riesgos como lo son la auto-administración de hormonas sin acompañamiento del sistema de salud, la inyección de aceites de cocina o siliconas industriales para la modificación corporal, entre otras. En la gesta del nombre propio, en un análisis específico de la población travesti trans, Berkins y Fernández harán alusión a que la falta de acceso al conocimiento por parte del colectivo lleva a una menor identificación de los riesgos y a una menor autonomía para tomar decisiones

¹⁴ Autoras: Leiva, Gisela Paola y Mastromauro, Carolina.

informadas (2007:78). La desvalorización social de su identidad, la discriminación y la persecución policial son causas también mencionadas en dicha investigación, que expulsan a la comunidad travesti trans del sistema de salud y llevan a gestionar su salud de manera autónoma y con mayores riesgos.

El órgano efector del Programa Lohana Berkins¹⁵ es una Unidad de Referencia compuesta por los servicios de Atención a la Comunidad, Clínica Médica, Cirugía, Dermatología, Laboratorio, Salud Mental, Trabajo Social, Tocoginecología y el SAPS, siendo este último quien coordina las acciones que desde allí se promueven. Desde este espacio se ha promovido un diálogo constante entre referentes disciplinares y trabajadores/as de diferentes áreas y servicios del hospital, habilitando un abordaje integral de la salud de les usuaries desde un trabajo interdisciplinario. Asimismo, se han propiciado y fortalecido la construcción de múltiples redes tanto dentro como fuera del hospital, como la articulación con otros SAPS, con organismos provinciales como Dirección de Políticas de Atención de la Salud (DIPAS) y el Programa de Género y Diversidad de la Provincia de Buenos Aires, con el Programa de Acompañamiento a estudiantes Universitarios en Cárcel (PAUC), con la Diplomatura universitaria en Gestión y Promoción de la Salud de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), con organizaciones de la comunidad LGBT+ de la ciudad de La Plata, entre otras.

El programa se implementa en base a tres ejes principales: acompañamiento y asistencia, formación e investigación:

- **Acompañamiento y asistencia.** Se llevan adelante abordajes en salud individual y grupal en relación a las demandas específicas de la población a través de talleres de promoción y prevención de la salud que se están desarrollando en diversos centros culturales y espacios de encuentro de la comunidad LGBT+. A su vez, esta línea de trabajo supone el

¹⁵ El programa lleva este nombre en memoria de Lohana Berkins, activista travesti pionera en la lucha por la identidad de género en Argentina.

seguimiento cotidiano de usuaries en relación a la gestión de turnos e insumos para los procesos de modificación corporal hormonal.

- **Formación.** Se contemplan instancias de capacitación/formación sobre “buenas prácticas” en el abordaje de la salud de la población LGBT+ para el equipo de salud en articulación con el Programa de Género y Diversidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs.As. y a la vez que se generan espacios de intercambio y formación con diversos servicios del hospital.
- **Investigación.** Este eje se está desarrollando actualmente a través de la divulgación de experiencias en el marco del programa y la compilación de datos e insumos para el desarrollo de trabajos de investigación.

En la actualidad, desde el Programa se acompaña y asiste a 50 usuaries: 12 de ellos, se reconocen no binaries, 17 varones trans, 15 mujeres trans, 3 mujeres cis, de 3 usuaries no se poseen datos respecto a su identidad de género, y una usuarie informó tomar contacto con el Programa en búsqueda de su identidad de género.

El equipo SAPS informa que alrededor del 50% de les usuaries que se acercaron al Programa buscaron iniciar o continuar procesos de modificación corporal hormonal. De las diferentes identidades que han accedido al mismo, el equipo observa una adherencia diferencial al tratamiento entre masculinidades trans y usuaries no binaries, en contraposición a feminidades trans. Mientras que les primeros realizan el tratamiento con periodicidad, atendiendo a las consultas y fechas de entrega de hormonas pautadas; las feminidades trans travestis presentan gran discontinuidad en sus tratamientos.

En un primer análisis de esta situación, el equipo da cuenta de diferentes determinantes sociales de la salud entre estas dos poblaciones: las masculinidades trans y personas no binarias que acceden al programa dan cuenta de mayores niveles educativos y acceso a relaciones laborales estables y las feminidades trans presentan mayores

niveles de analfabetismo y no acceden a ingresos fijos, siendo su principal fuente de ingreso el trabajo sexual. El informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, realizado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el año 2020, da cuenta que la exclusión social es sufrida principalmente por las mujeres trans negando su acceso a la formación educacional y profesional, lo que las lleva a un espiral de exclusión que reduce sus posibilidades al trabajo sexual, y en muy menor medida a trabajos en el rubro de espectáculos y entretenimientos. Mientras que la invisibilidad en la que suelen quedar las masculinidades trans parecería protegerlos de la violencia social (el informe destaca que en estos casos la violencia se da en la esfera privada). Se desprende de aquí la hipótesis de que estos determinantes afectan diferencialmente en la adherencia al tratamiento de modificación corporal hormonal entre estas dos poblaciones.

Sobre la evaluación respecto al impacto del programa, el SAPS identifica como aspectos positivos el armado de una red a nivel local con otros efectores de salud que se encuentran trabajando la temática, el acceso de les usuarios al sistema, garantizando su derecho a la salud y la interpelación a las prácticas, identidades y privilegios de algunos trabajadores de la salud. Como desafíos, se identifica la apropiación del efector de salud en términos simbólicos y de referencia del sistema de salud en general por parte de personas LGBTIQ+, desarticulando violencias estructurales históricas que limitan el acceso a la salud de esta población.

Por último, el equipo destaca la potencia que habilita el SAPS en su identidad interdisciplinaria, territorial, intersectorial y gestora de redes, tensionando una lógica hospitalocéntrica desde abordajes que permiten desplegar iniciativas de gestión, formación e investigación implicadas en garantizar el acceso a la salud.

“Asesoría en Salud Integral de los adolescentes” - SAPS del Hospital Zonal General de Agudos Julio de Vedia de 9 de Julio¹⁶

En abril del año 2022, el SAPS del Hospital Zonal General de Agudos Julio de Vedia impulsó en la localidad de 9 de Julio el dispositivo “Asesoría en Salud Integral de adolescentes”.

Este dispositivo tiene como objetivo generar un espacio cuidado y sostenido de consulta, orientación y derivación centrado en las necesidades y problemas cotidianos de adolescentes vinculados a la salud integral, fortaleciendo el proceso de salud - enfermedad - atención y cuidado de este grupo etario.

Previo a la creación formal del dispositivo, el SAPS realizó un diagnóstico de situación respecto a las problemáticas de salud de adolescentes de la localidad de 9 de Julio y del área programática del efector, visibilizando distintas barreras administrativas, económicas, geográficas, culturales y simbólicas que dificultan que se acerquen al centro de salud y a sus servicios, atravesadas por una mirada y accionar adultocéntrico que no les concibe como sujetos plenos de derechos y con autonomía progresiva.

En este marco, el SAPS diseñó, planificó y desarrolló este dispositivo al interior de una institución educativa: la escuela pública de Educación Secundaria N° 8 de dicha localidad. Esto potenció lazos y articulaciones entre los dos sistemas (salud y educación), que aún hoy son sostenidos y fortalecidos por proyectos como este.

La institución elegida aloja a 600 estudiantes, muchos en situación de vulnerabilidad social y primera generación que transita el nivel educativo secundario.

El dispositivo se estructura en tres líneas de trabajo:

- **Asistencia.** Esta línea contempla acciones de promoción y prevención que acompañen a los y las estudiantes en sus inquietudes a través de la promoción de la salud y la pre-

¹⁶ Autores: Amerio Agustina, Balbo Juan, Brangeri Dina, Iñurritegui María Cecilia y Rodríguez Milo.

vención de enfermedades y situaciones riesgosas. Asimismo, se ha acompañado en otros procesos como rectificación de DNI, orientación respecto a tratamientos de hormonización e información sobre el Espacio de Acompañamiento en Salud Integral para la población LGBTIQ+ que funciona en el hospital.

- **Gestión.** Se propusieron dos ejes de trabajo. Por un lado, el diseño, planificación e implementación conjunta entre salud y educación de propuestas que aborden las problemáticas y necesidades de jóvenes y por otro, la articulación constante y sostenida entre el primer y segundo nivel de atención para garantizar el acceso real al sistema de salud mediante la referencia y contrarreferencia. Asimismo, el dispositivo contempla inquietudes e intereses de docentes respecto al abordaje de contenidos curriculares del nivel secundario en particular y problemáticas de salud de las adolescencias, llevando adelante espacios de acompañamiento y orientación a docentes.
- **Formación e investigación.** Estas líneas refieren a distintas acciones de producción de conocimiento para la construcción de acciones fundamentadas en las problemáticas y necesidades reales del territorio y de los jóvenes. Entre las mismas se mencionan: elaboración de un mapeo socio-sanitario, confección de instrumentos de relevamiento de información, producción de información sobre la implementación de las diversas acciones implementadas y evaluación del impacto de las propuestas desarrolladas.

El dispositivo funciona en un espacio propio al interior de la escuela, dos días por semana y propone profundizar el abordaje de la salud integral.

El equipo recibe y trabaja distintas consultas. Paulatinamente, el SAPS fue fortaleciendo su pertenencia y referencia en la institución, no solo con jóvenes sino también con el resto de la comunidad edu-

cativa como directivos, docentes y preceptores/as. Los jóvenes asisten de forma presencial al espacio, a veces de forma individual y otras de forma grupal. De forma permanente, funciona una “urna para preguntas” elaborada por el equipo y destinada a que los jóvenes puedan dejar allí sus preguntas de forma anónima. Estas preguntas constituyen insumos sustanciales para la planificación y accionar diario del SAPS en la institución.

Desde la creación del dispositivo, también, se han llevado adelante espacios formativos construidos a partir de los intereses comunicados por los jóvenes focalizando en temáticas de salud sexual reproductiva y no reproductiva. En estos espacios formativos se optó por una modalidad de taller y para la definición de las temáticas se implementó una encuesta destinada a adolescentes con el objetivo de relevar sus intereses. En base a la información recopilada por esta encuesta, el equipo sistematizó y diseñó 6 talleres que estuvieron a su cargo:

- Taller VIH/Sida
- Taller “Salud bucal y emociones”
- Taller “Salud sexual (no) reproductiva”
- Taller “Relaciones sexoafectivas”
- Taller “Género y diversidad”
- Taller “Prevención de embarazo no planificado e ITS”

En este marco, otras de las acciones que el equipo llevó adelante en el marco de este dispositivo fue el taller con docentes, preceptoría y la Dirección de la escuela para trabajar desde la ESI herramientas para abordar situaciones que irrumpen en la cotidianeidad de la escuela.

Por último, otro de los lineamientos que han llevado adelante e implementado, fue el abordaje integral de las violencias familiares y por razones de género a partir de demandas de docentes y directivos acerca de alumnos que atravesaron situaciones de violencia doméstica y por razones de género en sus vínculos sexo afectivos. Estas situaciones han sido abordadas desde una perspectiva de género, integral, intersectorial e interdisciplinaria, teniendo en cuenta la complejidad

que las caracteriza. Se han realizado reuniones de equipo para pensar cada situación, con otras instituciones y sectores del Estado. También se realizan entrevistas con las familias de adolescentes para poder realizar la evaluación de riesgo correspondiente y elaborar las estrategias más adecuadas.

La institucionalización del dispositivo de asesoría en el marco de la corresponsabilidad intersectorial salud-educación configura una condición necesaria para dar respuesta y acompañar a lxs jóvenes de una manera integral e intersectorial y garantizar el derecho a la salud y la educación.

La construcción de este dispositivo al interior de la escuela, que es el lugar que les jóvenes habitan y donde se desarrollan socialmente, constituye una estrategia que potencia el encuentro desde una escucha activa, comprometida y cuidada para conocer sus problemáticas, necesidades e intereses, generando y fortaleciendo un vínculo que propicie su acceso al sistema.

Hospitales especializados y SAPS

La provincia de Buenos Aires gestiona bajo su dependencia un total de 24 hospitales especializados distribuidos en diferentes regiones sanitarias del extenso territorio provincial, con modalidades de prestación especializadas en oncología, odontología, salud mental, pediatría, discapacidad y gerontología.

Este tipo de hospitales posee un perfil y estructura específica. Se entiende por hospitales especializados a aquellos que están en condiciones de recibir solamente pacientes con riesgo de sufrir un tipo determinado de patología. Según la normativa, se considera en esta categoría aquel efector cuya estructura está destinada a recibir un tipo determinado de patología con una incidencia no menor al 50% de la capacidad instalada. La especialidad predominante se distingue de las restantes en términos de volumen de recursos destinados, complejidad de las prestaciones y/o relevancia en la red provincial del servicio. Cada uno de ellos posee diferentes perfiles de complejidad, modalidades de atención, área de influencia y tipos de internación.

Desde el año 2020 se abrieron un total de 12 SAPS en estos efectores especializados, siendo sus procesos de diferentes características. En algunos hospitales, ya existían procesos de apertura a la comunidad que los SAPS acompañaron en su formalización en cuanto a recurso humano, dispositivos y estructura hospitalaria. En otros, ha sido más patente la inercia de viejas estructuras objetivas y subjetivas, pues los tiempos administrativos y la evolución de la pandemia retrasaron su puesta en marcha.

En cualquiera de estos casos, se abrieron desafíos en torno a los cambios en el enfoque de los hospitales, su apertura a nuevas demandas de la comunidad y la potencia de un servicio interdisciplinario implantado en hospitales especializados. ¿Por qué SAPS en estos hospitales? ¿En qué sentido puede pensarse la apertura a la comunidad y un servicio interdisciplinario en efectores de estas características? ¿Cómo puede re-pensarse la especialización sin perder de vista la integralidad, la interdisciplina y la apertura a la comunidad?

Como aspecto general de las diferentes experiencias, diremos que trabajar con la comunidad permite albergar un nuevo tipo de demandas. A su vez, en aquellas instituciones con internación, ha permitido una mejor vinculación de la población internada con la comunidad, abriéndose el pasaje de los saberes especialistas a los saberes de la comunidad. De este modo, los SAPS en hospitales especializados han permitido acompañar los procesos de transformación del sistema sanitario potenciados durante la pandemia, poniendo en tensión la antinomia especialidad-integralidad, extendiendo la atención a nuevos grupos etarios, la generación de nuevas demandas y la inclusión de otras especialidades en el camino a la ampliación de acceso en la atención de la salud.

Experiencias SAPS en hospitales especializados

SAPS Taraborelli, caminos recorridos en la reconversión de un monovalente¹⁷

El Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Domingo José Taraborelli” fue fundado el 12 de octubre de 1969. Solía constituirse específicamente como un efector monovalente de salud mental. Por integrar la Región Sanitaria VIII como único referente especializado, su accionar se dirige actualmente a una población potencial de casi 2 millones de personas, brindando atención a usuarios de salud mental tanto de la ciudad de Necochea como también a pobladores de sus alrededores, extendiendo su cobertura a localidades del interior del distrito. Es un hospital público y abierto a la comunidad que cuenta actualmente con policonsultorios externos de diversas especialidades, entre las que se encuentran: psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, tocoginecología, odontología, traumatología, clínica médica, dermatología, nutrición, tratamientos neurocognitivos, neurología y cardiología.

Entre los dispositivos de atención, el hospital cuenta con: Consultorios Externos (psiquiatría, neurología, psicología tanto de adultos como infanto juvenil, trabajo social, terapia ocupacional y, como nueva incorporación, otras ramas de la medicina); Guardia (psiquiatría y psicología); Internación en salud mental (servicio de atención en crisis- vías de externación- internación prolongada); Externación, rehabilitación y alternativas a la internación hospitalaria (hospital de día, casas de medio camino, emprendimientos sociolaborales, espacios culturales).

¹⁷ Autores: Zlatar Gisela, Gonzalez Florencia, Bisciotti Ana, Bruzzi Diego, Garmendia Lucia, Chiarle Juan Cruz, Rodriguez Laura Elizabeth, Mauco Sabrina, Ortiz Alejandra, Prieto Agostina, Berastegui Ana Laura, Herrero Claudia, Lamas Verónica, Zabaleta Laura, Rabbione María Amalia, Cherichetti Luciana, Aspeitia Ana, de la Llosa María Victoria, Aggio Belén, Cabanas María Teresa, Manterola Jimena, Gamboa María Eugenia, Fernández Paula Griselda, Etchegoyen Martín, Laserna Marcelo Emilio.

A su vez, al tratamiento y la rehabilitación de los padecimientos mentales basados en terapias convencionales individuales, grupales y farmacológicas, el hospital suma acciones de prevención y de promoción de la salud, mediante el desarrollo de actividades coordinadas con áreas de educación, trabajo, justicia, diferentes organizaciones artísticas y otras.

En los últimos años, algunos dispositivos asistenciales del hospital entraron en un proceso de revisión y cambio. Se trata de reformulaciones respecto del organigrama institucional y la revisión de las injerencias y prácticas profesionales que tuvieron inicio en la última gestión de la dirección del hospital (que entró en funciones en 2016), en correlación con el cambio de paradigma que implicó el Plan de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental, con el añadido de la emergencia sanitaria declarada en 2020, que también implicó la adecuación, revisión y cambio del funcionamiento general hospitalario y de la residencia en particular.

En esta misma línea de trabajo es que también desde 2018, acorde a lo planteado por la Ley de Salud Mental y Adicciones respecto de la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos, se incorporaron a la atención por consultorios externos distintas especialidades médicas y no médicas inexistentes hasta entonces: neurología, clínica médica, traumatología, ginecología, dermatología, nutrición, odontología, terapia ocupacional, ginecología y cardiología a las que ya funcionaban como psiquiatría, psicología y trabajo social.

En este contexto fue que el hospital tomó activamente la propuesta de creación del SAPS. Adhiriendo a la idea fundante de su proyecto, encaró como prioridades la articulación hacia el exterior del hospital, con otros efectores de salud (de gestiones nacionales, provinciales y municipales), organizaciones sociales, instituciones públicas y privadas, entre otros actores. A su vez, se planteó el desafío de articular servicios, dispositivos y espacios que coexistían en forma aislada hacia el interior del hospital. De tal modo, el SAPS Taraborelli desarrolla actividades de tipo horizontal y de integración en espacios

articulados de acuerdo a las diferentes disciplinas que desarrollan sus tareas en formas inter/transdisciplinarias y subsumidas en los espacios/dispositivos de praxis SAPS propuestos, en desarrollo y/o en construcción.

Actualmente cuenta con 27 integrantes de diferentes disciplinas: Trabajo Social, Lic. en Enfermería, Nutrición, Psicología, Terapia Ocupacional, Odontología, Obstetricia, Medicina General, Pediatría, Psiquiatría, Kinesiología, Ginecología, Promotora de Salud, residentes y administrativxs. Del total de integrantes, 6 de ellos poseen dedicación exclusiva al SAPS y lxs demás tienen una dedicación parcial al SAPS y comparten sus actividades con las dedicaciones en otros servicios del efector. Según un balance del propio efector, se trata de una fortaleza, en la medida en que le brinda mayor anclaje y recepción en los diferentes servicios, articulando en forma natural con ellos a través de estas personas que integran el SAPS y también otros servicios del hospital.

Por otra parte, en cuanto a los dispositivos que tienen lugar al día de la fecha, se encuentran articulados por tres líneas de trabajo: asistencial, gestión y formación/investigación.

Dispositivos asistenciales, gestión e investigación en el SAPS Taraborelli

“ACERCAR”. Espacio de acompañamiento y contención en entornos de crianza. Construcciones en salud integral perinatal y crianzas.

La idea de este proyecto parte de visibilizar diversas problemáticas que se presentan en la intervención profesional en el efector al abordar desde una perspectiva de salud integral la atención de pacientes embarazadxs.

En un comienzo, el objetivo ha sido ofertar una propuesta interdisciplinaria de prevención y acompañamiento destinada a personas

en edad fértil, embarazadxs (en la etapa del puerperio y lactancia), familias, bebés y niñxs dentro del área programática del SAPS.

De tal modo, se toma como puntapié inicial la oportunidad que ofrece el período perinatal para que el equipo a cargo de este dispositivo acompañe de manera integral la situación particular de cada familia respecto al período pre-concepcional, el embarazo, el parto y hasta los 2 años de vida del bebé.

Se trata de un equipo con formación específica en salud perinatal, que no duplica dispositivos existentes en el hospital y que se propone ACERCAR herramientas y tratamientos adecuados que propicien recorridos saludables en esta etapa. A su vez, permiten detectar problemáticas de manera oportuna para la realización de un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Este dispositivo funciona a partir de abordajes grupales, bajo el formato de “taller” como herramienta privilegiada, desde una perspectiva comunitaria y territorial.

“DISPOSITIVO EN MARCHA”. Promoción y prevención en salud para personas mayores

Se trata del dispositivo salud y movimiento, en cuyo marco funciona un taller destinado a la promoción y prevención en salud para personas mayores. El mismo está destinado, por un lado, a promover hábitos saludables en cuanto a la actividad física y a la inclusión en la comunidad mediante prácticas que involucren el movimiento, y por otro lado, a prevenir enfermedades derivadas del sedentarismo y el aislamiento social.

Otro de los abordajes se propone abordar una problemática frecuente: la prevención de caídas tanto en el hogar como en la vía pública. La etiología de las caídas es multifactorial, interviniendo tanto factores extrínsecos como intrínsecos. Las caídas en las personas mayores, pueden llevar rápidamente a la dependencia, generando un costo difícil de afrontar por el grupo familiar y elevando el número

de prestaciones a cubrir en el ámbito de la salud pública, incluyendo en algunos casos cirugías, prótesis, traslados, internación domiciliaria, etc. Por lo tanto, evitar las caídas a través de la implementación de ejercicios que estimulan el equilibrio, junto con la educación para prevenirlas, se transforma en una herramienta útil para mantener la autonomía e independencia en la vida diaria.

E.C.A. Maite Amaya. Espacio de escucha y acompañamiento de la atención de salud sexual integral y diversidad

Funciona como actividades extra muro promo preventivas, consejerías y talleres de Salud Sexual Integral, cuidados corporales, anticoncepción, adolescencias y niñxs (planificadas con instituciones locales: educativas, clubes, barrios, comunidad travesti trans).

Allí se realizan talleres de sensibilización para trabajadorxs dentro de la institución en pos de promover y proyectar medidas que incorporen el enfoque de género dentro de la institución, erradicar violencias basadas en desigualdades entre los géneros y eliminar obstáculos en la atención y ámbito hospitalario.

Espacio de abordaje y acompañamiento de mujeres y disidencias en situación de violencia por razones de género en el ámbito de la salud

El objetivo de este dispositivo es generar estrategias de intervención territorial en pos de realizar acciones de prevención, promoción y protección de la salud integral en materia de género y violencias contra las mujeres y otras identidades, con el propósito de mitigar y reducir los efectos de las violencias que pudieran generar el agravamiento de problemáticas de salud en general y particularmente en la salud mental, asegurando el pleno acceso a los derechos.

Este espacio articula dentro del SAPS con la dupla que conforma el Equipo interdisciplinario Descentralizado de Asistencia (EDA)

que pertenece al Programa provincial para el abordaje de las violencias en el ámbito de la salud pública de la Dirección Provincial Contra las Violencias en el ámbito de la salud pública que pertenece a la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El Programa aspira a la transformación del modelo de atención de las violencias en salud, a partir de la conformación de una red sanitaria de abordaje integral de las violencias a través de la prevención, detección temprana, asistencia y acompañamiento de situaciones de violencia.

DAISIA (Dispositivo de Acompañamiento Integral en Salud Mental de Infancias y Adolescencias)

Está enmarcado dentro de las propuestas de políticas de salud mental del Ministerio, con articulación local directa con el CPA, y tiene dos ejes de intervención:

- **Eje promo-preventivo:** se desarrollan actividades en formato taller dentro de las escuelas, incluyendo tanto a niños y adolescentes en edad escolar, como a sus padres/madres o familiares en temáticas ligadas a la salud mental con una perspectiva integral, articulando con los diferentes equipos de orientación escolar de cada institución escolar.
- **Eje asistencial:** como equipo interdisciplinario interviene en casos complejos de menores de edad, en articulación directa con las estructuras territoriales del ámbito educativo EDIA (Equipo Distrital de Infancias y Adolescencia), y el COF (Centro de Orientación Familiar) que pertenecen a la modalidad de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social de Educación, para la evaluación conjunta de dichos casos complejos.

Gestión e investigación en el SAPS Taraborelli

Por otra parte, el SAPS participa de líneas de gestión del hospital, a saber: determinación del área programática/de responsabilidad/influencia del SAPS, articulaciones intersectoriales con educación – poder judicial – CPA – sistema local de salud y programas; trabajo en red con entidades intermedias: ONGs, clubes, religiosas, sociedades de fomento y asociaciones de jubilados; acciones de referencia y contrarreferencia (al interior del hospital y articulaciones externas con el sistema local de salud).

En cuanto a las acciones de investigación y formación, participa en la Sala de Situación de Salud, diagnóstico y mapeo continuo de actores sociales (individuales y colectivos), ASIS (Análisis de Situación de Salud), historia clínica interdisciplinar por problemas/casos, formación continua y reuniones de equipo en plenaria mensual (planificación de la praxis del SAPS).

La implementación del SAPS en este efector especializado ha implicado múltiples desafíos, entre ellos, pensar y repensar el hospital, conformar un equipo y capitalizar el camino previamente transitado por muchxs de sus integrantes. La consecución de un espacio nuevo como servicio en el hospital, que nace con características propias, exige la incorporación de nuevas miradas, de nuevos actores tanto disciplinares como socio-comunitarios, y obliga también a la deconstrucción de ciertas prácticas hegemónicas y fragmentarias que subyacen en la formación de cada disciplina que compone el equipo.

En cuanto a la propuesta que caracteriza al SAPS del Hospital Taraborelli, cada uno de los espacios/dispositivos interdisciplinares del SAPS que fueron descritos o mencionados anteriormente, trabaja sus propuestas hacia dentro de cada espacio y luego las vuelcan y comparten en un espacio integrador que son las plenarias quincenales y mensuales que se proponen desde la coordinación del SAPS. El objetivo de estos espacios plenarios es el de sintetizar las experiencias de cada espacio, integrar y articular la diversidad de experiencias y miradas disciplinares y hacer una reflexión conjunta en el análisis

de los procesos de construcción de los abordajes que los demás dispositivos/espacios realizan en los plenarios mensuales. Estos aportes no sólo son teóricos, sino fundamentalmente basados en la práctica territorial, una de las prioridades del SAPS a nivel extramural. En cuanto a lo intramural, el logro del espacio físico propio dentro del hospital abre el desafío de salir de la lógica del consultorio de atención para fundar un espacio de construcción colectiva por el cual circulan y trabajan las propuestas, se realizan las reuniones de equipo y actividades de los diferentes dispositivos/espacios SAPS.

El marco de estas líneas directrices se ha visto potenciado por el trabajo de gestión y de articulación institucional intersectorial que se está logrando establecer con diferentes entidades intermedias, como así también con los espacios de decisión de la Dirección de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, y con la Secretaría de Salud y de Desarrollo Social del municipio de Necochea, con los cuales se está dando inicio a la planificación y desarrollo de actividades conjuntas en beneficio de la comunidad.

Por último, el sentido literal de lo monovalente, se lo vincula a aquello que tiene un único valor o función. Su reconversión, a tono con los debates aún actuales sobre la estructura manicomial, implica multiplicar sus funciones, ampliar su horizonte y dotarlo de dispositivos cercanos a las necesidades y derechos de su población. Las experiencias del SAPS Taraborelli dan testimonio de ese proceso.

SAPS Sbarra: nuevas infancias y dispositivos¹⁸

El Hospital Dr. Noel H. Sbarra es un hospital pediátrico que históricamente se ha orientado a la atención de la temprana infancia. En abril del 2021, desde la dirección ejecutiva se firmó una disposición para extender la franja de edad del paciente pediátrico hasta los 18 años.

¹⁸ Autores: Equipo SAPS Sbarra, Fabián Miranda y Yanina Roldán.

A partir de este marco, el recientemente creado equipo SAPS del Hospital Sbarra inaugura un espacio de orientación y acompañamiento en salud mental para adolescentes y referentes afectivos al interior del hospital y en algunos barrios. Este dispositivo interdisciplinario surge de la creciente demanda de atención de esta franja etaria. A su vez, en la ciudad de La Plata son pocos los servicios de salud mental que trabajan con adolescentes de forma integral.

Algunos de los objetivos de este dispositivo son: ofrecer un primer espacio de escucha y contención emocional para el/la adolescente y sus referentes; orientar respecto del acceso a la atención, prevención y promoción de la salud mental; acompañar problemáticas vinculadas a la salud mental y habilitar vías de acceso al sistema de salud.

Estos consultorios tienen tres áreas donde se abordan las situaciones en duplas interdisciplinarias: clínica médica, salud sexual integral y salud mental, los cuales se encuentran en constante diálogo favoreciendo derivaciones e interconsultas. A su vez, se intenta mantener reuniones mensuales para discutir situaciones clínicas y cuestiones administrativas.

Inicio de un recorrido: la creación del dispositivo de orientación y acompañamiento en salud mental para adolescentes

Respecto al trabajo en salud mental, la recepción de adolescentes resulta una novedad para el hospital, ya que la unidad de psicología atiende históricamente niños/as de 0 a 6 años, sin existencia de psiquiatras infanto-juveniles o guardia para urgencias de salud mental.

La propuesta lanzada desde el SAPS implica el desafío de interactuar con formatos instituidos del efector.

En primer lugar, a la hora de comenzar a gestionar un espacio físico para realizar las entrevistas, aparecieron distintos temores de los trabajadores del hospital tanto en médicxs como en administrativxs: recibir a jóvenes con problemas ligados a la salud mental, podría alterar el orden de la institución. Ante esto fue necesario un trabajo

constante de brindar información, argumentar sobre el derecho y la importancia de recibir a lxs jóvenes en la institución para garantizar la accesibilidad al sistema de salud. Esto último no fue sin deconstruir al interior de la institución distintos mitos sobre la salud mental y lxs adolescentes. A su vez, se orientó a lxs trabajadores a modificar un encuadre de acompañamiento: lxs jóvenes de 13 años pueden asistir a la consulta sin necesidad de estar acompañadxs por un adultx.

En este marco institucional, se realizaron orientaciones interdisciplinarias en salud mental. En un primer momento, se dio inicio al interior de la institución y posteriormente en un Centro Comunitario del barrio Villa Elvira del área programática, en donde también se realizaron talleres de promoción y prevención en salud mental para padres y adolescentes.

Respecto a las distintas demandas alojadas al interior del hospital, se pueden recortar las siguientes: demanda espontánea, derivación interna de los distintos servicios del hospital y derivaciones de otras instituciones de salud y/o escuelas u organizaciones sociales con las que el SAPS articula en el territorio.

Resultaron clave para la generación de referencia con el dispositivo de orientación en salud mental al interior y por fuera del hospital los siguientes hechos:

- La presentación del equipo y de los objetivos del nuevo consultorio con los distintos servicios del hospital.
- La difusión por las redes sociales del hospital, en las instituciones con las que articulamos en territorio y con los distintos SAPS de la ciudad de La Plata.

Las estrategias implementadas en las orientaciones realizadas en el barrio fueron fundamentalmente informar y orientar sobre los centros de salud u hospitales cercanos en caso de que se detectara necesidad de consultar a un profesional de la salud. En esos casos, el SAPS gestionó turnos y seguimientos telefónicos hasta que las personas pudieran acceder al sistema de salud. En otros casos, las interven-

ciones del equipo fueron acotadas a un único encuentro, en donde se despejaron dudas y se orientó a la resolución de distintas problemáticas relativas al acompañamiento de personas que se encuentran atravesando un padecimiento mental.

Respecto de las orientaciones realizadas en el hospital, las mismas tienen la siguiente estructura: recepción inicial de la demanda en una primera escucha interdisciplinaria (psicología y trabajo social): allí se despeja la demanda, se evalúa riesgo y complejidad de la problemática que afecta la salud mental de lxs consultantes. Se apunta a establecer el reconocimiento de la existencia o no de antecedentes de tratamiento, si el/la joven cuenta con red de contención familiar, situación económica y habitacional de su grupo de referencia, dificultad en el acceso al hospital debido a la ubicación de su domicilio, gustos e intereses, proyectos a corto y largo plazo, entre otras cosas. Es decir, se realiza una primera lectura integral de la situación sobre la que el equipo, según el caso, ofrece alguna de las siguientes alternativas:

- a) Continuidad de seguimiento bajo la modalidad de entrevistas interdisciplinarias: las mismas son acotadas en el tiempo. Se apunta a intentar mejorar la situación que afecta la salud mental de lxs adolescentes a partir de la detección del problema, brindando orientación e información, trabajando en conjunto sobre posibles soluciones al conflicto y respetando los tiempos subjetivos y las distintas formas de expresar el malestar emocional.
- b) Grupo terapéutico de adolescentes: es un dispositivo coordinado de forma interdisciplinaria (psicología y trabajo social). En él, se propone socializar el malestar con otrxs y también distintas experiencias, gustos e intereses de lxs adolescentes. Esto último con el objetivo de crear lazos entre pares y evitar la excesiva individualización de las problemáticas psicosociales.

- c) Tratamientos psicológicos individuales, acotados en el tiempo. Solo en el caso de que el/la joven consultante no encuentre atención en los efectores de salud cercanos a su domicilio y según el criterio clínico del equipo.

Desde el inicio del dispositivo en noviembre de 2021 al mes de junio del corriente año, los principales motivos de consulta que afectan la salud mental de lxs adolescentes han sido: efectos de abusos sexuales, depresión, problemáticas ligadas a la conducta alimentaria, angustia en sus diversas expresiones y conflictos familiares en donde prima la violencia. A su vez, se ha detectado la escasa presencia de referentes adultos como vía de orientación y de contención de lxs jóvenes, quienes encuentran ese punto de apoyo principalmente entre pares. A su vez, otro factor común a las distintas consultas ha sido la dificultad de compartir el malestar emocional con otrxs, es decir, ponerlo en palabras; contribuyendo esto último a distintas expresiones sufrientes de la angustia como las autolesiones o las crisis de pánico.

Principales fortalezas y dificultades del dispositivo de orientación en salud mental para adolescentes

Los aportes específicos que realiza el SAPS en la construcción de este dispositivo han tenido efectos tanto institucionales como en la salud integral de la nueva población que accede a sus propuestas. Por un lado, resulta clave para la salud integral garantizar una primera escucha de acceso, orientación, y contención respecto de las distintas formas de expresión del padecimiento mental. Este dispositivo se ha encontrado con una necesidad muy importante entre adolescentes que muchas veces no encuentran lugar en el sistema de salud, con itinerarios de largas esperas (hasta un año) para recibir atención y sustanciar las derivaciones. También, muchxs adolescentes empeoran debido al tiempo de espera o a la búsqueda interminable de atención en el sistema público de salud, sumándose al malestar emocional un

plus de sufrimiento por el desgaste generado hasta encontrar un espacio de atención. Tal es así que se han realizado procesos de orientación que no requieren específicamente el inicio de un tratamiento psicológico individual, sino un espacio que brinde información de calidad, orientación a padres/madres, deconstruir varias creencias o mitos respecto de los padecimientos mentales, articular con otros efectores de salud, etc.

La recepción y la escucha de las distintas problemáticas y la gestión desde el equipo de turnos en otras instituciones generan alivio, en tanto reduce el caos administrativo y la circulación entre los distintos efectores de salud sin obtener respuesta.

Por otro lado, en cuanto a las debilidades de este dispositivo SAPS se han identificado algunos aspectos negativos en el funcionamiento del consultorio de salud mental para adolescentes que generan desgaste en los profesionales:

- Escasez de profesionales. Actualmente el dispositivo cuenta con dos profesionales (una trabajadora social y un psicólogo) para desarrollar la orientación en el hospital y en los barrios, seguimientos, tratamientos individuales y grupo terapéutico, además de la gestión de turnos y el armado de informes. A esto se le suma la ausencia de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil.
- El aumento de la demanda afecta la capacidad de dar una respuesta inmediata y de calidad. A esto se suma la incumbencia de estos profesionales a otras tareas propias del servicio SAPS: talleres en territorio, jornadas de salud, reuniones con distintos agentes del territorio, investigación y formación académica, entre otras.

Para finalizar, se puede decir que los efectos de garantizar una primera escucha a la población adolescente respecto de distintas dudas y problemáticas sobre la salud mental, sin excesiva demora ni listas de

espera, contribuye a contrarrestar posibles urgencias subjetivas o el empeoramiento de distintos padecimientos mentales. A su vez, desde este dispositivo se ha fortalecido una red de derivaciones con otros efectores de salud que se ocupan de las adolescencias.

Abordaje de la salud bucal en hogares de niños, niñas y adolescentes: la experiencia del equipo SAPS del Hospital Dr. A.M. Bollini¹⁹

El Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil Dr. Adolfo M. Bollini se encuentra ubicado en la ciudad de La Plata y posee la característica de ser un hospital monovalente y de autogestión. El edificio actual se inauguró el 19 de noviembre de 1950, en coincidencia con los actos del 68 Aniversario de la Fundación de la ciudad de La Plata. En un primer momento se llamó “Instituto Central de Odontología Infantil Eva Perón”, y es a partir de 1958 que llevará el nombre de Dr. Adolfo Marcos Bollini.

La población que concurre al hospital, principalmente está conformada por niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años que provienen de diferentes lugares de la provincia. Su área programática abarca el Gran La Plata, un aglomerado compuesto por los municipios de La Plata, Berisso y Ensenada, pero al ser un hospital zonal, su área de influencia alcanza también a los municipios de la región sanitaria XI y otras regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

El hospital está compuesto por diferentes servicios y áreas: odontopediatría (del que depende la residencia de odontopediatría), área de musicoterapia, área de fonoaudiología, área de guardia y el consultorio externo de atención a personas con discapacidad, que funciona en el Instituto de Psicopedagogía Especial (IPE). A su vez, se encuentra el servicio de ortodoncia del que depende la residencia de

¹⁹ Autores: Silvia Cortese, Fiamma Senta, Ana Mariela Suárez, Laura Curten, Katia Camacho, Mariangeles Alanis, Silvia Segovia y Candela Luquet. Equipo SAPS del Hospital Dr. A.M. Bollini

ortodoncia, donde se incluye el servicio social, conformado por trabajadores sociales y licenciados en psicología. Finalmente, el hospital posee, también, áreas de servicios auxiliares, apoyo técnico y especializado que se encuentran organizadas de la siguiente manera: área administrativo- contable, área de limpieza, asistentes dentales y esterilización, área de radiología, laboratorio dental y mantenimiento. A esta estructura de servicios y áreas preexistentes, se sumó el Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), cuyas líneas de trabajo se describen a continuación.

Enfoques y redes del SAPS Bollini

Cuando se crea el servicio de Atención de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) en el hospital, en el mes de junio del 2021, una de las primeras necesidades que surgió fue establecer su área programática de inserción, dada la especificidad de la atención. Otra necesidad estuvo vinculada al abordaje de la atención primaria de la salud donde existen redes de salud débiles, no formales e inexistentes entre niveles de atención y subsectores de salud. Es decir que el primer recorte implicó asumir la responsabilidad de dar respuesta como efector de salud a un conjunto de demandas que no hallaban canales de atención en un contexto de creciente fragmentación del sistema. En este sentido el camino inicial fue establecer y potenciar vínculos con diferentes efectores en salud, articulando con otros SAPS de la región e instituciones para poder dar respuestas más certeras y unificadas a la comunidad.

El SAPS Bollini se propone establecer un vínculo cercano a la vida diaria de pacientes y sus familias, teniendo como base la educación para la salud y cuidados personales (dentro de los cuales se encuentra el cuidado bucodental); como apuesta a la construcción de equipos familiares de salud.

Se promueve el intercambio desde las disciplinas intervinientes del SAPS, en la que se entiende a niños y adolescentes como suje-

tos de derechos, a partir de un enfoque holístico que incorpora la coyuntura social y el recorrido singular, en el marco de la patología odontológica por la que acude.

Desde este marco, el SAPS Bollini se propone actuar como una red de contención de niños que se ven envueltos en situaciones familiares difíciles. La estrategia central se basa en la creación de redes interdisciplinarias e intersectoriales, para dar respuestas a los problemas que la comunidad presenta.

El objetivo que guía el trabajo diario del SAPS es la producción de información correspondiente a su área programática, con especial énfasis en los dispositivos de prevención y promoción de la salud bucodental. Para ello, el SAPS identifica y releva las principales problemáticas sociales de las instituciones (educativas, ONGs, organizaciones sociales, clubes, centros barriales) que conforman el área programática, y generan redes de trabajo con servicios de centros referenciales de salud y otras instituciones. Asimismo, se fomentan procesos de formación, docencia e investigación dentro del efector y se informa a la comunidad acerca de las posibilidades de atención y cuidados de salud.

Entre las acciones más importantes desarrolladas por este servicio recientemente creado, se establecen articulaciones con el ámbito educativo a través de charlas de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades. Sobre ello, debe decirse que el contexto pandémico dificultó la relación tradicional con las escuelas (por la alteración de la presencialidad escolar), por lo que se realizaron nuevas estrategias para llevar adelante los talleres, reinventando el vínculo entre el hospital y el Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires.

El SAPS Bollini también organiza y participa en postas de salud integrales en las que no sólo se realiza abordaje de la salud bucal, sino que también efectúa la vinculación y el trabajo conjunto con otros efectores que trabajan líneas de nutrición y alimentación saludable, pediatría, educación sexual integral y salud mental. Además, se han

incorporado a las postas, las campañas de vacunación de COVID-19 y Sarampión, Rubéola, Paperas y Polio, impulsadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a lo que se suma la firma de planillas AUH, con el objetivo de hacer redes que hagan eficiente la presencia del Estado.

Por otra parte, ha construido una red con la Agronomía Odontológica de Berisso, La Plata y Ensenada (AOB) y con la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA) quienes colaboran con la prestación del móvil odontológico que permite llevar adelante atención odontológica del primer nivel en las postas de salud.

Abordaje de la salud en hogares de la ciudad de La Plata

Como se mencionó anteriormente, el contexto pandémico llevó a re-direccionar las acciones del hospital. Una de las estrategias planeadas fue la presencia del SAPS en los hogares de niños y adolescentes. La primera visita fue el 20 de julio 2021 en el Hogar Padre Cajade, donde se realizaron talleres de educación para la salud bucal, inspecciones bucodentales y aplicaciones de barniz fluorado.

A partir de este momento el trabajo en hogares se centró en dos acciones principales: por un lado, el dictado de talleres de salud bucal en los cuales, a través de charlas informativas, dinámicas lúdicas y entrega de cepillos, se hizo hincapié en la promoción de hábitos para cuidado de la salud bucal y la prevención de enfermedades. Por otro lado, se realizaron controles de salud bucal en estas instituciones y derivaciones al sillón SAPS del hospital, en el que se realizaron las prestaciones necesarias para el abordaje integral de las diferentes patologías halladas, sumada a las derivaciones intrahospitalarias e interhospitalarias que se requirieron.

Durante el periodo de junio del 2021 a agosto del 2022 se visitaron once hogares de la ciudad de La Plata: Padre Cajade, Ángel Azul, Hogar Grillitos, Hogar Servente, Hogar Milflores, Hogar Locos Ba-

jitos, Hogar LH, Casa de Abrigo Alihuel, Hogar Esperanza de Vida, Hogar Cedic Bell y Hogar San Patricio.

Una de las dificultades halladas en los hogares es que justamente son sitios de tránsito. Esto significa que los niños, las niñas y adolescentes permanecen un periodo de tiempo inespecífico en ellos, esperando que se resuelva su situación judicial, se realice la re-vinculación con sus familias biológicas o ingresen en adopción. En este sentido, se ve comprometido el seguimiento personal del paciente a lo largo del tiempo, comenzando por la anamnesis médica e integral de la persona hasta la resolución definitiva del plan de tratamiento odontológico planteado.

La articulación entre el SAPS del hospital y los hogares de niños y adolescentes resulta virtuosa para ambas instituciones. Las acciones de prevención y cuidado de la salud bucal, como es la enseñanza de la técnica de cepillado y la aplicación de barniz fluorado, aportan a que las niñas y adolescencias que transitan y habitan estos hogares incorporen hábitos que mejoren su salud. Por otra parte, los controles de salud bucal realizados en los hogares brindaron un panorama general del estado de la boca de los niños y adolescentes que se encontraban en esos hogares, y ayudaron a detectar y cuantificar la necesidad de tratamiento en dicha población.

La derivación de niños y niñas a los sillones SAPS para realizar algunas de las prestaciones que fueran necesarias y la posterior articulación para la solicitud de turnos acortó los tiempos de espera para la atención. Este aspecto resulta fundamental en términos de accesibilidad y calidad de atención.

Actualmente se continúan realizando las visitas a hogares y se articula con los referentes/as y autoridades institucionales para la atención de pacientes en los sillones SAPS que funcionan en el hospital. Además, si el usuario/a lo requiere, se realizan las derivaciones correspondientes a las diferentes áreas o servicios del Bollini.

A esta estrategia específica en hogares, el SAPS suma su participación en postas de salud en diferentes barrios de La Plata, Berisso

y Ensenada con el objetivo de garantizar el acceso a la salud integral (odontología, ESI, alimentación saludable, testeos de HIV y sífilis, asistencia en materia de documentación, zoonosis, optometría, control de niñeces sanas).

Como síntesis del camino transitado, se puede decir que la conformación del equipo SAPS en el hospital fue relevante para acortar las brechas de atención entre la institución y la comunidad. A través de las actividades territoriales que comenzó a llevar adelante el SAPS, se logró vincular a sujetos/as que, por diferentes motivos, se encontraban fuera del sistema de salud. Además, el hincapié en las actividades de prevención, promoción y controles de salud bucal, contribuyen a mantener la salud en boca y evitan que se desarrollen enfermedades frecuentes (caries, gingivitis, pulpitis, etc.) que requieran atención hospitalaria.

Este equipo de reciente creación facilitó la articulación con los diferentes servicios con los que cuenta el hospital, posibilitando que la situación del usuario/a pueda ser abordada desde una mirada integral, facilitando la continuidad de los tratamientos que requieren mayor complejidad. En lo que refiere a las redes intrahospitalarias, desde el SAPS se han abordado situaciones que requerían interconsultas con otros efectores de salud. Las redes construidas entre los distintos SAPS facilitaron que las interconsultas puedan realizarse de manera oportuna, integral y articulada.

Reflexiones finales sobre los SAPS en hospitales especializados

Se han recorrido tres experiencias disímiles de dispositivos y acciones en efectores especializados de diferentes características y misiones. Para el caso del Hospital Taraborelli, si recuperamos el sentido literal de lo monovalente, podría relacionarse con aquello que tiene un único valor o función. Su reconversión, a tono con los debates aún actuales sobre la estructura manicomial, implica multiplicar sus

funciones, ampliar su horizonte y dotarlo de dispositivos cercanos a las necesidades y derechos de su población. Se trata de un espíritu similar al del SAPS del Hospital Sbarra y Bollini: acercar el hospital a nuevas demandas, articular con otros espacios ya existentes dentro del hospital y conformar redes institucionales en el mapa de su área programática.

Voluntariado universitario y Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria: experiencias de articulación en la tríada Estado provincial (SAPS), universidad pública y organizaciones sociales

Como se mencionó a lo largo de todo el recorrido trazado en este libro, los SAPS se asientan en la construcción de redes en salud mediante la asistencia, gestión e investigación y formación. Entre las distintas articulaciones que se proponen establecer, se enuncian a las universidades y las organizaciones sociales como agentes fundamentales para la construcción conjunta de acciones que conmuevan estructuras y lógicas hegemónicas de construir y hacer salud.

Puntualizando en estos agentes, irrumpen preguntas respecto a los vínculos que ha construido el Estado provincial con las universidades y organizaciones sociales. ¿Cómo han interactuado estos agentes? ¿Cómo se imbrican los saberes que producen? ¿Qué disputas de saber-poder se producen? ¿Qué lógicas de producción de conocimientos se discuten? ¿Cómo se dialoga con el territorio? ¿Qué saberes producen los sujetos y sus comunidades? ¿Cómo estos tensionan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado?

Desde las resonancias que dejan estas preguntas, se propone profundizar sobre la tríada *Estado provincial, universidad pública y orga-*

nizaciones sociales a partir de dos experiencias puntuales que conformaron una materialización de los vínculos entre estos agentes y en las que los SAPS fueron protagonistas en esta articulación e integración:

- Voluntariado universitario
- Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria

Estas experiencias tuvieron como escenario de creación y desarrollo la pandemia, lo cual configuró un escenario crítico que potenció abordajes alternativos y creativos de intervención, en los que convergieron distintos actores -emergentes y preexistentes- que conformaron y robustecieron la articulación de redes. Asimismo, se desarrollaron en el Gran La Plata y en articulación con la Universidad Nacional de La Plata y distintas organizaciones políticas y sociales.

Se comenzará este apartado con una descripción de las experiencias y se finalizará con una aproximación reflexiva a la tríada *Estado provincial, universidad pública y organizaciones sociales* y a las preguntas y ecos que arrojan.

Voluntariado universitario

En junio del año 2020, la Universidad Nacional de La Plata firmó un convenio con el Ministerio de Salud bonaerense por el cual más de 2.000 voluntaries universitarias (estudiantes, docentes, no docentes y graduados/as de diferentes Facultades²⁰) se sumaron a las acciones dispuestas por las autoridades sanitarias de la provincia de Buenos Aires para abordar diversas problemáticas de salud suscitadas por la pandemia.

El eje de los voluntariados se estructuró en tres actividades sistemáticas: Núcleos Operativos de Emergencia, operativos barriales y

²⁰ Les voluntaries tenían una pertinencia institucional de diferentes Facultades como Ciencias Médicas, Odontología, Ciencias Exactas, Periodismo y Comunicación Social, Psicología, Trabajo Social, Humanidades y Ciencias de la Educación, Ingeniería, entre otras.

tareas de colaboración en hospitales. (Informe anual de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud UNLP, 2020)

Los *Núcleos Operativos de Emergencia* configuraron un dispositivo de abordaje territorial de la pandemia junto a comités de crisis barriales, mesas de gestión territorial y efectores sanitarios. Fueron promovidos por la demanda de organizaciones sociales y representantes oficiales de la UNLP en los Comités de Crisis dependientes de las delegaciones municipales y tuvieron como objetivo fortalecer las redes de abordaje sanitario existentes en cada una de las comunidades para aumentar la capacidad de respuesta territorial ante diversas problemáticas de salud. Inicialmente, este dispositivo permitió abordar situaciones relacionadas a la falta de herramientas para el abordaje comunitario de problemáticas vinculadas a la pandemia. Posteriormente, emergieron otras necesidades relacionadas a la alimentación, violencias de género y a prevención de enfermedades como el dengue.

Los *operativos barriales* constituyeron dispositivos sanitarios que se desarrollaron en diferentes barrios de La Plata, Berisso y Ensenada. Su objetivo inicial fue el de identificar a personas que presentaran síntomas compatibles con COVID-19 y brindar un abordaje ante tal situación. Esto permitió garantizar la presencia del Estado en los distintos barrios de la región, tensionando lógicas hospitalo-céntricas de accesibilidad al sistema de salud. Las acciones que se llevaron adelante fueron realizadas en conjunto con autoridades de la Secretaría de Salud de la Universidad, autoridades de las Facultades de Ciencias Médicas, Odontología y Ciencias Exactas; voluntarios de diferentes Facultades; con la Región Sanitaria XI y la Dirección de Salud Comunitaria de la Provincia de Buenos Aires (en el marco del “Plan Detectar”); con las Secretarías de Salud Municipales; y con Promotoras/es de Salud de las organizaciones sociales y políticas.

Las actividades desarrolladas se pueden agrupar, a su vez, en tres dispositivos:

- a) Operativos “Detectar”: su objetivo fue la identificación de personas que podrían tener COVID- 19. Las tareas consistieron en un relevamiento diario “puerta a puerta” de síntomas compatibles con COVID- 19, garantizando el hisopado en caso de ser necesario. Del desarrollo de estas acciones participaron integrantes del voluntariado y la agenda de trabajo fue construida entre distintos actores como la Región Sanitaria XI, representantes de UNLP en las delegaciones y los municipios de la región.
- b) Relevamientos sociosanitarios: en estas actividades se registraron más variables sobre la situación de salud de las personas en el territorio (personas con problemas para acceder a métodos anticonceptivos, personas que padecen enfermedades crónicas y que también se encuentran sin controles de salud, entre otros); lo que implicó una mayor planificación por parte de los efectores de salud y participación de la comunidad.
- c) Postas de salud: en estas postas se desarrollaron abordajes más integrales de las comunidades con dificultades en su acceso a la salud, situación agravada por el contexto pandémico. En línea con lo descripto en el capítulo “Dispositivos territoriales”, algunas de las actividades que se realizan en estos espacios son controles de salud de niños/as y embarazadas, chequeo de libretas sanitarias y registro de planillas de ANSES, desarrollo de talleres sobre distintos temas de prevención de la salud, testeos serológicos y tratamientos para Infecciones de Transmisión Sexual, entre otros.

Las tareas de colaboración con hospitales²¹ consistieron en la participación de voluntaries en distintas actividades sustanciales para el abordaje de la pandemia como actividades de triage, seguimien-

²¹ Los hospitales provinciales en los que funcionó el voluntariado fueron: Hospital Dr. Alejandro Korn, Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata y Hospital San Roque de Gonnet.

to telefónico, garantía de elementos de protección personal a trabajadores/as, entre otras. Esta participación de voluntarios supuso una gran ayuda a los equipos de salud, permitiendo que los mismos pudieran ocuparse de tareas de mayor complejidad y también, contribuyeron a reducir en parte los niveles de estrés.

Profundizando en el rol de los SAPS en la propuesta de voluntariado, estos servicios tuvieron una participación de gran relevancia en los operativos barriales, puntualmente en los dispositivos “Detectar” y postas de salud.

La participación del SAPS en estos dispositivos tuvo una dimensión político pedagógica que buscó, en conjunto con distintos actores de la universidad, elaborar acciones situadas con el objetivo de contribuir a la agenda político-sanitaria suscitada por la pandemia. Este accionar permitió fortalecer la construcción de inter-saberes entre actores con diversas formaciones académicas y profesionales.

La propuesta de voluntariado sintetizó una articulación entre universidad y Estado provincial que tensionó, a la vez que enriqueció dinámicas de trabajo y contenidos curriculares trabajados en las carreras de base de estudiantes, graduados y docentes participantes. Constituyó un espacio formativo focalizado en la participación comunitaria en salud, lo que configuró una propuesta disruptiva a programas universitarios de formación tradicional.

Las líneas de trabajo del voluntariado fueron motorizadas por las necesidades de los territorios. Mientras la clínica tradicional jerarquiza el saber profesional autocentrado, los paradigmas tributarios de la salud colectiva buscan romper ese cerco y entablar un vínculo intersubjetivo paritario.

El SAPS como servicio hospitalario que prioriza la construcción y fortalecimiento de redes en salud, constituyó un pilar importante para la articulación con el territorio en el desarrollo de las distintas actividades del voluntariado, profundizando en una perspectiva de atención primaria de la salud y salud colectiva que edifica como centro a *los sujetos* en su integralidad y complejidad.

Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria

La Diplomatura en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria aprobada en el año 2019 por la UNLP, configuró una propuesta educativa construida de manera colectiva entre distintas organizaciones sociales, equipos de salud de hospitales provinciales públicos y facultades y otras dependencias de la UNLP. La misma se asentó en la construcción interdisciplinaria, la formación pedagógico-sanitaria²² y la organización comunitaria junto a la universidad y a las políticas públicas.

Durante el período de octubre del año 2020 y septiembre del año 2021, esta Diplomatura se dictó en siete aulas abiertas²³ ubicadas en La Plata, Berisso y Ensenada y estuvo coordinada por el Consejo Social y la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud de la UNLP.

La propuesta formativa se estructuró en diez materias, donde cada una de ellas fue dictada durante tres encuentros semanales, dos de ellos de forma presencial y uno virtual.

En los encuentros se abordaron diversos contenidos mediante dinámicas que, por un lado, recuperaron los saberes y conocimientos de los estudiantes como puntos de partida para el trabajo con los contenidos y por otro, generaron espacios de reflexión sobre lo que sucedía en cada barrio. Asimismo, se propusieron para la profundización de los contenidos curriculares distintas actividades como lectura de materiales específicos, mapeos colectivos, entre otros, que permitieron de manera progresiva avanzar hacia la resolución de un trabajo final grupal integrador. Este trabajo final integrador tuvo como objetivo realizar una caracterización general de los territorios y, concretamente, de la situación de salud. Para ello, se retomaron las temáticas

²² Consideramos que todo proyecto sanitario supone un proyecto pedagógico que busca construir espacios formativos que partan de los saberes y conocimientos construidos por los sujetos y sus comunidades, disputando lógicas médico-hegemónicas de hacer salud.

²³ Don Fabián, Joaquín Gorina, Tolosa-Ringuelet, Etcheverry, Villa Elvira, Barrio José Luis Cabezas y Villa Argüello.

abordadas en los distintos encuentros con el fin de identificar problemáticas de salud específicas de cada uno de los barrios.

A partir de la identificación de las problemáticas, cada aula construyó una propuesta de intervención a concretar durante 2021. Los proyectos de intervención que surgieron fueron:

- Realización de postas de salud integral.
- Puesta en marcha de talleres para abordar los temas elegidos.
- Realización de jornadas recreativas de salud.
- Realización de relevamientos.

La Diplomatura contó con la participación de un equipo docente (tutores y facilitadores) por cada aula abierta, que llevaron adelante el acompañamiento y mediación pedagógica de la propuesta formativa.

Por último, les estudiantes que finalizaron la diplomatura fueron un total de 82. La gran mayoría de ellos no había accedido a una experiencia de educación universitaria.

Puntualizando en el rol de los SAPS en el desarrollo de la Diplomatura, estos servicios participaron en la construcción colectiva de la propuesta formativa, en la difusión y articulación con el territorio de la misma, como docentes de las distintas materias y encuentros, y también, acompañando la elaboración de los distintos proyectos de intervención.

La Diplomatura Universitaria en Promoción y Gestión de la Salud Comunitaria configuró una propuesta pedagógica que tensionó formas tradicionales de construir conocimiento que entienden a la producción de saberes desde una lógica académica y aplicacionista. Desde un inicio, la construcción de la propuesta alojó una pluralidad de voces que potenció un abordaje interdisciplinario y situado de los contenidos curriculares, enmarcado en un proyecto político-sanitario que reafirma a la salud como derecho, y al Estado, en conjunto con la universidad y las organizaciones sociales, como actores claves en la profundización de ese derecho.

Propiciar experiencias de enseñanza y aprendizaje que partan de las experiencias, historias y narrativas de los propios sujetos disloca a

las instituciones académicas como poseedoras de los saberes, y legitima otras formas de conocer, pensar, enseñar, aprender, impulsadas desde “la carnadura” de las personas y sus comunidades.

Los SAPS como servicios que priorizan la formación y acción interdisciplinaria, interprofesional y comunitaria, constituyeron actores importantes en la edificación de una propuesta pedagógica que disputa con las relaciones de saber-poder implicadas en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

El tridente Estado provincial - universidad - organizaciones sociales²⁴

Como se ha podido visualizar en las experiencias compartidas, el tridente virtuoso generado por Estado provincial - universidad - organizaciones sociales permitió potenciar a cada uno de estos actores, articulando los esfuerzos establecidos desde diferentes sectores en una integración de hecho.

La construcción conjunta impulsada permitió producir información sobre las problemáticas específicas que atravesaron a las comunidades del territorio bonaerense en la pandemia, jerarquizando a la participación social como metodología de trabajo. Asimismo, esta articulación potenció la eficacia de los dispositivos de intervención creados, evitando la fragmentación de los procesos de conocimiento, estimulando la construcción de intersaberes, tensionando los lugares hegemónicos de producir información y conocimiento, y aumentando la participación de la comunidad en estos procesos.

Tanto el voluntariado como la diplomatura potenciaron la colaboración y des-burocratización de las prácticas tendientes a la articula-

²⁴ Algunas de estas reflexiones se desprenden del Informe Final Salud Investiga 2021-2022 “Estrategias sanitarias de promoción, prevención y asistencia en barrios populares de La Plata en el marco de la pandemia del COVID-19. Análisis de las prácticas impulsadas por los hospitales San Roque y Gutiérrez, la UNLP y las organizaciones comunitarias en Tolosa-Ringuelet (2021-2022)”.

ción, lo que habilitó una integración de los esfuerzos de los diferentes actores, facilitando la organización y la presencia en el territorio. Si bien, en ambas experiencias existían responsabilidades de coordinación y roles específicos, las propuestas se caracterizaron por una democratización de la participación como herramienta micropolítica de integración.

En lo particular, el voluntariado se caracterizó por una diversidad de trayectorias que conformaron una matriz de participación basada en el humanismo, la solidaridad y el interés formativo. Las experiencias de participación comunitaria y los diversos operativos en los que participaron voluntarios, profesionales y organizaciones fue una verdadera experiencia, en el sentido de que produce una alteración/transformación en la conformación subjetiva y mirada sanitaria de los actores involucrados.

Las líneas de trabajo de voluntariado fueron motorizadas por las necesidades de los territorios, impulsando el crecimiento de redes y su profundización con el correr de las jornadas. Aparecieron articulaciones con otros actores con mucha regularidad y de manera operativa y estratégica, según las necesidades. Redes y pandemia ponen en crisis sentidos comunes o miradas hegemónicas e igualan tareas y, a nivel local, tomas de decisiones. Entonces, también se ponen en cuestión los roles al interior de cada hospital, Facultad, equipo de salud.

En cuanto a la Diplomatura, la elaboración colectiva de una propuesta de formación que alojó una multiplicidad de voces, potenció la participación de actores históricamente excluidos de la construcción de conocimiento en general, de salud en particular. Los sujetos y sus comunidades se transformaron en el eje central de formación respecto al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Por último, y profundizando en los SAPS, estos servicios acontecieron como articuladores importantes en el territorio de las distintas propuestas impulsadas por el voluntariado y diplomatura. Como se mencionó con anterioridad, los SAPS iniciaron un proceso de identi-

dad hacia adentro y hacia afuera del hospital, que permitió darse a conocer, pero también delimitar el alcance de las acciones de cada actor.

En el campo de la salud, no se trata de “llevar las lógicas del hospital al territorio”, sino más bien de vincularse con los actores del barrio para pensar la salud de forma integral.

Los SAPS, desde la estrategia de APS, constituyeron articuladores importantes de las redes en salud, colaborando a la producción de otros sentidos de salud, que reconocen otras problemáticas y actores. La misma participación alimenta el pensamiento crítico que permite deconstruir las propias nociones formativas.

Retomando las preguntas propuestas en un inicio, se pueden delinear las siguientes claves de análisis:

- El Estado provincial encontró en las universidades y organizaciones sociales aliados sustanciales para el desarrollo y profundización de las distintas políticas públicas impulsadas en la pandemia. Los SAPS como producto de las políticas impulsadas por el Ministerio de Salud bonaerense en el año 2020, construyó un rol articulador entre las propuestas realizadas y el territorio.
- Las experiencias acontecidas en los territorios y en las instituciones hospitalarias le devuelven a la formación universitaria preguntas respecto a la calidad y pertinencia de los contenidos curriculares y de las prácticas profesionalizantes propuestas en sus currículos.
- Las organizaciones sociales se transforman en actores que analizan, participan, priorizan y facilitan la determinación de necesidades de atención y las estrategias más apropiadas para su consecución, disputando, a su vez, lugares de producción de conocimiento.

Esta triada se afirma y reafirma en la profundización del derecho a la salud de nuestro pueblo.

CONCLUSIONES FINALES

“De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados”
(Ramón Carrillo, *Obras Completas. Tomo II. Política de salud pública. Pág. 232*)

Al principio de este libro se mencionó que se pretendía reconstruir, dimensionar y valorar el peso de una experiencia sanitaria bonaerense de acercamiento y construcción con la comunidad, en un contexto signado, en primer lugar, por la necesidad de gestionar la respuesta a un virus desconocido y, luego, por la dinámica de salida de la pandemia. Como consecuencia de esto, el refuerzo de los equipos de salud con fuerza laboral capacitada y la inyección de recursos materiales, equipamiento e insumos a los efectores públicos de la provincia de Buenos Aires, trajo aparejada la instalación de una capacidad sin precedentes para nuestro territorio de acción. Los SAPS, en algún sentido, vinieron a colaborar con la estrategia de acercarse al pueblo esas *conquistas de la técnica médica* de las que nos hablaba Carrillo.

Interesa, en estas reflexiones finales, apuntar algunos elementos que se entienden como fundamentales para dimensionar la implicancia de la creación de estos nuevos servicios hospitalarios. Se organizan estos *apuntes* en tres sentidos y, a los fines de no romantizar la

experiencia, se buscará que cada uno de ellos incorpore una perspectiva de las tensiones y las resistencias generadas.

En primer lugar, se trabajará sobre la dimensión institucional-hospitalaria, en la que se propone reflexionar acerca de las implicancias en la vida cotidiana del hospital a partir de la creación de estos servicios. En segundo lugar, se apuntará sobre la dimensión laboral-subjetiva en torno a las identidades puestas en juego a la hora de ponerle el cuerpo a esta política sanitaria. Por último, se reflexionará sobre la dimensión político-sanitaria que implica pensar el aporte de estos servicios en tanto política pública de acercamiento del derecho a la salud a la comunidad.

La dimensión institucional-hospitalaria para reflexionar sobre la experiencia de la creación de los SAPS, implica retomar algunos elementos que se trabajaron en los capítulos 1 y 2. Allí se afirmó que *abrir los hospitales a la comunidad* es un principio básico para la implementación de esta política. Como todo proceso de apertura de una institución compleja como es el hospital, este principio estuvo signado por resistencias y tensiones internas y externas a la misma. Al interior de los *muros* del hospital, varios de los equipos de los SAPS dieron cuenta de conflictos en torno al impacto que implicó para la vida cotidiana del hospital, haber generado herramientas de acceso (como la creación de mecanismos de acceso a turnos y referencias-contrarreferencias a la población), o la puesta en práctica de algunas políticas públicas, por ejemplo, en materia de género y salud sexual, que conllevó a resistencias por parte de algunos servicios del mismo hospital. La implementación de los SAPS, si bien no suponía la duplicación de dispositivos de atención o instrumentos de acceso al sistema de salud, sí vino a dinamizar la vida hospitalaria y desencadenar procesos vinculados a mejorar el tránsito de las personas usuarias por el hospital. Esa disrupción que implica desencadenar procesos relacionados con la política sanitaria, necesariamente genera resistencias tanto en trabajadores que no acuerdan con algún aspecto de la política, como así también en aquellos que sí lo hacen pero que

no pueden o desean adaptarse a las nuevas condiciones generadas. En cuanto a las situaciones externas al hospital, las resistencias y tensiones se vieron reflejadas a la hora de poner en el territorio los dispositivos hospitalarios que acercaron salud a la población. En la segunda parte de este libro se da cuenta de las numerosas formas de construir acceso en postas de salud, merenderos, comedores, escuelas y clubes de barrio, entre otras instituciones. Movilizar recursos y saberes, conversar con la población y dinamizar el acceso al sistema, pone en tensión necesariamente las representaciones de la población sobre las instituciones de salud y sus profesionales.

La dimensión laboral-subjetiva pretende dar cuenta de cómo se transformaron algunas dimensiones identitarias, quiénes forman parte de los servicios y qué aportan a la institución en esa transformación. En su gran mayoría, quienes componen los equipos son jóvenes (ex residentes del sistema de salud, nuevas incorporaciones que reforzaron el hospital en momentos de pandemia) cuyos intereses formativos pasaron por interpelar la formación universitaria, centrada en una visión hegemónica del proceso de atención y cuidado de la salud de las personas. En el capítulo 7, se trabajó cómo fue el funcionamiento de la tríada *Estado provincial, universidad pública y organizaciones sociales* a partir de dispositivos que llevaron a cabo algunos SAPS y de qué manera se pudo poner en tensión ese saber hegemónico del que provienen las formaciones de quienes integran los equipos SAPS. En ese sentido, es notoria la manera en que la subjetividad se modifica al transitar las experiencias de atención y cuidado cuando se descentra la mirada de los saberes meramente biologicistas. A su vez, el hecho de que los SAPS incorporen, como decíamos en la primera parte, instancias formativas para construir dispositivos de asistencia y gestión que den cuenta de la diversidad de actores, necesidades y complejidades de la población que tienen a cargo, conlleva a incorporar una mirada política de los instrumentos públicos que implican el cuidado de la población. Sin dudas, esto puede aportar a construir cuadros sanitarios para la gestión del cuidado del pueblo y

sus próximas generaciones por parte de los trabajadores de la salud. El perfil de trabajador/a del SAPS, entonces, tiene una integralidad que aporta no solo a la vida hospitalaria, sino al sanitarismo del campo nacional y popular.

Los SAPS acercaron el sistema de la salud a la comunidad y esa es la tercera dimensión sobre la que se reflexionará. Como se mencionó anteriormente, los SAPS vinieron a erosionar algunas de las múltiples barreras que las comunidades, aún hoy tienen, para acceder al sistema de salud. Abrir los hospitales implica poner a disposición de las necesidades del pueblo todos aquellos dispositivos, propuestas y programas sanitarios que son planificados y pensados tanto desde el nivel central de gestión, como desde los mismos servicios y direcciones de los hospitales. Esta territorialización de la política llevada a cabo por un equipo de salud es, tal vez, uno de los elementos centrales que los SAPS han desarrollado en su existencia, como se pudo observar a lo largo de la segunda parte de este libro.

Sin dudas, implementar los SAPS no sólo implicó un desencadenamiento de transformaciones en la vida hospitalaria, sino también habilitó a pensar los equipos como espacios para que transiten nuevas discusiones sanitarias. Particularmente, se presentarán dos ideas-discusiones sobre las que los SAPS han aportado (y continúan haciéndolo).

En primer lugar, los SAPS permitieron poner el cuerpo en el territorio-hospital a la propuesta de integración del sistema de salud que el Ministerio llevó a cabo en diferentes instancias de debates de políticas de salud. La fragmentación del sistema de salud, de la que dimos cuenta al principio de este libro, tiene su correlato en las barreras de acceso que una gran parte de la población padece a la hora de construir su atención y cuidado. Los SAPS colaboraron en el debilitamiento de las barreras estructurales a partir de la generación de dispositivos de acercamiento al sistema y en favorecer el tránsito de las personas por el hospital. Las discusiones acerca de la necesidad de la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud, tiene

una dimensión fundamental que es el trabajo sobre la fuerza laboral que sostiene la atención y el cuidado. Los SAPS, en su conformación, contienen trabajadores de diferentes disciplinas sin distinción entre “profesionales” y “técnicos-administrativos”, propias de las lógicas hegemónicas, que aún rigen en los procesos de atención y cuidado. En ese sentido, construir un equipo de salud formado en atención primaria, perspectiva de género y de derechos, salud colectiva (entre otros aspectos de los que dimos cuenta en el capítulo 3), habilita la posibilidad de permear en discusiones acerca de la importancia de jerarquizar las tareas de cuidado de la población en función de la construcción de una estrategia nacional de atención en los marcos de la integración del sistema de salud.

Otra de las discusiones relevantes de las que formaron parte los equipos SAPS al momento de escribir este libro, es la vinculada a la transformación del modelo de atención y, concretamente, a la implementación de los cuidados progresivos en los efectores provinciales. Actualmente, el modelo de atención hospitalaria hegemónico en nuestros efectores provinciales es el de la internación y atención diferenciada por servicios. Son pocos los establecimientos que organizan la vida hospitalaria (o la internación específicamente) por criterios vinculados a las necesidades de cuidado de las personas y aún si así sucede, son tan diversas las estrategias como las formas de organización orgánico-funcional comparando cada hospital. En ese sentido, la propuesta de organizar a todos los efectores de salud provinciales mediante los Cuidados Progresivos conlleva a discutir cómo es (y cómo debería ser) el modelo de atención y cuidado de las personas en nuestros establecimientos a partir de discutir la forma organizativa de los efectores de salud. Los Cuidados Progresivos, entre otros relevantes elementos, plantean diferentes niveles de cuidado de la salud (desde la autoatención hasta la internación en cuidados intensivos y los ambulatorios y de rehabilitación) y le dan un lugar prioritario a les profesionales de enfermería y clínica médica. Como mencionamos con anterioridad, los SAPS desde su momento de for-

mación desarrollan una perspectiva crítica al modelo de atención y puntualizan en la importancia de la mirada interdisciplinaria en el proceso de atención y cuidado, a diferencia de los servicios tradicionales del hospital, que concentran una disciplina y, por ende, una forma de mirar los problemas de salud. De esta manera, los equipos SAPS son actores claves para demostrar un antecedente concreto y actual de la necesidad de transformar el modelo de atención y asentar esa transformación en las estructuras formales de los hospitales, como, al menos, una garantía de su perdurabilidad en el tiempo.

Puede ser una experiencia por demás puntual y específica, puede que existan comunidades a las que los SAPS no hayan podido llegar, puede también seguir quedando algo alejado el hospital público de los ciudadanos que necesitan atención. Sin embargo, el hecho concreto de desencadenar procesos que aporten a transformar el corazón del sistema de salud, con equipos de salud impregnados de la tradición del sanitarismo nacional y en los marcos de una perspectiva anclada en la salud colectiva latinoamericana, es indudablemente, el motor que conduce a convencernos de que el campo de la salud puede disputarse, a partir de los SAPS, con mejores herramientas y habilidades para hacer frente a aquellos que entienden la salud como un negocio mercantil. Los SAPS, para concluir, nos dejan la vara en un mejor lugar a quienes pretendan aportar a abrir los hospitales a la comunidad y construir el derecho a la salud de la comunidad.

A modo de cierre me permito reflexionar sobre algunos aspectos centrales de esta experiencia de gestión que implicó la creación de los SAPS y también, a delinear algunas proyecciones en el marco de esta política.

La creación de los SAPS surge de una generación militante del campo sanitario que asume la gestión provincial a fines del año 2019, en su mayoría grupo de jóvenes que arribaron a la gestión con la tarea de reconstruir un sistema de salud devastado, promover la integración del mismo y paliar la inequidad en el acceso a la salud de nuestro pueblo.

Desde la Dirección de Políticas de Atención de la Salud, perteneciente a la Dirección de Hospitales, somos parte de esta nueva generación militante que viene a poner en valor el sistema público de salud después de muchos años de neoliberalismo y falta de propuestas en materia hospitalaria. Partimos de una concepción de salud integral más cercana a las problemáticas de los bonaerenses, con fuertes raíces en el sanitarismo nacional y la salud colectiva que tiene conciencia sobre las limitaciones del modelo médico hegemónico y del hospital

como centro del abordaje de las problemáticas complejas de salud actuales. Enfatizamos en la escucha de los planteos del territorio y en poner a disposición de esas problemáticas un equipo interdisciplinario, pensando en una estrategia de abordaje que desarrolle dispositivos y edifique las redes necesarias para obtener la mejor resolución posible en el marco de su realidad social y sanitaria.

En la agenda político-sanitaria que se delineó en el año 2019, el ministro Nicolás Kreplak nos planteó tres tareas orientadoras para pensar las políticas en salud en el territorio bonaerense:

1. Fortalecer la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud.
2. Transformar el modelo de atención a la salud.
3. Implementar sistemas de información en salud.

Impulsados por estos ejes rectores de la política y en diálogo con la multiplicidad de proyectos novedosos que impulsó la gestión ministerial, surgieron los Servicios de Áreas Programáticas y Redes en Salud; servicios que nos permitieron proyectar transformaciones estructurales en los modelos de atención y gestión de los efectores sanitarios de la Provincia de Buenos Aires.

El diagnóstico de la fragmentación del territorio y del sistema de salud permitió visualizar la predominancia de redes informales débiles con instituciones que no dialogan entre sí y que obstaculizan abordajes de las problemáticas de la salud de manera intersectorial.

En este contexto, la tarea que le asignamos a los servicios fue compleja y ardua: trabajar su territorio (hospital y comunidad) con estrategias que aborden la asistencia, la gestión, la investigación y la formación, con el objetivo de construir un lenguaje común que acerque los hospitales provinciales a la comunidad y potencie la conformación de redes en salud entre el Estado provincial, las organizaciones sociales y otros agentes sustanciales en el hacer y vida cotidiana de los sujetos como las universidades públicas de la región.

A partir de lo recorrido en este tiempo de gestión, de las experiencias vividas y de múltiples estructuras conmovidas en este hacer colectivo, creemos y pretendemos que los SAPS sean actores claves en

la generación de nuevos vínculos institucionales para aportar desde el hospital un nuevo agente que permita fortalecer e institucionalizar redes informales, conformar y robustecer equipos de trabajo, jerarquizando la perspectiva de la atención primaria de la salud en todos los niveles de atención.

Confiamos en la historia, el presente y el futuro de la salud pública argentina, por eso somos optimistas y nos permitimos soñar con que los SAPS sean motores de transformación en cada lugar que les toque participar. Esperamos que escuchen, viabilicen e impulsen debates en las asambleas barriales para que junto con la comunidad puedan pensar y resolver las problemáticas de salud locales. Proyectamos que motoricen las discusiones con el resto de los servicios hospitalarios promulgando el nuevo modelo de cuidados progresivos que proponemos para la red de hospitales bonaerenses, donde la continuidad de los cuidados es el centro del modelo de atención. Anhelamos que puedan plantear nuevos dispositivos de atención que de manera creativa logren abordar integralmente los problemas de salud complejos que en actualidad por la fragmentación de la atención hospitalaria en servicios no estamos pudiendo resolver. Pretendemos que puedan participar de congresos y encuentros de salud, llevando la voz de un servicio interdisciplinario con otras dinámicas de trabajo que traccionan lógicas disciplinares y personalistas de abordaje, reforzando a su vez la potencia del trabajo en equipo y la incorporación de las tecnologías blandas en los servicios de salud de la provincia. Por último, deseamos que sean servicios empáticos con les usuarios del sistema de salud y con el pueblo bonaerense, fundamentalmente con los sectores más postergados de la sociedad que son a quienes les debemos nuestra razón de ser trabajadores de la salud.

Sin salud popular, no hay justicia social.

Mariano Salerno

Bibliografía

- Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011 – doc. asesores).
- Canetti, A., Da Luz, S. (Eds.) (2005) Enseñanza universitaria en el ámbito comunitario, Montevideo.
- Carballeda A (2015) El territorio como relato. Una aproximación conceptual. Margen n° 76. Revista de trabajo social y ciencias sociales.
- Casallas Murillo, AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud*. 2017;15(3):397-408.
- Castell-Florit Serrate, P. y Gispert Abreu, E. (2009). La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1).
- Cunill Grau, N. (2005). “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile.
- Davini, M. C. (1995) Educación permanente en salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173954/1/Educacion%20permanente%20en%20salud.pdf>.
- Davini, M.C. (2005) Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud.
- Davini, M.C. (2015). La formación en la práctica docente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Diker, G.; Terigi, F. (2008) La formación de maestros y profesores: hoja de ruta. Buenos Aires: Paidós.
- Dirección de Políticas de Atención de la Salud (2020). Curso de formación Inicial para la Implementación de los Servicios de Áreas Programáticas y Redes en Salud (SAPS), en el periodo compren-

- dido entre el 13/10/20 y el 26/02/21, dependiente de la Dirección Provincial Escuela de Gobiernos en Salud “Floreal Ferrara”. Disposición: DISPO-2020-184-GDEBA-DPGESFFMSALGP.
- Dirección de Políticas de Atención de la Salud (2021). Curso de formación Inicial para la Implementación de los Servicios de Áreas Programáticas y Redes en Salud (SAPS), en el periodo comprendido entre el 01/06/21 y el 01/09/21, en el marco de la Plataforma Educativa Virtual (PEV), dependiente de la Dirección Provincial Escuela de Gobiernos en Salud “Floreal Ferrara”. Disposición DISPO-2021-116-GDEBA-DPEGSFFMSALGP.
- Dirección de Políticas de Atención de la Salud (2021). Curso de formación Inicial para la implementación de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), tercera cohorte, de manera virtual, entre el 18-10-21 y el 14-01-22, y EX-2021-24058744-GDEBA-DPEGSFFMSALGP.
- Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Editorial Nueva Visión, Bs. As.*
- Flores María Elena (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Gandolfi, A., & Cortazar, M. (2006). El desafío de la interdisciplina en la formación de los profesionales de la salud. *VIII Jornadas de Psicología Universitaria (73-78), Universidad de la República, Facultad de Psicología.*
- Gore, E. y Vázquez Mazzini, M. (2002): La formación para el trabajo en equipo en la gestión educativa, Buenos Aires, IIPE-Unesco, Fundación Ford, Universidad de San Andrés.
- Lacarta, G. y Tesler, L. (2021). Formación de la fuerza laboral para un sistema integrado de salud. En: Prado, G. y Torres, P. (2021). “Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: MT editores.

- Méndez, M. y otros. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2011;49(1):135-150.
- Morales-Borrero, C. y otros. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. salud pública*. 15 (6): 797-808, 2013.
- Montero, M (2006). Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. 1ªed. 3 - Reimp. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- OMS, (1978). Declaración de de Alma-Ata, URSS.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. M. D. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.
- Romero, L. (2011) Karina Ramacciotti, La política sanitaria del peronismo, Buenos Aires, editorial Biblos, 2009, 187 pp. *Redes*, 17(32), 269-277. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/391>.
- Rovere, M. (2016). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Córdoba: El Ágora.
- Rodríguez González, Adriana María (1998). La participación y la organización comunitaria como elementos indispensables para una propuesta de gestión comunitaria para el control de la malaria. Cáceres, Antioquía, 1996. *Sociología: Revista de la Facultad de Sociología de Unaula*, (21), 132-143. Recuperado a partir de <https://publicaciones.unaula.edu.co/index.php/sociologiaUNAULA/article/view/648>
- Ruiz, Ana y Quintero, Maczy (2014). Desarrollo local, organización comunitaria, participación ciudadana, trabajo comunitario. *Revista Científica Hospital Coromoto*. Vol. 3 N° 2, julio- diciembre 2014: 22 – 42. ISSN 2343-5860.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología.

Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones.

Solitario, R., Garbus, P. y Stolkner, A. (2007). Atención primaria de la salud e interdisciplina: Dos componentes claves para las reformas en salud mental. *Revista de la asociación médica de Bahía Blanca*, vol.17(3).

Wald, G. y otros (2018). Modelo comunitario para la promoción, prevención, asistencia y protección ante situaciones de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280412, 2018.

Autores

Pablo Barrenengoa: Doctor y Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Especialista en Epidemiología por la Universidad Nacional de Córdoba y Especialista en Psicología Sanitaria por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Investigador y profesor de grado y posgrado en la Universidad Nacional de La Plata. Director del proyecto de investigación “Los procesos de gestión, dispositivos asistenciales y estrategias de formación permanente de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) de los hospitales públicos provinciales implementados entre los años 2020 y 2023”, proyecto subsidiado por la beca “Julieta Lanteri” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023).

Analís Escapil: Profesora en Ciencias de la Educación y Especialista en Educación, en Géneros y Sexualidades por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Diplomada en VIH, ITS y Sexualidades: abordajes situados desde los Derechos Humanos y Salud Integral, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Universidad Nacional de Tres de Febrero. Ayudante diplomada de Teoría y Desarrollo del Currículum en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Participa como becaria en el proyecto de investigación “Los procesos de gestión, dispositivos asistenciales y estrategias de formación permanente de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) de los

hospitales públicos provinciales implementados entre los años 2020 y 2023”, proyecto subsidiado por la beca “Julieta Lanteri” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023).

Joaquín Lazarte: Licenciado en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata y maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús. Coordinador en la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Ayudante Diplomado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Participa como colaborador en el proyecto de investigación “Los procesos de gestión, dispositivos asistenciales y estrategias de formación permanente de los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) de los hospitales públicos provinciales implementados entre los años 2020 y 2023”, proyecto subsidiado por la beca “Julieta Lanteri” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023).

Mariano Salerno: Médico por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Especialista en Medicina General. Actualmente se desempeña como Director de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Realizó la residencia de Medicina General en el Hospital Gutiérrez de La Plata, siendo luego su instructor. Trabajó varios años en el primer nivel de atención del municipio de La Plata.

El propósito de este libro es reconstruir, dimensionar y valorar el peso de una experiencia de lo sanitario en territorio bonaerense, en los inicios de la salida pandémica. Frente a una agenda de salud pública tensionada por la urgencia y la respuesta estatal ante un virus desconocido, la centralidad de la cuestión sanitaria generó condiciones de posibilidad para la transformación y emergencia de nuevas formas de vida hospitalaria. En este contexto, se crearon los Servicios de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), servicios hospitalarios nuevos pertenecientes a la red provincial de hospitales. El diseño institucional de su proyecto procura promover la articulación de los efectores provinciales con los actores de su área programática, en pos de mejorar la accesibilidad y garantizar el derecho a la salud.

En este libro se comparten reflexiones y experiencias respecto al devenir y acontecer de los SAPS, con el objetivo de formular preguntas y propuestas que tensionen el modelo médico hegemónico y nos acerquen a la construcción de hospitales abiertos a la comunidad.

Pablo Barrenengoa

Doctor y Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Investigador, extensionista y profesor de grado y posgrado en la Universidad Nacional de La Plata.

Analís Escapil

Profesora en Ciencias de la Educación y Especialista en Educación en Géneros y Sexualidades por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Investigadora, extensionista y profesora de grado en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.

Joaquín Lazarte

Licenciado en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP y maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad de Lanús. Coordinador en la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Investigador y profesor de grado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Mariano Salerno

Médico por la UNLP y Especialista en Medicina General. Director de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

ISBN 978-987-8475-79-3

